

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

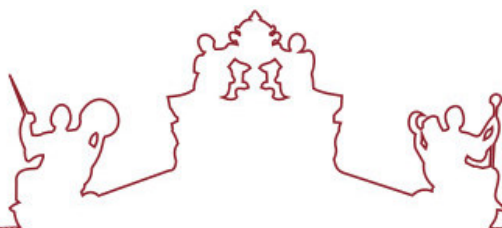
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com equilíbrio comprometido

Cláudia Filipa Carrilho Caldeira Fialho Zarco

Orientador(es) | Florbela Bia

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

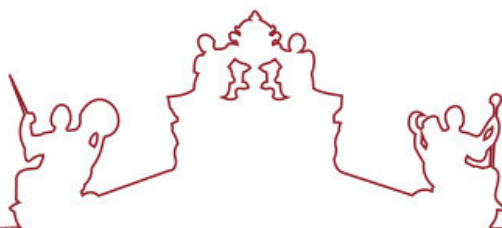
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com equilíbrio comprometido

Cláudia Filipa Carrilho Caldeira Fialho Zarco

Orientador(es) | Florbela Bia

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		Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)
Vogais		Bruno André Magalhães Ferreira (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente) Carlos Manuel Leitão Maia (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) Florbela Bia (Universidade de Évora) (Orientador)

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM EQUILÍBRIO COMPROMETIDO

RESUMO

Enquadramento: A pessoa com equilíbrio comprometido exige intervenções especializadas, individualizadas e centradas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel determinante na prevenção de complicações, promoção da recuperação funcional, independência e qualidade de vida.

Objetivos: Demonstrar competências comuns de Enfermeiro Especialista, específicas de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre; identificar resultados em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com equilíbrio comprometido.

Metodologia: Implementação de proposta de intervenção em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com equilíbrio comprometido, através da metodologia estudo de casos, com suporte nas Teorias de Orem e Meleis. Realização de análise reflexiva dos estágios para aquisição de competências.

Resultados: Verificou-se melhoria global do equilíbrio das pessoas incluídas no projeto de intervenção, com resultados associados a ganhos funcionais de intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Conclusão: Resultados positivos em Enfermagem de Reabilitação na recuperação funcional, equilíbrio, independência e qualidade de vida da pessoa com equilíbrio comprometido.

palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Intervenção; Equilíbrio; Comprometido; Mobilidade

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN REHABILITATION NURSING IN PEOPLE WITH COMPROMISED BALANCE

ABSTRACT

Context: Individuals with impaired balance require specialized, individualized, and patient-centered interventions. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing plays a crucial role in preventing complications and promoting functional recovery, independence, and quality of life.

Objectives: To demonstrate common competencies of a Specialist Nurse, specific to Rehabilitation Nursing and at the Master's level; to identify outcomes in Rehabilitation Nursing for individuals with impaired balance.

Methodology: Implementation of a proposed Rehabilitation Nursing intervention for individuals with impaired balance, using the case study methodology, supported by the theories of Orem and Meleis. Conducting a reflective analysis of the stages for competency acquisition.

Results: An overall improvement in balance was observed among the individuals included in the intervention project, with results associated with functional gains from Rehabilitation Nursing interventions.

Conclusion: Positive results in Rehabilitation Nursing regarding functional recovery, balance, independence, and quality of life for individuals with impaired balance.

Keywords: Rehabilitation Nurs*; Intervention; Balance; Compromised; Mobility

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

6CIT – Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens
ABP – Aprendizagem Baseada em Projeto
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AIT – Acidente Isquémico Transitório
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMM – Associação Médica Mundial
APA – *American Psychological Association*
AVD – Atividades de Vida Diária
BBS – Escala de Equilíbrio de Berg
bpm – batimentos por minuto
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COM - Centro de Massa
COP – Centro de Pressão
cpm – ciclos por minuto
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa de Coordenação Local
EE – Enfermeiro Especialista
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
EPVA – Equipa de Prevenção da Violência no Adulto
EQ-5D – Questionário EuroQol de 5 Dimensões
ER – Enfermagem de Reabilitação
ESESJD – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora
FAC – Escala de Classificação Funcional da Marcha de Holden
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
GAM – Grupo de Ajuda Mútua

GCS – Escala de Coma de Glasgow

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Intervenção Precoce

IRG – Infecção Respiratória Global

mBorg – Escala de Borg Modificada

MFS – Escala de Quedas de Morse

MI – Membros Inferiores

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Escala de Força Muscular do Conselho de Investigação Médica

MS – Membros Superiores

MV – Máscara de Venturi

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens

NIHSS – *National Institutes of Health Stroke Scale*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORCID – *Open Researcher and Contributor ID*

QV – Qualidade de Vida

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

SClínico – Sistema de Informação Clínica Institucional

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SpO₂ - Saturação periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TUG – *Timed Up and Go*

U1 – Utente 1

U2 – Utente 2

U3 – Utente 3

U4 – Utente 4

U5 – Utente 5

U6 – Utente 6

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UDSMR - *Uniform Data System for Medical Rehabilitation*

UE – Universidade de Évora

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidades de Saúde Familiar

ÍNDICE

Introdução	10
1. Apreciação e análise do contexto	14
1.1. Escolha dos locais de estágio	14
2. Enquadramento teórico e conceptual.....	19
2.1. Abordagem da Teoria das Transições e da Teoria do Défice de Autocuidado	20
2.2. Equilíbrio.....	23
2.3. A pessoa com o equilíbrio comprometido	25
2.4. Resultados em Enfermagem de Reabilitação	26
3. Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com equilíbrio comprometido	31
3.1. Metodologia.....	31
3.1.1. Tipo de desenho	31
3.1.2. Amostra.....	33
3.1.3. Instrumentos de avaliação.....	34
3.1.4. Plano de intervenção em Enfermagem de Reabilitação	37
3.1.5. Aspetos éticos.....	44
3.2. Apresentação e discussão de resultados.....	45
3.2.1. Caracterização da amostra	46
3.2.2. Resultados de Enfermagem de Reabilitação.....	47
3.2.3. Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação	59
3.2.4. Discussão de resultados	67
4. Análise reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências	73
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	75
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	87
4.3. Competências de Mestre	98
5. Análise SWOT	102
Considerações finais	104
Referências.....	107

ÍNDICE DE ANEXOS / APÊNDICES

Anexos	I
I. Escala de Coma de <i>Glasgow</i> (GCS)	II
II. Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6CIT)	III
III. Escala de Força Muscular do Conselho de Investigação Médica (MRC)	IV
IV. Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i> (BBS)	V
V. Escala de Classificação Funcional da Marcha de <i>Holden</i> (FAC).....	IX
VI. Teste <i>Timed Up and Go</i> (TUG).....	X
VII. Escala de Quedas de <i>Morse</i> (MFS)	XI
VIII. Medida de Independência Funcional (MIF).....	XII
IX. Questionário EuroQol de 5 Dimensões (EQ-5D).....	XIV
X. Escala de <i>Borg</i> Modificada (mBorg).....	XVI
XI. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).....	XVII
XII. Folheto informativo AVC	XXIV
Apêndices.....	XXVI
I. Protocolo de ER em SMI	XXVII
II. Plano de sessão formativa “Envelhecimento Ativo na Comunidade”	XXXVII
III. Sessão formativa “Envelhecimento Ativo na Comunidade”	XXXVIII
IV. Folheto informativo “Envelhecimento Ativo na Comunidade”	XLVIII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de avaliação.....	35
Tabela 2. Plano de Intervenção em Enfermagem de Reabilitação.	39
Tabela 3. Caracterização da amostra.	46
Tabela 4. Resultados do U1.	47
Tabela 5. Resultados do U2.	49
Tabela 6. Resultados do U3.	51
Tabela 7. Resultados do U4.	53
Tabela 8. Resultados do U5.	56
Tabela 9. Resultados do U6.	57
Tabela 10. Análise SWOT.	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Representação estatística dos resultados da MRC nos MS.	60
Gráfico 2. Representação estatística dos resultados da MRC nos MI.	61
Gráfico 3. Representação estatística dos resultados da BBS.	62
Gráfico 4. Representação estatística dos resultados da FAC.	63
Gráfico 5. Representação estatística dos resultados do TUG.	64
Gráfico 6. Representação estatística dos resultados da MFS.	65
Gráfico 7. Representação estatística dos resultados da MIF.	66
Gráfico 8. Representação estatística dos resultados da EQ-5D.	67

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização em ER, no âmbito da Unidade Curricular [UC] “Estágio em Enfermagem de Reabilitação com Relatório” do ciclo de estudos da 9ª Edição do Mestrado em Enfermagem, lecionado pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora [ESESJD], em associação com as Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Portalegre, Beja, Setúbal, Castelo Branco e Algarve.

O equilíbrio é um pilar fundamental da funcionalidade humana, influenciando diretamente a mobilidade, a independência e a participação ativa da pessoa nas Atividades de Vida Diária [AVD] (Wang et al., 2025). A sua complexidade, enquanto fenómeno dinâmico, resulta da interação de múltiplos sistemas, sendo relevante no contexto da Enfermagem de Reabilitação [ER], sobretudo nos cuidados a pessoas com alterações neurológicas, e/ou músculo-esqueléticas. A deteção e intervenção precoce no equilíbrio comprometido são cruciais, uma vez que podem impactar significativamente o estado de saúde, o bem-estar e a qualidade de vida [QV] (Wang et al., 2025). Perante esta problemática, a avaliação e a intervenção no equilíbrio constituem áreas centrais da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER], exigindo uma abordagem integrada, baseada na evidência científica e orientada para a maximização da funcionalidade e da independência da pessoa, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário. O presente Relatório insere-se neste âmbito, dando especial destaque à importância do equilíbrio enquanto foco prioritário de cuidados especializados em ER.

São objetivos deste ciclo de estudos: desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de Enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos de prática de cuidados; e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

A preferência pelo Mestrado em ER foi motivada, sobretudo, pelo interesse no nosso desenvolvimento profissional e na aquisição de competências especializadas que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O percurso académico inclui licenciatura em Reabilitação Psicomotora (2015), mestrado em Psicomotricidade Relacional (2017) e licenciatura em Enfermagem (2022). Reconhecemos que este processo contribuiu para fortalecer o nosso propósito de ser um agente facilitador na promoção da capacidade da pessoa para ser e agir. Acresce que a pertinência desta formação se evidencia face às necessidades emergentes da prática clínica, caracterizada por uma carência significativa de cuidados especializados de ER.

No âmbito da intervenção clínica especializada, foram objetivos: diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de ER direcionadas à pessoa com problemas cardíacos e/ou respiratórios, neurológicos, traumáticos, ortopédicos e orto traumatológicos, assegurando uma resposta integrada e multidimensional (Ferreira et al., 2025), com vista a capacitar a pessoa para a reinserção e exercício de cidadania e assim, promover a sua participação ativa na comunidade. Para tal, definiu-se como objetivo promover a autonomia na realização das AVD e implementar estratégias de utilização de ajudas técnicas adaptadas às especificidades de cada caso, com vista à adaptação às limitações identificadas e à maximização da independência e da QV (Ferreira et al., 2025).

Concomitantemente, foram também objetivos: desenvolver competências de gestão dos cuidados/projetos na área de ER, com o intuito de otimizar a resposta da equipa de Enfermagem, colaboradores e equipa multiprofissional, promovendo uma atuação coordenada e eficiente; e, produzir dados que evidenciem os resultados sensíveis aos cuidados de ER, contribuindo para o corpo de conhecimento científico e para a melhoria contínua das práticas clínicas (Ferreira et al., 2025).

Os estágios realizados nesta UC decorreram em três contextos reais, nomeadamente: no contexto com foco na prestação de cuidados de ER na pessoa com problemas cardíacos e/ou respiratórios (estágio I); no contexto com foco na prestação de cuidados de ER na pessoa com problemas neurológicos (estágio II); e no contexto com foco na prestação de cuidados de ER na pessoa com problemas de natureza traumática, ortopédicos e orto traumatológicos (estágio III). A escolha dos contextos foi determinada por fatores profissionais e pessoais, com o

objetivo de conciliar, de forma equilibrada, as exigências da vida académica, profissional e familiar.

A planificação de atividades e a implementação de intervenções decorreram no estágio I no período de 20 de abril de 2025 a 20 de junho de 2025 (9 semanas); no estágio II no período de 15 de setembro 2025 a 21 de novembro 2025 (10 semanas); e, no estágio III no período de 24 de novembro de 2025 a 23 de janeiro de 2026 (7 semanas), com uma média de 24 horas semanais.

O percurso dos estágios foi delineado no sentido de responder à problemática em estudo, da qual emergiu a seguinte questão: “Quais os ganhos em saúde da intervenção do EEER na pessoa com equilíbrio comprometido em internamento hospitalar e comunidade?”. Neste sentido, o presente Relatório assenta numa abordagem de natureza descritiva, com metodologia de estudo de casos, integrado num projeto de intervenção em ER, contemplando a análise descritiva dos resultados obtidos através das intervenções implementadas. Traçam-se, neste ponto, os objetivos deste relatório, que vão para além dos já delineados pelo planeamento da UC, subdividindo-se em objetivo geral e objetivos específicos, propondo-se os seguintes: Objetivo geral: descrever o processo de aquisição de competências de EEER e de Mestre; Objetivos específicos: desenvolver competências de avaliação diagnóstica no cuidado à pessoa com equilíbrio comprometido, em contextos hospitalar e comunitário; planejar e executar programas de intervenção em ER dirigidos à pessoa com equilíbrio comprometido, em contextos hospitalar e comunitário; e identificar os ganhos funcionais associados às intervenções de ER na pessoa com equilíbrio comprometido, em contextos hospitalar e comunitário.

A nível de estrutura, este Relatório encontra-se dividido em capítulos. Inicia-se com a Introdução e, de seguida apresenta-se a apreciação e análise dos contextos onde decorreram os diferentes estágios, evidenciando as condições que possibilitaram a consecução do projeto. Posteriormente, desenvolve-se o enquadramento teórico e concetual, fundamentando a adoção do modelo de cuidados do EEER aplicado. Para o sustentar, realizámos uma revisão narrativa da literatura, aprofundando o estado da arte relativo ao fenómeno em estudo. Segue-se a apresentação do programa de ER dirigido à pessoa com equilíbrio comprometido, incluindo a metodologia, bem como a apresentação e discussão dos resultados. Por último, é realizada a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de Mestre

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

em ER, que se consubstancia numa análise *SWOT*. Apresentam-se, depois, as considerações finais, nas quais se procede à síntese e análise dos aspetos mais relevantes. O Relatório termina com as referências, os apêndices e os anexos.

As referências bibliográficas foram organizadas em conformidade com as normas preconizadas pela *American Psychological Association* [APA], sétima edição (American Psychological Association [APA], 2020). A redação do texto obedece ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e, a estrutura do trabalho segue as normas de elaboração de trabalhos académicos e científicos da ESESJD (Universidade de Évora [UE], 2023).

1. APRECIACÃO E ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo, procedemos à caracterização e apreciação dos contextos onde decorreram os estágios, numa perspetiva orientada para a prática de cuidados especializados em ER. Apresentamos os recursos e condições existentes que sustentaram o desenvolvimento de competências e efetuamos uma análise crítica desses contextos, procurando identificar contributos e oportunidades de melhoria com relevância para a prática futura.

1.1. ESCOLHA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A instituição escolhida para a realização dos estágios integra uma Unidade Local de Saúde [ULS] criada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

A ULS integra um centro hospitalar e treze centros de saúde, correspondentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] da região, promovendo a articulação entre Cuidados de Saúde Primários [CSP] e Cuidados de Saúde Hospitalares [CSH]. Esta integração visa reforçar o envolvimento dos cidadãos, profissionais e autarquias, aumentando a proximidade institucional, o acesso e a eficiência do Serviço Nacional de Saúde [SNS] (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2026).

Esta tem como missão assegurar a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares à população da sua área de influência (152.444 habitantes) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2026), orientando-se por princípios de excelência, adequação e qualidade. A sua visão centra-se no reconhecimento como organização de referência, destacando-se pelo rigor técnico-científico, gestão eficiente, humanização e proximidade à comunidade. Os seus valores assentam no respeito pela dignidade dos cidadãos, qualidade, equidade, ética, trabalho em equipa, transparência e inovação (SNS, 2026).

Importa referir que, em 2021, nesta ULS, as doenças do aparelho circulatório registaram a taxa de mortalidade mais elevada (4,5%), seguidas pelos tumores malignos (3,1%) (INE, 2026). Estes dados evidenciam a importância de estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, com foco particular nos cuidados especializados.

No âmbito dos estágios curriculares, realizámos atividades num Serviço de Medicina Intensiva [SMI], numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral [UAVC], e numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], com enfoque, respetivamente, nos cuidados à pessoa com alterações cardiorrespiratórias, neurológicas e orto traumatológicas. A seleção destes contextos visou proporcionar experiências em ER junto de pessoas com diferentes problemas de saúde, privilegiando uma abordagem holística, individualizada e centrada na melhoria do equilíbrio.

Através de entrevistas não estruturadas com enfermeiros em funções de gestão e enfermeiros orientadores, foi possível realizarmos uma breve caracterização das estruturas físicas e do funcionamento dos contextos dos estágios, facilitando uma integração eficaz e proveitosa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a).

O estágio I decorreu no SMI, um contexto diferenciado que presta cuidados integrais a pessoas com disfunção ou falência de órgãos, assegurando o suporte e a reversão de situações com compromisso vital, com papel central na assistência à pessoa em situação crítica. Nos últimos anos, tem-se verificado um aperfeiçoamento significativo dos SMI, refletido na evolução tecnológica, no aumento da capacidade de suporte de funções vitais e na implementação de terapêuticas inovadoras, contribuindo de forma determinante para a melhoria da qualidade dos cuidados e dos resultados clínicos.

Este SMI corresponde a uma unidade de nível III, ou seja, é caracterizada por equipas médica e de Enfermagem dedicadas, e por assistência permanente de médico intensivista. Dispõe ainda de meios diferenciados de monitorização, diagnóstico e terapêutica, essenciais à abordagem da pessoa em situação crítica.

O SMI tem como missão prestar cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica, assegurando elevados padrões técnico-científicos e uma gestão eficiente de recursos. A sua intervenção centra-se na preservação da vida, através do suporte temporário de funções vitais em situações potencialmente reversíveis, integrando também cuidados especializados de reabilitação desde fases precoces, com vista à promoção da funcionalidade e prevenção de complicações. Quando a situação clínica é irreversível, assegura cuidados centrados na dignidade em fim de vida, privilegiando o conforto, o controlo sintomático e o apoio à família.

O SMI orienta a sua atividade por valores como o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, a excelência técnico-científica, a melhoria contínua e gestão eficiente, bem como a qualidade, motivação profissional, trabalho em equipa, ética, integridade e transparência.

O serviço dispõe de oito camas e encontra-se equipado com os recursos humanos, materiais e tecnológicos adequados. A equipa multidisciplinar integra 44 enfermeiros (10 EE, dos quais 5 EEER), 10 médicos, 43 Técnicos Auxiliares de Saúde [TAS] e uma Assistente Técnica, contando ainda com o apoio de outros profissionais de saúde (fisioterapeuta, nutricionista, etc.), assegurando uma abordagem integrada e centrada na pessoa em situação crítica.

As equipas de Enfermagem e de TAS trabalham em regime de roulement, distribuídas por três turnos, sendo designado em cada turno um enfermeiro responsável pela coordenação e um elemento para integrar a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMI]. A metodologia de trabalho assenta no método individual, com atribuição de cada doente a um enfermeiro. O rácio enfermeiro/doente é de 1:2, de acordo com as recomendações nacionais para cuidados intensivos.

A escolha pelo SMI revelou-se pertinente por ser um contexto privilegiado para a implementação de cuidados de ER na prevenção das complicações associadas à imobilidade, sedação e ventilação mecânica. A fraqueza muscular e as alterações neurológicas comprometem frequentemente a funcionalidade e o equilíbrio da pessoa em situação crítica (Needham et al., 2017), devendo este ser considerado desde fases precoces numa perspetiva preventiva. Neste sentido, a intervenção do EEER, através da mobilização precoce, do treino postural, reeducação funcional e prevenção de quedas, assume especial relevância, contribuindo para melhores resultados funcionais, redução do tempo de internamento e maior independência após a alta (Hodgson et al., 2022).

O estágio II decorreu na UAVC, de nível B, vocacionada para a intervenção precoce, reabilitação e prevenção de complicações e agravamento dos défices (SNS, 2025a). Esta dispõe de seis camas para utentes em fase aguda (48 a 72 horas), referenciados pelo Serviço de Urgência [SU] ou pelas consultas externas, com diagnósticos de AVC isquémico, hemorrágico, Acidente Isquémico Transitório [AIT] e Trombose Venosa Cerebral (SNS, 2025a).

A UAVC dispõe de uma equipa multidisciplinar que assegura uma abordagem integrada ao utente e família, disponibilizando consultas especializadas, programas de reabilitação, psicoeducação e referenciação para Unidades de Saúde Familiar [USF], com enfoque na promoção da independência e segurança (SNS, 2025a). A organização dos recursos humanos assenta em roulement de três turnos, com um enfermeiro responsável por turno, método individual de trabalho e rácio enfermeiro/doente de 1:3, de acordo com as recomendações nacionais.

A escolha pela UAVC revelou-se pertinente por ser um contexto privilegiado para a implementação de cuidados de ER na prevenção e minimização das limitações funcionais decorrentes do défice neurológico agudo. Após um AVC, a perda de equilíbrio é frequente e compromete a recuperação da marcha e a independência nas AVD (Rocha et al., 2020). Cerca de dois terços dos sobreviventes apresentam deficits iniciais de mobilidade e, seis meses pós-AVC, mais de 30% continuam sem conseguir andar de forma independente; as quedas afetam 70% no primeiro ano pós-AVC, com impacto negativo na independência e QV (Arienti et al., 2019). O comprometimento do controlo do tronco agrava as alterações posturais e motoras (Rocha et al., 2020) e, sendo o equilíbrio comprometido um importante preditor de limitação funcional (Langhorne et al., 2011), a intervenção do EEER, através de treino de equilíbrio, mobilização precoce, reeducação da marcha e prevenção de quedas, é determinante para promover a neuroplasticidade e potenciar a recuperação funcional.

Por fim, o estágio III decorreu na UCC, que abrange cerca de 7102 habitantes distribuídos por cinco freguesias (SNS, 2025b). Esta tem como missão melhorar o estado de saúde da população, prestando cuidados de saúde, apoio social e psicológico em contexto domiciliário e comunitário, promovendo a educação para a saúde e a continuidade de cuidados. Nesta missão destacou-se a prestação de cuidados personalizados a pessoas em situação de dependência ou vulnerabilidade, o reforço da literacia em saúde, o apoio às redes familiares e comunitárias e a formação contínua dos profissionais com base na evidência (SNS, 2025b).

A UCC integra uma equipa multidisciplinar que desenvolve intervenção nas áreas de saúde, bem-estar, educação e desenvolvimento social, disponibilizando diversos serviços, como a Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI], Equipa de Coordenação Local [ECL], a Equipa de Saúde Escolar, o Banco de Produtos de Apoio, o Banco de Ajudas Técnicas, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens [NACJR], a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

[EPVA], e a Intervenção Precoce [IP], além da participação em redes e comissões locais (SNS, 2025b). A ECCI assegura cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa, com intervenções segundo avaliação integral das necessidades. Compete-lhe ainda promover a educação para a saúde, apoiar a pessoa e os seus cuidadores e, colaborar no desempenho das AVD, entre outras intervenções. Ainda, as atividades comunitárias promovidas pela UCC, como projetos de mobilidade sénior, saúde oral e intervenção familiar, visam assegurar a continuidade de cuidados e reforçar a ligação à comunidade (SNS, 2025b).

A escolha pela UCC revelou-se pertinente por ser um contexto onde predominam pessoas expostas a fatores de risco como fragilidade, polimedicação e ambientes domésticos pouco adaptados, os quais contribuem para alterações do equilíbrio e aumento do risco de queda. Segundo Sherrington et al. (2020), o equilíbrio comprometido na comunidade está fortemente associado ao declínio funcional, à restrição da participação social e ao aumento do risco de institucionalização. Neste contexto, a intervenção do EEER na comunidade assume particular relevância na manutenção da independência e, na prevenção de quedas. A implementação de programas individualizados de treino de equilíbrio, fortalecimento muscular, reeducação da marcha, treino funcional das AVD e adaptação do domicílio, demonstram eficácia na melhoria do equilíbrio e na redução do risco de quedas, promovendo a permanência segura da pessoa no seu contexto de vida (Sherrington et al., 2020; Braden et al., 2022).

Os recursos materiais disponíveis nos diferentes contextos de estágio suportam a prática especializada de ER, permitindo o EEER intervir de forma ajustada às especificidades de cada situação, com base em instrumentos de avaliação validados (Campos et al., 2022). O EEER atua em situações complexas ao longo do ciclo de vida, promovendo ganhos em saúde, estabelecendo parcerias na comunidade e coordenando planos de cuidados interdisciplinares (Hoeman, 2011).

Em todos os contextos, destaca-se a articulação das equipas, integrando a intervenção do EEER numa abordagem multidisciplinar orientada para objetivos comuns, reforçando a importância da colaboração interprofissional na eficácia dos programas de reabilitação (Hoeman, 2011).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo, procedemos ao enquadramento teórico e conceptual da temática, justificando a adoção do modelo de cuidados do EEER aplicado a pessoas com equilíbrio comprometido, em contexto hospitalar e comunitário. Para o sustentar, realizámos uma revisão narrativa da literatura, aprofundando o estado da arte sobre o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Os cuidados de Enfermagem correspondem a intervenções realizadas por profissionais qualificados, orientadas para a promoção, manutenção e recuperação da saúde (Petronilho & Machado, 2017). Neste âmbito, o cuidado configura-se como um processo contínuo e reflexivo, sustentado na capacidade crítica do profissional e fundamentado em teorias, modelos e normas orientadoras (Hesbeen, 2003).

A ER, enquanto especialidade, centra-se no diagnóstico e intervenção perante respostas humanas a problemas de saúde e alterações da funcionalidade e do estilo de vida (OE, 2019a). A funcionalidade resulta da interação dinâmica entre o estado de saúde e os fatores contextuais, pessoais e ambientais, que influenciam a capacidade da pessoa para viver de forma independente no seu meio habitual. Expressa-se na realização das AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária [AIVD], emergindo da articulação entre as competências físicas e cognitivas e o contexto envolvente (Reis & Bule, 2017; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

Considerando a complexidade inerente à reabilitação, impõe-se uma abordagem multidisciplinar sustentada numa base teórica sólida, com recurso a modelos conceptuais centrados no ciclo de vida, no bem-estar e no funcionamento ótimo da pessoa, respeitando os seus valores e preferências (Petronilho & Machado, 2017; Ribeiro et al., 2016). Assim, face à diversidade de papéis e à complexidade das situações clínicas, torna-se essencial que o EEER aplique de forma consciente e eficaz as teorias e modelos que sustentam a sua prática (Hoeman, 2011).

2.1. ABORDAGEM DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES E DA TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO

O projeto de intervenção que concebemos e implementámos ao longo deste percurso formativo assentou em modelos, teorias e conceitos estruturantes que orientaram de forma sistemática a nossa prática. Para sustentar cientificamente as intervenções realizadas, adotámos dois referenciais teóricos de Enfermagem que se revelaram particularmente pertinentes: a Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis.

A integração consciente destes referenciais permitiu-nos conferir coerência, consistência e intencionalidade ao processo de cuidados, centrando a nossa atuação na promoção da funcionalidade e da independência da pessoa com equilíbrio comprometido, quer em contexto hospitalar, quer comunitário. Esta opção reforçou para nós, a importância de uma prática sustentada no conhecimento científico, articulada com a singularidade de cada pessoa e com os princípios da ER.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, descreve, explica e procura prever as experiências humanas associadas a processos de transição, entendidos como períodos de instabilidade decorrentes de mudanças significativas na vida das pessoas. Segundo Meleis (2010), estas transições podem assumir natureza desenvolvimental, situacional, saúde/doença ou organizacional.

Esta teoria integra o fenómeno de transição com intervenções terapêuticas de Enfermagem, visando facilitar o processo adaptativo da pessoa, através da disponibilização de informação, suporte e cuidados diretos, promovendo a adaptação, o restabelecimento do equilíbrio e bem-estar (Ribeiro, 2021).

Conforme sublinha Meleis (2010), embora se reconheçam transições positivas, muitas das transições podem estar relacionadas com saúde e doença, que envolvem perdas e que são indesejadas. Por exemplo, um evento como o AVC pode desencadear um conjunto de transições no que toca à funcionalidade, identidade e estilo de vida. e a complexidade dessas transições pode ser agravada por transições simultâneas para os membros da família das pessoas idosas, que poderão assumir o papel de cuidador e sofrer mudanças no trabalho e nos papéis familiares.

A avaliação de uma transição saudável baseia-se em padrões de resposta, organizados em indicadores de processo (interação, confiança e *coping*), e indicadores de resultado (mestria e integração da identidade), que evidenciam a capacidade da pessoa para mobilizar recursos e alcançar uma adaptação bem-sucedida (Silva et al., 2019).

As transições configuram-se como processos complexos, dinâmicos e multidimensionais, marcados por alterações nos papéis, comportamentos, relações e identidade, sendo influenciadas por fatores pessoais, sociais e ambientais (Ribeiro, 2021). Neste enquadramento, reconhecemos que o EEER desempenha um papel determinante ao promover intervenções que respeitam o projeto de saúde da pessoa e facilitam uma transição saudável (OE, 2018b).

O internamento hospitalar, enquanto experiência disruptiva, constitui uma transição saúde/doença, contexto no qual as intervenções do EEER assumem particular relevância. Ao promover adaptação, capacitação e maximização do potencial funcional, contribuímos para a reorganização da vida da pessoa e para a construção de novos equilíbrios (Silva et al., 2019).

Por sua vez, a Teoria do Défice de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, assenta no conceito de autocuidado, entendido como uma ação deliberada e intencional da pessoa para satisfazer necessidades humanas e preservar a saúde, o bem-estar e a vida, particularmente em situações de doença ou convalescença (Petronilho & Machado, 2023).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] define o autocuidado como uma atividade autoexecutável orientada para a manutenção da vida, satisfação de necessidades básicas e realização das AVD (International Council of Nurses [ICN], 2019). Trata-se de um fenómeno multidimensional, intrinsecamente ligado à autonomia, a independência e a responsabilização da pessoa pela sua saúde (Petronilho et al., 2021).

Nesta perspetiva, o autocuidado configura-se como uma capacidade de autorregulação que pode assumir caráter universal, desenvolvimental ou emergir como resposta a desvios de saúde (Reis & Bule, 2023), constituindo um eixo central na intervenção do EEER junto da pessoa com equilíbrio comprometido.

Segundo Orem (2001), a pessoa dispõe, em regra, de competências físicas, cognitivas e emocionais que lhe permitem realizar o seu autocuidado, desenvolvidas ao longo do ciclo de

vida. Quando estas se revelam insuficientes face às exigências da situação de saúde, ocorre um défice de autocuidado, justificando a intervenção do EEER enquanto agente terapêutico, com vista a restaurar, manter ou promover a independência (Petronilho & Machado, 2023; Ribeiro, 2021).

A teoria dos sistemas de Enfermagem, delineada por Orem, contempla três modalidades de intervenção: sistema totalmente compensatório, em que o enfermeiro assume integralmente os cuidados; sistema parcialmente compensatório, caracterizado pela partilha de cuidados; e sistema de apoio-educação, no qual a pessoa realiza os cuidados com suporte e orientação do enfermeiro (Petronilho & Machado, 2023).

Este modelo atribui centralidade ao conhecimento enquanto fundamento do autocuidado, reforçando a importância da informação, educação e capacitação da pessoa e família para a gestão autónoma dos desvios de saúde (Petronilho et al., 2021).

Neste sentido, torna-se fundamental estabelecer uma relação terapêutica centrada na pessoa, promotora de um plano de cuidados individualizado, assente na partilha de conhecimento e na responsabilização ativa da pessoa pelo seu autocuidado. Para o EEER, os conceitos de funcionalidade e independência assumem particular relevância, exigindo a avaliação contínua dos requisitos universais e dos requisitos de autocuidado no desvio da saúde, especialmente no que se refere à autogestão da doença e dos sintomas (Petronilho et al., 2021). Segundo Meleis (2010), este processo é designado de processo de transição saúde-doença, tratando-se de uma situação com repercussão significativa na qualidade de vida da pessoa/família.

Em síntese, a articulação entre as teorias de Orem e Meleis permite-nos sustentar uma prática de ER fundamentada e centrada na pessoa, orientada para a promoção da funcionalidade, independência e QV da pessoa com equilíbrio comprometido. Esta integração revela-se particularmente pertinente para responder às exigências dos contextos de internamento hospitalar e da continuidade de cuidados na comunidade.

2.2. EQUILÍBRIO

O equilíbrio corporal constitui um requisito fundamental para a mobilidade funcional, independência e participação ativa nas AVD (Gialanella et al., 2022). Permite a manutenção da postura com mínima oscilação, bem como a estabilidade durante a realização de atividades motoras que perturbam a orientação do corpo (Rocha et al., 2020). Deste modo, um desempenho motor adequado é essencial para a independência nas AVD, tornando o equilíbrio um foco prioritário de intervenção de ER (Rocha et al., 2020).

A literatura contemporânea conceptualiza o equilíbrio como um fenómeno dinâmico e multifatorial, resultante da integração contínua entre os sistemas sensorial, motor e cognitivo, que possibilita a manutenção da estabilidade corporal em situações estáticas e dinâmicas (Zverev et al., 2024). O equilíbrio é descrito pela CIPE (2019) como a segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se. Tem origem na articulação entre a informação proveniente do sistema sensorial (visual, vestibular e propriocetivo), do sistema nervoso central e da resposta motora, sendo que qualquer alteração nestes sistemas pode comprometer o equilíbrio (Garcia et al., 2021).

De forma funcional, o equilíbrio pode ser definido como a capacidade de manter o corpo estável, quer em repouso, quer durante o movimento (Muscolino, 2008). Do ponto de vista biomecânico, depende da articulação entre o Centro de Massa [COM] e o Centro de Pressão [COP], sendo necessário que a projeção vertical do corpo permaneça dentro da base de apoio para garantir estabilidade (Garcia et al., 2021). O limite de estabilidade corresponde à amplitude dentro da qual o corpo se pode mover sem alterar essa base, determinando a margem de segurança funcional (Horak, 2006).

O equilíbrio pode ainda ser classificado em estático e dinâmico. O primeiro refere-se à capacidade de manter uma posição corporal sobre a base de suporte, enquanto o equilíbrio dinâmico corresponde à manutenção da estabilidade durante o movimento, quando o centro de gravidade e a base de apoio se encontram em constante alteração (Garcia et al., 2021). Ambos são interdependentes e fundamentais para a funcionalidade (Garcia et al., 2021).

O controlo postural eficaz resulta da integração de inputs sensoriais provenientes dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial pelo sistema nervoso central [SNC], permitindo

ajustar, de forma antecipatória e reativa, a atividade muscular em função das exigências da tarefa e do ambiente (Pichon et al., 2025). Neste processo, o sistema somatossensorial fornece grande parte da informação sobre posição e movimento dos segmentos corporais, o sistema vestibular contribui para a percepção espacial e para os reflexos posturais automáticos, e o sistema visual assegura a orientação do corpo em relação ao ambiente (Januário & Amaral, 2010; Garcia et al., 2021).

A manutenção do equilíbrio exige igualmente respostas motoras coordenadas, sustentadas por mecanismos neuromusculares como o reflexo miotático, o tónus muscular e a ativação rápida dos músculos posturais. Estruturas como o cerebelo, os núcleos da base e o sistema extrapiramidal desempenham um papel determinante na regulação do controlo postural e na coordenação motora, sendo que alterações nestes sistemas podem originar o comprometimento do equilíbrio (Januário & Amaral, 2010).

A evidência recente conceptualiza o equilíbrio como um sistema adaptativo complexo, no qual a variabilidade postural pode refletir capacidade de adaptação e resiliência funcional. Intervenções que introduzem desafios controlados ao equilíbrio, como superfícies instáveis ou tarefas motoras mais exigentes, promovem a reorganização neuromuscular e melhorias na estabilidade funcional, sustentando a implementação de programas progressivos e individualizados em ER (Cheillan et al., 2025).

Paralelamente, tem sido demonstrada uma relação estreita entre equilíbrio postural e funções cognitivas, nomeadamente atenção, função executiva e velocidade de processamento. Em adultos e idosos, sobretudo em contextos de envelhecimento ou patologia neurológica, o comprometimento cognitivo associa-se frequentemente a alterações do controlo postural, maior risco de quedas e perda de independência funcional. Nestes casos, a realização de tarefas duplas evidencia estas limitações, reforçando a importância de intervenções que integrem simultaneamente componentes motoras e cognitivas (Zverev et al., 2024).

2.3. A PESSOA COM O EQUILÍBRIO COMPROMETIDO

O equilíbrio comprometido está fortemente associado ao aumento do risco de quedas, podendo originar lesões graves, fraturas, hospitalização e incapacidade a longo prazo. Para além das consequências físicas, as quedas afetam frequentemente a autoconfiança e a saúde mental, potenciando o medo de cair, ansiedade e redução da participação nas AVD (Wang et al., 2025).

Evidência recente sugere que o equilíbrio comprometido é uma manifestação central do processo de envelhecimento (Wang et al., 2025). Perante o rápido envelhecimento da população mundial, estimando-se que até 2050 existam cerca de 2,1 mil milhões de pessoas com 60 ou mais anos, torna-se fundamental compreender as alterações do equilíbrio associadas à idade (Wang et al., 2025). O estudo deste fenómeno é essencial para prevenir quedas, reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde e promover o envelhecimento saudável, a independência funcional e o bem-estar (Wang et al., 2025).

Todas as atividades funcionais dependem do controlo do tronco enquanto base para o movimento e para a estabilidade postural (Rocha et al., 2020). Com o envelhecimento, verifica-se uma deterioração progressiva dos sistemas responsáveis pelo controlo postural, traduzida na redução da sensibilidade propriocetiva, no aumento dos tempos de reação e na diminuição da massa muscular, da elasticidade tecidual, e da densidade óssea. Estas alterações contribuem para maior instabilidade, risco de queda e dependência funcional (Braden et al., 2022; Reis et al., 2024; Wang et al., 2025).

A evidência demonstra ainda que idosos institucionalizados apresentam piores indicadores de equilíbrio comparativamente aos que residem na comunidade, evidenciando a influência do contexto na funcionalidade (Reis et al., 2024). Em ambiente hospitalar, fatores como a imobilidade, a condição clínica aguda e o desconhecimento do espaço aumentam a vulnerabilidade ao desequilíbrio (Wang et al., 2025).

O equilíbrio comprometido constitui, assim, uma das principais causas de incapacidade funcional na pessoa idosa (Garcia et al., 2021). Alterações sensório-motoras, associadas a patologias neurológicas, ortopédicas ou metabólicas, bem como a polimedicação, dor, alterações da marcha ou ambientes inseguros, representam fatores que agravam este risco (Wang et al., 2025).

Em pessoas com AVC, o equilíbrio encontra-se frequentemente comprometido devido a alterações na perceção corporal, no alinhamento postural e na integração sensoriomotora. Evidências recentes demonstram que o treino propriocetivo contribui significativamente para a melhoria do equilíbrio e da funcionalidade, promovendo ganhos na independência (Rocha et al., 2020; Fernandes et al., 2024). Assim, a inclusão de exercícios orientados para o controlo do centro de massa, para a estabilidade e para a perceção postural revela-se fundamental na recuperação funcional.

Nestes contextos, a avaliação do equilíbrio postural assume particular relevância para o planeamento e monitorização das intervenções do EEER. A seleção de instrumentos clínicos adequados, como escalas funcionais e testes observacionais, permite avaliar o equilíbrio estático, dinâmico e a funcionalidade global, sendo sensível à evolução da pessoa e à eficácia das intervenções implementadas (Pichon et al., 2025).

Deste modo, compreendemos que o equilíbrio comprometido constitui um fenómeno multifatorial, influenciado por fatores clínicos, funcionais e ambientais. A sua reabilitação exige uma abordagem integrada, centrada na pessoa e sustentada em intervenções individualizadas, contínuas e monitorizadas. Neste âmbito, o EEER assume um papel central na avaliação e intervenção, desenvolvendo planos de cuidados que visam melhorar o equilíbrio, prevenir quedas e promover a independência funcional, traduzindo-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados de ER.

2.4. RESULTADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O exercício profissional da Enfermagem em Portugal encontra fundamento legal no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], consagrado no Decreto-Lei n.º 104/98, que define o âmbito, as responsabilidades e a autonomia da profissão (Portugal, 1998). Mais recentemente, o Regulamento n.º 613/2022 reforça que o ato do enfermeiro configura uma intervenção autónoma, técnica e cientificamente fundamentada, abrangendo a avaliação, o planeamento, a prescrição, a execução e a monitorização de cuidados ao longo do ciclo de vida (OE, 2022).

No domínio da ER, o Regulamento n.º 392/2019 define as competências específicas do EEER, centradas na prestação de cuidados à pessoa com limitações funcionais, deficiência ou restrições na participação social, com o objetivo de promover a funcionalidade, a autonomia e a reintegração social (OE, 2019a). Complementarmente, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER orientam a prática do EEER para cuidados humanizados, seguros e eficazes, enfatizando a readaptação funcional, a promoção do autocuidado, o bem-estar psicossocial e a inclusão social, sustentados na evidência científica (OE, 2018a; Marta, 2022; Sousa et al., 2024).

A obtenção do grau de Mestre requer a integração de conhecimentos avançados, a aplicação e comunicação de resultados da prática baseada na evidência e a manutenção de uma postura de aprendizagem contínua e autónoma, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 65/2018 (Portugal, 2018). Neste sentido, a intervenção no equilíbrio comprometido assume relevância clínica ao permitir minimizar impactos na mobilidade, na independência funcional e na participação social, reduzindo a probabilidade de quedas e custos associados à hospitalização, à reabilitação e aos cuidados de longa duração. Em simultâneo, favorece a identificação e abordagem de condições subjacentes (ex.: alterações vestibulares, neurológicas ou músculo-esqueléticas) e possibilita a implementação atempada de estratégias preventivas, como programas de exercício, educação para a saúde e adaptações do ambiente domiciliário, promovendo segurança e prevenindo complicações secundárias (fraqueza muscular, sedentarismo e isolamento social) (Wang et al., 2025).

A evidência recente sustenta que intervenções estruturadas com treino estático e dinâmico apresentam ganhos na recuperação do equilíbrio e na sua manutenção após a alta, sobretudo quando sustentadas em planos individualizados (Antunes, 2022; Rodrigues, 2023). Evidência adicional identifica melhorias na marcha e na estabilidade postural após intervenções sistematizadas, reforçando que os ganhos dependem também da adesão ao autocuidado (Matos & Araújo, 2021; Galheto, 2022; Sousa et al., 2024; Kim et al., 2025). Resultados semelhantes são descritos em pessoas hospitalizadas e institucionalizadas, com melhorias no equilíbrio, na marcha e na independência funcional (Teixeira, 2020; Faria et al., 2022; Rocha et al., 2022).

Em pessoas após AVC, são descritas como benéficas intervenções que incluem exercício terapêutico, treino repetitivo de tarefas, exercícios mediados por cuidadores, terapia virtual e treino em superfícies instáveis, evidenciando potencial de melhoria do equilíbrio e

funcionalidade (Arienti et al., 2019). Também os movimentos do tronco combinados com tarefas duplas promovem melhorias no controlo do tronco, equilíbrio e recuperação funcional em AVC, com redução do risco de quedas e melhoria da mobilidade (Ahmed et al., 2021).

Na população idosa, foram reportadas melhorias no equilíbrio e redução de quedas após programas de treino de equilíbrio, sustentando a sua eficácia na prevenção (Braden et al., 2022). Achados coincidentes foram descritos em idosos institucionalizados, com efeito positivo do exercício de equilíbrio no controlo postural e recomendação do seu uso para reduzir incidência de quedas (Ulfiana et al., 2019), bem como melhorias do equilíbrio estático após treino de equilíbrio e após intervenções baseadas em diferentes tipos de exercício (Zouita et al., 2020; Labata-Lezaun et al., 2023).

Exercícios convencionais também evidenciaram eficácia na melhoria do equilíbrio em idosos (Tadvi & Ravindran, 2024). No estudo de Gialanella et al. (2023) verificaram que a reabilitação motora convencional melhora o equilíbrio. Adicionalmente, intervenções duplas/multimodais mostraram vantagens face a uma única modalidade ou ausência de tratamento, associando-se a redução de quedas (Kim & Hwang, 2021), e o treino de perturbação combinado com exercícios convencionais revelou-se eficaz para melhorar equilíbrio e controlo postural (Shah & Joshi, 2024).

Em intervenções estruturadas, observaram-se ganhos na força muscular, equilíbrio e funcionalidade, suportando a efetividade da intervenção do EEER na recuperação do equilíbrio e maximização da independência nas AVD (Rocha et al., 2020). Estes autores destacaram ainda a importância do treino de estabilização do tronco e de exercícios em ortostatismo como facilitadores do equilíbrio, marcha e desempenho funcional (Rocha et al., 2020). Resultados benéficos no equilíbrio foram igualmente descritos em programas que combinam treino de marcha, equilíbrio e funcionalidade seguido de treino de força/resistência (Loureiro et al., 2020), e em AVC crónico foi demonstrada melhoria do desempenho físico com treino de resistência (Kim et al., 2025).

Em termos preventivos, exercícios de amplitude de movimento dos membros inferiores [MI] podem contribuir para reduzir risco de quedas em idosos (Azkia et al., 2021), sendo também reconhecido que o exercício de equilíbrio constitui uma estratégia não farmacológica eficaz para melhorar o equilíbrio e prevenir quedas (Murtiyani & Suidah, 2019). Wang et al.,
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

(2025) salienta a importância da deteção precoce, da integração sensorial multimodal, da revisão de medicação, da gestão de comorbilidades, da adaptação ambiental e do uso de tecnologias (realidade virtual, dispositivos vestíveis e telemedicina) na avaliação e treino do equilíbrio.

A evidência reforça ainda a pertinência de intervenções complementares centradas na educação, uma vez que a capacitação para monitorizar a estabilidade postural e a instrução sobre o risco de queda, estão associadas a mudanças comportamentais e à redução de quedas (Forth et al., 2021). Importa ainda referir que o medo de cair é identificado como fator que pode desencadear restrição de atividades e perpetuar um pior equilíbrio e quedas recorrentes, reforçando a necessidade da sua avaliação (Chen et al., 2023).

Deste modo, a funcionalidade, enquanto constructo clínico, relaciona-se diretamente com a capacidade para realizar AVD e depende de fatores como força muscular, equilíbrio, agilidade, coordenação e capacidade cardiorrespiratória (Garcia et al., 2021). O equilíbrio comprometido constitui, por isso, um fator de risco para perda de independência, isolamento social e institucionalização (Araújo et al., 2021). Neste âmbito, o EEER intervém na prevenção e no tratamento das incapacidades, planeando e monitorizando intervenções que visam maximizar a funcionalidade e minimizar o risco de declínio (OE, 2011). A avaliação de resultados assume um papel central, podendo ser suportada por instrumentos de mensuração de ganhos sensíveis aos cuidados, como a *Nursing Outcomes Classification* [NOC] (Pestana, 2017).

Na operacionalização dos cuidados, adotamos uma abordagem centrada na pessoa, integrando objetivos clínicos e também valores, preferências e história de vida. Nesta perspetiva, Petronilho et al. (2021) sublinham a importância de promover a participação ativa da pessoa nas decisões sobre o percurso terapêutico, respeitando a sua autonomia. Reconhecemos ainda que a ER ultrapassa a dimensão física, integrando estimulação cognitiva e suporte emocional, com evidência de eficácia na prevenção de delírio e depressão em contexto hospitalar (Alves et al., 2023; Sousa et al., 2024). Paralelamente, a educação para o autocuidado, dirigida à pessoa e à família, é determinante para a continuidade de cuidados após a alta (Gil et al., 2020; Rodrigues, 2023). O planeamento da alta assume-se como momento crítico, uma vez que a sua ausência ou inadequação pode comprometer ganhos funcionais obtidos durante o internamento (Mulasso et al., 2022; Ferreira et al., 2023).

Assim, modelos estruturados de transição de cuidados emergem como estratégias essenciais para assegurar a continuidade assistencial e a manutenção dos ganhos. Neste sentido, a capacitação da pessoa e da rede de apoio, através de intervenções psicoeducativas e psicossociais, favorece a adesão ao plano de cuidados e sustenta a reabilitação a longo prazo (Martins, 2023). A evidência reforça também a pertinência de programas domiciliários e comunitários integrados nos cuidados de saúde primários, alertando que a ausência de seguimento pós-alta pode comprometer os resultados obtidos, tornando indispensável investir em reabilitação continuada e modelos estruturados de transição (Seijas et al., 2024). Ainda, sublinhamos o papel do EEER na criação de ambientes terapêuticos seguros, na gestão do risco e na implementação de intervenções preventivas que preservem a funcionalidade, a QV e a dignidade da pessoa em situação de vulnerabilidade (OE, 2019a).

Em suma, estes dados corroboram o papel do EEER na conceção, implementação e monitorização de planos terapêuticos individualizados dirigidos à recuperação do equilíbrio independentemente da origem do défice, traduzindo-se em ganhos mensuráveis na independência, prevenção de quedas e QV.

3. PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM EQUILÍBRIO COMPROMETIDO

Concebemos um programa de intervenção em ER dirigido à pessoa com equilíbrio comprometido, aplicável em contexto hospitalar e comunitário. Este programa foi desenvolvido com base numa abordagem centrada na pessoa, integrando cuidados especializados de ER orientados para a promoção do equilíbrio, tendo em conta a funcionalidade e a QV.

Para a sua implementação, o projeto de intervenção foi submetido à apreciação do Conselho Técnico-Científico da Universidade de Évora, em conformidade com os requisitos académicos e éticos inerentes ao Mestrado em ER.

3.1. METODOLOGIA

3.1.1. Tipo de desenho

Para a elaboração do presente Relatório, definimos inicialmente uma questão orientadora: “Quais os ganhos funcionais, ao nível do equilíbrio, decorrentes da implementação de um programa de ER em pessoas com equilíbrio comprometido, em contextos hospitalar e comunitário?” A definição desta questão revelou-se fundamental para a estruturação do desenho metodológico e orientação da recolha e análise dos dados nos diferentes locais de estágio.

A investigação desenvolvida centrou-se na compreensão do “como” e do “porquê” dos fenómenos em análise, privilegiando a exploração da evolução do processo ao longo do tempo. Para tal, recorreremos a múltiplas fontes de informação, designadamente entrevistas, análise documental, observação direta e registos da intervenção do EEER, em consonância com o preconizado por Vilelas (2022).

Decorrente da problemática identificada, definimos como objetivo geral desenvolver competências enquanto EEER e Mestres. Para alcançar este objetivo, estabelecemos objetivos específicos: desenvolver competências de avaliação diagnóstica no cuidado à pessoa com

equilíbrio comprometido em contexto hospitalar e comunitário; planear e executar programas de intervenção em ER dirigido à pessoa com equilíbrio comprometido em contextos hospitalar e comunitário; e identificar os ganhos funcionais associados às intervenções de ER na pessoa com equilíbrio comprometido em contextos hospitalar e comunitário.

Neste enquadramento, adotámos uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva, com metodologia de estudo de casos, integrado num projeto de intervenção em ER, com análise descritiva dos resultados obtidos através de instrumentos de avaliação válidos (Vilelas, 2022). De acordo com Yin (2015), o estudo de caso permite investigar fenómenos sociais complexos no seu contexto real, proporcionando uma visão holística da realidade em estudo, particularmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente delimitadas. Esta metodologia permite ainda compreender as decisões e intervenções, bem como os resultados alcançados, sendo aplicável a um ou mais casos em contextos reais de prática clínica (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Após a definição do tema e da metodologia, definimos e implementámos o plano de intervenção. Concluída esta fase, procedemos à análise dos dados, iniciando com a descrição e reflexão individual de cada caso. Posteriormente, realizámos uma análise integrada à luz da fundamentação teórica, promovendo uma reflexão crítica sobre os resultados obtidos e culminando na elaboração de conclusões que sintetizam os principais contributos para a compreensão do fenómeno em estudo (Yin, 2018).

Para a implementação do presente projeto, foram mobilizados diversos recursos, destacando-se as sessões de orientação tutorial asseguradas pela professora Florbela Bia, bem como o acompanhamento dos EEER nos serviços onde decorreram os estágios. Importa igualmente salientar a colaboração das equipas multidisciplinares envolvidas ao longo de todo o percurso formativo.

Assume-se, ainda, particular relevância a participação das pessoas que aceitaram integrar o projeto, aos quais foram prestados cuidados especializados no âmbito da ER.

Adicionalmente, foram considerados os recursos físicos e materiais disponibilizados nos contextos de estágio, o equipamento informático fornecido pela ESESJD, bem como a

evidência científica consultada e criticamente mobilizada para a fundamentação e desenvolvimento do projeto.

3.1.2. Amostra

Selecionámos a amostra do presente Relatório com base no princípio da conveniência, tratando-se de uma população conhecida, com características previamente identificadas cujas características serão descritas nos parágrafos seguintes. A sua seleção fundamentou-se na problemática que orientou a intervenção, nos objetivos definidos e nas intervenções a desenvolver, tendo sido igualmente considerados os princípios da equidade e da acessibilidade aos cuidados de saúde prestados pelo EEER.

Segundo Vilelas (2022), a amostra corresponde ao conjunto de pessoas que partilham características comuns, inseridas num determinado contexto, sobre as quais se pretende estudar determinadas propriedades. Neste sentido, a amostra integra as pessoas a quem se destinou o projeto de intervenção, nomeadamente aquelas disponíveis durante o período de estágio (Vilelas, 2022).

A seleção foi realizada através de amostragem não probabilística por conveniência. Como critérios de inclusão definimos: idade igual ou superior a 18 anos; ser alvo de cuidados especializados de ER durante o período de estágio; e apresentar diagnóstico de equilíbrio comprometido. Como critérios de exclusão considerámos a existência de contraindicações à intervenção proposta ou a recusa em participar no projeto.

A amostra foi constituída por seis estudos de caso, distribuídos por diferentes contextos clínicos: dois no âmbito do processo cardiorrespiratório, dois no processo neurológico, e dois no processo orto traumatológico. Esta distribuição permitiu uma análise comparativa e contextualizada da intervenção do EEER em diferentes realidades clínicas.

3.1.3. Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação assumem um papel central no diagnóstico e na monitorização dos resultados das intervenções implementadas ao longo do programa de ER. A sua utilização permite sustentar a tomada de decisão clínica, orientar o planeamento dos cuidados e avaliar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada.

Enquanto investigadores, compete-nos selecionar instrumentos de avaliação fidedignos, válidos para a população portuguesa e adequados à questão de investigação e aos objetivos definidos (Fortin, 2009). Neste sentido, a utilização de diversas fontes de recolha de dados contribui para aumentar a qualidade metodológica dos estudos de caso, permitindo uma análise mais robusta e consistente do fenómeno em estudo (Yin, 2018).

Assim, recorreremos à utilização de múltiplos instrumentos de avaliação, estratégia que favorece não só a identificação de novos fenómenos, mas também o aprofundamento e a consolidação do conhecimento previamente existente (Fortin, 2009). No âmbito da ER, a avaliação deve centrar-se no desempenho funcional da pessoa no seu quotidiano, e não apenas na capacidade isolada de executar uma determinada atividade (Petronilho et al., 2021). Deste modo, os instrumentos utilizados permitem determinar o estado funcional da pessoa, identificar necessidades de intervenção, orientar a elaboração de um plano de cuidados individualizado e monitorizar a evolução ao longo do processo de reabilitação (Petronilho et al., 2021).

Para a apreciação diagnóstica no presente Relatório, iniciámos pela recolha de dados relativos à caracterização da amostra, através da análise dos processos clínicos. Posteriormente, realizámos uma avaliação diagnóstica inicial, com recurso a múltiplos instrumentos de avaliação (**Tabela 1**) permitindo identificar limitações e incapacidades associadas à condição em estudo, definir objetivos terapêuticos e fundamentar o plano de intervenção (Mulasso et al., 2022; Faria et al., 2022). Por fim, efetuámos uma avaliação diagnóstica final, utilizando os mesmos instrumentos, com o objetivo de analisar os resultados das intervenções implementadas.

Tabela 1. Instrumentos de avaliação.

Instrumentos de avaliação	Autores / Validação para Portugal	Objetivos	Estrutura / Pontuação	Interpretação
Escala de Coma de Glasgow [GCS] (Anexo I).	Teasdale e Jennett (1974).	Avalia o nível de consciência.	Constituído por 3 itens: abertura ocular (1 a 4 pontos), resposta verbal (1 a 5 pontos) e resposta motora (1 a 6 pontos). A pontuação total varia entre 3 e 15 pontos.	≤ 8 pontos: défice grave / coma; 9 a 12 pontos: défice moderado; 13 a 15 pontos: défice ligeiro / consciência preservada.
Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens [6CIT] (Anexo II).	Apóstolo, et al. (2018).	Avalia a função cognitiva.	Constituído por 6 itens (que avaliam orientação temporal, atenção e memória). A pontuação total varia entre 0 e 28 pontos.	0 a 7 pontos: função cognitiva normal; ≥ 8 pontos: comprometimento cognitivo.
Escala de Força Muscular do Conselho de Investigação Médica [MRC] (Anexo III).	Medical Research Council (1976).	Avalia a força muscular.	É uma escala ordinal que varia entre 0 e 5 pontos.	0 pontos: sem contração; 1 ponto: com contração, mas sem movimento; 2 pontos: movimento sem vencer a gravidade; 3 pontos: movimento que vence a gravidade, mas não resistência; 4 pontos: movimento que vence gravidade e resistência moderada; 5 pontos: força normal (contra resistência máxima).
Escala de Equilíbrio de Berg [BBS] (Anexo IV).	Mósca (2001).	Avalia o equilíbrio funcional (estático e dinâmico); Estima o risco de queda.	Constituído por 14 itens (tarefas relacionadas com atividades do quotidiano). Cada item é pontuado de 0 a 4. A pontuação total varia entre 0 e 56 pontos.	0 a 20 pontos: défice grave de equilíbrio (elevado risco de queda); 21 a 40 pontos: equilíbrio comprometido (risco moderado de queda); 41 a 56 pontos: equilíbrio funcional (baixo risco de queda).

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com equilíbrio comprometido

Escala de Classificação Funcional da Marcha de Holden [FAC] (Anexo V).	Holden et al. (1986).	Avalia o nível de independência da pessoa na marcha, em diferentes contextos ambientais.	Constituído por 6 categorias, que varia desde a categoria 0 até à categoria 5.	0 pontos: marcha ineficaz; 1 ponto: marcha dependente nível II; 2 pontos: marcha dependente nível I; 3 pontos: marcha dependente com supervisão; 4 pontos: marcha independente (superfície plana); 5 pontos: marcha independente.
Teste <i>Timed Up and Go</i> [TUG] (Anexo VI).	Podsiadlo e Richardson (1991).	Avalia a mobilidade funcional, o equilíbrio e o risco de queda	Consiste em cronometrar o tempo que a pessoa demora a levantar-se de uma cadeira com braços, caminhar três metros, virar-se, regressar à cadeira e sentar-se novamente.	≤10 segundos: mobilidade normal; 11 a 19 segundos: mobilidade funcional independente; 20 a 29 segundos: mobilidade comprometida (risco aumentado para queda); ≥30 segundos: dependência significativa (elevado risco de queda).
Escala de Quedas de Morse [MFS] (Anexo VII).	Morse (2009).	Avalia o risco de queda.	a sua pontuação total varia entre 0 e 125 pontos	0 a 24 pontos: baixo risco de queda; 25 e 44 pontos: risco moderado de quedas; ≥ 45 pontos: alto risco de queda.
Medida de Independência Funcional [MIF] (Anexo VIII).	Uniform Data System for Medical Rehabilitation [UDSMR] (1997).	Avalia o grau de independência funcional da pessoa nas AVD, incluindo as componentes motoras e cognitivas.	Constituído por 18 itens, distribuídos por dois domínios: função motora (13 itens) e função cognitiva (5 itens). Cada item é pontuado numa escala de 1 a 7 pontos, em que 1 corresponde a dependência total e 7 a independência total. A pontuação total varia entre 18 e 126 pontos.	18 a 60 pontos: dependência severa; 61 a 90 pontos: dependência moderada; 91 a 115 pontos: dependência leve; 116 a 126 pontos: independência funcional.
Questionário EuroQol de 5 Dimensões [EQ-5D] (Anexo IX).	Ferreira et al. (2014).	Avalia a QV relacionada com a saúde.	Constituído por 5 dimensões (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão), onde através de uma escala visual analógica, a pessoa classifica o seu estado de saúde global de 0 a 100 pontos.	<20 pontos: gravemente comprometida. 20 a 39 pontos: muito comprometida; 40 a 59 pontos: saúde comprometida; 60 a 79 pontos: boa/moderada; 80 a 100 pontos: muito boa percepção de saúde.

Fonte: própria

A seleção e utilização de instrumentos de avaliação adequados assumem particular relevância no processo de intervenção em ER, uma vez que a informação obtida permite ao EEER identificar e hierarquizar as principais prioridades de saúde da pessoa (Ribeiro et al., 2021a; Santos, 2021).

Com base nesta análise, o EEER seleciona e prescreve intervenções específicas, orientadas para a otimização e/ou reeducação da função, com vista à concretização do projeto de saúde da pessoa (Pestana, 2017). Para tal, recorre a indicadores sensíveis aos cuidados de ER, que permitem avaliar os ganhos em saúde resultantes das intervenções implementadas (OE, 2019a; Pestana, 2017).

O processo de apreciação diagnóstica assume, assim, um carácter individualizado, variando de acordo com as características da pessoa e com o contexto clínico. Neste sentido, os resultados esperados com a implementação do presente programa centram-se, primordialmente, na melhoria do equilíbrio, enquanto resultado sensível à intervenção do EEER.

3.1.4. Plano de intervenção em Enfermagem de Reabilitação

É responsabilidade do EEER conceber planos de intervenção orientados para a otimização e/ou reeducação da função, através do desenvolvimento de programas de reeducação funcional que contribuam para a concretização do projeto de saúde da pessoa (OE, 2019a). Para avaliar os benefícios decorrentes das intervenções implementadas, o EEER deve recorrer a indicadores sensíveis aos cuidados de ER, permitindo a monitorizar os ganhos em saúde e a avaliar a eficácia das intervenções (OE, 2019a; Pestana, 2017).

O plano de intervenção em ER realizado nos estágios foi individualizado e ajustado ao contexto específico de cada caso, considerando a situação clínica, os objetivos definidos com a pessoa e, sempre que pertinente, com os seus cuidadores, com vista à promoção da independência e QV (Santos, 2017). No entanto, optámos por, neste Relatório, apresentar um plano de intervenção global, numa abordagem holística, integrada e centrada na pessoa com equilíbrio comprometido, fundamentado na revisão da literatura científica realizada. O presente plano integra os principais focos comuns identificados na amostra, funcionando como referência orientadora para as intervenções em ER.

As intervenções em ER incluem a avaliação detalhada do estado funcional da pessoa, a elaboração de planos de cuidados personalizados e a implementação de estratégias terapêuticas orientadas para a melhoria da mobilidade, do equilíbrio e da funcionalidade global, com impacto direto na QV (Ribeiro et al., 2021a). Hoeman (2011) refere que os resultados destas intervenções devem ser claros, observáveis e mensuráveis, incluindo melhoria da capacidade de autocuidado, da mobilidade e a redução de complicações associadas, bem como, quando aplicável, do tempo de internamento.

A evidencia científica destaca ainda o papel das intervenções de educação para a saúde na promoção de adesão ao plano de cuidados e no envolvimento ativo da pessoa no processo de reabilitação (Ribeiro et al., 2021a). Ao integrar abordagens educativas personalizadas, ajustadas ao nível de literacia em saúde, expectativas e necessidades da pessoa, a ER procura não apenas alcançar resultados clínicos, mas também promover um ambiente terapêutico favorável à recuperação, ao bem-estar e à participação ativa no projeto de saúde (Alves et al., 2023; Ferreira et al., 2023).

O envolvimento da família e/ou cuidador assume igualmente um papel relevante, constituindo um suporte emocional e motivacional que influencia positivamente os resultados das intervenções e a continuidade dos cuidados após a alta (Gil et al., 2020).

Neste enquadramento, apresentamos de seguida o plano de intervenção em ER, estruturado de acordo com a CIPE (ICN, 2019), contemplando os focos e diagnósticos de ER, os objetivos definidos, as intervenções propostas e os resultados esperados (**Tabela 2**).

Tabela 2. Plano de Intervenção em Enfermagem de Reabilitação.

Plano de Intervenção em ER	
Foco de ER: equilíbrio	Descrição: “Status: segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (ICN, 2019).
	Diagnóstico: - Equilíbrio comprometido (ICN, 2019).
	Intervenções de ER: - Avaliar o equilíbrio estático sentado e ortostático e dinâmico sentado e ortostático (instrumento de apoio: Escala de Berg); - Avaliar as funções sensoriais (visão, audição e propriocepção); - Propiciar um ambiente seguro para a prática de exercícios; - Adaptar o ambiente para facilitar a concentração; - Reforçar/orientar sobre formas de como posicionar-se e movimentos para manter ou melhorar o equilíbrio durante exercícios ou autocuidado; - Orientar sobre a importância da terapia com exercícios para manter e melhorar o equilíbrio; - Planear treino do equilíbrio no leito e em ortostatismo (Ribeiro, 2021); - Executar, ensinar, instruir e treinar equilíbrio estático sentado e ortostático e dinâmico sentado e ortostático (exercícios: manutenção da postura; flexão/dorsiflexão/rotação plantar; flexão do joelho; flexão e extensão coxofemoral; abdução e adução dos MI; apoio unipedal; alternância de carga nos MI e superiores; alongamento e resistência dos MI; bater os dedos dos pés enquanto estiver sentado; levantar/sentar sem apoio das mãos; agachamentos; posição em tandem); caminhada no lugar; caminhada calcanhar-ponta; lounges; contorno de obstáculos; coordenação de movimentos; facilitação cruzada) (Wang et al., 2025); - Promover controlo postural; - Estimular reações de endireitamento e proteção; - Assistir no treino de equilíbrio estático sentado e ortostático e dinâmico sentado e ortostático; - Incentivar treino de equilíbrio estático sentado e ortostático e dinâmico sentado e ortostático; - Monitorizar a resposta da pessoa aos exercícios de equilíbrio; - Cooperar com fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercício (Bulechek et al., 2010; Ribeiro, 2021). Resultados Esperados de ER: - Equilíbrio melhorado (ICN, 2019); - Consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio melhorada; - Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorada; - Conhecimento sobre exercícios para treino de equilíbrio melhorado; - Capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio melhorada (Moorhead et al., 2008; Ribeiro, 2021).
	Descrição:

Foco de ER: movimento corporal	“Processo do sistema musculoesquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações” (ICN, 2019).	
	Diagnóstico: - Movimento corporal comprometido (ICN, 2019).	
	Intervenções de ER: - Avaliar força (instrumento de apoio: MRC); - Auxiliar a expressão das próprias crenças, valores e metas de aptidão e saúde musculares; - Ajudar a fixar metas realistas a curto e a longo prazo; - Determinar o nível motivacional para manter ou restaurar o movimento das articulações; - Explicar a finalidade e o plano dos exercícios para as articulações; - Auxiliar a posicionar o corpo da melhor maneira para os movimentos articulares; - Encorajar a visualizar o movimento do corpo antes de iniciar o movimento; - Analisar a relação entre exercícios musculo articulares e movimento corporal; - Determinar as limitações do movimento articular e o efeito sobre o funcionamento; - Proteger contra o trauma durante o exercício; - Executar, ensinar, instruir e treinar sobre exercícios musculo articulares (passivos, ativos e resistidos) dos membros superiores [MS] e dos MI; - Estimular coordenação motora; - Incentivar a execução de exercícios musculo articulares; - Oferecer reforço positivo pela realização dos exercícios musculo articulares; - Informar sobre tipos de resistência muscular que podem ser usados (bastão, bandas, alteres); - Orientar a fazer descansos breves após cada sequência; - Orientar no reconhecimento de sinais/sintomas de tolerância/intolerância aos exercícios durante e após as sessões (dor de cabeça, falta de folego, dor muscular, esquelética e articular além do usual, fraqueza, fadiga extrema, angina, transpiração profusa, palpitações); - Cooperar com fisioterapeuta no planeamento e monitoramento do programa de treino muscular (Bulechek et al., 2010; Ribeiro, 2021).	Resultados Esperados de ER: - Movimento corporal melhorado (ICN, 2019); - Movimento corporal dos MS melhorado; - Movimento corporal dos MI melhorado; - Conhecimento sobre os exercícios musculo articulares melhorado; - Capacidade para executar os exercícios musculo articulares melhorada (Moorhead et al., 2008; Ribeiro, 2021).
Foco de ER: erguer-se	Descrição: “Elevar: mover-se, modificando a posição do corpo para a vertical” (ICN, 2019).	
	Diagnóstico: - Erguer-se comprometido (ICN, 2019).	
	Intervenções de ER: - Avaliar erguer-se (mover o corpo para a borda da cama e ficar sentado com equilíbrio; colocar-se em posição ortostática com equilíbrio para andar); - Incentivar erguer-se;	Resultados Esperados de ER: - Erguer-se melhorado (ICN, 2019).

	- Planear erguer-se; - Ensinar e treinar a técnica de erguer-se com segurança; - Assistir a erguer-se..	
Foco de ER: andar	Descrição: “Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas” (ICN, 2019).	
	Diagnóstico: - Andar comprometido (ICN, 2019).	
	Intervenções de ER: - Avaliar o andar (instrumento de apoio: FAC); - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar; - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar; - Ensinar sobre técnica de adaptação para andar e uso seguro de ajudas técnicas; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar; - Avaliar capacidade para andar e marcha (instrumentos de apoio: TUG e FAC); - Assistir a pessoa a andar; - Instruir e treinar, técnica de adaptação para andar; - Executar, instruir e treinar técnica de adaptação para andar e marcha, incentivando a correção postural (ex.: subir e descer escadas, pequenas e médias distâncias); - Avaliar necessidade e capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho, canadianas, bengala) (Bulechek et al., 2010; Ribeiro, 2021).	Resultados Esperados de ER: - Andar melhorado (ICN, 2019); - Conhecimento sobre técnica de adaptação para andar melhorado; - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar, melhorado; - Capacidade para andar melhorada; - Capacidade para usar técnica de adaptação para andar, melhorada (Moorhead et al., 2008; Ribeiro, 2021).
Foco de ER: transferir-se	Descrição: “Transferir” (ICN, 2019).	
	Diagnóstico: - Transferir-se comprometido (ICN, 2019).	
	Intervenções de ER: - Avaliar transferir-se (erguer da posição horizontal; mover o corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio; deslocar da cama para cadeira; sentar na cadeira e posicionar-se de forma segura e confortável); - Incentivar a transferir-se; - Planear o transferir-se; - Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se; - Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferir-se (cama para cadeirão/cadeira de rodas/sanitária/banho, e vice-versa);	Resultados Esperados de ER: - Transferir-se melhorado (ICN, 2019).

	- Assistir no transferir-se; (Bulechek et al., 2010; Ribeiro, 2021).	
Foco de ER: cuidar da higiene pessoal	Descrição: “Cuidar da higiene” (ICN, 2019).	
	Diagnóstico: - Cuidar da higiene pessoal comprometido (ICN, 2019).	
	Intervenções de ER: - Avaliar o autocuidado (instrumento de apoio: MIF); - Avaliar conhecimento sobre a técnica de adaptação para o autocuidado; - Estimular e incentivar a pessoa a desempenhar o autocuidado, utilizado o máximo de funcionalidade possível; - Estimular independência funcional; - Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado cuidar da higiene (técnica de adaptação para arranjar-se, tomar banho, usar sanitário e, vestir-se ou despir-se; sobre dispositivo de apoio arranjar-se, tomar banho, usar sanitário e, vestir-se ou despir-se); - Treinar AVD; - Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação e para usar dispositivo auxiliar (se necessário); - Assistir a pessoa no autocuidado; - Incentivar a participação no autocuidado; - Analisar com a pessoa a relação entre técnicas de conservação de energia e autonomia no autocuidado; - Informar sobre estratégias de gestão de energia; - Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias de gestão de energia; - Ensinar a gerir atividade; - Vigiar atividade física; - Planear repouso (Bulechek et al., 2010; Ribeiro, 2021).	Resultados Esperados de ER: - Cuidar da higiene pessoal melhorado (ICN, 2019); - Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado melhorado; - Capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado melhorada; - Consciencialização da relação entre técnicas de conservação de energia e autonomia no autocuidado melhorada; - Conhecimento sobre técnicas de gestão de energia durante o autocuidado melhorado; - Capacidade para usar técnicas de gestão de energia durante o autocuidado melhorada (Moorhead et al., 2008; Ribeiro, 2021).
Foco de ER: queda	Descrição: “Queda” (ICN, 2019).	
	Diagnóstico: - Risco de queda (ICN, 2019).	
	Intervenções de ER: - Avaliar risco de quedas (instrumento de apoio: MFS); - Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda;	Resultados Esperados de ER: - Sem queda (ICN, 2019).

	- Identificar fatores de risco para queda; - Ensinar sobre prevenção de queda; - Demonstrar comportamentos seguros e como prevenir quedas; - Ensinar família/cuidador sobre prevenção de queda; - Ensinar estratégias de prevenção de quedas; - Ensinar técnicas de mobilidade segura; - Incentivar uso de auxiliares (corrimãos, bengala, se necessário); - Reforçar e incentivar comportamentos seguros (ex.: calçado adequado e ambiente seguro e adaptado); - Capacitar pessoa e família/cuidador; - Promover segurança (Bulechek et al., 2010; Ribeiro, 2021).	
--	---	--

Fonte: própria.

3.1.5. Aspetos éticos

A Enfermagem, enquanto profissão regulada, assenta em princípios éticos e deontológicos que salvaguardam os direitos, a dignidade e a autonomia da pessoa. A Deontologia Profissional, consagrada na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, estabelece que as intervenções de Enfermagem devem ser realizadas com respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana, garantindo a defesa dos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados (Portugal, 2015a). A mesma legislação consagra ainda o dever de respeitar e promover o direito ao consentimento informado, bem como o dever de sigilo profissional, assegurando o anonimato sempre que os casos sejam utilizados em contextos de ensino, investigação ou avaliação da qualidade dos cuidados (Portugal, 2015a).

No âmbito da investigação em saúde, a proteção dos direitos das pessoas encontra-se igualmente assegurada pela Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, conhecida como Convenção de *Oviedo*, que salvaguarda a primazia do interesse e do bem-estar da pessoa sobre os interesses da ciência e da sociedade.

Ao longo do desenvolvimento do presente programa de intervenção, assegurámos o cumprimento dos princípios éticos fundamentais que orientam a prática da Enfermagem e a investigação em saúde, designadamente os princípios da beneficência, não maleficência, justiça, fidelidade, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013). Estes princípios orientaram todas as fases do projeto, desde a conceção até à implementação e análise dos resultados.

Em conformidade com a Declaração de *Helsínquia*, garantimos que todos os participantes receberam informação clara, adequada e compreensível sobre os objetivos do projeto de intervenção, os procedimentos a realizar, os potenciais benefícios e riscos associados, bem como sobre o direito de recusar ou interromper a participação em qualquer momento, sem prejuízo para os cuidados prestados (Associação Médica Mundial [AMM], 2013). A confidencialidade e a proteção da privacidade foram asseguradas através do anonimato dos dados recolhidos e da sua utilização exclusiva para fins académicos e científicos, sendo a análise realizada com rigor metodológico e em suporte digital seguro (Nunes, 2020).

Reconhecemos que o projeto de intervenção deve ser conduzido com base no respeito pela pessoa, na proteção da sua dignidade e na promoção do seu bem-estar, assumindo particular relevância quando se intervém junto de populações vulneráveis (Fortin, 2009; Nunes, 2016; Vasconcelos, 2021). Neste sentido, foram salvaguardados o anonimato e a confidencialidade dos dados de todos os participantes, em conformidade com a Lei n.º 58/2019, que define o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados [RGPD], garantindo a recolha apenas da informação estritamente necessária, a codificação/pseudonimização dos dados, o armazenamento seguro e o acesso restrito aos elementos do projeto, com utilização exclusiva para fins de investigação e de melhoria da qualidade dos cuidados (Portugal, 2019).

Para além dos princípios éticos clássicos, valorizámos também a dimensão ética e relacional da prática de Enfermagem. A literatura evidencia que o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz influencia significativamente os resultados das intervenções de reabilitação, constituindo uma competência central do EEER (Gil et al., 2020). Benner (2001) reforça esta perspetiva ao destacar que a prática especializada em Enfermagem transcende a aplicação de técnicas, integrando uma dimensão ética e relacional fundamental. Neste sentido, procurámos alinhar os objetivos terapêuticos com os valores, preferências e objetivos de vida da pessoa, promovendo a adesão e a motivação para o processo de reabilitação (Hoeman, 2011).

3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos no âmbito do projeto de intervenção em ER. Inicialmente é realizada a caracterização da amostra, seguindo-se a apresentação dos resultados dos instrumentos de avaliação, correspondentes à avaliação inicial e à avaliação final. Por fim, procede-se à análise dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER na pessoa com equilíbrio comprometido.

Para efeitos de confidencialidade e anonimato, cada um dos seis participantes será identificado como utente 1 [U1], utente 2 [U2], utente 3 [U3], utente 4 [U4], utente 5 [U5] e utente 6 [U6].

3.2.1. Caracterização da amostra

Na **Tabela 3**, observa-se que a amostra é constituída por pessoas de nacionalidade portuguesa, casadas, com idades compreendidas entre os 28 e os 83 anos, predominando pessoas com idade superior a 65 anos. Verifica-se ainda uma maior representação do sexo masculino, maioritariamente reformados, com predominância do motivo de internamento o AVC e antecedente pessoais de Hipertensão Arterial [HTA] e Diabetes Mellitus tipo 2 [DM2].

Tabela 3. Caracterização da amostra.

	Estágio I		Estágio II		Estágio III	
	U1	U2	U3	U4	U5	U6
Idade	81	62	83	76	72	28
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Ocupação	Reformado	Mecânico	Reformado	Reformada	Reformado	Professor
Estado civil	Casado	Casado	Casado	Casada	Casado	Casado
Motivo internamento	Pneumonia	Insuficiência Respiratória Global [IRG]	AVC isquémico à esquerda	AVC isquémico sem tradução imagiológica	AVC isquémico à direita	Trauma da coluna lombar
Antecedentes pessoais	HTA; DM2; Apneia do sono; Asma.	HTA; DM2; Dislipidemia; Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM]; Perturbação bipolar; Hábitos tabágicos.	HTA; Hábitos tabágicos.	HTA; DM2; Arteriosclerose	Múltiplos AIT; Neoplasia benigna da pele; Perda de visão do olho direito; Fratura do septo nasal; Pólipos nasais.	Asma; Obesidade; Refluxo esofágico; Rinite alérgica.
Admissão	16/05/25	08/05/25	19/09/25	26/09/25	15/09/25	19/12/25
Alta	28/05/25	15/05/25	23/09/25	06/10/25	-	-
Dias Internamento	13	8	5	11	-	-

Fonte: própria.

3.2.2. Resultados de ER

- U1

Na **Tabela 4** apresentam-se os resultados do U1 obtidos da avaliação inicial e da avaliação final.

Tabela 4. Resultados do U1.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
GCS	15	15
6CIT	0	0
MRC	4 – MS 4 – MI	5 – MS 4 – MI
BBS	0	1
FAC	0	0
TUG	0	0
MFS	35	35
MIF	55	55
EQ-5D	8	20
mBorg	4 – Repouso 8 – Esforço	0 – Repouso 2 – Esforço

Fonte: própria.

O U1 foi internado no SMI a 16 de maio de 2025 por pneumonia e insuficiência respiratória parcial. Realizámos a avaliação inicial a 19 de maio de 2025 e a avaliação final a 28 de maio de 2025, data em que ocorreu alta do SMI, após 13 dias de internamento. Implementámos 6 sessões de ER, com duração média de 30 minutos, totalizando 180 minutos de contato direto.

Ao longo do internamento, o U1 manteve-se clinicamente estável e com consciência preservada. Na avaliação inicial encontrava-se sem sedoanalgesia, calmo, consciente e orientado, com GCS 15/15, mantendo ausência de dor.

Resultados respiratórios: na avaliação inicial, o U1 encontrava-se com suplementação de oxigénio por máscara de *venturi* [MV] a 40% (10 l/min), com frequência respiratória [FR] de 26 ciclos por minuto [cpm] e saturação periférica de oxigénio [SpO₂] 93-94%, apresentando secreções purulentas espessas em quantidade moderada e murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Na avaliação final, verificámos redução da necessidade de oxigenoterapia, com diminuição da fração inspirada administrada por MV de 40% para 31%, mantendo SpO₂ 96%, sem sinais de dificuldade respiratória. Apesar da melhoria, persistiram

episódios de tosse produtiva pouco eficaz e dificuldades na gestão autónoma de secreções, tendo sido necessário apoio por aspiração nasofaríngea/orofaríngea e recurso ao *cough-assist*, com remoção de secreções mucopurulentas espessas em quantidade significativa. Em exames complementares, observámos diminuição de alterações compatíveis com regressão do processo inflamatório pulmonar, corroborada por melhoria auscultatória (murmúrio vesicular mais audível e redução de ruídos adventícios).

Adicionalmente, foi utilizada a Escala de Borg Modificada [mBorg] (**Anexo X**), instrumento internacional amplamente utilizado para avaliar a perceção subjetiva de esforço durante a realização dos exercícios planeados (Borg, 1982). Na avaliação inicial observámos dispneia moderada em repouso e muito intensa ao esforço; na avaliação final verificámos ausência de dispneia em repouso e dispneia ligeira ao esforço, evidenciando melhoria da tolerância à atividade.

MRC: na avaliação inicial observámos capacidade para vencer a gravidade nos MS e MI; na avaliação final verificámos melhoria da força muscular, sobretudo nos MS, aproximando-se de força considerada normal e com maior capacidade para superar resistência.

BBS: na avaliação inicial, não foi possível realizar as tarefas propostas, uma vez que o utente se encontrava acamado e sem indicação para levantar, não sendo observável equilíbrio estático ou dinâmico. Na avaliação final observámos melhoria do equilíbrio sentado, sendo capaz de manter a posição durante 10 segundos sem apoio dorsal e com os pés apoiados no solo.

MIF: antes do internamento o U1 apresentava 126 pontos (independência completa). Na avaliação inicial registámos 55 pontos, com dependência significativa nos autocuidados, mobilidade e locomoção. Na avaliação final mantiveram-se os mesmos resultados. Apesar dos ganhos observados ao nível da força muscular, tolerância ao esforço e equilíbrio sentado, estes não se traduziram ainda em alteração da pontuação global da MIF, mantendo-se o nível de dependência funcional nos mesmos domínios.

MFS: mantiveram-se os mesmos resultados entre os dois momentos.

EQ-5D: verificámos melhoria da perceção do estado de saúde, evoluindo de “estado de saúde extremamente comprometido” para “muito comprometido”.

- U2

Na **Tabela 5** apresentam-se os resultados do U2 obtidos da avaliação inicial e da avaliação final.

Tabela 5. Resultados do U2.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
GCS	15	15
6CIT	0	0
MRC	4 – MS 4 – MI	5 – MS 5 – MI
BBS	0	16
FAC	0	0
TUG	0	0
MFS	35	35
MIF	55	58
EQ-5D	10	20
mBorg	3 – Repouso 6 – Esforço	0 – Repouso 0 – Esforço

Fonte: própria.

O U2 foi admitido no SU a 8 de maio de 2025 por taquipneia (40 cpm) e taquicardia (FC 140 bpm), sendo internado no SMI no mesmo dia com diagnóstico médico de IRG. Realizámos a avaliação inicial a 9 de maio de 2025 (primeiro dia de intervenção) e a avaliação final a 15 de maio de 2025, data em que ocorreu alta do SMI para o Serviço de Medicina, após 8 dias de internamento. Implementámos 6 sessões de ER, com duração média de 30 minutos, totalizando 180 minutos de contacto direto.

Ao longo do internamento, o U2 manteve-se clinicamente estável, sem intercorrências com impacto negativo no processo de reabilitação. Na avaliação inicial encontrava-se sem sedoanalgesia em curso, calmo, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço, com GCS 15/15, referindo ausência de dor.

Resultados respiratórios: na avaliação inicial, o U2 encontrava-se polipneico, com fãrfalheira, sob suplementação de oxigénio por MV 40%, com FR 30 cpm e SpO₂ 94–95%. Apresentava tosse produtiva com dificuldade na expetoração autónoma de secreções e, à auscultação, evidenciava murmúrio vesicular globalmente diminuído com ferveores subcrepitantes bilaterais. Na avaliação final, observámos redução da necessidade de suporte de oxigénio, com transição de MV para óculos nasais a 3 l/min, mantendo FR 16 cpm e SpO₂ 98%, sem sinais de dificuldade respiratória. Verificámos tosse produtiva com capacidade de mobilização e expetoração autónoma de secreções. À auscultação, o murmúrio vesicular manteve-se globalmente diminuído, porém sem ruídos adventícios, sugerindo melhoria do padrão ventilatório e da permeabilidade das vias aéreas.

mBorg: na avaliação inicial observámos percepção de dispneia moderada em repouso e difícil ao esforço. Na avaliação final verificámos ausência de dispneia em repouso e redução significativa da percepção de dispneia ao esforço, evidenciando melhoria da tolerância à atividade e maior eficiência cardiorrespiratória.

MRC: na avaliação inicial observámos capacidade para vencer a gravidade nos MS e MI. Na avaliação final constatámos melhoria da força muscular em ambos os segmentos, com força considerada normal e maior capacidade para superar resistência.

BBS: na avaliação inicial, não foi possível realizar as tarefas propostas, uma vez que o utente se encontrava acamado e sem indicação para levantar, não sendo observável equilíbrio estático ou dinâmico. Na avaliação final, verificámos ganhos funcionais, evidenciados pela capacidade de realizar a transição de sentado para de pé com apoio das mãos, manter ortostatismo durante 2 minutos com supervisão, permanecer sentado sem apoio dorsal durante 2 minutos com segurança, controlar a descida de pé para sentado utilizando as mãos e executar transferências cama–cadeirão e cadeirão–cama com segurança, ainda que com utilização evidente dos MS.

MIF: antes do internamento, o U2 apresentava 126 pontos (independência completa). Na avaliação inicial registámos 55 pontos, compatíveis com dependência severa a total, com necessidade de ajuda total nos autocuidados, mobilidade e locomoção. Na avaliação final mantivemos o enquadramento global de dependência severa a total; contudo, observámos

melhoria na mobilidade, particularmente nas transferências, com evolução de ajuda total para ajuda moderada, traduzindo ganhos, ainda que discretos, na independência funcional nas AVD.

EQ-5D: verificámos melhoria da perceção do estado de saúde, evoluindo de estado de saúde extremamente comprometido na avaliação inicial para muito comprometido na avaliação final, evidenciando ganhos na QV relacionada com a saúde.

- **U3**

Na **Tabela 6** apresentam-se os resultados do U3 obtidos da avaliação inicial e da avaliação final.

Tabela 6. Resultados do U3.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
GCS	15	15
6CIT	0	0
MRC	4 – MS direito 5 – MS esquerdo e MI	4 – MS direito 5 – MS esquerdo e MI
BBS	0	52
FAC	0	4
TUG	0	10s
MFS	15	30
MIF	66	98
EQ-5D	25	40
NIHSS	2	2

Fonte: própria.

O U3 foi admitido no SU a 19 de setembro de 2025 por apagamento do sulco nasogeniano à direita, diminuição da força muscular do MS direito e desequilíbrio na marcha, tendo sido internado na UAVC no mesmo dia com diagnóstico médico de AVC isquémico à esquerda. Realizámos a avaliação inicial a 19 de setembro de 2025 (primeiro dia de intervenção) e a avaliação final a 23 de setembro de 2025, data em que ocorreu alta da UAVC para o Serviço de Especialidades Médicas, após 4 dias de internamento. Implementámos 3 sessões de ER, com duração média de 30 minutos, totalizando 90 minutos de contacto direto.

Durante o internamento, o U3 manteve-se clinicamente estável, sem intercorrências que condicionassem negativamente o processo de reabilitação. Na avaliação inicial encontrava-se acamado e sem indicação clínica para o primeiro levante. Apresentava-se calmo, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço, com GCS 15/15, linguagem preservada e sem queixas de dor.

Adicionalmente, foi utilizada a *National Institutes of Health Stroke Scale* [NIHSS] (**Anexo XI**), instrumento internacional amplamente utilizado para avaliar a gravidade do défice neurológico em pessoas com AVC (Brott et al., 1989). Observámos na avaliação inicial e final anisocoria ligeira (pupila esquerda discretamente maior; diferença <1 mm), com isorreatividade à luz, sem alterações sensitivas, sem negligência e sem dismetrias nas provas de coordenação.

BBS: na avaliação inicial, não foi possível realizar as tarefas propostas, uma vez que o utente se encontrava acamado e sem indicação para levante, não sendo observável equilíbrio estático ou dinâmico. Na avaliação final, verificámos desempenho máximo na maioria dos itens da BBS, mantendo limitações apenas em tarefas mais exigentes: manter-se em pé com olhos fechados (10 segundos com supervisão), pés alternados no banco (8 passos de forma independente em >20 segundos) e apoio unipedal (≥ 3 segundos). Esta evolução sugere ganhos no equilíbrio funcional.

FAC: na avaliação inicial, observámos marcha não funcional (utente acamado e sem indicação para deambulação). Na avaliação final, verificámos progressão para marcha independente em superfícies planas, mantendo necessidade de supervisão ou ajuda física para escadas, superfícies inclinadas ou terrenos irregulares. Esta evolução evidencia ganhos na independência da marcha e recuperação da capacidade de locomoção.

TUG: na avaliação inicial não foi possível aplicar o teste devido a encontrar-se acamado. Na avaliação final, o U3 já deambulava, evidenciando mobilidade funcional compatível com mobilidade normal, traduzindo ganhos claros na mobilidade funcional.

MIF: antes do internamento, o U3 apresentava 126 pontos (independência completa). Na avaliação inicial registámos 66 pontos, com necessidade de ajuda moderada nos autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho e vestir) e necessidade de ajuda total na utilização da sanita, mobilidade e locomoção, bem como supervisão na interação social e resolução de

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

problemas. Na avaliação final, observámos evolução para dependência ligeira, necessitando apenas de ajuda mínima na alimentação e supervisão na higiene pessoal, banho, vestir, utilização da sanita, mobilidade, interação social e resolução de problemas. As escadas mantiveram-se como a atividade com maior limitação, exigindo ajuda moderada. Esta evolução demonstra ganhos consistentes na independência funcional nas AVD.

MFS: na avaliação inicial registámos baixo risco de queda, condicionado por se encontrar acamado. Na avaliação final, observámos risco moderado, o que interpretámos como consequência do aumento da mobilidade e maior exposição a exigências posturais e locomotoras, não configurando regressão funcional. Identificámos ainda medo de cair, emergindo como novo foco de atenção clínica para planeamento de intervenções futuras.

EQ-5D: na avaliação inicial observámos perceção de saúde muito comprometida e, na avaliação final, perceção de saúde comprometida, evidenciando ganhos na QV relacionada com a saúde.

- **U4**

Na **Tabela 7** apresentam-se os resultados do U4 obtidos da avaliação inicial e da avaliação final.

Tabela 7. Resultados do U4.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
GCS	15	15
6CIT	0	0
MRC	5 – MS 5 – MI	5 – MS 5 – MI
BBS	18	52
FAC	1	4
TUG	23s	9s
MFS	30	35
MIF	92	98
EQ-5D	39	59
NIHSS	1	1

Fonte: própria.

O U4 foi admitido no SU a 24 de setembro de 2025 por diplopia no olho direito, HTA e desequilíbrio da marcha para a esquerda, tendo sido internado na UAVC a 26 de setembro de *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora*

2025 com diagnóstico médico de AVC isquémico sem tradução imagiológica. Realizámos a avaliação inicial a 29 de setembro de 2025 (primeiro dia de intervenção) e a avaliação final a 6 de outubro de 2025, data em que ocorreu alta da UAVC para o Serviço de Especialidades Médicas, após 11 dias de internamento. Implementámos 6 sessões de ER, com duração média de 30 minutos, totalizando 180 minutos de contacto direto.

Durante o internamento, a U4 evidenciou estabilidade clínica, sem intercorrências que condicionassem negativamente o processo de reabilitação. Na avaliação inicial, encontrava-se sentado, correspondendo ao seu primeiro levante. Apresentava-se calmo, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço, com GCS 15/15. Negava dor.

Adicionalmente, foi utilizada a NIHSS, para avaliar a gravidade do défice neurológico do U4. Na avaliação inicial e final observámos: memória recente e passada preservadas e linguagem fluente (nomeação e repetição intactas; obedece a ordens simples); ao exame dos pares cranianos, observámos pupila esquerda isocórica e isorreativa, sem défices dos campos visuais e com movimentos oculares normais; o olho direito não foi avaliado devido a penso oclusivo. Ao exame da coordenação, identificámos dismetria à direita na prova dedo-nariz, sem alterações na prova calcanhar-jelho.

BBS: na avaliação inicial, observámos elevado risco de queda, com incapacidade para realizar tarefas de maior exigência postural, embora conseguisse executar algumas atividades com supervisão (sentado-de pé com apoio das mãos, ortostatismo por 2 minutos e controlo da descida de pé para sentado). Na avaliação final, verificámos melhoria significativa do equilíbrio, com pontuação máxima na maioria dos itens da BBS, mantendo limitações apenas em tarefas com maior exigência postural/proprioceptiva (olhos fechados, pés juntos, apanhar objeto do chão, rotação 360° lenta, alternância de pés no banco com assistência preventiva, posição em tandem e apoio unipedal). Esta evolução sugere ganhos no equilíbrio funcional.

FAC: na avaliação inicial, observámos marcha dependente (nível II), com necessidade de ajuda significativa e constante para manter o equilíbrio e suportar o peso corporal. Na avaliação final, observámos progressão para marcha com supervisão, sendo capaz de deambular de forma independente em superfícies planas, mantendo necessidade de supervisão por motivos de segurança. Esta evolução evidencia ganhos na independência da marcha e recuperação da capacidade de locomoção.

TUG: na avaliação inicial observámos mobilidade comprometida, compatível com risco aumentado de queda. Na avaliação final, observámos mobilidade normal, evidenciando ganhos na mobilidade funcional.

MIF: antes do internamento, a U4 apresentava 126 pontos (independência completa). Na avaliação inicial registámos 92 pontos, compatíveis com dependência ligeira, com necessidade de ajuda moderada na alimentação e utilização da sanita, bem como na mobilidade e locomoção, e necessidade de supervisão na interação social e resolução de problemas. Na avaliação final, mantivemos o enquadramento global de dependência ligeira, contudo verificámos melhoria substancial da pontuação, observando que necessitava apenas de ajuda moderada nas escadas e ajuda mínima na alimentação, apresentando independência modificada (com recurso a dispositivo) na utilização da sanita, mobilidade e marcha. Demonstrava independência completa na higiene pessoal, banho, vestir, controlo dos esfíncteres, comunicação e memória, mantendo apenas necessidade de supervisão na interação social e resolução de problemas. Esta evolução traduz ganhos na independência funcional nas AVD.

EQ-5D: na avaliação inicial observámos perceção de saúde muito comprometida e, na avaliação final, perceção de saúde comprometida, evidenciando ganhos na QV relacionada com a saúde.

MFS: mantivemos risco moderado de queda em ambos os momentos. Contudo, registámos aumento da pontuação de 35 para 40 pontos na avaliação final. Interpretámos este aumento como reflexo da maior mobilidade e exposição a situações potencialmente desafiantes, não configurando regressão funcional, mas reforçando a necessidade de estratégias adicionais de prevenção de quedas.

- **U5**

Na **Tabela 8** apresentam-se os resultados do U5 obtidos da avaliação inicial e da avaliação final.

Tabela 8. Resultados do U5.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
GCS	15	15
6CIT	8	8
MRC	5 – MS 4 – MI	5 – MS 4 – MI
BBS	8	18
FAC	1	1
TUG	0	0
MFS	35	35
MIF	57	57
EQ-5D	39	45

Fonte: própria.

O U5 foi admitido na ECCI da UCC a 15 de setembro de 2025, por necessidade de reforço de ensinamentos dirigidos ao utente e à cuidadora informal (esposa), centrados na promoção da independência funcional, manutenção das capacidades funcionais e aquisição de estratégias adaptativas facilitadoras da participação ativa nas AVD. Realizámos a avaliação inicial no domicílio a 28 de novembro de 2025 (primeiro dia de intervenção) e a avaliação final a 15 de janeiro de 2026. Implementámos 10 sessões de ER, com duração média de 45 minutos, totalizando 450 minutos de contacto direto.

Durante o acompanhamento, o U5 manteve-se clinicamente estável, sem intercorrências com impacto negativo no processo de reabilitação. Na avaliação inicial e na avaliação final apresentava-se calmo, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço, com GCS 15/15, mantendo função cognitiva global preservada e sem alteração do défice neurológico previamente existente.

O U5 apresentava antecedentes de AVC em 2017, com sequelas de disartria e hemiparesia esquerda, além de múltiplos AIT e comorbilidades relevantes (incluindo perda de visão do olho direito). Antes do acompanhamento atual, apresentava dependência grave, com MIF total de 40 pontos. Na avaliação inicial e final registámos MIF total de 57 pontos, mantendo dependência significativa, com necessidade de ajuda em múltiplos domínios das AVD.

BBS: na avaliação final, observámos ganhos no equilíbrio estático e dinâmico, com melhoria na manutenção do ortostatismo sem apoio, maior controlo na transição de pé para sentado, melhor desempenho em tarefas com redução de apoio/supervisão (olhos fechados, pés

juntos e rotação para olhar para trás), persistindo apenas limitações em tarefas de maior exigência postural.

EQ-5D: na avaliação inicial observámos percepção de saúde muito comprometida e, na avaliação final, percepção de saúde comprometida, evidenciando ganhos na QV relacionada com a saúde.

FAC, TUG, MIF e MFS: mantiveram-se os mesmos resultados entre a avaliação inicial e a avaliação final.

- **U6**

Na **Tabela 9** apresentam-se os resultados do U6 obtidos da avaliação inicial e da avaliação final.

Tabela 9. Resultados do U6.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
GCS	15	15
6CIT	0	0
MRC	5 – MS 3 – MI	5 – MS 4 – MI
BBS	0	50
FAC	0	4
TUG	0	<10s
MFS	15	40
MIF	64	117
EQ-5D	50	60

Fonte: própria.

O U6 foi admitido na ECCI da UCC a 19 de dezembro de 2025, após acidente de viação ocorrido a 04 de dezembro de 2025, do qual resultaram fraturas recentes das apófises transversas (L1 à esquerda; L5 à direita; bilaterais de L3 e L4), fissura transversa do sacro à esquerda e ferida traumática frontolateral esquerda. A admissão ocorreu para tratamento da ferida traumática, gestão e controlo de sinais e sintomas (dor, inflamação e edema), reforço de ensinamentos ao utente e cuidadora informal (esposa) e implementação de cuidados de ER, visando prevenir complicações da imobilidade, promover funcionalidade e reduzir dependência nas AVD. Realizámos a avaliação inicial no domicílio a 19 de dezembro de 2025 (primeiro dia de *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora*

intervenção) e a avaliação final a 14 de janeiro de 2026. Implementámos 6 sessões de ER, com duração média de 45 minutos, totalizando 270 minutos de contacto direto.

Durante o acompanhamento, o U6 manteve-se clinicamente estável, sem intercorrências que condicionassem negativamente o processo de reabilitação. Na avaliação inicial encontrava-se calmo, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço, com GCS 15/15.

Antes do evento traumático, o U6 apresentava MIF total de 126 pontos (independência completa). Na avaliação inicial, registámos dependência significativa, com necessidade de ajuda elevada nos autocuidados, transferências e locomoção. Na avaliação final, observámos evolução para dependência ligeira, com necessidade de ajuda mínima na higiene pessoal, ajuda moderada no banho e utilização de dispositivo auxiliar de marcha para locomoção, nomeadamente marcha e escadas. Esta progressão evidencia melhoria da independência funcional nas AVD.

BBS: na avaliação inicial, não foi possível observar o equilíbrio funcional, uma vez que o U6 se encontrava acamado e sem indicação para levantar. Na avaliação final, verificámos melhoria significativa do equilíbrio estático e dinâmico, com desempenho máximo na maioria dos itens da BBS, mantendo necessidade de supervisão ao apanhar um objeto do chão e conseguindo realizar a posição tandem de forma independente durante 30 segundos. Esta evolução sugere ganhos no equilíbrio funcional.

FAC: na avaliação inicial, observámos marcha não funcional (acamado, sem indicação para levantar). Na avaliação final, verificámos progressão para marcha independente em superfície plana, evidenciando melhoria da capacidade locomotora e redução do grau de dependência.

TUG: na avaliação inicial, observámos dependência funcional grave com alto risco de queda (não executável/condicionado por se encontrar acamado). Na avaliação final, observámos mobilidade normal, traduzindo melhoria da mobilidade funcional e redução do risco de queda.

EQ-5D: na avaliação inicial, observámos perceção de saúde muito comprometida e, na avaliação final, perceção de saúde boa/moderada, evidenciando ganhos na QV relacionada com a saúde.

MFS: mantivemos risco moderado em ambos os momentos; contudo, registámos aumento da pontuação de 15 para 40 pontos na avaliação final. Interpretámos este aumento como reflexo da maior mobilidade e exposição a situações potencialmente desafiantes, não configurando regressão funcional, mas reforçando a necessidade de estratégias adicionais de prevenção de quedas.

MRC: observou-se melhoria da força muscular dos MI, evoluindo de grau 3 para grau 4 na escala MRC, mantendo-se a força muscular dos MS em grau 5.

Em suma, verificou-se melhoria muito significativa do equilíbrio funcional, da capacidade de marcha e da independência funcional, evidenciada pela evolução nas escalas BBS, FAC, TUG e MIF.

Globalmente, observaram-se melhorias em vários domínios funcionais na maioria dos participantes. Os ganhos mais consistentes verificaram-se ao nível do equilíbrio funcional e da mobilidade, avaliados pelas escalas BBS, FAC e TUG. A perceção do estado de saúde avaliada pelo EQ-5D melhorou em todos os participantes. Contudo, em alguns casos, nomeadamente em utentes com maior grau de dependência prévia ou sequelas neurológicas crónicas, os ganhos funcionais foram mais limitados, mantendo-se níveis elevados de dependência nas AVD.

3.2.3. Ganhos dos cuidados de ER

Após a implementação do programa de ER, é indispensável proceder à análise dos resultados das intervenções realizadas, com o objetivo de verificar o grau de concretização dos objetivos previamente definidos. Durante a execução do projeto de intervenção, e de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, avaliámos seis utentes.

Os resultados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico de natureza descritiva, recorrendo à aplicação de técnicas que nos permitiram organizar, sintetizar e descrever a informação recolhida na amostra, sem perda do seu conteúdo essencial (Vilelas, 2022).

Com o objetivo de avaliar a força muscular, recorremos à MRC, tendo as avaliações sido realizadas individualmente para cada participante, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final.

A avaliação da força muscular assume particular relevância, uma vez que a sua diminuição pode comprometer a amplitude articular e, consequentemente, a funcionalidade da pessoa (Menoita, 2012). Nos **Gráficos 1 e 2**, observa-se que da avaliação inicial para a avaliação final se verificaram alguns ganhos, evidenciando melhoria da força muscular na amostra em estudo.

A manutenção da força muscular é a base para a execução independente das AVD (Preto et al., 2016), sendo importante a sua monitorização e promoção. A aplicação gradual e individualizada de exercícios direcionados ao fortalecimento muscular, ajustados às capacidades e limitações de cada utente, revelou-se determinante para a obtenção dos resultados alcançados. Hoeman (2011) salienta igualmente a importância dos cuidados de ER na promoção de ganhos de força muscular, particularmente em pessoas sujeitas a períodos de imobilidade.

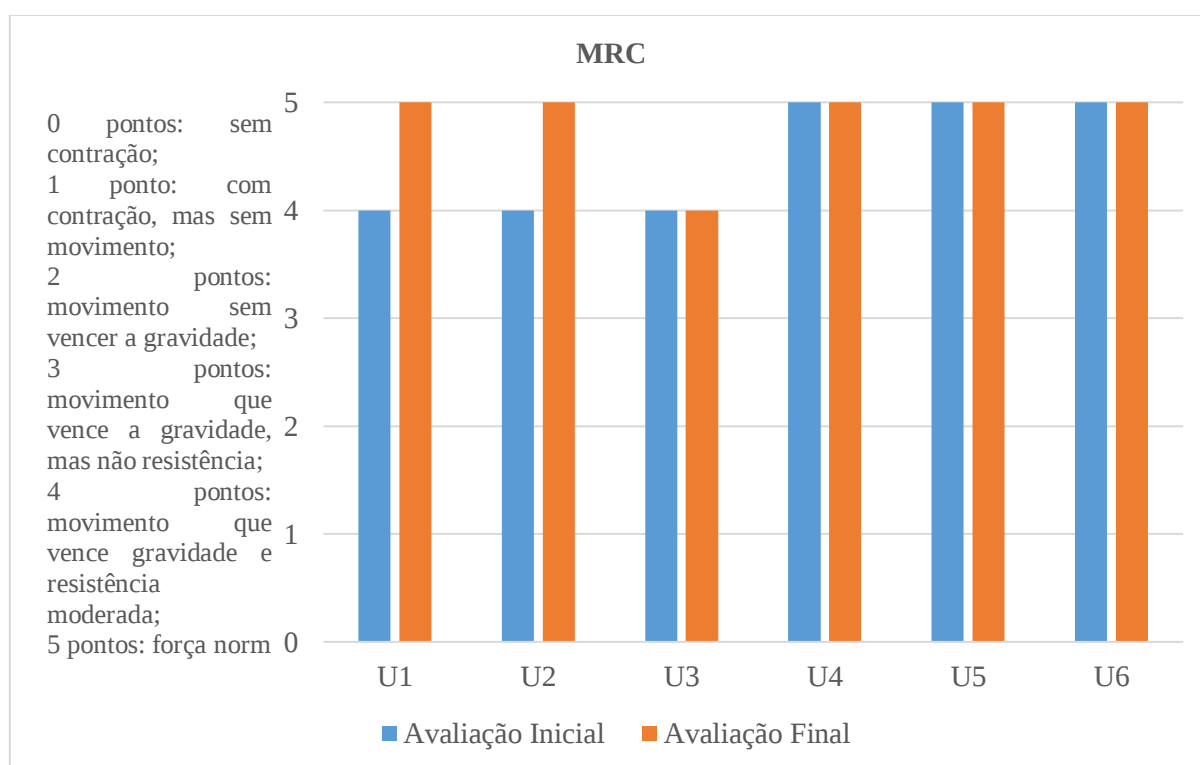


Gráfico 1. Representação estatística dos resultados da MRC nos MS.

Fonte: própria.

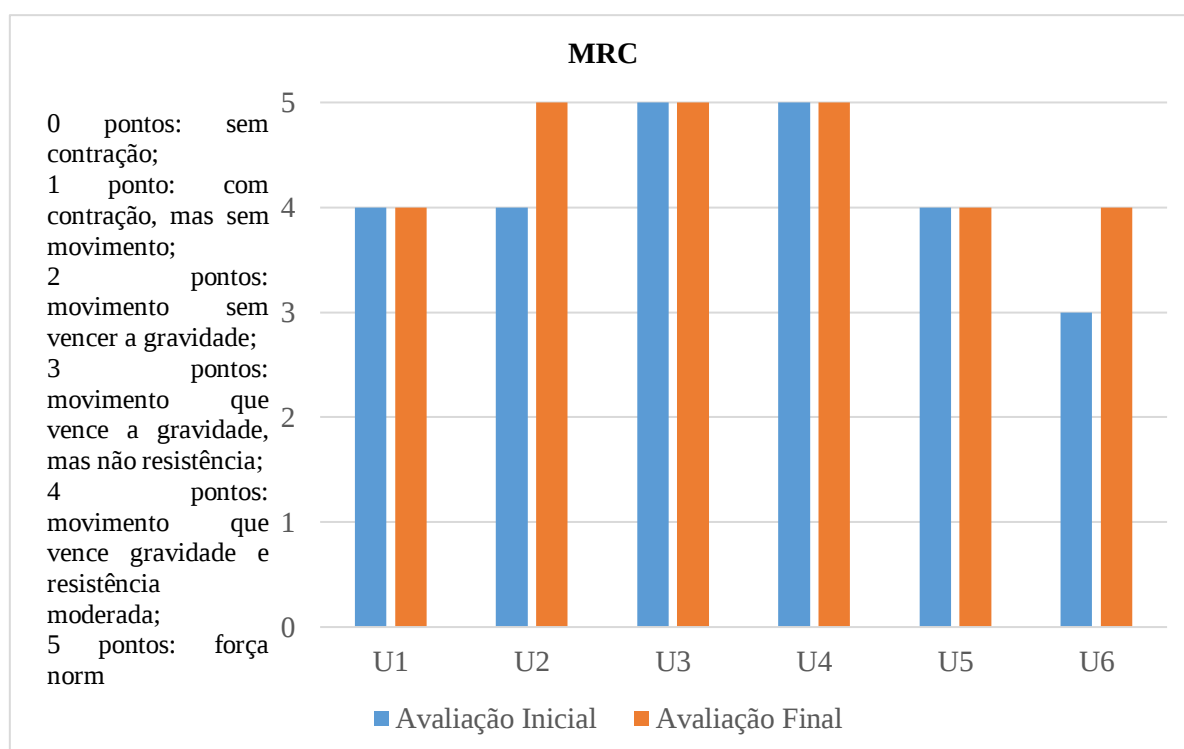


Gráfico 2. Representação estatística dos resultados da MRC nos MI.

Fonte: própria.

Com o objetivo de avaliar o equilíbrio funcional, tanto estático como dinâmico e, estimar o risco de queda, recorremos à BBS, tendo as avaliações sido realizadas individualmente para cada participante, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final.

A avaliação do equilíbrio assume particular relevância, uma vez que o seu comprometimento compromete a capacidade para andar e predispõe a um maior risco de quedas. No **Gráfico 3**, observa-se que da avaliação inicial para a avaliação final se verificaram alguns ganhos, evidenciando melhoria do equilíbrio na amostra em estudo.

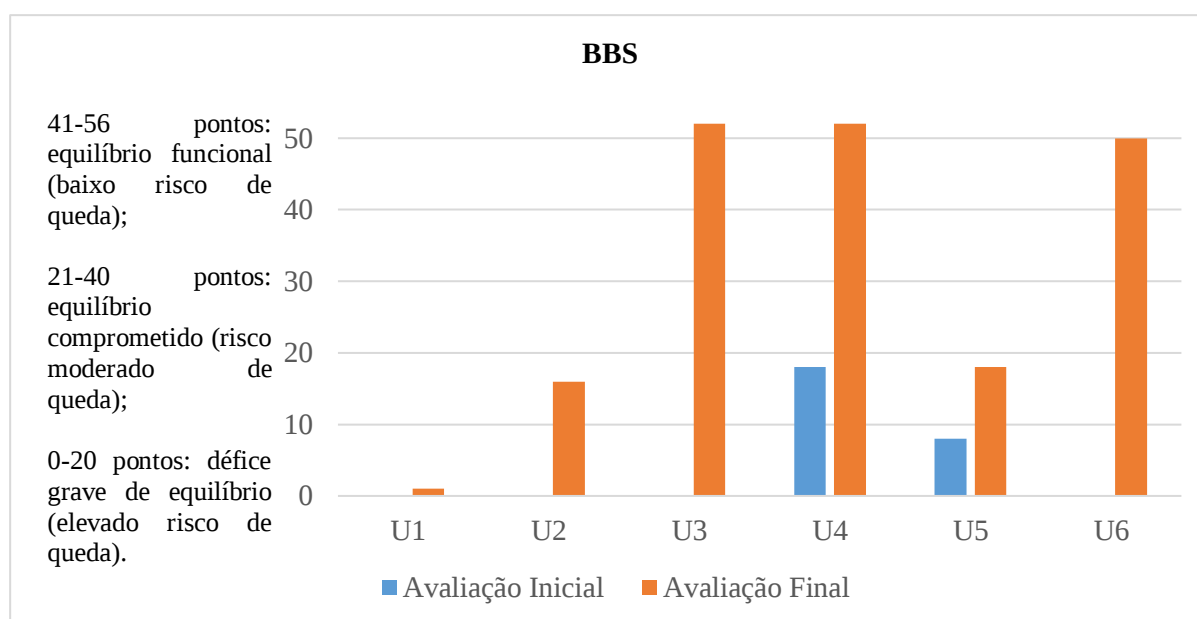


Gráfico 3. Representação estatística dos resultados da BBS.

Fonte: própria.

Com o objetivo de avaliar o nível de independência na marcha, em diferentes contextos, recorremos à FAC, tendo as avaliações sido realizadas individualmente para cada participante, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final.

A avaliação da marcha assume particular relevância, uma vez que constitui um dos principais indicadores da funcionalidade, autonomia e risco de queda. A capacidade de andar está diretamente associada à execução das AVD, à participação social, e à manutenção da independência. No **Gráfico 4**, observa-se que da avaliação inicial para a avaliação final se verificaram alguns ganhos, evidenciando melhoria da marcha na amostra em estudo.

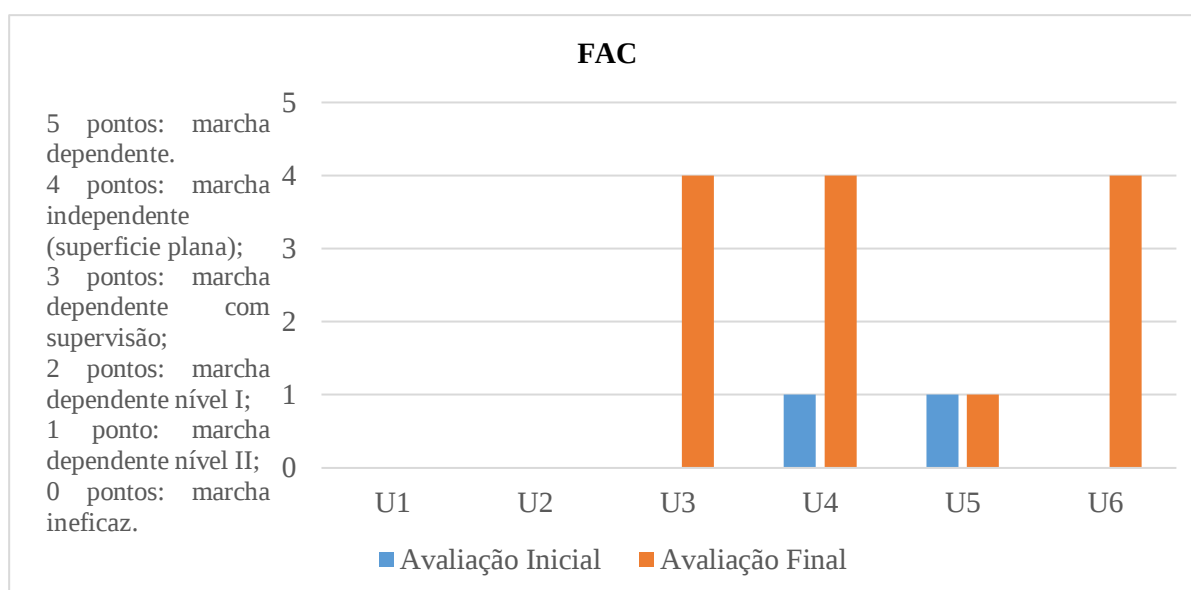


Gráfico 4. Representação estatística dos resultados da FAC.

Fonte: própria.

Com o objetivo de avaliar a mobilidade funcional, o equilíbrio e o risco de queda, recorremos ao TUG, tendo as avaliações sido realizadas individualmente para cada participante, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final.

A avaliação da mobilidade funcional, do equilíbrio e do risco de queda permite identificar limitações, prevenir complicações e promover a independência e autonomia da pessoa. No **Gráfico 5**, observa-se que da avaliação inicial para a avaliação final se verificaram alguns ganhos, evidenciando melhoria da mobilidade funcional, do equilíbrio e do risco de queda na amostra em estudo.

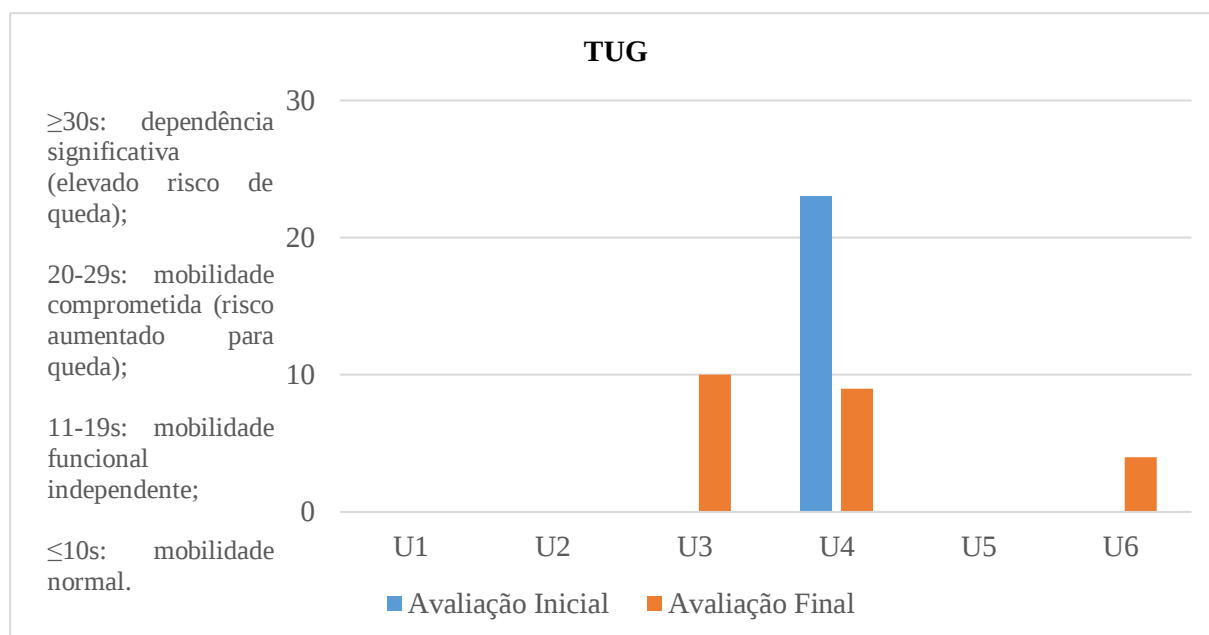


Gráfico 5. Representação estatística dos resultados do TUG.

Fonte: própria.

Com o objetivo de avaliar o risco de queda, recorremos ao MFS, tendo as avaliações sido realizadas individualmente para cada participante, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final.

É de destacar a relação entre o equilíbrio e o risco de queda, sendo este último reconhecido como um problema relevante de segurança em saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020 (Portugal, 2015b), apresenta recomendações dirigidas à implementação de estratégias sistematizadas de prevenção de quedas e à promoção da segurança da pessoa e da família, nos diferentes contextos assistenciais. Neste âmbito, de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 (Portugal, 2011), os EEER devem dinamizar iniciativas no domínio da governação clínica, com especial enfoque na identificação precoce do risco, na implementação de medidas preventivas e na monitorização de indicadores relacionados com quedas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. No **Gráfico 6**, observa-se que da avaliação inicial para a avaliação final se verificaram alguns ganhos, evidenciando melhoria do risco de queda na amostra em estudo.

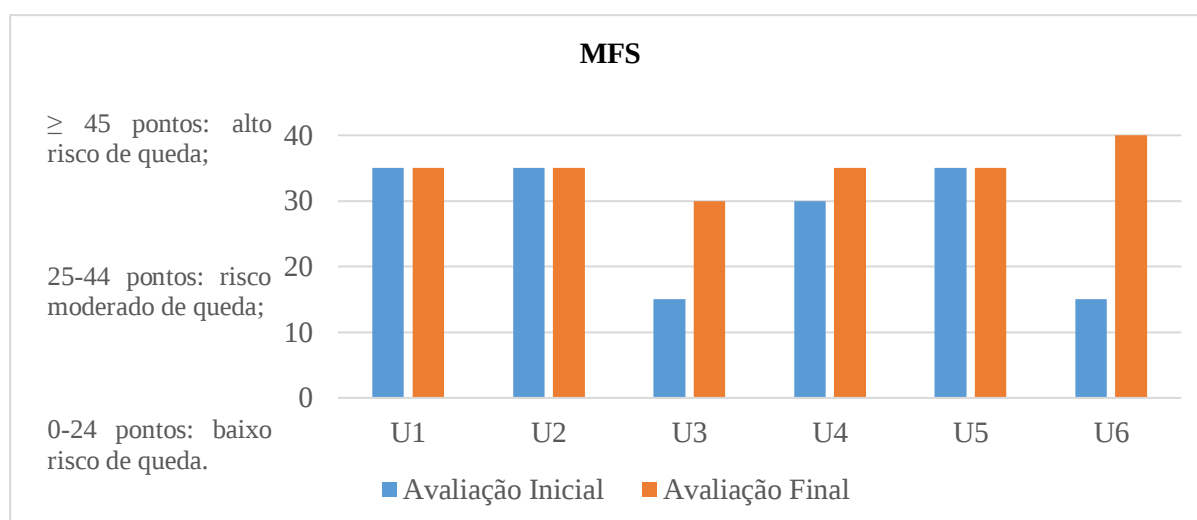


Gráfico 6. Representação estatística dos resultados da MFS.

Fonte: própria.

Com o objetivo de avaliar o grau de independência funcional da pessoa nas AVD, incluindo as componentes motoras e cognitivas, recorreremos à MIF, tendo as avaliações sido realizadas individualmente para cada participante, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final.

A literatura recente evidencia que a perda de independência funcional está fortemente associada ao aumento da morbilidade, institucionalização e mortalidade, especialmente em populações idosas e em pessoas com doença neurológica ou crónica (Cieza et al., 2021).

A avaliação do grau de independência funcional nas AVD, constitui assim, um elemento essencial no planeamento dos cuidados de ER, permitindo identificar limitações, orientar as intervenções e monitorizar os ganhos funcionais ao longo do processo de recuperação.

No **Gráfico 7**, observa-se que da avaliação inicial para a avaliação final se verificaram alguns ganhos, evidenciando melhoria da independência funcional na amostra em estudo.

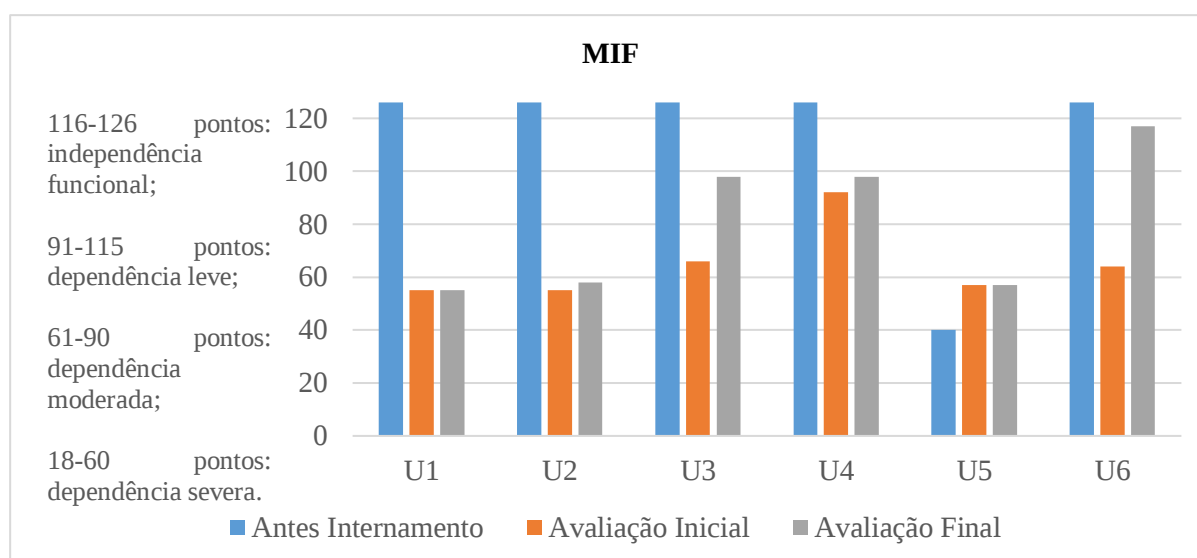


Gráfico 7. Representação estatística dos resultados da MIF.

Fonte: própria.

Com o objetivo de avaliar a QV relacionada com a saúde, recorreremos à EQ-5D, tendo as avaliações sido realizadas individualmente para cada participante, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final.

A avaliação da QV relacionada com a perceção subjetiva que a pessoa tem do seu estado de saúde permite uma compreensão do impacto da condição clínica na sua funcionalidade, independência, autonomia e participação. Segundo Cieza et al. (2021) e Montero-Odasso et al., (2022), o equilíbrio comprometido e a mobilidade comprometida, estão fortemente associados a uma diminuição da QV, maior dependência e isolamento social.

No **Gráfico 8**, observa-se que da avaliação inicial para a avaliação final se verificaram alguns ganhos, evidenciando melhoria da QV na amostra em estudo.

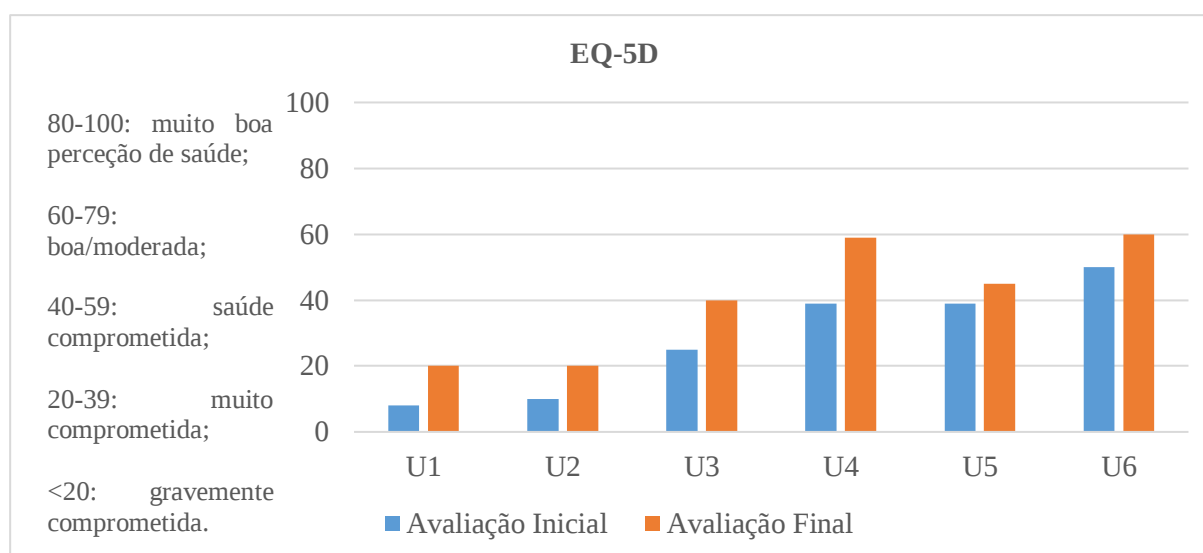


Gráfico 8. Representação estatística dos resultados da EQ-5D.

Fonte: própria.

3.2.4. Discussão de Resultados

Portugal é um dos países europeus com taxas de envelhecimento mais elevadas, fenómeno associado à baixa natalidade e ao aumento da esperança média de vida. No município onde decorre o presente projeto de intervenção, verifica-se uma ligeira predominância do sexo feminino (52,5%) face ao masculino (47,5%) e um agravamento do índice de envelhecimento, evidenciado pelo aumento do rácio entre população idosa (≥ 65 anos) e população jovem (< 15 anos), que passou de 1,77 em 2021 para 1,88 em 2024 (PORDATA, 2024). Neste enquadramento demográfico, a manutenção da mobilidade funcional, da independência e da QV assume particular relevância, sobretudo numa fase do ciclo de vida em que o declínio fisiológico tende a comprometer a capacidade funcional. Ainda que a deterioração corporal seja inevitável, a literatura destaca que a capacidade física pode ser prolongada e otimizada com cuidados adequados, contribuindo para a manutenção da QV (Braden et al., 2022).

No presente estudo, o motivo de internamento prevalente na amostra foi o AVC. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte a nível mundial, sendo também responsáveis por elevada morbilidade, incapacidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos (Rocha et al., 2020). No contexto europeu, as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca representam uma proporção significativa da mortalidade cardiovascular, sendo o AVC uma causa major de incapacidade funcional na idade adulta (Rocha et al., 2020).

Apesar disso, Rocha *et al.* (2020) referem uma redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares, incluindo AVC isquémico, associada à implementação de estratégias preventivas e melhorias nos cuidados de saúde.

Do ponto de vista funcional, após um AVC, estima-se que cerca de 60% das pessoas recuperem independência para os autocuidados, 75% recuperem a independência para a marcha e aproximadamente 20% necessitem de cuidados institucionais, refletindo a elevada variabilidade dos trajetos de recuperação e o impacto do défice neurológico na autonomia (Rocha *et al.*, 2020). Neste contexto, os focos identificados e os diagnósticos de Enfermagem formulados no âmbito do estudo centraram-se predominantemente no compromisso motor, com particular ênfase no equilíbrio comprometido. Assim, orientámos as intervenções de ER para a melhoria do equilíbrio, a promoção da independência funcional e a otimização da qualidade de vida, em consonância com os objetivos definidos no programa.

Neste enquadramento demográfico e clínico, e considerando o impacto do equilíbrio comprometido na funcionalidade e segurança, procedemos à análise dos resultados obtidos com a implementação do programa de ER, discutindo de seguida os ganhos observados nos diferentes domínios avaliados. Com base nos resultados obtidos na amostra, considerámos que as intervenções de ER implementadas na pessoa com equilíbrio comprometido sugerem ganhos funcionais. Globalmente, observámos evolução favorável no equilíbrio, mobilidade funcional, marcha, perceção de esforço/dispneia, força muscular, independência funcional e QV relacionada com a saúde, ainda que com variações esperadas em função do diagnóstico, fase de doença, gravidade inicial e contexto assistencial.

No contexto deste projeto de intervenção, o equilíbrio foi o foco central, e verificámos ganhos na BBS em vários utentes, particularmente nos que passaram de fase de acamado/primeiro levante para ortostatismo e deambulação (U3, U4 e U6), evidenciando progressão do controlo postural estático e dinâmico. Estes achados são congruentes com a evidência de que intervenções baseadas em exercício e treino de equilíbrio, incluindo o treino funcional, o treino de tarefas repetidas e o treino com desafios posturais, promovem melhorias no equilíbrio após AVC e em populações com risco aumentado de queda (Arienti *et al.*, 2019; Rocha *et al.*, 2020; Ahmed *et al.*, 2021). Também em idosos, diferentes tipos de exercício (convencionais e multimodais) têm demonstrado efeitos positivos no equilíbrio, quer na

comunidade, quer em contextos institucionais (Ulfiana et al., 2019; Zouita et al., 2020; Labata-Lezaun et al., 2023; Tadví & Ravindran, 2024; Shah & Joshi, 2024).

Para além da melhoria do equilíbrio, valorizámos a progressão em tarefas específicas com maior exigência postural, uma vez que a literatura realça que componentes como limites de estabilidade, verticalidade, ajustes posturais antecipatórios e estabilidade durante a marcha devem ser considerados no desenho de intervenções de reabilitação (Cardini et al., 2025). Assim, os ganhos observados sugerem que a progressão de exercícios (de estático para dinâmico, e de tarefas simples para tarefas mais desafiantes) poderá ter contribuído para melhorias funcionais clinicamente significativas.

Observámos que a MFS aumentou em alguns casos (U3 e U6) quando a pessoa passou a andar. Interpretámos este achado não como regressão, mas como consequência lógica do aumento da exposição ao risco quando existe maior mobilidade. Ao transitar de acamado para andar, aumenta a oportunidade de queda e a complexidade das tarefas realizadas no dia a dia. Este padrão reforça a necessidade de medidas preventivas contínuas e ajustadas à fase de progressão funcional.

Neste domínio, os nossos dados alinham-se com evidência de que intervenções de treino de equilíbrio podem reduzir risco/prevalência de quedas em idosos na comunidade, especialmente quando combinadas com estratégias multimodais e educação (Braden et al., 2022; Kim & Hwang, 2021). Adicionalmente, intervenções que capacitam a pessoa a monitorizar a estabilidade postural e a compreender o risco podem modificar comportamentos e reduzir quedas, reforçando o papel do EEER em educação terapêutica e treino de segurança (Forth et al., 2021).

No U3, emergiu o medo de cair, o que considerámos particularmente relevante, dado o seu impacto na participação e no comportamento motor. A evidência mostra que, em idosos após AVC, o medo de cair pode conduzir a restrição excessiva de atividade, pior equilíbrio e quedas recorrentes, criando um círculo vicioso que se autoalimenta (Chen et al., 2023). Assim, defendemos que a avaliação e intervenção dirigida ao medo de cair (educação, treino graduado e estratégias de *coping*) deve ser integrada de forma sistemática, sobretudo na fase de transição para a marcha e para o regresso ao domicílio.

Nos utentes internados em SMI (U1 e U2), para além do equilíbrio, observámos ganhos na mBorg, traduzindo melhoria da tolerância ao esforço e redução de dispneia. Estes resultados são coerentes com programas estruturados em cuidados críticos, onde a mobilização precoce e a progressão funcional são apontadas como estratégias viáveis e associadas a melhoria de resultados funcionais (Hodgson et al., 2022). Considerámos que a melhoria respiratória e a redução da necessidade de oxigênio terapia (mais evidente no U2) terão criado condições mais favoráveis ao treino funcional e ao controlo postural, contribuindo para ganhos funcionais.

Na avaliação da força muscular, na MRC, observámos melhorias sobretudo no U1 e U2. Estes ganhos são clinicamente relevantes, uma vez que a força muscular é uma componente fundamental da mobilidade, do equilíbrio e do desempenho nas AVD. A evidência suporta que programas de exercício estruturado e treino de resistência, podem melhorar significativamente o desempenho físico, reforçando o papel do exercício orientado e progressivo na reabilitação, inclusive em AVC crónico (Kim et al., 2025). Em populações idosas, programas que integram treino funcional, marcha, equilíbrio e força/resistência também demonstram efeitos benéficos no equilíbrio e desempenho funcional (Loureiro et al., 2020).

Nos utentes com patologia neurológica aguda (U3 e U4) e no utente orto traumatológico (U6), verificámos progressão na FAC e melhoria no TUG, com passagem de estados de elevada limitação para níveis de mobilidade compatíveis com marcha mais autónoma. Este padrão está alinhado com intervenções orientadas para tarefas, treino de controlo do tronco e desafios mais complexos (incluindo tarefas duplas), descritas como eficazes para melhorar equilíbrio, mobilidade e reduzir risco de queda em AVC (Ahmed et al., 2021). Complementarmente, intervenções específicas como treino de amplitude de movimento dos MI são apontadas como benéficas para reduzir risco de queda em idosos, reforçando a pertinência de integrar treino motor básico com progressão funcional (Azkia et al., 2021).

Em utentes com multimorbilidade, evidência recente sugere que estratégias eficazes devem integrar treino funcional intensivo e gestão de atividade física de alta frequência, com impacto positivo na mobilidade e QV (Maeno et al., 2025). Esta visão ajuda a interpretar a evolução mais expressiva em contextos onde foi possível aumentar gradualmente a intensidade/frequência e contextualizar o treino no quotidiano (particularmente em ambiente domiciliário).

Quanto à MIF, constatou-se uma evolução mais evidente em alguns utentes (U2 com melhoria nas transferências; U3 com progressão para dependência ligeira; U6 com melhoria marcada), enquanto noutros a pontuação global se manteve (U1 e U5). Considerámos que a melhoria funcional nas AVD nem sempre se traduz de imediato em alterações da pontuação total da MIF, uma vez que esta pode requerer um período de intervenção mais prolongado. Em contextos de maior gravidade e complexidade assistencial, as limitações clínicas e o tempo reduzido de reabilitação podem restringir a obtenção de ganhos mensuráveis num intervalo curto.

Adicionalmente, a presença de comorbilidades e défices prévios pode condicionar a progressão funcional rápida, como se verificou no U5, que apresentava sequelas neurológicas crónicas e défice visual. Nestes casos, apesar de se observarem melhorias em componentes específicas (por exemplo, tarefas da BBS), estas podem não se traduzir de imediato em alterações significativas na pontuação total da MIF. Esta leitura é consistente com a evidência de que, em idosos, a percentagem de melhoria no BBS e na MIF pode ser menor e que programas mais longos e intensivos podem ser necessários para maximizar ganhos em equilíbrio e AVD (Gialanella et al., 2023).

Em todos os casos na EQ-5D, evidenciou-se melhoria da perceção do estado de saúde, mesmo quando os ganhos funcionais foram mais discretos. Isto sugere que a intervenção em ER pode influenciar não apenas a capacidade funcional, mas também dimensões subjetivas, como confiança, perceção de controlo e bem-estar, alinhando-se com a visão biopsicossocial da reabilitação e com a necessidade global de reabilitação em populações com incapacidade (Cieza et al., 2021). A melhoria da QV é particularmente pertinente em contextos comunitários (U5 e U6), onde a participação e a adaptação ao quotidiano são centrais.

Em suma, constatou-se no SMI (U1 e U2) ganhos sobretudo em tolerância ao esforço/dispneia, força e alguns componentes do equilíbrio, com impacto dependente do estado clínico e do tempo de internamento. Na UAVC (U3 e U4), registámos ganhos robustos em equilíbrio, marcha, mobilidade e AVD, coerentes com a reabilitação precoce e orientada para tarefas. Na UCC (U5 e U6), registou-se ganhos no equilíbrio e na QV, com evolução mais expressiva no U6 (evento agudo reversível) e mais focalizada no U5 (condição crónica com sequelas e défice visual), reforçando a importância da individualização, da progressão graduada e do envolvimento do cuidador.

Os resultados corroboram a pertinência de programas de ER que integrem treino de equilíbrio, marcha e funcionalidade, com progressão estruturada e estratégias de prevenção de quedas. A evidência suporta que abordagens multimodais (exercício, treino de tarefas, educação e estratégias de segurança) tendem a ser mais eficazes do que intervenções isoladas (Kim & Hwang, 2021; Braden et al., 2022). Acresce que a avaliação e intervenção sobre o medo de cair deve ser considerada componente estruturante do plano, sobretudo em pessoas idosas e pós-AVC (Chen et al., 2023).

Reconhecemos limitações que condicionam a generalização dos resultados. Em primeiro lugar, trata-se de uma amostra reduzida (n=6) e heterogénea, integrando utentes com diagnósticos distintos (patologia respiratória aguda em SMI, AVC em UAVC e situações crónicas/agudas em contexto comunitário/ECCI), o que dificulta comparações diretas e a atribuição de efeitos a um único conjunto de intervenções. Adicionalmente, existiram diferenças no tempo disponível para intervenção e na intensidade possível em cada contexto, podendo limitar a expressão de ganhos em instrumentos globais (ex.: MIF) num período curto, sobretudo em situações de maior gravidade clínica. Por fim, a ausência de *follow-up* pós-alta impede-nos de aferir a manutenção dos ganhos. Ainda assim, a consistência de melhorias em diferentes instrumentos (equilíbrio, marcha/mobilidade, tolerância ao esforço e QV) sugere ganhos clinicamente relevantes e reforça a pertinência de intervenções de ER centradas no equilíbrio comprometido, recomendando-se, em trabalhos futuros, amostras maiores, maior padronização da dose de intervenção e reavaliações em momentos posteriores.

Em suma, os resultados obtidos corroboram a centralidade do EEER na abordagem à pessoa com equilíbrio comprometido, destacando implicações concretas alinhadas com as áreas de intervenção/competências do EEER.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, desenvolvemos uma análise reflexiva sobre o percurso de construção e consolidação de competências ao longo da formação académica e, em particular, da experiência de estágios em ER.

Consideramos que o desenvolvimento de competências decorre de um processo gradual de articulação entre saberes, experiências, reflexões e ações. A reflexão sobre as experiências vivenciadas, as decisões tomadas, as intervenções implementadas e os resultados observados, foi central neste processo, uma vez que, permitiu atribuir significado às situações experienciadas e transformar a prática em conhecimento. Este exercício reflexivo possibilitou-nos identificar fragilidades e potencialidades, questionar e reorientar práticas, numa procura de melhoria contínua da prática profissional (Barata, 2017).

Neste sentido, os estágios configuraram-se como um espaço privilegiado de aprendizagem, ao desafiarem a nossa capacidade de adaptação a contextos diferentes, o espírito crítico, a tomada de decisão, e a reconstrução do agir profissional. Deste modo, o desenvolvimento de competências em ER exigiu-nos sensibilidade clínica, capacidade de escuta, pensamento crítico e disponibilidade para ajustar as intervenções às singularidades de cada situação, mobilizando de forma integrada o conhecimento científico, o julgamento clínico, as habilidades técnicas, capacidade relacional e o posicionamento ético, orientados para as necessidades de saúde da pessoa, da família e da comunidade (OE, 2019b).

O EEER deve ser capaz de avaliar sistematicamente os resultados da sua ação, identificar oportunidades de melhoria e reconhecer a importância da prática baseada na evidência como suporte da tomada de decisão clínica (Santos et al., 2020; Petronilho et al., 2021). Esta capacidade desenvolve-se progressivamente, através do confronto com situações reais, da supervisão clínica, da reflexão e da capacidade de reconhecer que nem todas as respostas iniciais são as mais adequadas.

Benner (2001), na sua teoria, descreve cinco estágios de desenvolvimento profissional na Enfermagem: novato, principiante avançado, competente, proficiente e perito. A experiência dos estágios permitiu-nos reconhecer que o desenvolvimento profissional é um processo gradual, em que a exposição continuada às situações clínicas, aliada à reflexão crítica, favorece

uma compreensão progressivamente mais integrada e diferenciada da prática. Para além de realizar intervenções, fomos sendo desafiados a interpretar contextos, a reconhecer prioridades, a antecipar complicações e a atribuir significado clínico aos sinais observados, evidenciando uma intervenção mais compreensiva, contextualizada e intencional.

Segundo Pereira (2017) o enfermeiro perito distingue-se pela capacidade de apreender intuitivamente configurações clínicas complexas, reconhecer padrões relevantes, antecipar problemas e ajustar a intervenção de forma rápida e individualizada, articulando a evidência científica com a experiência clínica. Na ER, o desenvolvimento desta competência é fundamental, uma vez que a complexidade das situações clínicas exige a mobilização simultânea de múltiplas dimensões do cuidar. Embora reconheçamos que ainda não nos encontramos nesse nível, consideramos que os estágios constituíram um espaço determinante para a aproximação a formas mais avançadas de raciocínio clínico, permitindo-nos desenvolver maior segurança, discernimento e intencionalidade na tomada de decisão e na adequação das intervenções.

Nesta perspetiva, a competência profissional manifesta-se na capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma integrada, crítica e contextualizada, em resposta às exigências concretas de uma situação clínica (Barata, 2017). Deste modo, o saber profissional constrói-se na prática e pela prática, através da capacidade de interpretar a singularidade de cada situação, ponderar alternativas, decidir de forma fundamentada e assumir responsabilidade pelos efeitos da intervenção. Portanto, não basta dispor de qualificações formais ou de recursos técnicos; importa, sobretudo, que a resposta construída seja pertinente, sensível e ajustada às necessidades singulares da pessoa (Hesbeen, 2003).

Assim, a ER exige capacidade de inferência clínica, sensibilidade relacional, reflexão ética e compreensão da pessoa na sua globalidade, reconhecendo que a intervenção não se centra apenas na recuperação de funções, mas também na promoção de possibilidades, na valorização das capacidades da pessoa e na reconstrução de projetos de vida. Foi neste sentido que os estágios se afirmaram como contextos privilegiados de desenvolvimento profissional, permitindo-nos consolidar conhecimentos e aperfeiçoar intervenções, numa perspetiva mais crítica, mais humana e mais comprometida com a singularidade da pessoa e com a excelência dos cuidados prestados (Hesbeen, 2003; Barata, 2017).

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, é o profissional a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados (OE, 2019b). Este reconhecimento decorre de um percurso formativo avançado, orientado para a aquisição e consolidação de saberes complexos, que sustentam uma prática profissional diferenciada, segura, crítica e alicerçada na evidência científica. Nesta perspetiva, a especialização em Enfermagem representa a construção de uma forma mais exigente, reflexiva e qualificada de compreender e responder às necessidades em saúde.

As competências comuns do EE, transversais a todas as áreas de especialização em Enfermagem, constituem o referencial estruturante da prática especializada. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, estas competências organizam-se em quatro domínios fundamentais: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b). Estes domínios configuram dimensões nucleares do exercício especializado, na medida em que enquadram uma prática que se pretende cientificamente sustentada, eticamente comprometida, organizacionalmente responsável e permanentemente orientada para o desenvolvimento profissional.

Neste contexto, o presente capítulo tem como finalidade analisar, de forma reflexiva, o processo de desenvolvimento das competências comuns do EE ao longo do estágio em ER. Procuramos, deste modo, evidenciar de que forma a experiência clínica, articulada com a reflexão sobre a prática e com os referenciais regulamentares, contribuiu para a consolidação de uma prática profissional especializada, consciente, fundamentada e progressivamente mais autónoma.

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

O desenvolvimento das competências integradas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constituiu um eixo estruturante da nossa atuação enquanto EEER em formação. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, este domínio pressupõe o exercício de

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

uma prática profissional ética e legal, sustentada no respeito pelas normas jurídicas, pelos princípios éticos e deontológicos e pela salvaguarda dos direitos humanos, da dignidade e da segurança da pessoa (OE, 2019b). Neste sentido, reconhecemos que a prática especializada em ER não se limita à dimensão técnico-científica da intervenção, exigindo igualmente uma consciência ética permanente e uma atuação juridicamente responsável, orientada para a proteção da pessoa em situação de vulnerabilidade.

No âmbito do descritor A1, correspondente ao desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, assumimos como referencial orientador do exercício profissional os princípios éticos, legais e deontológicos que regulam a prática de Enfermagem, procurando sustentar a nossa intervenção numa atuação responsável, consciente e fundamentada (OE, 2019b). A tomada de decisão clínica foi, assim, conduzida à luz de princípios, valores e normas deontológicas, o que implicou uma reflexão ética contínua sobre as situações vivenciadas, bem como sobre a adequação das intervenções implementadas face às necessidades, direitos e expectativas das pessoas cuidadas (A1.1) (OE, 2019b).

No contexto deste projeto de intervenção, participámos nos processos de tomada de decisão ética, contribuindo para a análise ponderada das alternativas possíveis, para a identificação e discussão de dilemas éticos e para a definição de intervenções ajustadas e respeitadoras da autonomia e dos direitos da pessoa (A1.2) (OE, 2019b). Esta participação permitiu-nos compreender que a decisão ética em contexto clínico se constrói na relação entre os princípios orientadores da profissão, a singularidade de cada situação e a necessidade de encontrar respostas equilibradas, prudentes e humanizadas. Paralelamente, procedemos à avaliação dos resultados das decisões tomadas, refletindo sobre o impacto das intervenções na pessoa, na equipa e no contexto assistencial, numa perspetiva de melhoria contínua da prática profissional (A1.3) (OE, 2019b).

A ética, enquanto dimensão fundamental da prática de Enfermagem, remete para o estudo da moral e para a análise crítica das ações humanas, permitindo distinguir o que é considerado correto ou incorreto, benéfico ou prejudicial, em função de valores, princípios e contextos socioculturais específicos (Hoeman, 2011). O comportamento ético exige capacidade de raciocínio moral, de problematização das situações e de tomada de decisão responsável, assumindo-se como uma competência transversal a toda a prática clínica (Vasconcelos, 2021). Esta dimensão estende-se igualmente à investigação em saúde, no que respeita ao

consentimento informado, à salvaguarda da autonomia da pessoa e à análise rigorosa da relação risco-benefício associada às intervenções e aos processos de produção de conhecimento (Vasconcelos, 2021).

O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, assume particular relevância neste domínio, na medida em que junta uma dimensão ética, traduzida no acesso equitativo aos cuidados e na garantia da melhor prática clínica possível. Neste contexto, os enfermeiros assumem um compromisso profissional de cuidado para com a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, em situações de saúde e doença, promovendo o seu bem-estar, dignidade e QV (Nunes, 2016). Assim, a responsabilidade profissional, ética e legal adquire uma expressão concreta na forma como orientamos a nossa intervenção, respeitando a pessoa como sujeito de direitos e centro do processo de cuidados.

Relativamente ao descritor A2, que preconiza a garantia de práticas de cuidados respeitadoras dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais, procurámos assegurar, ao longo dos diferentes contextos de estágio, uma prática sistematicamente orientada por estes princípios (OE, 2019b). Promovemos a proteção dos direitos humanos (A2.1) (OE, 2019b), garantindo o respeito pela dignidade, privacidade, autonomia e integridade da pessoa envolvida no processo de cuidados (Vasconcelos, 2021). Esta preocupação revelou-se transversal a toda a prática desenvolvida, exigindo de nós atenção constante à forma como cuidávamos, comunicávamos, decidíamos e interagíamos com a pessoa.

Foram igualmente cumpridas, de forma rigorosa, as diretivas institucionais das unidades hospitalares e comunitárias, o Código Deontológico da profissão de Enfermagem e a carta dos direitos e deveres da pessoa internada, assegurando uma atuação ética, segura e responsável perante todos os intervenientes no processo de cuidados (Nunes, 2020). A confidencialidade da informação clínica e pessoal foi salvaguardada em todas as fases da prestação de cuidados, tanto no que se refere à informação escrita como à informação oral, garantindo a segurança da informação e o respeito pela esfera privada da pessoa. Esta dimensão assumiu particular importância nos contextos de estágio, onde a proximidade relacional e a partilha de informação exigem elevado sentido de responsabilidade profissional.

No âmbito da gestão da prática de cuidados em equipa, procurámos promover ambientes de trabalho promotores de segurança, privacidade e dignidade da pessoa (A2.2), contribuindo

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

para uma cultura de respeito pelos valores, crenças, costumes e especificidades individuais e coletivas (OE, 2019b). As intervenções de ER foram planeadas de forma partilhada com a pessoa, tendo em consideração os seus objetivos, prioridades e expectativas, permitindo promover a sua autonomia sem descurar a proteção e o cuidado necessários em função da sua condição clínica (Vasconcelos, 2021). Esta abordagem reforçou a nossa compreensão de que o respeito pelos direitos humanos não se traduz apenas nas normas, mas também na prática clínica centrada na pessoa.

Ainda, ao longo do processo de integração nas equipas multidisciplinares dos diferentes contextos de estágio, adotámos uma postura colaborativa, reflexiva e eticamente comprometida, participando de forma ativa nas atividades assistenciais, formativas e nos processos de tomada de decisão relacionados com o planeamento de cuidados. Esta participação favoreceu não só o desenvolvimento das nossas competências profissionais, mas também a compreensão do valor da articulação interdisciplinar na recuperação da funcionalidade, na promoção de ganhos em saúde; e na continuidade dos cuidados. Em todos os contextos, procurámos assegurar uma atuação coerente com princípios éticos, deontológicos e legais que orientam a prática profissional especializada.

Deste modo, consideramos que o desenvolvimento das competências associadas aos descritores A1 e A2 do Regulamento n.º 140/2019 esteve permanentemente presente na nossa prática enquanto EEER em formação. A proteção dos direitos humanos, a salvaguarda da confidencialidade e o respeito pela dignidade e autonomia da pessoa constituíram princípios basilares e transversais ao longo de todo o percurso (Vasconcelos, 2021). Entendemos assim, que a responsabilidade profissional, ética e legal se afirmou como uma dimensão estruturante do nosso processo de desenvolvimento enquanto profissionais, contribuindo para a consolidação de uma prática mais consciente, crítica, humanizada e eticamente sustentada.

4.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O desenvolvimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados assumiu-se como uma dimensão central da nossa atuação enquanto EEER em formação. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, este domínio compreende a participação ativa em iniciativas estratégicas institucionais no âmbito da governação clínica, o

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

desenvolvimento e liderança de práticas de qualidade e a promoção de ambientes terapêuticos seguros, orientados para a proteção, dignidade e bem-estar da pessoa (OE, 2019b). Neste sentido, reconhecemos que a qualidade e a segurança dos cuidados são componentes estruturantes do exercício profissional especializado, exigindo sempre uma atitude crítica, vigilante e comprometida com a excelência dos cuidados.

No âmbito do descritor B1, referente ao papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, procurámos participar de forma ativa nas dinâmicas institucionais orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados, mobilizando conhecimentos científicos e competências técnicas relevantes para esse processo (B1.1) (OE, 2019b). Esta participação traduziu-se na análise crítica das práticas clínicas observadas e desenvolvidas, na utilização de instrumentos de avaliação e na reflexão sobre os resultados obtidos, permitindo-nos identificar oportunidades de melhoria sustentadas na evidência científica (Hoeman, 2011; Santos, 2021). Este envolvimento permitiu-nos compreender a governação clínica como um processo integrado de responsabilização, monitorização e aperfeiçoamento das práticas, orientado para ganhos em saúde e para a segurança da pessoa.

Sempre que os contextos permitiram, colaborámos em projetos institucionais no âmbito da qualidade (B1.2), integrando princípios de boas práticas, segurança, eficácia e eficiência na prestação de cuidados (OE, 2019b). Tal; permitiu-nos reconhecer que os cuidados de saúde devem ser desenvolvidos segundo padrões elevados de qualidade, cientificamente sustentados, centrados na pessoa e racionalizados em termos de recursos. Nesta perspetiva, a qualidade surge como um elemento indissociável da governação clínica, na medida em que articula a dimensão técnico-científica do cuidado com a sua dimensão ética, organizacional e relacional (Hoeman, 2011). Assim, compreendemos de que a qualidade não se restringe à aplicação de normas ou indicadores, mas também à capacidade de construir respostas assistenciais mais seguras, adequadas e significativas para a pessoa.

Relativamente ao descritor B2, que remete para o desenvolvimento de práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, procurámos assumir uma intervenção sustentada na avaliação das práticas clínicas e na problematização dos contextos de cuidados (B2.1) (OE, 2019b). Neste âmbito, recorremos a indicadores de qualidade para a monitorização de resultados, a identificação de áreas críticas, e a

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

fundamentação das decisões clínicas e organizacionais (Hoeman, 2011). O recurso a estes indicadores permitiu-nos compreender que a qualidade dos cuidados depende não apenas da intenção de bem cuidar, mas também da capacidade de avaliar, medir e reinterpretar a prática à luz de critérios objetivos e cientificamente sustentados.

Contribuímos, igualmente, para o planeamento e implementação de programas de melhoria contínua (B2.2), procurando identificar fatores condicionantes da qualidade dos cuidados, designadamente a escassez de recursos humanos, a influência da cultura organizacional e a ausência de protocolos estruturados em determinados contextos (OE, 2019b). A confrontação com estas limitações permitiu-nos desenvolver uma leitura mais crítica da realidade assistencial, reconhecendo que a qualidade dos cuidados não depende exclusivamente da competência individual dos profissionais, mas também das condições organizacionais e estruturais em que a prática se desenvolve. Face a estas condicionantes, considerámos essencial a adoção de estratégias de mudança na prática clínica, nomeadamente através da formação de equipas, da uniformização de procedimentos e da utilização de metodologias de melhoria contínua da qualidade, entendidas como elementos fundamentais para o desenvolvimento da profissão e para a consolidação de cuidados de ER de excelência (Gil et al., 2020; Ribeiro, 2021). Deste modo, contribuímos para a sua complementaridade através da elaboração de um protocolo em SMI (**Apêndice I**).

Sempre que os contextos o permitiram, assumimos também um papel ativo na dinamização de processos de melhoria contínua (B2.3), promovendo uma prática reflexiva, colaborativa e orientada para a otimização dos cuidados, em articulação com a equipa multidisciplinar. Esta participação reforçou a nossa compreensão de que a qualidade dos cuidados constitui uma responsabilidade ética, na medida em que se relaciona com a promoção da segurança da pessoa e com a garantia de uma prestação digna, equitativa e respeitadora da sua singularidade (Pontes & Santos, 2017; OE, 2019b). Neste sentido, a implementação de práticas de qualidade evidenciou-se como indissociável de uma postura profissional crítica e reflexiva, orientada para a transformação positiva dos contextos assistenciais e para a melhoria contínua da segurança e efetividade dos cuidados.

No que respeita ao descritor B3, relativo à garantia de um ambiente terapêutico e seguro, procurámos promover contextos de cuidados que integrassem, de forma articulada, as dimensões física, psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, assegurando condições de

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

segurança, proteção e bem-estar (B3.1) (OE, 2019b). Esta abordagem exigiu-nos uma compreensão alargada do ambiente terapêutico, entendido como espaço físico de cuidados, contexto relacional e simbólico que influencia de forma significativa a experiência da pessoa, a sua adesão ao processo terapêutico e os resultados obtidos. As intervenções de ER foram, por isso, planeadas e executadas de forma individualizada, em consonância com a realidade vivida pela pessoa e com as suas necessidades específicas, promovendo não só a sua recuperação funcional, mas também o seu bem-estar global (Pereira, 2017).

Participámos ainda na gestão do risco ao nível institucional e das unidades funcionais (B3.2), recorrendo à utilização de instrumentos de avaliação adequados, à realização de registos clínicos e à monitorização dos ganhos sensíveis aos cuidados de ER (OE, 2019b). Os planos de cuidados e as intervenções implementadas foram ajustados à área de atuação e às necessidades individuais da pessoa, procurando adequar os recursos disponíveis e respeitar os seus valores, crenças, hábitos, cultura e preferências. Permitiu-nos corroborar a importância de uma intervenção segura, humanizada e centrada na pessoa, em conformidade com os princípios da qualidade, segurança e individualização dos cuidados (Pontes & Santos, 2017; Ribeiro et al., 2021a).

Deste modo, consideramos ter desenvolvido competências alinhadas com os descritores B1, B2 e B3 do Regulamento n.º 140/2019, na medida em que procurámos contribuir, de forma consistente, para a melhoria contínua da qualidade, segurança dos cuidados, e para a consolidação de uma prática especializada em ER, reflexiva, ética e sustentada na evidência científica. Reconhecemos assim, que a excelência dos cuidados depende da capacidade de interrogar a prática, identificar fragilidades, mobilizar estratégias de melhoria e promover ambientes terapêuticos seguros e humanizados. Logo, a qualidade e a segurança afirmaram-se, ao longo dos estágios, como dimensões indissociáveis do nosso processo de desenvolvimento profissional.

4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados assumiu-se como uma dimensão estruturante da nossa atuação enquanto EEER em formação, na medida em que integra a capacidade de gerir os cuidados de Enfermagem em articulação com a equipa de saúde, bem como de adequar a

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

liderança e a gestão dos recursos às exigências concretas de cada contexto, com vista à garantia da qualidade e da segurança dos cuidados. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, estas competências encontram-se organizadas nos descritores C1 e C2, os quais orientaram, de forma sistemática, a nossa prática ao longo do percurso (OE, 2019b). A gestão dos cuidados revelou-se uma competência especializada indissociável da tomada de decisão clínica, da articulação interprofissional e da responsabilidade pela adequação e continuidade das respostas assistenciais.

No âmbito do descritor C1, relativo à gestão dos cuidados de Enfermagem com vista à otimização da resposta da equipa e da articulação na equipa de saúde, desenvolvemos competências orientadas para a organização, priorização e coordenação do processo de cuidados, particularmente ao nível da tomada de decisão clínica (C1.1) (OE, 2019b). Através da análise contínua da informação clínica, funcional e contextual da pessoa, procurámos priorizar intervenções de ER ajustadas às suas necessidades, orientadas para a maximização da sua funcionalidade, independência e capacidade de participação no processo de cuidados. Esta atuação exigiu-nos uma leitura integrada da situação clínica, bem como a capacidade de seleccionar as intervenções mais pertinentes, seguras e potenciadoras de ganhos em saúde. Deste modo, foi possível evidenciar resultados sensíveis aos cuidados de ER e sustentar a prática em qualidade assistencial (Barata, 2017).

Ainda no descritor C1, assumimos a supervisão das tarefas delegadas, assegurando a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados (C1.2) (OE, 2019b). Esta supervisão foi desenvolvida em articulação com as equipas de Enfermagem e com as restantes equipas multidisciplinares, favorecendo a comunicação eficaz, e a clarificação de responsabilidades. Neste contexto, compreendemos que a gestão dos cuidados implica a capacidade de acompanhar, monitorizar e avaliar a adequação das intervenções realizadas, garantindo que estas se mantenham alinhadas com os objetivos terapêuticos definidos. Benner (2001) evidencia a importância da capacidade de priorizar intervenções que promovam a independência funcional e a adaptação da pessoa, mesmo em contextos marcados por elevada complexidade clínica e organizacional.

Relativamente ao descritor C2, que remete para a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, com vista à garantia da qualidade dos cuidados, desenvolvemos competências ao nível da otimização do trabalho da equipa, procurando

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

adequar os recursos humanos e materiais às necessidades identificadas em cada contexto de estágio (C2.1) (OE, 2019b). A gestão dos recursos foi orientada por princípios de racionalidade, eficiência e adequação, tendo em consideração as limitações existentes, sem comprometer a qualidade, a segurança e a centralidade da pessoa no processo de cuidados (Gaspar et al., 2021). Esta experiência permitiu-nos reconhecer que a qualidade da intervenção especializada depende da capacidade de gerir os recursos disponíveis de forma estratégica e contextualizada, articulando as exigências organizacionais com as necessidades reais da pessoa.

No mesmo descritor, importa salientar a adaptação do estilo de liderança ao contexto de trabalho e ao clima organizacional (C2.2), favorecendo uma resposta mais eficaz, coesa e ajustada (OE, 2019b). Gerir sob a perspetiva do cuidar provocou uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de gestão, e a valorização de uma liderança colaborativa, participativa e centrada na pessoa. Esta forma de liderança mostrou-se pertinente na promoção de ambientes de trabalho cooperativos, reflexivos e facilitadores do desenvolvimento profissional, criando condições para o exercício de uma prática inovadora, ética e comprometida com a pessoa, a família e a comunidade (Hesbeen, 2003; Pontes & Santos, 2017). Compreendemos assim, que liderar não significa apenas coordenar recursos e processos, mas também inspirar, mobilizar e criar sentido partilhado em torno do cuidado.

O cuidar em saúde assume uma natureza criativa, relacional e transformadora, requerendo modelos de gestão que promovam iniciativa, autonomia profissional e margens de liberdade compatíveis com a essência do cuidar. Neste sentido, a compreensão das chefias e dos gestores é fundamental para a harmonização entre a prestação de cuidados de qualidade, a existência de equipas competentes e a adoção de modelos organizacionais e estratégias adequadas às exigências do contexto (Hesbeen, 2003; Santos et al., 2020; Santos, 2021). A experiência vivida nos estágios permitiu-nos compreender a gestão dos cuidados como um processo que articula dimensões clínicas, organizacionais, relacionais e éticas.

Durante a prática clínica promovemos um ambiente de colaboração interprofissional na gestão dos cuidados à pessoa, contribuindo para o seu processo de reabilitação funcional. Os planos de intervenção foram delineados em articulação com a equipa, promovendo uma abordagem integrada, contínua e abrangente, orientada para a capacitação para o autocuidado, reforço dos ensinamentos e aumento da literacia em saúde da pessoa, família e cuidadores (Pestana,

2017). Esta articulação interprofissional foi essencial para garantir coerência nas intervenções, continuidade dos cuidados e maior eficácia na resposta às necessidades da pessoa.

No que respeita à gestão de recursos materiais, procurámos utilizar de forma adequada os recursos disponíveis nos serviços, contribuindo também para a sua complementaridade através da elaboração de materiais informativos e da disponibilização de meios audiovisuais destinados a sessões de educação para a saúde (**Apêndice II, III e IV**), e formação em contexto comunitário. Esta iniciativa permitiu-nos reconhecer que a gestão dos recursos materiais envolve a capacidade de identificar necessidades, criar soluções e potenciar meios facilitadores da aprendizagem, da capacitação e da autonomia da pessoa.

Deste modo, consideramos ter desenvolvido competências alinhadas com os descritores C1 e C2 do Regulamento n.º 140/2019, assumindo uma responsabilidade progressivamente mais consistente na promoção de um exercício profissional sustentado na autonomia, na competência e na responsabilidade. A atuação desenvolvida neste domínio permitiu-nos comprovar o impacto e a importância da ER na equipa multidisciplinar e nas pessoas doentes, dos seus familiares e cuidadores (Santos, 2021). A gestão dos cuidados afirmou-se, ao longo dos estágios, como uma dimensão fundamental da nossa construção profissional, permitindo-nos desenvolver uma intervenção mais organizada, intencional, articulada e capaz de responder, com maior eficácia e sentido crítico.

4.1.1. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assumiu-se como um pilar fundamental na construção da nossa identidade profissional enquanto EEER em formação. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, este domínio integra o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, bem como a sustentação da prática clínica especializada na evidência científica, promovendo aprendizagens significativas, críticas e contínuas em contexto profissional (OE, 2019b). Neste sentido, admitimos que o desenvolvimento profissional requer um processo contínuo de reflexão sobre si, sobre a prática e sobre os contextos em que esta se concretiza.

No âmbito do descritor D1, relativo ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, procurámos desenvolver um processo contínuo de reflexão crítica sobre o nosso desempenho, quer enquanto pessoas, quer enquanto profissionais, identificando competências adquiridas, fragilidades sentidas e áreas suscetíveis de desenvolvimento (D1.1) (OE, 2019b). Esta consciência de nós próprios foi essencial para a construção de uma prática profissional mais segura, ética, ponderada e assertiva, permitindo-nos adequar de forma mais consciente a nossa intervenção às necessidades da pessoa, da família e da equipa. Neste sentido, o autoconhecimento foi um elemento estruturante da nossa evolução, uma vez que favoreceu maior capacidade de autorregulação, de reconhecimento dos próprios limites e de mobilização de estratégias para os ultrapassar.

A capacidade de gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional (D1.2) foi igualmente progressivamente consolidada ao longo dos diferentes contextos de estágio, marcados por especificidades clínicas, dinâmicas de equipa, culturas organizacionais e exigências distintas (OE, 2019b). Esta diversidade de contextos exigiu-nos flexibilidade, capacidade de ajustamento e disponibilidade para aprender continuamente com a realidade concreta de cada contexto. A ER enquanto prática centrada na pessoa e sustentada na relação terapêutica, requer uma elevada capacidade de adaptação, comunicação eficaz e flexibilidade perante as alterações constantes do estado funcional da pessoa (Hoeman, 2011; Santos et al., 2020). O confronto com diferentes realidades permitiu-nos desenvolver maior sensibilidade para a singularidade dos contextos e para o ajuste da intervenção às condições em que o cuidado é prestado.

Neste sentido, reconhecemos que a ER é uma prática relacional, onde uma relação terapêutica segura com a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar constitui um requisito essencial para a eficácia das intervenções. Esta relação constrói-se a partir do conhecimento aprofundado da pessoa e da sua família, da base científica consistente, e da compreensão integrada dos contributos dos diferentes intervenientes no processo de cuidados (Ferreira et al., 2023). Deste modo, compreendemos que a assertividade se traduz na capacidade de comunicar de forma clara e segura, e na aptidão para estabelecer relações de confiança, negociar objetivos terapêuticos e intervir de forma firme, sensível e respeitadora.

A progressão para níveis mais elevados de competência, tal como descrita por Benner (2001), permitiu-nos desenvolver uma abordagem progressivamente mais holística, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora*

contextualizada e diferenciada. Ao longo dos estágios, fomos adquirindo maior capacidade para reconhecer sinais subtis de declínio funcional, antecipar situações potencialmente adversas e intervir de forma mais precoce, segura e eficaz. Esta evolução tornou-se particularmente evidente na forma como passámos a interpretar a situação clínica da pessoa, articulando dados objetivos, conhecimento científico, experiência vivida e compreensão do contexto, o que reforçou a intencionalidade e a pertinência da nossa intervenção.

Relativamente ao descritor D2, que preconiza a sustentação da praxis clínica especializada na evidência científica, procurámos basear a nossa prática no conhecimento científico disponível e atualizado, assumindo a responsabilidade de integrar a melhor evidência na tomada de decisão clínica (D2.2) (OE, 2019b). Durante os diferentes momentos de estágio, recorremos de forma sistemática à pesquisa bibliográfica para fundamentar as intervenções implementadas e as atividades desenvolvidas, promovendo uma prática reflexiva, crítica e cientificamente sustentada na evidência (Petronilho et al., 2021). Posto isto, admitimos que a evidência científica agrega qualidade do cuidado, uma vez que sustenta decisões mais seguras, mais eficazes e mais ajustadas às necessidades da pessoa.

Assumimos igualmente um papel ativo enquanto facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho (D2.1), através da partilha de conhecimento com os pares, da promoção da reflexão conjunta e do contributo para a consolidação de aprendizagens significativas na equipa (OE, 2019b). A comunicação eficaz revelou-se uma ferramenta central para a construção de uma compreensão partilhada da missão comum, dos princípios orientadores da reabilitação e do plano de cuidados individualizado de cada pessoa (Hesbeen, 2003; Ribeiro et al., 2021a). Assim, com a experiência vivenciada compreendemos que aprender e ensinar são processos interdependentes, que se alimentam mutuamente e que contribuem para o fortalecimento das equipas e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No que respeita à promoção da formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (D2.3), procurámos contribuir para a utilização de instrumentos, metodologias e referenciais de boas práticas em ER, reforçando a coerência, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019b). Neste sentido, reconhecemos a importância da normalização e sistematização de determinadas práticas, como estratégia promotora de maior consistência, fundamentação e segurança na intervenção especializada.

Importa ainda salientar que a estrutura curricular teórica do curso constituiu a base orientadora de todo o percurso formativo, sustentando as opções tomadas ao longo dos estágios e fornecendo os referenciais conceptuais e científicos necessários à compreensão da prática. Contudo, foi a experiência clínica que permitiu dar sentido aos conhecimentos adquiridos, transformando-os numa aprendizagem situada, contextualizada e verdadeiramente significativa (Barata, 2017). Neste movimento entre teoria e prática, fomos construindo uma compreensão progressivamente mais crítica e integrada do nosso papel enquanto futuros EEER.

Deste modo, consideramos ter desenvolvido competências alinhadas com os descritores D1 e D2 do Regulamento n.º 140/2019, integrando o autoconhecimento, a assertividade, a adaptabilidade, a comunicação e a prática baseada na evidência como dimensões estruturantes da nossa atuação enquanto EEER. Este domínio revelou-se um espaço privilegiado de crescimento profissional e pessoal, onde fomos consolidando uma prática mais reflexiva, fundamentada e consciente da complexidade inerente ao cuidar em ER. Assim, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais afirmou-se como condição essencial para a construção de cuidados mais eficazes, seguros, humanizados e centrados na pessoa.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Para a atribuição do título de EEER, é necessário adquirir e desenvolver, além das competências comuns, as competências específicas próprias da ER. Neste contexto, a ER afirma-se como um campo de intervenção especializado, de natureza multidisciplinar e sustentado na base científica, orientado para a maximização da função, a promoção da autonomia e a satisfação da pessoa.

O EEER dispõe de um método científico próprio, através do qual cria, implementa e avalia planos de cuidados ajustados às necessidades individuais da pessoa, fundamentando a sua atuação na promoção da saúde, na prevenção de complicações e incapacidades associadas à condição de saúde e maximização da capacidade funcional (OE, 2019a). Deste modo, a sua intervenção não se limita à resposta imediata a défices instalados, mas requer uma compreensão integrada da pessoa, da sua condição funcional, do seu potencial de recuperação e do contexto

em que se insere. De acordo com o regulamento que enquadra a ER, as competências específicas do EEER encontram-se estruturadas em unidades de competência e critérios de avaliação, constituindo o referencial orientador e regulador do processo de certificação profissional (OE, 2019a).

A ER exige, por isso, uma intervenção clinicamente diferenciada, sustentada na evidência científica, aliada a um exercício contínuo de reflexão e ao desenvolvimento do pensamento crítico, de forma a garantir respostas ajustadas à complexidade e à imprevisibilidade que caracterizam o processo de reabilitação (Barata, 2017; Campos et al., 2022). A natureza dinâmica e multifatorial das situações clínicas em reabilitação exige do EEER capacidade de analisar continuamente os dados disponíveis, antecipar necessidades, redefinir prioridades e adequar intervenções em função da evolução da pessoa. Esta exigência reforça a centralidade de uma prática reflexiva e cientificamente sustentada, capaz de articular conhecimento, julgamento clínico e sensibilidade relacional.

Concomitantemente, a intervenção em ER pressupõe a capacidade de atuar em contexto multidisciplinar, através de uma comunicação eficaz e de uma articulação contínua com os diferentes profissionais de saúde, com vista à otimização dos resultados em saúde e à promoção da funcionalidade global da pessoa (Santos, 2021). Neste sentido, o desenvolvimento das competências específicas do EEER não ocorre de forma isolada, mas constrói-se na interação com outros saberes, outras práticas e outros profissionais, exigindo capacidade de cooperação, negociação e integração de contributos diversos em benefício de um projeto terapêutico comum e centrado na pessoa (Santos, 2021).

É neste enquadramento que procedemos, de seguida, à análise reflexiva do desenvolvimento das competências específicas do EEER, à luz das experiências vivenciadas ao longo do nosso percurso. Neste sentido, procuramos evidenciar de que modo a experiência vivenciada, articulada com os referenciais científicos e regulamentares da especialidade, contribuiu para a consolidação de uma prática mais diferenciada, autónoma, fundamentada e orientada para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da QV da pessoa.

4.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

O EEER detém competências específicas que lhe permitem cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e nos diferentes contextos da prática de cuidados, através de uma intervenção sistematizada, cientificamente fundamentada e orientada para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da QV da pessoa (OE, 2019a). A intervenção do EEER distingue-se pela capacidade de avaliar de forma integrada as necessidades da pessoa, planejar intervenções ajustadas e monitorizar os resultados obtidos, num processo contínuo de tomada de decisão sustentado na evidência científica e na singularidade de cada situação.

No âmbito do descritor J1.1, referente à avaliação da funcionalidade e ao diagnóstico de alterações determinantes de limitações da atividade e incapacidades, desenvolvemos, ao longo dos diferentes contextos de estágio, uma avaliação funcional sistemática, multidimensional e contextualizada das pessoas com necessidades de ER, com particular incidência na pessoa com equilíbrio comprometido (OE, 2019a). Esta avaliação integrou dimensões motoras, sensoriais, cognitivas e cardiorrespiratórias, bem como fatores psicossociais, ambientais e relacionados com o suporte familiar, reconhecendo a influência destes no processo de recuperação funcional e na adaptação à condição de saúde (Gil et al., 2020). Esta abordagem permitiu-nos compreender que a funcionalidade não pode ser reduzida à análise isolada de défices ou limitações, exigindo uma leitura ampla da pessoa, da sua condição clínica e do seu contexto.

A utilização de instrumentos de avaliação validados foi fundamental neste processo, permitindo-nos identificar limitações da atividade, incapacidades, fatores de risco e necessidades específicas de intervenção. Os dados recolhidos destes, foram a base para a formulação de diagnósticos e para a definição de resultados esperados sensíveis aos cuidados de ER, reforçando a importância de uma avaliação rigorosa, objetiva e clinicamente significativa como fundamento da intervenção especializada (OE, 2019a; Santos et al., 2020). Neste sentido, fomos reconhecendo que a qualidade da avaliação funcional influencia, de forma determinante, a eficácia das intervenções.

Relativamente ao descritor J1.2, que remete para a conceção de planos de intervenção orientados para a promoção de capacidades adaptativas, de autocontrolo e de autocuidado, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora*

procurámos, com base na avaliação diagnóstica realizada, conceber planos de intervenção individualizados e ajustados às necessidades identificadas (OE, 2019a). Estes planos foram definidos em parceria com a pessoa, procurando valorizar a sua participação ativa no processo terapêutico e promover a sua capacitação face aos processos de transição saúde/doença. Assim, reforçámos uma abordagem centrada na pessoa, respeitadora dos seus objetivos e prioridades. Simultaneamente, a discussão constante dos planos com o enfermeiro supervisor contribuiu para assegurar cuidados seguros, de qualidade e alinhados com os padrões de qualidade da ER.

Segundo Hoeman (2011), o EEER intervém junto de pessoas com doença crónica ou incapacidade com o objetivo de alcançar ou manter o máximo potencial funcional, promover o bem-estar e apoiar a adaptação às mudanças impostas pela condição de saúde. Esta compreensão revelou-se significativa ao longo do estágio, pois permitiu-nos reconhecer que a intervenção em ER não se limita à recuperação de capacidades perdidas, mas envolve também o fortalecimento das capacidades remanescentes, a promoção da adaptação e a reconstrução de possibilidades de participação e autonomia.

No que respeita ao descritor J1.3, relativo à implementação de intervenções com vista à otimização e/ou reeducação das funções, desenvolvemos programas de ER dirigidos à otimização e reeducação das funções motoras, sensoriais, cognitivas e cardiorrespiratórias, com particular incidência no treino do equilíbrio (OE, 2019a). A implementação destas intervenções exigiu-nos capacidade de adequação às características clínicas, funcionais e emocionais de cada pessoa, bem como sensibilidade para ajustar a intensidade, a progressão e os objetivos terapêuticos em função da sua evolução. A evidência científica demonstra que intervenções personalizadas, sistemáticas e ajustadas à condição funcional produzem melhorias no equilíbrio, na marcha e na independência funcional, reforçando a importância de uma abordagem individualizada e orientada para ganhos funcionais (Limão & Martins, 2021).

A prevenção de complicações, constituiu, igualmente, um eixo transversal da nossa intervenção, permitindo-nos antecipar e prevenir complicações decorrentes da limitação funcional, através da implementação de estratégias de mobilização, treino funcional e educação para a saúde (Gaspar et al., 2021; Reis & Bule, 2017). Esta dimensão preventiva revelou-se pertinente, uma vez que nos confrontou com a necessidade de intervir não apenas sobre problemas instalados, mas também sobre riscos potenciais, numa lógica de antecipação clínica e de proteção da funcionalidade futura da pessoa.

A experiência desenvolvida permitiu-nos, neste domínio, reconhecer a pertinência da perspetiva de Benner (2001), segundo a qual o enfermeiro perito adapta cada intervenção às características únicas da pessoa, articulando o conhecimento científico com a intuição clínica desenvolvida pela experiência. Neste sentido, reconhecemos que os estágios favoreceram o desenvolvimento da capacidade de adaptação clínica, tornando a nossa intervenção mais sensível à singularidade da pessoa, mais contextualizada e mais intencional.

Por sua vez, no âmbito do descritor J1.4, relativo à avaliação dos resultados das intervenções implementadas, assumimos a monitorização dos resultados como uma etapa fundamental do processo de ER (OE, 2019a). A monitorização dos resultados permitiu mostrar os ganhos funcionais alcançados e compreender o impacto das intervenções na capacidade funcional, no equilíbrio, na QV e na autonomia da pessoa (OE, 2019a). De referir que não só verificámos a efetividade das intervenções, mas também reajustámos o plano terapêutico sempre que necessário, reforçando o carácter dinâmico, cíclico e reflexivo da ER.

Importa salientar que, embora o foco principal do projeto tenha incidido na pessoa com equilíbrio comprometido, ao longo dos estágios foram prestados cuidados de ER a todas as pessoas com outras necessidades identificadas e que se encontravam sob cuidados de ER (Gaspar et al., 2021). Deste modo, observámos a diversidade e a complexidade de situações clínicas que são passíveis de beneficiar da intervenção do EEER.

No exercício destas competências, reconhecemos ter mobilizado funções centrais descritas por Benner (2001), nomeadamente a função de ajuda, a função de diagnóstico e vigilância e a gestão de situações. Verificámos que o EEER é capaz de criar um ambiente terapêutico que equilibra o desafio necessário à recuperação funcional com o suporte indispensável à prevenção de frustrações, medos e desistências, promovendo a reconstrução da confiança da pessoa e o estabelecimento de objetivos graduais, realistas e alcançáveis (Gil et al., 2020; Nascimento, 2020). Esta dimensão relacional e motivacional revelou-se particularmente importante, uma vez que a adesão da pessoa ao processo de reabilitação depende, em larga medida, da forma como se sente acompanhada, compreendida e encorajada.

Desenvolvemos, igualmente, uma sensibilidade clínica progressivamente mais apurada para reconhecer precocemente sinais de intolerância ao esforço, risco de queda ou outros indicadores de complicações, o que nos permitiu ajustar continuamente as intervenções e

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

maximizar os benefícios terapêuticos, minimizando simultaneamente os riscos associados (Araújo et al., 2021). Esta capacidade revelou-se essencial em todos os contextos de estágio, onde assumimos frequentemente um papel significativo na identificação precoce de alterações subtis do estado funcional ou cognitivo da pessoa, contribuindo para uma resposta atempada e para a prevenção de efeitos adversos (Varanda & Rodrigues, 2017).

Reconhecemos ainda que, no sistema de documentação informático *SClínico*, muitos dos ganhos obtidos através da intervenção do EEER permanecem insuficientemente visíveis, sobretudo aqueles de natureza qualitativa, como a recuperação da confiança, a adaptação às limitações residuais e a reintegração em atividades significativas (Ribeiro et al., 2021a; Petronilho et al., 2021). Esta constatação conduziu-nos a uma reflexão crítica sobre os limites dos sistemas de documentação, pois estes são frequentemente mais sensíveis ao registo de dados quantitativos do que à complexidade experiencial, existindo assim uma dificuldade permanente em traduzir a complexidade da prática e indicadores sensíveis aos cuidados, o que pode limitar o reconhecimento institucional e a melhoria contínua baseada em resultados.

Neste sentido, consideramos fundamental o desenvolvimento de sistemas de documentação mais sensíveis à complexidade da ER, capazes de complementar os dados quantitativos com narrativas exemplares de prática que ilustrem, de forma mais aprofundada, o impacto real das intervenções na funcionalidade e na QV das pessoas (Pestana, 2017; Santos et al., 2020). Entendemos assim, que estas narrativas podem constituir uma ponte relevante entre a evidência quantitativa e a riqueza da experiência clínica, favorecendo uma compreensão mais abrangente, sensível e fiel do valor dos cuidados de ER (Petronilho et al., 2021).

4.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

O presente domínio centra-se no desenvolvimento de intervenções orientadas para a adaptação às limitações funcionais, a maximização da autonomia e a melhoria da QV, através da promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social da pessoa (OE, 2019a). Neste âmbito, a intervenção do EEER assume particular pertinência, pois este procura não só responder às limitações instaladas, mas também potenciar capacidades, reduzir barreiras e promover condições que favoreçam a participação da pessoa no contexto onde está inserida. A

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

ER centra-se assim, na funcionalidade e na capacitação, orientada para a construção de respostas ajustadas à singularidade da pessoa e ao seu contexto de vida.

No âmbito do descritor J2.1, relativo à elaboração e implementação de programas de treino de AVD com vista à adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da QV, reconhecemos a capacitação da pessoa como um elemento central para a obtenção de ganhos em saúde no contexto da ER (OE, 2019a). Neste sentido, elaborámos e implementámos programas de treino de AVD, ajustados às limitações da mobilidade e às necessidades individuais identificadas, com o objetivo de promover a autonomia e a QV. O treino de AVD exigiu-nos uma avaliação cuidada das capacidades remanescentes da pessoa, bem como a definição de estratégias realistas, graduais e significativas, capazes de favorecer a sua participação ativa no programa de ER.

Estas intervenções incluíram o ensino e a instrução para a utilização adequada de produtos de apoio, nomeadamente ajudas técnicas e dispositivos de compensação, bem como a supervisão da sua utilização, favorecendo uma adaptação funcional mais eficaz e segura (Vigia et al., 2017; OE, 2019a). Paralelamente, promovemos ambientes mais seguros através da identificação e redução de fatores de risco, contribuindo para a maximização da capacidade funcional da pessoa e para a consciencialização da família/cuidador relativamente à condição de saúde. Esta dimensão revelou-se particularmente relevante, uma vez que a promoção da autonomia não pode ser dissociada da existência de condições ambientais facilitadoras, capazes de sustentar o desempenho funcional e prevenir situações de risco.

A evidência reforça que o valor da ER no cuidado à pessoa com incapacidade/doença é potenciado pela articulação entre prática clínica, investigação e desenvolvimento teórico, sustentada numa comunicação eficaz e numa colaboração sólida entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados (Hoeman, 2011; Pestana, 2017). Neste sentido, a abordagem avaliativa também se assumiu pertinente, ao identificar, monitorizar e interpretar ganhos sensíveis aos cuidados de ER, tornando mais visível o impacto das intervenções desenvolvidas na funcionalidade, na autonomia e na QV da pessoa (Pereira, 2017).

No âmbito do descritor J2.2, relativo à promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social, procurámos desenvolver intervenções orientadas para a valorização da autonomia funcional enquanto condição essencial à participação ativa da pessoa nos diferentes

contextos de vida (OE, 2019a). Compreendemos que a funcionalidade se expressa, principalmente, na possibilidade de a pessoa se envolver de forma significativa nas AVD, manter papéis sociais e preservar a sua participação na vida familiar e comunitária. Neste sentido, promover a mobilidade e a acessibilidade significou, para nós, criar condições para uma participação mais plena, segura e ajustada às capacidades da pessoa.

Durante o estágio em contexto comunitário, identificámos barreiras arquitetónicas e orientámos para a sua eliminação ou minimização, respeitando princípios ergonómicos e de segurança, com vista à adaptação do ambiente às necessidades específicas da pessoa (Vigia et al., 2017; OE, 2019a). Esta intervenção permitiu-nos reconhecer o impacto que o ambiente físico exerce na autonomia e na funcionalidade, bem como a importância de intervir para além da pessoa, abrangendo também o espaço em que esta vive e realiza as suas AVD. Assim, a adaptação do ambiente constituiu-se como uma estratégia essencial para a promoção da segurança, da independência e da continuidade de ganhos funcionais.

Desenvolvemos ainda ações de sensibilização dirigidas à pessoa, família, cuidador e comunidade, promovendo práticas inclusivas e facilitadoras da acessibilidade e da participação social. Esta competência revelou-se particularmente relevante na intervenção junto da pessoa com equilíbrio comprometido, dado que a instabilidade postural condiciona a mobilidade funcional e limita a participação nas AVD. Esta experiência permitiu-nos compreender que a recuperação funcional depende não apenas da capacidade física da pessoa, mas também da forma como esta e a população envolvente perceciona as suas limitações, reconhece os seus recursos e avalia a segurança. Compreendemos assim que a ER deve orientar-se para objetivos com impacto concreto na vida da pessoa, e não apenas para o treino isolado de capacidades.

Também importante na nossa intervenção de ER, foi a transição de cuidados com o envolvimento ativo dos cuidadores no processo de capacitação e a na continuidade dos cuidados, com vista à manutenção dos ganhos funcionais alcançados (Faria et al., 2023). Neste processo, procurámos assegurar que a pessoa e os seus cuidadores dispunham da informação, das competências e dos recursos necessários para lidar com as exigências do regresso ao domicílio ou noutro contexto assistencial. Esta dimensão revelou-se essencial para garantir a sustentabilidade dos resultados obtidos e prevenir retrocessos funcionais após a transição.

Em síntese, ao longo de todas as intervenções, utilizámos estratégias de capacitação ajustadas à resposta emocional e física da pessoa, promovendo a construção de uma aliança terapêutica assente na confiança, no respeito e na colaboração, elementos fundamentais para o sucesso dos programas de ER (Gaspar et al., 2021). Deste modo, consideramos ter desenvolvido competências alinhadas com este domínio, reforçando a prática do EEER centrada na promoção da autonomia, mobilidade, acessibilidade e participação social, orientadas para a QV da pessoa.

4.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Este domínio centra-se na maximização da funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa, recorrendo à conceção, implementação e avaliação contínua de programas de treino motor e cardiorrespiratório ajustados às necessidades individuais e sustentados na melhor evidência científica disponível (OE, 2019a). Neste, a intervenção do EEER assume particular pertinência, na medida em que procura promover a recuperação funcional, prevenir complicações e potenciar a autonomia da pessoa, através de estratégias terapêuticas individualizadas, progressivas e clinicamente fundamentadas.

No âmbito do descritor J3.1, relativo à conceção e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, a elaboração de planos e programas de ER constituiu um eixo transversal da nossa intervenção ao longo dos diferentes contextos de estágio, tendo como foco central a maximização da capacidade funcional da pessoa com equilíbrio comprometido (OE, 2019a). Desenvolvemos programas de treino motor e cardiorrespiratório individualizados, sustentados numa avaliação clínica rigorosa e orientados para objetivos definidos em parceria com a pessoa, respeitando a sua condição funcional, o seu potencial de recuperação e as suas expectativas face ao processo de ER.

As intervenções implementadas tiveram como finalidade a promoção da saúde, a prevenção de complicações e de lesões associadas à imobilidade, a capacitação da pessoa perante novas incapacidades ou limitações e a reabilitação funcional propriamente dita. Paralelamente, procurámos promover a autogestão da condição de saúde, no sentido de capacitar a pessoa para a manutenção e/ou melhoria da sua capacidade funcional. Deste modo, verificámos que a efetividade das intervenções de ER depende não apenas dos ganhos obtidos, mas também da

capacidade da pessoa para integrar comportamentos, estratégias e rotinas promotoras da sua funcionalidade.

Os princípios e práticas fundamentais da ER orientaram todas as intervenções realizadas, revelando-se aplicáveis aos diferentes níveis de cuidados e contextos assistenciais e constituindo uma base sólida para a prestação de cuidados de qualidade, bem como para o enriquecimento das restantes áreas da Enfermagem (Santos, 2021). De acordo com Hoeman (2011), os objetivos da reabilitação centram-se na prevenção de complicações, na redução de limitações e na promoção da funcionalidade. Este processo requer uma avaliação precisa, a definição de resultados esperados e a implementação de intervenções individualizadas (Faria et al., 2021). Esta perspetiva reforça a compreensão de que a ER se estrutura num processo clínico rigoroso, intencional e continuamente ajustado à evolução da pessoa.

A ER visa, assim, maximizar a funcionalidade e minimizar os efeitos da incapacidade, entendida como o resultado da interação entre limitações físicas ou mentais e os fatores contextuais e sociais que condicionam a participação da pessoa. Neste sentido, a intervenção do EEER procura reduzir o desajuste entre as capacidades da pessoa e as exigências do meio, promovendo a adaptação funcional, a autonomia e a participação ativa nos diferentes contextos de vida (Nascimento, 2020; Ribeiro et al., 2021b). Esta compreensão é essencial para orientar a nossa prática, permitindo-nos ultrapassar uma visão restrita, centrada apenas na recuperação física, para adotar uma abordagem mais ampla, centrada na funcionalidade enquanto experiência vivida e situada.

No âmbito do descritor J3.2, referente à avaliação e reformulação de programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados, assumimos a avaliação contínua dos resultados das intervenções como uma componente essencial do processo de ER (OE, 2019a). A realização sistemática de registos clínicos e a monitorização de resultados sensíveis aos cuidados de ER, forneceram informação fundamental sobre a efetividade das intervenções implementadas. Esta monitorização permitiu-nos analisar de forma mais objetiva a evolução da pessoa, identificar progressos, reconhecer dificuldades e sustentar a tomada de decisão seguinte.

A avaliação, assumiu, por isso, particular importância, na medida em que possibilitou uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados e a reformulação dos programas de treino motor e

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

cardiorrespiratório, em articulação com o supervisor clínico, assegurando a adequação contínua da intervenção às necessidades e à evolução funcional da pessoa. Esta dinâmica reforçou a nossa compreensão de que os programas de ER devem ser concebidos como processos flexíveis, passíveis de reajustamento permanente em função da resposta clínica, das dificuldades sentidas e dos objetivos progressivamente redefinidos.

Reconhecemos igualmente a pertinência da avaliação sistemática das necessidades educativas da pessoa. Esta avaliação permitiu-nos elaborar planos de ensino individualizados, considerando os conhecimentos prévios da pessoa e do cuidador/família, a sua capacidade para adquirir novos saberes, o estilo de aprendizagem preferencial e os fatores facilitadores ou condicionantes do processo educativo (Barata, 2017). Deste modo, a literacia em saúde revelou-se um fator determinante para o sucesso da ER, uma vez que esta influencia diretamente a adesão às intervenções, a compreensão das orientações terapêuticas e a integração de novos comportamentos (Santos et al., 2020).

O plano de ER integrou, assim, a definição de objetivos e metas claras, a seleção de estratégias pedagógicas adequadas, o desenvolvimento de conteúdos relevantes e a mobilização dos recursos disponíveis. A participação ativa do cuidador e da família revelou-se particularmente importante, uma vez que contribuiu para assegurar que os objetivos estabelecidos fossem realistas, alcançáveis e sustentáveis ao longo do tempo (Faria et al., 2020; Petronilho et al., 2021). Assim, verificámos que o sucesso da ER depende da capacidade de envolver a pessoa e a sua rede de suporte num processo de aprendizagem partilhado e orientado para a continuidade dos ganhos obtidos.

Os resultados das intervenções foram avaliados não apenas em função da melhoria da capacidade funcional, mas também da capacidade da pessoa para integrar comportamentos saudáveis no seu estilo de vida, promovendo a independência e prevenindo o agravamento da incapacidade (Reis & Bule, 2017; Faria et al., 2020). Nesta perspetiva, compreendemos que o sucesso da intervenção em ER deve incluir a capacidade da pessoa para gerir a sua condição, adaptar-se às exigências do dia-a-dia e manter os ganhos alcançados de forma sustentada.

Esta competência revelou-se particularmente relevante na intervenção junto da pessoa com equilíbrio comprometido, nomeadamente ao nível do treino de equilíbrio, onde foi possível observar ganhos funcionais. Ao longo deste processo, adotámos uma abordagem centrada nas

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

capacidades residuais da pessoa, orientando a intervenção para aquilo que esta ainda conseguia realizar, em detrimento de uma visão centrada exclusivamente nas limitações e défices instalados (Gaspar et al., 2021). Esta opção revelou-se fundamental para promover a motivação, reforçar a autoconfiança e potenciar uma experiência de cuidados mais positiva e significativa.

De forma complementar, integrámos recursos adaptados à condição da pessoa, através da utilização de auxiliares de marcha e de outros produtos de apoio, articulando o treino físico com o suporte emocional e a educação terapêutica, com vista à promoção da independência, da segurança e da confiança na realização das AVD (Vigia et al., 2017). Esta integração permitiu-nos reforçar a importância de uma intervenção multifacetada, capaz de conjugar recursos técnicos, estratégias educativas e apoio relacional na construção de um processo de ER mais eficaz, mais seguro e mais ajustado à singularidade de cada pessoa.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior encontra-se estabelecido no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, o qual define as competências associadas à atribuição do grau de Mestre (Portugal, 2018). No âmbito da Enfermagem e, de forma particular, da ER, estas competências pressupõem a aquisição, o aprofundamento e a aplicação integrada de conhecimentos científicos, técnicos e éticos, bem como o desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica, de investigação e de intervenção autónoma em contextos complexos, diferenciados e marcados pela imprevisibilidade.

Ao longo dos estágios, desenvolvemos competências que nos permitiram adquirir e aprofundar conhecimentos na área da ER, aplicar esses conhecimentos na tomada de decisão clínica fundamentada e implementar um projeto de estágio direcionado para a pessoa com equilíbrio comprometido. Este projeto constituiu um eixo estruturante do desenvolvimento das competências de Mestre, na medida em que possibilitou a conceção, a execução, a análise reflexiva e a avaliação de resultados obtidos, sempre sustentados na melhor evidência científica. Neste sentido, este projeto não foi apenas uma exigência formativa, mas também um mecanismo integrador de conhecimento, prática clínica, reflexão crítica e produção de saber.

A ER assume relevância em todos os níveis do sistema de saúde, destacando-se quer pela sua vertente preventiva, através da promoção de comportamentos seguros e da redução de fatores de risco, quer pela sua intervenção, com impacto significativo na QV das pessoas e na otimização dos recursos em saúde (Pestana, 2017; Santos, 2021; Gaspar et al., 2021). Neste enquadramento, desenvolvemos competências que nos permitiram intervir de forma eficaz perante situações de comprometimento cardiorrespiratório, neurológico e motor, respondendo a desafios e imprevistos próprios da prática em ER. A vivência destes contextos permitiu-nos consolidar uma prática progressivamente mais autónoma, diferenciada e ajustada à complexidade das necessidades da pessoa.

Entre as competências associadas ao grau de Mestre, destaca-se a capacidade de desenvolver e divulgar conhecimento científico, através da prática baseada na evidência e da investigação em ER (Petronilho et al., 2021). Neste domínio, elaborámos e implementámos um projeto de intervenção profissional e desenvolvemos dois estudos de investigação em coautoria, intitulados “A autonomia e a independência no cuidado à pessoa idosa institucionalizada”, e “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação implementadas na comunidade para idosos com equilíbrio comprometido: uma revisão escopo”, com perspetiva de publicação futura. Paralelamente, procedemos ao registo na plataforma *Open Researcher and Contributor ID* [ORCID], reforçando a nossa identidade académica e científica enquanto investigadores. Estes, contribuíram para fortalecer a articulação entre a prática clínica e a produção de conhecimento, essencial para o desenvolvimento de uma prática profissional avançada e cientificamente sustentada.

Durante os estágios, recorremos a instrumentos de avaliação, formulámos diagnósticos de ER, elaborámos planos de cuidados individualizados, implementámos intervenções de ER e avaliámos sistematicamente os resultados, ajustando estratégias de intervenção de acordo com a evolução clínica e funcional da pessoa (Barata, 2017). Este processo reforçou a integração entre prática clínica, investigação e reflexão crítica, elementos centrais na aquisição das competências associadas ao grau de Mestre. Mais do que aplicar conhecimento previamente adquirido, fomos desafiados a reinterpretá-lo, contextualizá-lo e mobilizá-lo de forma crítica perante situações concretas, muitas vezes complexas e singulares.

A diversidade dos contextos clínicos dos estágios permitiu-nos, igualmente, desenvolver a capacidade de adaptação e de resposta a situações novas, competência fundamental associada

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora

ao grau de Mestre. O modelo de aquisição de competências de Benner (2001) ajudou-nos a compreender que a eficácia da intervenção do EEER se relaciona com o nível de perícia clínica, manifestando-se na leitura situacional, na sensibilidade ao *timing* da intervenção, na adaptação individualizada das estratégias terapêuticas e na valorização da dimensão ética e relacional do cuidado. Neste sentido, as experiências vivenciadas nos estágios proporcionou-nos uma aproximação a formas mais sofisticadas de raciocínio clínico, decisão e ação profissional.

No que respeita à competência de lidar com situações complexas e inesperadas, desenvolvemos a capacidade de tomar decisões clínicas fundamentadas em princípios éticos, jurídicos e deontológicos, respeitando a individualidade, a dignidade e os direitos humanos da pessoa, mesmo em contextos frequentemente marcados pela imprevisibilidade e pela instabilidade clínica (Vasconcelos, 2021). Paralelamente, consolidámos competências de comunicação clara, fundamentada e ajustada com a equipa multidisciplinar, partilhando conclusões sustentadas no conhecimento científico e no raciocínio crítico, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Barata, 2017). Esta articulação entre autonomia decisiva, fundamentação científica e colaboração interprofissional revelou-se essencial na consolidação de uma prática profissional madura e responsável.

Evidenciamos também a capacidade de desenvolver autonomamente um percurso de aprendizagem contínua, através da identificação de necessidades de melhoria, da definição de metas realistas e da procura sistemática da melhor evidência científica para sustentar a prática em ER (Santos et al., 2020; Petronilho et al., 2021). A aquisição aprofundada dos princípios científicos que sustentam a prática profissional, aliada à reflexão crítica sobre as dimensões éticas e sociais do cuidar, permitiu-nos evoluir de forma consistente na tomada de decisão em situações de elevada complexidade, demonstrando autodisciplina, rigor metodológico e maturidade profissional (Barata, 2017; Vasconcelos, 2021). Esta evolução traduziu-se num maior domínio técnico-científico, numa compreensão mais crítica, integrada e consciente do nosso papel enquanto profissionais em formação avançada.

Em síntese, com base no percurso desenvolvido e no trabalho apresentado ao longo deste Relatório, consideramos ter alcançado as competências comuns do EE, as competências específicas do EEER e, conseqüentemente, as competências inerentes à atribuição do grau de Mestre. Este percurso reflete a consolidação de uma prática profissional especializada,

reflexiva, cientificamente sustentada e alinhada com os padrões de qualidade e excelência preconizados para o exercício profissional avançado em Enfermagem.

5. ANÁLISE SWOT

Com o propósito de sistematizar, de forma estruturada, os principais elementos que caracterizaram o percurso formativo e o processo de desenvolvimento de competências ao longo do estágio, recorremos à análise *SWOT* enquanto instrumento de apoio à reflexão estratégica. Esta análise permitiu identificar os fatores internos, expressos nas forças e fraquezas, e os fatores externos, traduzidos nas oportunidades e ameaças, que influenciaram o percurso desenvolvido (Pearce, 2007).

Deste modo, na **Tabela 10**, apresenta-se a análise *SWOT* do percurso realizado.

Tabela 10. Análise *SWOT*.

Análise SWOT	
Forças	- Desenvolvimento e consolidação de competências profissionais; - Competências relacionais e comunicacionais facilitadoras da interação com a pessoa, família, comunidade e equipas multidisciplinares; - Capacidade de adaptação a diferentes contextos de estágio; - Motivação intrínseca, compromisso e resiliência; - Utilização de instrumentos de avaliação validos; - Evidência de ganhos em saúde sensíveis às intervenções de ER; - Desenvolvimento de raciocínio clínico fundamentado e de tomada de decisão baseada na evidência.
Fraquezas	- Dificuldade na conciliação entre vida académica, profissional e pessoal; - Heterogeneidade clínica dos casos; - Dimensão reduzida da amostra; - Curta duração das intervenções;

	- Sobrecarga associada à elaboração do Relatório final; - Limitações temporais para aprofundamento adicional de algumas áreas de interesse científico e clínico.
Oportunidades	- Diversidade de contextos de estágio, favorecendo aprendizagem ampla e desenvolvimento de competências diferenciadas; - Integração em equipas multidisciplinares, potenciando visão global e articulada do cuidado; - Participação na elaboração de protocolo de ER em SMI (Apêndice I); - Participação em iniciativas comunitárias e de promoção da saúde, como “Prevenir para Não Reabilitar”, com o recurso de folhetos informativos (Anexo XII); - Contacto com grupos de ajuda mútua [GAM] e estruturas de continuidade de cuidados, como a Associação Portugal AVC; - Envolvimento no projeto da UCC, “Mobilidade e Qualidade de Vida – Uma Abordagem Comunitária para a Reabilitação”, com a implementação de sessões de educação para a saúde (Apêndice II e Apêndice III) e recurso a folhetos informativos (Apêndice IV); - Desenvolvimento de projeto de intervenção em ER; - Possibilidade de valorização científica do trabalho realizado e futura divulgação de resultados.
Ameaças	- Articulação complexa entre horário laboral, estágio e exigências académicas; - Sobrecarga física e emocional associada à acumulação de funções; - Condicionamentos institucionais e organizacionais nos contextos de estágio; - Limitação de tempo disponível para estudo, investigação e aprofundamento teórico; - Exigências elevadas de adaptação a diferentes contextos clínicos e organizacionais; - Risco de desgaste associado à gestão simultânea de múltiplas responsabilidades.

Fonte: própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O equilíbrio constitui uma dimensão essencial da funcionalidade humana, influenciando de forma direta a mobilidade, a independência e a QV da pessoa (Wang et al., 2025). O envelhecimento e a presença de processos de saúde-doença associados à imobilidade e ao declínio funcional corroboram a necessidade de intervenções especializadas, precoces e sistematizadas, capazes de prevenir complicações, potenciar capacidades remanescentes e promover a recuperação funcional (Garcia et al., 2021). Neste contexto, a ER afirma-se como uma área de intervenção de elevado valor clínico, científico e humano.

No âmbito do projeto de intervenção, implementámos e avaliámos um programa de ER dirigido à pessoa com equilíbrio comprometido, em diferentes contextos (SMI, UAVC e ECCI). Considerámos que a abordagem ao equilíbrio, enquanto competência funcional determinante para a mobilidade, segurança e participação nas AVD, constitui um eixo estruturante dos cuidados especializados do EEER, com impacto na prevenção de quedas, na autonomia e na QV.

De forma global, os resultados obtidos na amostra evidenciaram ganhos sensíveis às intervenções implementadas, ainda que com variações influenciadas pela gravidade clínica, fase do processo de doença, condições prévias e tempo disponível para intervenção. Verificámos evolução favorável, sobretudo, ao nível do equilíbrio funcional (BBS), bem como em componentes associadas como a mobilidade funcional (TUG), marcha (FAC), força muscular (MRC), tolerância ao esforço/dispneia (mBorg), independência funcional (MIF) e QV relacionada com a saúde (EQ-5D). Estes resultados corroboram a pertinência de programas estruturados e progressivos, orientados para tarefas funcionalmente significativas, sustentados em avaliação sistemática e monitorização contínua.

Ao analisarmos os resultados por contexto, identificámos padrões coerentes com a natureza e exigência de cada ambiente assistencial. Nos contextos de maior complexidade, como o SMI, reconhecemos que a evolução funcional pode ser condicionada pelo estado clínico, pela instabilidade e pelo tempo reduzido de intervenção, o que pode limitar alterações nos instrumentos, apesar de melhorias em domínios específicos (ex.: tolerância ao esforço, força e controlo postural) (Hodgson et al., 2022). Na UAVC, observámos ganhos mais robustos no equilíbrio, marcha e mobilidade, coerentes com a relevância da reabilitação precoce e orientada

para tarefas após AVC (Rocha et al., 2020). Já na UCC/ECCI, os resultados evidenciaram a importância da continuidade de cuidados, da capacitação da pessoa e do cuidador e da adaptação do ambiente, com ganhos em equilíbrio e QV relacionada com a saúde, particularmente expressivos quando a condição clínica era mais reversível.

Consideramos, assim, que os objetivos delineados foram alcançados, quer no que respeita ao desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica no cuidado à pessoa com equilíbrio comprometido em contextos hospitalar e comunitário; no planeamento e execução de programas de intervenção em ER dirigido à pessoa com equilíbrio comprometido em contextos hospitalar e comunitário; identificação de os ganhos funcionais associados às intervenções de ER na pessoa com equilíbrio comprometido em contextos hospitalar e comunitário; quer no que concerne ao processo de aquisição e consolidação de competências de EEER e de Mestre.

Ao longo do percurso, reconhecemos que a prática em ER requer mobilização integrada de conhecimento técnico-científico, julgamento clínico, competências relacionais e posicionamento ético, reforçando a importância da prática baseada na evidência e da abordagem centrada na pessoa (Barata, 2017; Vasconcelos, 2021). Neste sentido, compreendemos que a intervenção do EEER não se limita à recuperação de funções, mas orienta-se para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da participação, valorizando capacidades remanescentes e promovendo estratégias adaptativas com impacto concreto no quotidiano. Considerámos ainda que a avaliação multidimensional e o recurso a instrumentos padronizados contribuíram para tornar mais visíveis os ganhos obtidos.

Apesar dos resultados alcançados, importa reconhecer as limitações que condicionaram o desenvolvimento do projeto, designadamente: a heterogeneidade e o número reduzido da amostra; o tempo reduzido de intervenção; a dificuldade em assegurar a continuidade dos cuidados após a alta; a escassez de EEER; e a ausência de *follow-up*, o que limita a interpretação dos resultados, na medida em que não permite avaliar a manutenção dos ganhos funcionais observados, nem a sua transferência para o contexto real (domicílio/comunidade). Os resultados apresentados refletem efeitos de curto prazo entre a avaliação inicial e a avaliação final, permanecendo por esclarecer a estabilidade dos ganhos ao longo do tempo, o que condiciona a validade externa e a robustez das conclusões sobre a sua efetividade.

Recomendamos, para trabalhos futuros, a realização de estudos com amostras maiores e mais homogêneas, bem como a implementação de programas com maior número de sessões e maior duração e intensidade da intervenção, de modo a aumentar a robustez e comparabilidade dos resultados. Consideramos essencial integrar *follow-up* pós-alta, permitindo avaliar a manutenção dos ganhos, a transferência para o quotidiano e a ocorrência de quedas. Sugerimos ainda incluir, de forma sistemática, medidas centradas na pessoa, como o medo de cair, e reforçar intervenções multimodais (treino de equilíbrio, marcha, controlo do tronco, educação e adaptação ambiental), com capacitação do cuidador quando aplicável. Por fim, salientamos a importância de registos e indicadores estruturados que tornem mais visíveis os ganhos sensíveis aos cuidados de ER, apoiando a melhoria contínua da qualidade.

Ao nível pessoal e profissional, este percurso constituiu uma oportunidade de crescimento, reflexão e consolidação de competências, exigindo capacidade de adaptação, resiliência e compromisso com a excelência do cuidar. Mais do que a conclusão de uma etapa académica, este Relatório representa a consolidação de um percurso de desenvolvimento profissional profundamente marcado pela valorização da prática baseada na evidência, pela centralidade da pessoa e pela afirmação da ER enquanto prática especializada, diferenciada e transformadora.

Em síntese, concluímos este percurso com a convicção de que a ER ocupa um lugar central na promoção da funcionalidade, da autonomia e da dignidade da pessoa. O seu contributo, simultaneamente técnico, científico e humano, justifica a sua valorização crescente nos contextos clínicos, organizacionais e académicos, enquanto resposta especializada capaz de produzir ganhos essenciais para a pessoa, para o sistema de saúde e para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, U., Karimi, H., Amir, S., & Ahmed, A. (2021). Effects of intensive multiplanar trunk training coupled with dual-task exercises on balance, mobility, and fall risk in patients with stroke: a randomized controlled trial. *Journal of International Medical Research*, 49(11). <https://doi.org/10.1177/03000605211059413>.
- Alves, E., Araújo-Monteiro, G., Oliveira, L., Brandão, B., & Souto, R. (2023). Síndrome da fragilidade e qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 26. <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230106.pt>.
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Manual de publicação da Associação Americana de Psicologia*. (7.^a edição). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Antunes, T. (2022). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/44251>.
- Apóstolo, J., Paiva, D., Silva, R., Santos, E., & Schultz, T. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & mental health*, 22(9), 1184–1189. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta/Idosa com Compromisso no Sistema Nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 164–233). Lidel.
- Arienti, C., Lazzarini, S., Pollock, A., & Negrini, S. (2019). Rehabilitation interventions for improving balance following stroke: An overview of systematic reviews. *PLoS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219781>.
- Associação Médica Mundial. (2013, outubro). *Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>.

- Azkiya, Z., Setiyani, R., & Kusumawardani, L. (2021). Balance strategy exercise versus lower limb-ROM exercise for reducing the risk of falls among older people. *Nurse Media Journal of Nursing*, 11(1), 114-123. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i1.33229>.
- Barata, L. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional - A Importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123–136). Lusodidacta.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5), 377–381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7154893/>.
- Braden, H., Bussell, T., Dillon, K., Douglass, L., & Woodham, S. (2022). The Role of Balance Training on Risk and Prevalence of Falls in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Clinical Movement Science in Human*, 26(1), 1–13. <https://doi.org/10.17817/2022.01.24.1111701>.
- Brott, T., Adams, H., Olinger, C., Marler, J., Barsan, W., Biller, J., Spilker, J., Holleran, R., Eberle, R., & Hertzberg, V. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*, 20(7), 864–870. <https://doi.org/10.1161/01.str.20.7.864>.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *Nursing Interventions Classification* (5.^a edição). Elsevier Editora Ltda.
- Campos, L., Abreu, R., Donoso, M., Azevedo, R., & Barbosa, J. (2022). Assistência de Enfermagem ao idoso frágil: revisão de escopo. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(4), 13097–13110. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-092>.
- Cardini, R., Torchio, A., Aprile, I., Turolla, A., Cattaneo, D., & Gervasoni, E. (2025). Investigating Balance Perception and Balance Performance in Neurological Disorders for Targeted Rehabilitation Strategies. *Physical Therapy*, 105(7). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaf075>.
- Cheillan, D., Pichon, A., & Bernard, P. (2025). Changes in postural stability induced by a ball-and-board game: A systems-based approach. *Medicine and Rehabilitation*, 17, 110. <https://doi.org/10.1186/s13102-025-01110-9>.

- Chen, Y., Du, H., Song, M., Liu, T., Ge, P., Xu, Y., & Pi, H. (2023). Relationship between fear of falling and fall risk among older patients with stroke: a structural equation modeling. *BMC Geriatrics*, 23(647). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04298-y>.
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10267). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0).
- Faria, A., Martins, M., Aguilera, J., Ribeiro, O., & Silva, J. (2022). Construção e validação de um programa de Enfermagem de reabilitação para idosos fragilizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0562>.
- Faria, A., Martins, M., Ribeiro, O., Gomes, B., & Fernandes, C. (2020). Elderly residents in the community: gaining knowledge to support a rehabilitation nursing program. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0194>.
- Faria, A., Martins, M., Ribeiro, O., Ventura-Silva, J., Fonseca, E., Ferreira, L., & Laredo-Aguilera, J. (2023). Efeito do Programa de Enfermagem de Reabilitação e Envelhecimento Ativo no Domicílio: Um Ensaio Clínico Randomizado Controlado. *Saúde*, 11(2), 276. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020276>.
- Faria, O., Laredo-Aguilera, J., Ribeiro, O., Fonseca, E., & Flores, J. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 6-14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>.
- Fernandes, A., Fernandes, S., & Fernandes, B. (2024). Treino proprioceptivo como estratégia de intervenção para melhoria do equilíbrio em indivíduos pós-acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática. *Saúde & Tecnologia*, (30). <https://doi.org/10.25758/set.770>.
- Ferreira, B., Maia, C., Fonseca, C., Bia, F., Vieira, J., Moreira, J., Bule, M., & Ferreira, R. (2025). *Estágio em Enfermagem de Reabilitação com Relatório – Planeamento de Atividades*. Universidade de Évora.
- Ferreira, L., Ferreira, P., Pereira, L., & Oppe, M. (2014). The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Quality of Life Research*, 23(2), 413–423. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0448-z>.
- Ferreira, R., Fernandes, N., Bico, C., Bonito, A., Moura, C., Sousa, L., Baixinho, C. L., & Fonseca, C. (2023). The Perspective of Rehabilitation Nurses on Physical Exercise in the Rehabilitation of Older People in the Community: A Qualitative Study. *Journal of*

- Functional Morphology and Kinesiology*, 8(4), 163.
<https://doi.org/10.3390/jfmk8040163>.
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em Enfermagem. *Revista Da UIIPSantarém*, 6(2), 102-107.
<https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>.
- Forth, K., Layne, C., & Madansingh, S. (2021). Self-Monitoring of Balance Performance Can Reduce the Rate of Falls Among Older Adults. *Sports Active Living*, 3(680269).
<https://doi.org/10.3389/fspor.2021.680269>.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Galheto, R. (2022). *Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade, com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Universidade de Évora.
<http://hdl.handle.net/10174/32221>.
- Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel.
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 12–18). Lidel.
- Gialanella, B., Comini, L., Prometti, P., Vanoglio, F., & Santoro, R. (2023). Effects of Motor Rehabilitation on Balance and Functional Activities in Elderly Patients with Peripheral Neuropathy and Recurrent Falls. *Life*, 13(4). <https://doi.org/10.3390/life13041059>.
- Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27-35.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Lusociência.
- Hodgson, C., Bailey, M., Bellomo, R., Brickell, K., Broadley, T., Buhr, H., Gabbe, B., Gould, D., Harrold, M., Higgins, A., Hurford, S., Iwashyna, T., Neto, A., Nichol, A., Presneill, J., Schaller, S., Sivasuthan, J., Tipping, C., Webb, S., & Young, P. (2022). Early Active Mobilization during Mechanical Ventilation in the ICU. *The New England journal of medicine*, 387(19), 1747–1758. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2209083>.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.^a edição). Lusodidacta.

- Holden, M., Gill, K., & Magliozzi, M. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients: Standards for outcome assessment. *Physical Therapy*, 66(10), 1530–1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>.
- Horak, F. (2006). Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age and ageing*, 35(2), 7-11. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl077>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2026). *Estatísticas territoriais*. Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 8 de março de 2026, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3.
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®): versão 2*. International Council of Nurses.
- Januário, F. & Amaral, C. (2010). Fisiologia do equilíbrio. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 19(2), 31-37. <https://doi.org/10.25759/spmfr.42>.
- Kim, H., & Hwangb, S. (2021). Relationship between Postural Balance Training and Fall Risks for Elderly: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Physical Therapy Rehabilitation Science*, 10(2), 185-196. <https://doi.org/10.14474/ptrs.2021.10.2.185>.
- Kim, Y., Oh, S., Kim, D. & Lim, J. (2025). Effects of eccentric contraction-based resistance exercise on physical performance in chronic stroke patients: A randomized controlled trial. *Medicine*, 104(32). <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000043491>.
- Labata-Lezaun, N. Rodríguez-Rodríguez, S., López-de-Celis, C., Rodríguez-Sanz, J., Canet-Vintró, M., R.-Oviedo, G., González-Rueda, V. & Pérez-Bellmunt, A. (2023). Effectiveness of Different Training Modalities on Static Balance in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Life*, 13(1193). <https://doi.org/10.3390/life13051193>.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5).
- Limão, R., & Martins, R. (2021). Efetividade de programas de Enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20205>.
- Loureiro, V., Paixão, C. & Castillo-Viera, E. (2020). Exercise Interventions on Balance in Older People: a Systematic Review. *ARENA – Journal of Physycal Activities*, (9). <https://uav.ro/jour/index.php/ajpa/article/view/1609>.

- Maeno, T., Matsumoto, I., & Harada, K. (2025) Improved Mobility and Quality of Life Through Physical Activity Management in a Stroke Patient With Peripheral Arterial Disease: A Case Report. *Cureus*, 17(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.84149>.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., Sousa, L., & Berenguer, S. (2018). Validation of the Falls Efficacy Scale - International in a sample of Portuguese elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 747–754. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0497>.
- Marta, N. (2022). *Défi ce de autocuidado equilíbrio e marcha em pessoas assistidas em contexto domiciliário: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. (Dissertação de mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Beja. <http://hdl.handle.net/10400.26/17517>.
- Martins, M. (2023). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Sobrecarga do Familiar Cuidador do Idoso com Demência: Scoping Review*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Saúde Santa Marta. <http://hdl.handle.net/10400.26/48668>.
- Matos, M. e Araújo, C. (2021). Prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio: Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 56–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>.
- Medical Research Council [MRC]. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system* (Memorandum No. 45). Her Majesty's Stationery Office.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusodidacta.
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F., Petrovic, M., Tan, M., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S., Freiburger, E., et al. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>.
- Moorhead, F., Johndon, M., Maas, M., & Swason, E. (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (4.^a edição). Elsevier Editora Ltda.
- Morse, J. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program* (2.^a edição). Springer Publishing Company.

- Mósca, E. (2001). *Contributo para a validação à população portuguesa da escala de equilíbrio de Berg*. (Monografia final do curso de Licenciatura em Fisioterapia). Escola Superior de Saúde de Alcoitão.
- Mulasso, A., Roppolo, M., Rainoldi, A., & Rabaglietti, E. (2022). Efeitos de um programa de exercícios multicomponentes na prevalência e gravidade da síndrome da fragilidade em uma amostra de idosos italianos residentes na comunidade. *Saúde*, 10(5), 911. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050911>.
- Murtiyani, N., & Suidah, H. (2019). The Effect of Giving Intervention 12 Balance Exercise on Postural Balance in Elderly. *Open Journal of Nursing*, 9, 534-540. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.95045>.
- Muscolino, J. (2008). *Cinesiologia. O Sistema Esquelético e a Função Muscular*. Lusodidacta.
- Nascimento, M. (2020). Uma visão geral das teorias do envelhecimento humano. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 8(1). <http://doi.org/10.18316/sdh.v8i1.6192>.
- Needham, D., Sepulveda, K., Dinglas, V., Chessare, C., Friedman, L., Bingham, C. & Turnbull, A. (2017). Core Outcome Measures for Clinical Research in Acute Respiratory Failure Survivors. An International Modified Delphi Consensus Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 196(9), 1122–1130. <https://doi.org/10.1164/rccm.201702-0372OC>.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do Enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7-17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer nº 12/2011: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Atividades de Vida Diária*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/col%C3%A9gios/mcee-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o/pareceres/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos*

- cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://books.google.pt/books?id=8mONDwAAQBAJ>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série, n.º 85.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho: Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República, 2.ª série, n.º 131.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6.ª edição). Mosby.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial de Saúde.
- Pearce, C. (2007). Ten steps to carrying out a SWOT analysis. *Nursing Management*, 14(2). 25.
<https://doi.org/10.7748/nm2007.05.14.2.25.c4343>.
- Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101–112). Lusodidacta.
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47–55). Lusodidacta.
- Petronilho, F. & Machado, M. (2023). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Sabooks – Lusodidacta.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa

- (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3–14). Lusodidacta.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (pp. 67–75). Lidel.
- Pichon, A., Enez, J., Sibley, K., Landre, B., & Jamal, K. (2025). Medidas de controle postural em ensaios clínicos randomizados para o equilíbrio de idosos: uma revisão sistemática de escopo. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 29(3), 305–313. <https://doi.org/10.4235/agmr.25.0019>.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The Timed “Up & Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>.
- Pontes, M., & Santos, A. (2017). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89–100). Lusodidacta.
- PORDATA. (2024). *População residente*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Consultado a 8 de março de 2026, em <https://www.pordata.pt/subtema/municipios/populacao+residente-214>.
- Portugal. (1998). *Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril: Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*. Diário da República, 1.ª série, n.º 93. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>.
- Portugal. (2011). *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 35. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>.
- Portugal. (2015a). *Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e aprovação do Código Deontológico*. Diário da República, 1.ª série, n.º 181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>.
- Portugal (2015b). *Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020*. Diário da República, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>.
- Portugal. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto*. Diário da República, 1.ª série, n.º 157. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.

- Portugal. (2019). *Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto: Regulamento Geral de Proteção de Dados*. Diário da República, 1.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>.
- Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional dos Idosos Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(8), 55-63. <http://doi.org/10.1270/RIVI5019>.
- Reis, A., Souza, C., Pereira, J., & Alves, R. (2024). Análise do tempo de reação e equilíbrio postural entre idosos da comunidade e institucionalizado. *Acta Fisiátrica*, 31(3), 179-184. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v31i3a225624>.
- Reis, G. & Bule, M. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Sabooks – Lusodidacta.
- Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57–66). Lusodidacta.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas*. Lidel.
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de Prática Profissional de Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 125–134. <https://doi.org/10.12707/riv16008>.
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021a). Processo de cuidados de Enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 58–65). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021b). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel.
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (2020). Rehabilitation nurse intervention in postural balance gain in person after stroke: case study. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>.
- Rodrigues, P. (2023). *A pessoa com equilíbrio alterado: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um passo para a independência*

- funcional*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/46209>.
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15–24). Lusodidacta.
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 19–27). Lisboa: Lidel.
- Santos, P., Pestana, S., Santana, M., & Ferreira, A. (2020). Reabilitação no Envelhecimento. In M. Faria, J. Ramalho, A. Nunes, & A. Fernandes (Eds.), *Visões sobre o Envelhecimento* (pp. 31–48). IPBeja Editorial.
- Seijas, V., Maritz, R., Mishra, S., Bernard, R., Fernandes, P., Lorenz, V., Machado, B., Posada, A., Lugo-Agudelo, L., Bickenbach, J., & Sabariego, C. (2024). Reabilitação na atenção primária para uma população idosa: uma análise secundária de uma revisão de escopo de modelos de prestação de serviços de reabilitação. *BMC Health Services Research*, 24(123). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10387-w>.
- Shah, K. & Joshi, R. (2024). Efficacy of Perturbation Training on Balance and Function in Older Individuals- An Experimental Study. *Journal of Society of Indian Physiotherapists*, 8(1). https://doi.org/10.4103/jsip.jsip_abstract_33.
- Sherrington, C., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. (2020). Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(15), 885–891. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>.
- Silva, C., Carvalho, K., Figueiredo, M., Silva-Júnior, F., Andrade, E., & Nogueira, L. (2019). Promoção da saúde de idosos frágeis e em risco de fragilização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 319-327. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0575>.
- Sousa, S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2024). Intervenção de Enfermagem e o autocuidado andar no adulto em contexto hospitalar: um estudo descritivo e correlacional. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 7(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2024.366>.
- Tadvi, A., & Ravindran, R. (2024). Comparative Study on Effect of Square Stepping Exercises With Conventional Balance Exercises on Balance in Community Dwelling Elderly

- Population: A Randomized Control Trial. *Journal of Society of Indian Physiotherapists*, 8(1), 61–61. https://doi.org/10.4103/jsip.jsip_abstract_32.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0).
- Teixeira, M. (2020). *Efeito de uma intervenção de Enfermagem de Reabilitação no equilíbrio funcional e no risco de queda de idosos institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Bragança.
- Ulfiana, E., Dewi, T. & Yusuf, A. (2019). The Effect of Balance Exercise on Postural Balance of Elderly as Fall Prevention in Institutionalized Elderly. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(8). <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.02279.4>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2025a, dezembro 15). *Portal do SNS*. Serviço Nacional de Saúde. Consultado a 8 de março de 2026, em <https://www.sns.gov.pt/>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2025b, novembro 4). *Portal do SNS*. Serviço Nacional de Saúde. Consultado a 8 de março de 2026, em <https://www.sns.gov.pt/>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2026, fevereiro 6). *Portal do SNS*. Serviço Nacional de Saúde. Consultado a 8 de março de 2026, em <https://www.sns.gov.pt/>.
- Uniform Data System for Medical Rehabilitation. (1997). *Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation* (versão 5.1). State University of New York at Buffalo.
- Universidade de Évora. (2023). *Ordem de Serviço n. °1/2023 – Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na ESESJD*. Universidade de Évora.
- Varanda, E., & Rodrigues, C. (2017). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 145–158). Lusodidacta.
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 34–37). Lisboa: Lidel.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.351–364). Lusodidacta.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3.ª edição). Edições Sílabo.

- Wang, J., Li Y, Yang, G., & Jin K. (2025). Disfunção do equilíbrio relacionada à idade: uma revisão abrangente das causas, consequências e intervenções. *Envelhecimento e doença*, 16(2): 714-737. <https://doi.org/10.14336/AD.2024.0124-1>.
- Yin, R. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. Bookman editor.
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6.^a edição). SAGE.
- Zouita, S., Zouhal, H., Ferchichi, H., Paillard, T., Dziri, C., Hackney, A., Laher, I., Granacher, U., Zouita, A. (2020). Effects of Combined Balance and Strength Training on Measures of Balance and Muscle Strength in Older Women With a History of Falls. *Frontiers in Physiology*, 11(619016). <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.619016>.
- Zverev, Y., Builova, T., & Tulichev, A. (2024). Equilíbrio postural e funções cognitivas: interação e importância para a reabilitação. *Medicina Física e de Reabilitação, Reabilitação Médica*, 6(2), 143-156. <https://doi.org/10.36425/rehab626484>.

ANEXOS

I. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW :

Avalie da seguinte forma

EYES
VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde

VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões

OBSEVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisferos direito e esquerdo

ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária

PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

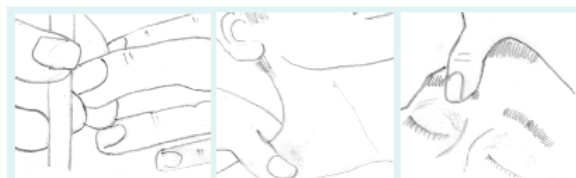
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos Pinçamento do trapézio Incisura supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificada com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneesk

Flexão anormal Lenta Estereotipada Aproximação do braço relativamente ao tórax Rotação do antebraço Cerramento do polegar Extensão do membro inferior		Flexão normal Rápida Variável Afastamento do braço relativamente ao corpo
--	--	---

Para informação adicional e demonstração em vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Graphic design by Margaret Frey based on layout and illustrations from Medical Illustration M I - 268093
(c) Sir Graham Teasdale 2015

II. TESTE DE DECLÍNIO COGNITIVO DE 6 ITENS (6CIT)

Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens ⁽¹⁾

Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT; Brooke & Bullock, 1999).

Leia e coloque as questões que se seguem:

1. Em que ano estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 4 pontos	
2. Em que mês estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
Peça a pessoa que memorize uma frase com um endereço/morada de 5 componentes, ex: Abel, Silva, Rua da Sofia, nº 42, Coimbra. Repetir 3 vezes.		
3. Que horas são (aproximadamente)? Tolera-se margem de erro de 1 hora.	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1. Tolera-se se identifica e corrija de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
5. Diga os meses do ano na ordem inversa. Tolera-se se identifica e corrija de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correcto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	

Pontos de corte

Deterioração cognitiva [atendendo ao nível de escolaridade] se:

[≤ 2 anos de escolaridade] ≥ 12;

[3 a 6 anos de escolaridade] ≥ 10;

[≥ 7 anos de escolaridade] ≥ 4.

Deterioração cognitiva [não atendendo ao nível de escolaridade] se: ≥ 10;

III. ESCALA DE FORÇA MUSCULAR DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA (MRC)

Pontuação	Desempenho
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 resistência
5	Força normal

IV. ESCALA DE EQUILÍBRIO DE *BERG* (BBS)

DESCRIÇÃO DOS ITENS	PONTUAÇÃO (0-4)
Sentado para em pé	
Em pé sem apoio	
Sentado sem apoio	
Em pé para sentado	
Transferências	
Em pé com os olhos fechados	
Em pé com os pés juntos	
Reclinar à frente com os braços estendidos	
Apanhar objeto do chão	
Virando-se para olhar para trás	
Girando 360 graus	
Colocar os pés alternadamente sobre um banco	
Em pé com um pé em frente ao outro	
Em pé apoiado em um dos pés	
TOTAL:	

INSTRUÇÕES GERAIS

Demonstre cada tarefa e/ou instrua a pessoa da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item;

Na maioria dos itens pede-se para a pessoa manter uma dada posição por um tempo determinado.

Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se a pessoa se apoia num suporte externo ou recebe ajuda do examinador;

É importante que se torne claro à pessoa que esta deve manter o seu equilíbrio enquanto tenta executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo da pessoa. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente na performance e na pontuação;

Os equipamentos necessários são um cronômetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item 12.

1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- () 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente.
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos.
- () 2 capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas.
- () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar.
- () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
- () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte.
- () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte.
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- ☐ 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos.
- ☐ 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão.
- ☐ 2 capaz de sentar durante 30 segundos.
- ☐ 1 capaz de sentar durante 10 segundos.
- ☐ 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: por favor, sente-se.

- ☐ 4 senta com segurança com o mínimo uso das mãos.
- ☐ 3 controla descida utilizando as mãos.
- ☐ 2 apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida.
- ☐ 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada.
- ☐ 0 necessita de ajuda para sentar.

5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: pedir á pessoa para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- ☐ 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos.
- ☐ 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente.
- ☐ 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão.
- ☐ 1 necessidade de assistência de uma pessoa.
- ☐ 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos.

- ☐ 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos.
- ☐ 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão.
- ☐ 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos.
- ☐ 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé.
- ☐ 0 necessidade de ajuda para evitar queda.

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- ☐ 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto.
- ☐ 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão.
- ☐ 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos.
- ☐ 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos.
- ☐ 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

INSTRUÇÕES: mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir á pessoa que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco).

- ☐ 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas).
- ☐ 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas).
- ☐ 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas).
- ☐ 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão.

() 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: pegar um sapato/chinelo localizado a frente de 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 manter 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. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

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 realizar o giro.

- () 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada.
- () 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso.
- () 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio.
- () 1 necessita de supervisão ao virar.
- () 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

11. VIRAR EM 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção.

- () 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos.
- () 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos.
- () 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente.
- () 1 necessita de supervisão ou orientação verbal.
- () 0 necessita de assistência enquanto vira.

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- () 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos.
- () 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos.
- () 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão.
- () 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência.
- () 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: demonstrar para a pessoa - colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo da pessoa).

- () 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos.
- () 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos.
- () 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos.
- () 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos.
- () 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar.

- () 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos

- () 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
- () 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
- () 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
- () 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

() **PONTUAÇÃO TOTAL** (máximo = 56)

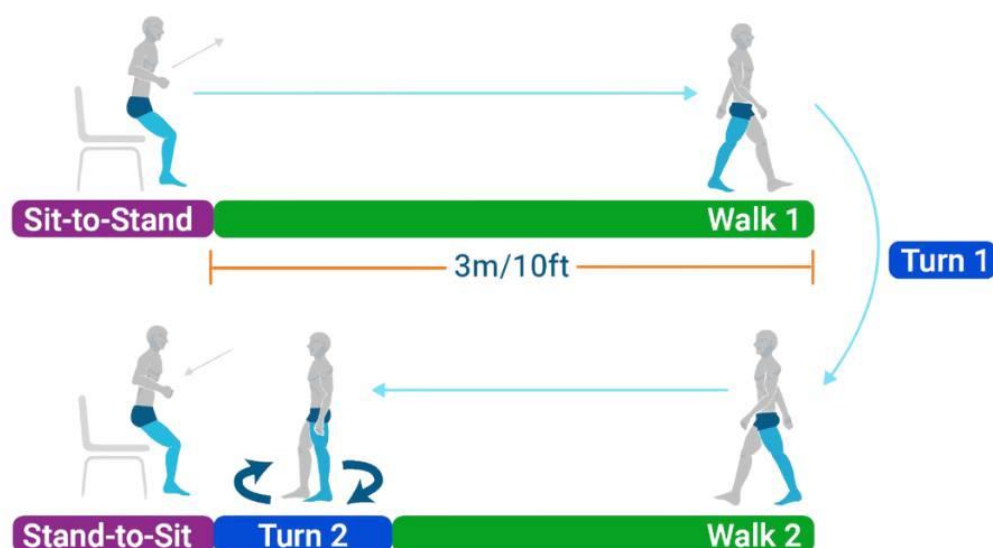
V. ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DE HOLDEN (FAC)

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	Capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 Marcha dependente Nível II	Necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	Requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	Capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	Capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
5 Marcha independente	Capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.

VI. TESTE *TIMED UP AND GO* (TUG)

TIMED UP & GO PROTOCOL

The Timed Up and Go (TUG) test is a simple, easy-to-administer test for assessing an individual's mobility, balance, and fall risk.



VII. ESCALA DE QUEDAS DE MORSE (MFS)

ITEM	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

VIII. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

NÍVEIS	
7: independência completa (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA
6: independência modificada (dispositivo)	
5: supervisão	AJUDA
4: ajuda mínima	
3: ajuda moderada	
2: ajuda máxima	
1: ajuda total	

AUTOCUIDADOS	Antes		
Alimentação			
Higiene pessoal			
Banho			
Vestir metade superior			
Vestir metade inferior			
Utilização da sanita			

CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	Antes		
Bexiga			
Intestino			

MOBILIDADE (TRANSFERÊNCIAS)	Antes		
Leito, Cadeira, Cadeira de rodas			
Sanita			
Banheira, Duche			

LOCOMOÇÃO	Antes		
Marcha, Cadeira de rodas			
Escadas			

COMUNICAÇÃO	Antes		
Compreensão			
Expressão			

CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	Antes		
Interação social			
Resolução dos problemas			
Memória			

TOTAL			
--------------	--	--	--

Nota: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1.

IX. QUESTIONÁRIO EUROQOL DE 5 DIMENSÕES (EQ-5D)

AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE - E Q - 5 D

Assinale com uma cruz (assim ☒) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ☐₁
Tenho alguns problemas em andar ☐₂
Tenho de estar na cama ☐₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas em cuidar de mim ☐₁
Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ☐₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ☐₃

► Actividades Habituais (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ☐₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ☐₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ☐₃

► Dor / Mal Estar

- Não tenho dores ou mal estar ☐₁
Tenho dores ou mal estar moderados ☐₂
Tenho dores ou mal estar extremos ☐₃

► Ansiedade / Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ☐₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ☐₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ☐₃

► Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:

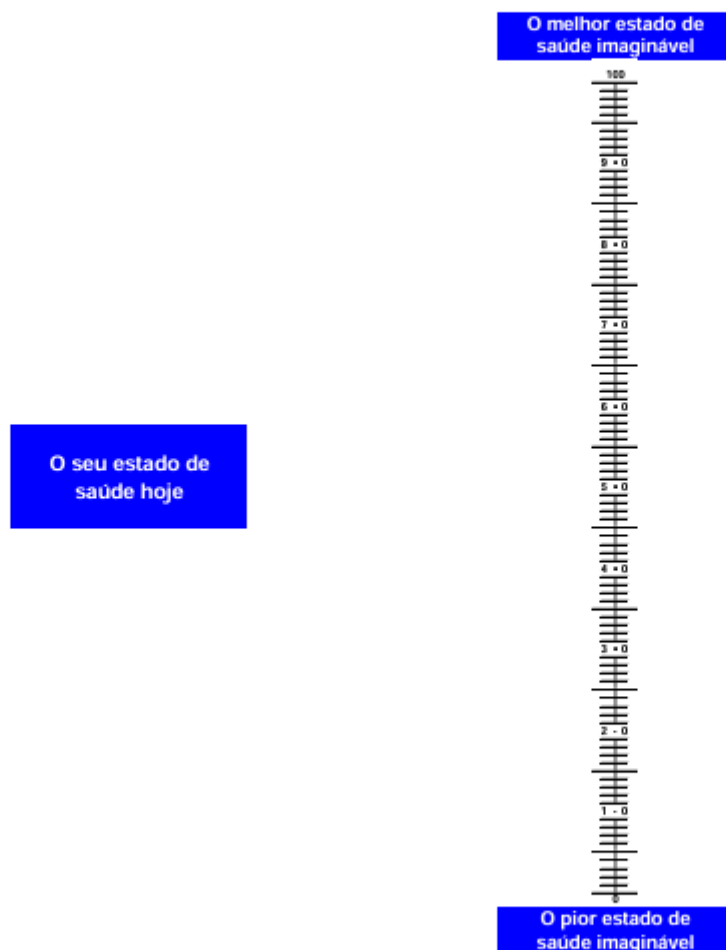
- Melhor ☐₁
O mesmo ☐₂
Pior ☐₃

ASSINALE O
QUADRADO
APROPRIADO

Copyright © EuroQol Group
Copyright © Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

- Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do rectângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

Copyright © EuroQol Group
Copyright © Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

X. ESCALA DE BORG MODIFICADA (MBORG)

Valor	Perceção do Esforço
0	Nenhum esforço
1	Esforço muito leve
2	Leve
3	Moderado
4	Moderadamente difícil
5	Difícil
6	Difícil
7	Muito difícil
8	Muito difícil
9	Muito, muito difícil
10	Esforço máximo possível

XI. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)

ESCALA DE NIHSS		
NIHSS	Identificação do Doente _____	
ESCALA	Data de Nascimento ____/____/____	
DE*AVC	Serviço / Hospital _____	
	Data do Exame ____/____/____ Hora _____	
Intervalo: ☐ 0 horas ☐ 2 horas após tratamento ☐ 24 horas após início dos sintomas ☐ 20 minutos ☐ 7-10 dias ☐ 3 meses ☐ Outros _____		
-Execute os itens da escala de AVC na ordem correcta. -Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. -Não volte atrás para alterar pontuações. -Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. -As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele é capaz de fazer. -O clínico deve registar as respostas enquanto aplica a escala e deve trabalhar depressa. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que faça um esforço especial).		
INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
1a. Nível de Consciência (NDC): O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como pensos ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o doente não faz nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa (para além de respostas reflexas).	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento; mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; Apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correcta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreira de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o doente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Resposta a ambas as questões correctamente. 1 = Responde a uma questão correctamente. 2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.	
1c. NDC Ordens: O doente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completa, devido à fraqueza muscular. Se o doente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos doentes com traumatismo, amputação ou outro impedimento físico, devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	0 = Realiza ambas as tarefas correctamente. 1 = Realiza uma tarefa correctamente 2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente	
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o doente tem um desvio conjugado do olhar, que é ultrapassado pela actividade voluntária ou reflexa, a pontuação será . Se o doente tem uma paresia de nervo isolada (III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os doentes com trauma ocular, pensos, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visuais devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	0 = Normal 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal num ou em ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não ultrapassados pela manobra oculocefálica.	
3. CAMPOS VISUAIS: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O doente pode ser encorajado mas basta identificar olhando para o lados dos dedos que mexem para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantopia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o doente recebe 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.	0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluído cegueira cortical).	

INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
4. PAREIA FACIAL: Pergunte ou use gestos para encorajar o doente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria do esgar facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendem. Na presença de traumatismo/ pensos na face, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais e simétricos. 1 = Paralisia facial central <i>minor</i> (apagamento de sulco nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superiores e inferiores da face).	
5. FORÇA MUSCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (posição supina). Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro, é que o item pode ser considerado como não testável (NT), e deve ser escrita uma justificação fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda, mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos, não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade, o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade, o braço cai logo, pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro superior esquerdo. 5b. Membro superior direito.	
6. FORÇA MUSCULAR DOS MEMBROS INFERIORES: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (teste sempre na posição supina). Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda, mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos, não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade, a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade, a perna cai logo, pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 6a. Membro inferior esquerdo. 6b. Membro inferior direito.	
7. ATAXIA DE MEMBROS: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se de que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedonariz e calcunar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não testável (NT), e deve ser escrita uma explicação fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____	
8. SENSIBILIDADE: Avalie a sensibilidade ou esgar facial: picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo – membros superiores (excepto mão), inferiores (excepto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se puder ser claramente demonstrada. Deste modo, uma perda grave ou total da sensibilidade dos doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o doente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.	0 = Normal, sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada, o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente quando é tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total, o paciente não sente que é tocado na face, membro superior e inferior.	

INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO
9. MELHOR LINGUAGEM: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objectos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O doente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.	0 = Sem afasia, normal. 1 = Afasia leve a moderada, perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir de resposta do paciente. 2 = Afasia grave, Toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas, necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada, o examinador assume a maior parte da comunicação, o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mutismo, afasia global, sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.	
10. DISARTRIA: Se se pensa que o doente consegue, obtém-se uma amostra do seu discurso pedindo-lhe para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada, doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras e, na pior das hipóteses, pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave, a voz do doente é tão arrastada, na ausência de disfasia, ou em desproporção com a disfasia, que chega a ser ininteligível. Presença de mutismo ou anartria. NT = Entubado ou outra barreira física, explique.	
11. EXTINÇÃO E DESATENÇÃO (antigo neglect): A informação suficiente para a identificação de <i>neglect</i> pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o <i>score</i> é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de <i>neglect</i> visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, táctil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea numa das modalidades sensoriais. 2 = Hemidesatenção ou limitações profundas para mais de uma modalidade, não reconhece a própria mão e orienta-se apenas para um lado do espaço.	

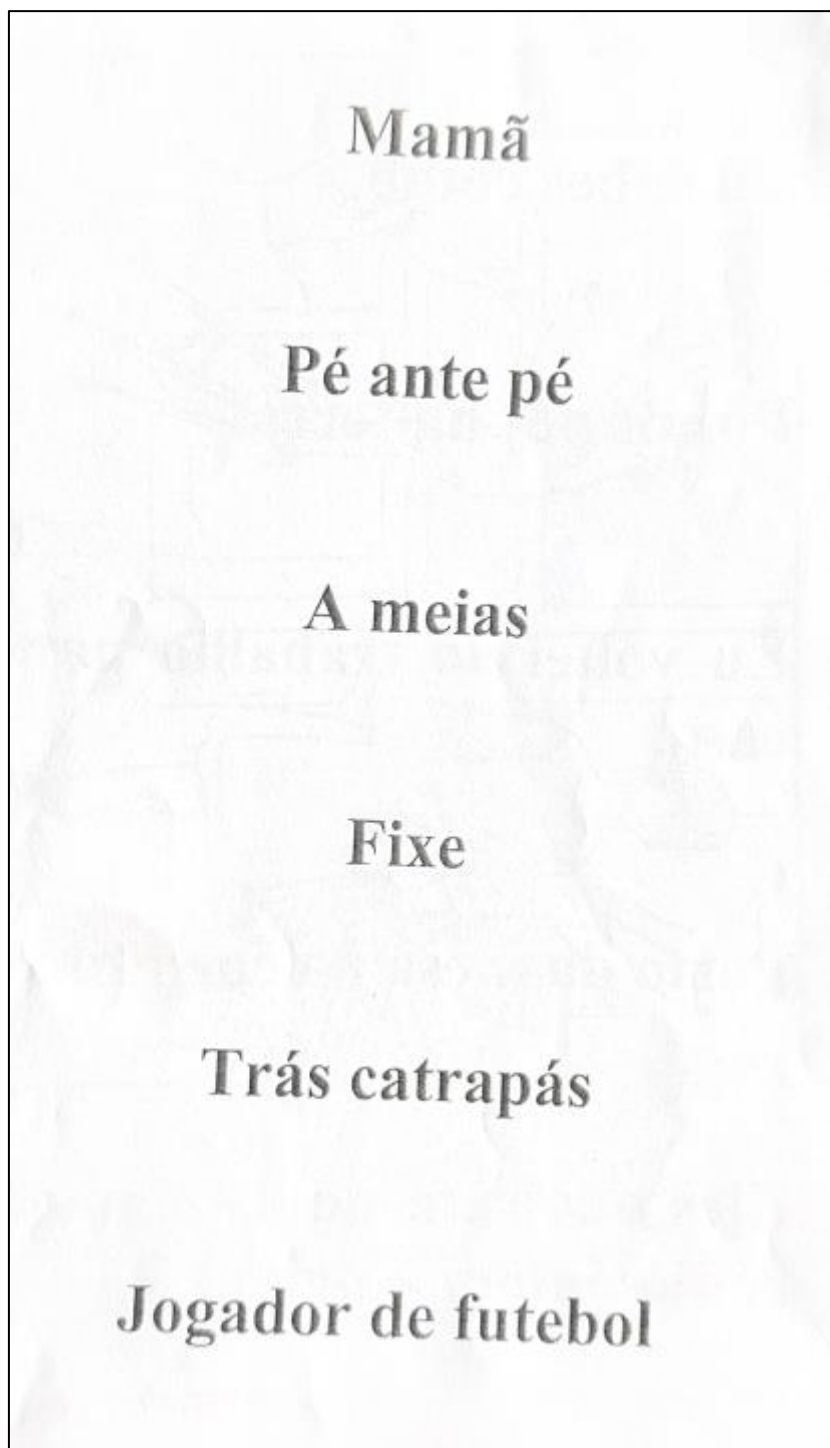
Tu sabes como.

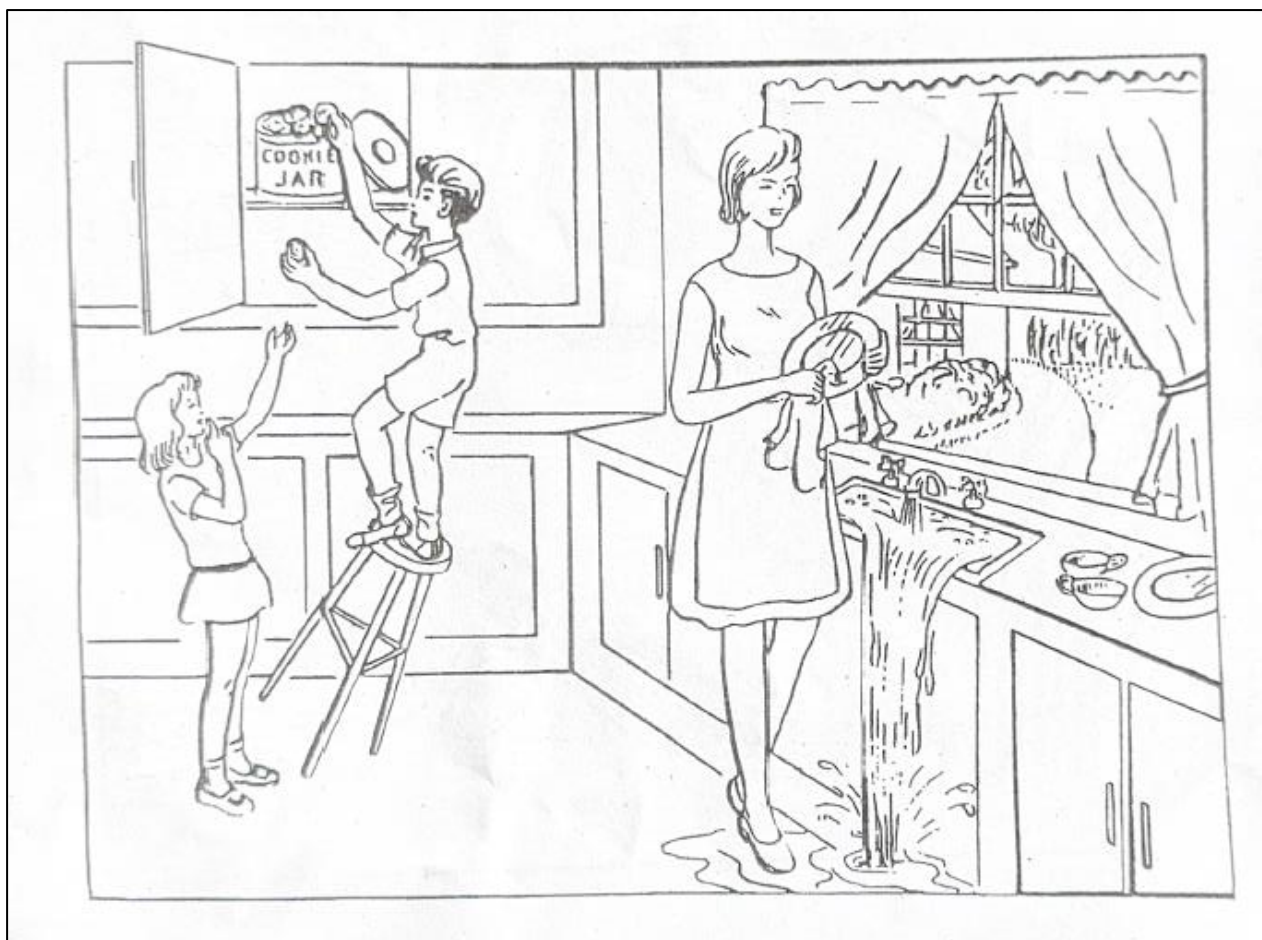
Pôr os pés na terra.

Eu voltei do trabalho para casa.

Perto da mesa na cozinha.

Eles ouviram-no a falar na rádio ontem à noite.







XII. FOLHETO INFORMATIVO AVC

Prevenção do AVC

A implementação de medidas preventivas pode diminuir o risco de ter um AVC:

- Pare de fumar
- Lute contra o excesso de peso
- Faça uma alimentação variada (rica em vegetais e frutas)
- Reduza o consumo de álcool
- Faça exercício físico (30 minutos/dia)
- Controle a pressão arterial (TA <120/80 mmHg)
- Controle a Diabetes (Hb A1C entre 6,5-7,0%)
- Controle o Colesterol (LDL <100 mg/dL)

NÃO se esqueça

Se já teve um AVC ou AIT tem maior risco de ter novo AVC.

Reabilitação

Após o AVC, o doente pode ficar com vários graus de incapacidade e necessitar de cuidados de uma equipa de reabilitação multidisciplinar.

Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Responsável pela Unidade de AVC
Dra. Luísa Rebocho
Enfª Responsável pela Unidade de AVC
Enfª Mª João Marques
Enfª Chefe
Enfª Elisa Brissos

Equipa Multidisciplinar

Dra. Sílvia Lourenço (Medicina Interna)
Dra. Carmen Corzo (Medicina Interna)
Dra. Ana Revez
Dra. Alina Vicas (Neurologia)
Dra. Filipa Pisa (Fisiatria)
Dra. Inês Caldeira (Neurorradiologista)
Dra. Sara Pires Barata (Neuropsicóloga)
Dra. Helena Aleixo (Assistente Social da Equipa de Gestão de Altas - EGA)

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

**O AVC É UMA URGÊNCIA MÉDICA!
NÃO PERCA TEMPO!**

Guia de Apoio ao Doente com Acidente Vascular Cerebral

SINAIS DE ALERTA

- dificuldade na fala
- boca ao lado
- falta de força num braço

**LIGUE O 112
OU
DIRIJA-SE
DE IMEDIATO AO HOSPITAL**

www.hevora.min-saude.pt | Telf. 266 740 100
Fax: 266 740 126 | geral@hevora.min-saude.pt

O que é um Acidente Vascular Cerebral?	Os AVCs manifestam-se todos da mesma forma?	Fatores que determinam maior risco de ter um AVC
O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença caracterizada pela redução da irrigação sanguínea nas células cerebrais, causando danos irreversíveis na região cerebral afetada, podendo manifestar-se por diferentes sintomas. Esta redução na irrigação sanguínea pode dever-se à interrupção do fluxo sanguíneo ou à presença de uma hemorragia. Desta forma o AVC pode classificar-se em isquémico ou hemorrágico. No AVC isquémico ocorre uma interrupção da circulação sanguínea das artérias do pescoço ou das artérias cerebrais, por coágulo formado numa placa de aterosclerose presente nestas artérias ou por coágulo formado no coração. No AVC hemorrágico a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral deve-se maioritariamente à rutura de uma artéria cerebral, causando assim uma hemorragia intra-craniana que impede as células cerebrais de receberem os seus nutrientes.	Os AVCs não se manifestam todos da mesma forma. Os sintomas que causam são dependentes da região do cérebro que ficou afetada pela redução da irrigação sanguínea cerebral. É por este motivo que nem todos os doentes que já tiveram um AVC apresentam os mesmos sintomas, limitações, incapacidades e potencial de recuperação. Salientam-se os sintomas mais frequentes: - dificuldade em falar/comunicar - boca ao lado - sensação de encortiçamento, formigueiro ou perda de força de um braço/perna isolada ou em simultâneo - alterações na visão como cegueira de um olho ou visão dupla - alterações na marcha, como o desequilíbrio ou descoordenação - alterações na leitura, na escrita, no planeamento de tarefas, atenção e concentração Estes sintomas podem aparecer isoladamente ou em conjunto.	Múltiplos fatores de risco são associados à possibilidade de ter um AVC. Eles podem ser classificados em modificáveis (quer por mudanças no estilo de vida, quer por fármacos) ou não modificáveis. Entre os fatores não modificáveis encontram-se a idade, o sexo masculino, história prévia de AVC ou de AIT (Acidente Isquémico Transitório Cerebral). Entre os fatores modificáveis encontram-se os hábitos tabágicos, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, assim como a hipercolesterolemia e a diabetes. No entanto, existem outras doenças que pre-dispõem para maior suscetibilidade para ter AVC, como as vasculites, as doenças do foro hematológico ou as alterações da coagulação. Outros doentes em risco são os portadores de arritmias, em especial a fibrilhação auricular, cujo risco pode ser reduzido com a utilização de terapêutica adequada à sua situação.

APÊNDICES

I. PROTOCOLO DE ER EM SMI

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

OBJETIVO(S)

- Aumento da força muscular
- Manter a permeabilidade das vias aéreas
- Promover uma boa oxigenação
- Prevenir complicações relacionadas com a retenção de secreções traqueobrônquicas
- Diminuição do tempo de ventilação mecânica
- Diminuição do tempo de internamento
- Diminuição dos custos hospitalares
- Melhoria do status funcional
- Melhoria da qualidade de vida

LISTA DE SIGLAS

- AVD's - Atividades de Vida Diárias
- EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- MIF - Medida de Independência Funcional
- MRC Sum - Medical Research Council Sum Score
- RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale
- RNM - Ressonância Magnética
- RaioX tórax - Radiografia do Tórax
- SMI - Serviço de Medicina Intensiva
- TAC - tomografia computadorizada

DESTINATARIOS

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do SMI

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
.				

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPORTAM A NORMA

- Ordem dos Enfermeiros (2018) Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, II Série, nº26, 4744–4750;
- Parecer nº 12/2011 da Ordem dos Enfermeiros (2011). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação;
- Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (26);
- Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (119);
- Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (85);
- Regulamento nº 613/2022, de 8 de julho. Regulamento que define o ato do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (131).

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

DESCRIÇÃO DA NORMA

Antes da implementação de qualquer intervenção de Enfermagem de Reabilitação dirigida ao doente crítico, é imperativo proceder a uma avaliação rigorosa dos critérios de segurança, devendo esta ser orientada pelos seguintes critérios de exclusão previamente estabelecidos:

- Respiratórios:
 - Frequência respiratória ≥ 30 cpm
 - SpO₂ < 90%
 - Diminuição da SpO₂ basal > 4%
 - Dispneia, fadiga
 - Peep >10
 - Assincronia ventilador/doente
- Cardiovasculares
 - Pressão arterial sistólica <90mmHg ou >180mmHg
 - Alteração de mais de 20% do valor basal da pressão arterial sistólica
 - Pressão arterial média <65mmHg ou >110mmHg
 - Alteração de mais de 20% do valor basal da pressão arterial média
 - Frequência cardíaca <40bpm ou >120bpm
 - Arritmia sintomática ou de novo
 - Adição de antiarrítmicos nas últimas 24h
 - Enfarte Agudo do Miocárdio recente (últimas 48h)
 - Intervenção farmacológica para estabilidade hemodinâmica contínua
 - Aumento recente (últimas 2horas) da dose de vasopressores
 - Choque com valores de lactato > 4mmol/L
 - Trombose Venosa Profunda ou Tromboembolismo Pulmonar de novo (24h), sem adição de anticoagulação
- Neurológicos
 - Alteração do nível de consciência ou agitação de novo
 - Ajuste de sedação nos últimos 30 minutos
- Hematológicos

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas

- Hemoglobina <7g/dl
- Plaquetas <20000/mm³
- Outros
 - Decúbito ventral
 - Fractura instável de membros ou coluna vertebral
 - Sinais de descompensação hepática ou renal rapidamente progressiva
 - Hemorragia activa

Caso o doente não cumpra com os critérios de segurança deve suspender-se ou adiar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, salvaguardando assim a integridade física e a segurança do doente. Esta avaliação deverá ser realizada diariamente, de forma sistemática, como parte integrante do plano de cuidados individualizado.

Nos doentes que cumpram os critérios de segurança previamente estabelecidos, poderá ser realizada a transição para a fase seguinte, avaliação inicial, que deve contemplar, obrigatoriamente, os seguintes componentes:

- Avaliar o nível de agitação ou sedação através da Escala de RASS ou avaliar o nível de consciência através da ECG;
- Exame físico (inspeção, palpação, percussão e auscultação);
- Avaliação dos parâmetros vitais;
- Resultados analíticos (gasometria arterial);
- Avaliação imagiológica (RX ; TAC; RNM ou ecografia);
- Avaliar a força muscular através da Escala MRC Sum;
- Avaliar a independência funcional nas AVD's através da MIF (com o doente ou familiar).

Através da escala MRC Sum podemos identificar de forma padronizada os défices de força muscular, fornecendo dados objetivos essenciais para a tomada de decisão clínica.

Com base nos resultados obtidos nesta escala, é possível determinar o nível funcional do

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

doente e, em consequência, formular diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação adequados, orientando a definição de intervenções terapêuticas individualizadas e baseadas em evidência científica.



(Ribeiro, 2021)

Com base nos diagnósticos, direcionamos intervenções específicas adaptadas à condição funcional do doente, de forma a recuperar a sua função motora, prevenir complicações associadas à imobilidade e promover a autonomia.

Conforme identificado na imagem acima, as intervenções a implementar devem ser determinadas em função do nível funcional atribuído à pessoa. As intervenções de cumprimento obrigatório encontram-se assinaladas a negrito:

Nível 1- Movimento Muscular em grau elevado:

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

- **Avaliar a força muscular através da Escala MRC Sum;**
- Executar técnica de exercitação musculartoarticular
- Executar técnica de exercício muscular e articular com dispositivo auxiliar
- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo
- Executar técnica de posicionamento
- Incentivar execução de exercício muscular e articular
- Monitorizar força muscular
- Monitorizar força muscular através de dinamómetro
- Supervisionar o movimento muscular

Nível 2- Movimento Muscular em grau moderado :

- Monitorizar força muscular através da MRC Sum
- Executar técnica de exercitação musculartoarticular
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido
- Executar técnica de exercício muscular e articular com dispositivo auxiliar
- Incentivar execução de exercício muscular e articular
- Monitorizar força muscular
- Monitorizar força muscular através de dinamómetro
- Supervisionar o movimento muscular.

Nível 3- Movimento Muscular em grau reduzido :

- Monitorizar força muscular através da MRC Sum
- Executar técnica de exercitação musculartoarticular
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido
- Executar técnica de exercício muscular e articular com dispositivo auxiliar
- Incentivar execução de exercício muscular e articular
- Monitorizar força muscular

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

- Monitorizar força muscular através de dinamómetro
- Supervisionar movimento muscular

Nível 4 - Movimento Muscular :

- Monitorizar força muscular através da MRC Sum
- Executar exercícios músculo-articulares ativos
- Executar a técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido
- Incentivar a pessoa a executar exercícios músculo-articulares ativos
- Avaliar o equilíbrio, através da escala de Equilíbrio de BERG
- Avaliar a capacidade da pessoa a pôr-se de pé
- Avaliar a capacidade para andar
- Monitorizar força muscular através de dinamómetro
- Supervisionar movimento muscular ativos

Em doentes que apresentem alterações no padrão ventilatório, deverá ser estabelecido o diagnóstico de “ventilação comprometida”, refletindo uma limitação da capacidade do indivíduo em assegurar uma ventilação alveolar eficaz e adequada às necessidades metabólicas (OE, 2018).

Uma vez identificado este diagnóstico, compete à equipa de Enfermagem de Reabilitação delinear e implementar intervenções específicas e individualizadas, com o objetivo primordial de promover a otimização das trocas gasosas e melhorar a função respiratória.

Devem ser implementadas, de acordo com a necessidade clínica do doente, as intervenções a seguir indicadas, estando devidamente assinaladas a negrito aquelas cuja aplicação é de carácter obrigatório:

- **Auscultar tórax**
- **Avaliar ventilação**
- **Executar cinesiterapia respiratória**
- **Executar técnica de posicionamento**

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

- **Executar técnicas respiratórias**
- **Incentivar repouso**
- Incentivar uso de dispositivos respiratórios
- Incentivar uso de técnicas respiratórias
- Monitorizar a consciência através da Escala de Coma de Glasgow
- Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento
- Vigiar a respiração
- Vigiar a pele
- Vigiar ventilação
- Gerir oxigenoterapia
- Planear a atividade física

Na ausência de alterações no padrão ventilatório, deverá ser estabelecido o diagnóstico de "sem ventilação comprometida". A partir dessa avaliação, devem ser implementadas as intervenções clínicas adequadas às necessidades específicas do doente. As intervenções abaixo indicadas devem ser consideradas, sendo que aquelas assinaladas a negrito são de carácter obrigatório:

Sem Ventilação Comprometida:

- **Observar tórax;**
- **Auscultar tórax;**
- **Avaliar ventilação;**
- **Vigiar respiração;**
- **Executar técnica de posicionamento;**
- **Executar técnica de dissociação dos tempos respiratórios;**
- **Executar cinesiterapia respiratória;**
- **Executar técnicas respiratórias;**
- **Vigiar ventilação;**
- **Incentivar repouso;**
- **Vigiar pele;**

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

- **Planear atividade física.**

No final da nossa intervenção enquanto EEER, devemos proceder a uma reavaliação sistemática dos parâmetros previamente estabelecidos na avaliação inicial com o objetivo de monitorizar a evolução clínica do doente, validar a eficácia das intervenções implementadas e ajustar o plano terapêutico conforme necessário.

Este conjunto de procedimentos deverá ser documentado no BSimple e ajustado conforme a resposta clínica do doente, garantindo uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Cordeiro, M. do C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas. LusoCiência - Edições Técnicas e Científicas.

Ferreira, D. (2020). A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no doente crítico com alteração da mobilidade [Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. CORE. <https://core.ac.uk/download/pdf/223216438.pdf>

Fonseca, P. H. G. (2018). A capacitação do doente respiratório para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas: Relatório de estágio. Universidade de Évora.

Lopes, M. J., & Ferreira, D. (2021). Contributo da enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação,

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas
----------------------------	--------------------	--	---------------------------	-----------------------------------

4(1), 4–11. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.158>

Medical Research Council. (2023). Aids to the examination of the peripheral nervous system – Memorandum No. 45. Medical Research Council. <https://www.ukri.org/councils/mrc/facilities-and-resources/find-an-mrc-facility-or-resource/mrc-muscle-scale/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Enfermagem de reabilitação: Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. <https://ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>ResearchGate

Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas (M. Néné & C. Sequeira, Eds.). LIDEL.

Identificação do remetente	Data de elaboração	Referência ao Conselho de Administração (CA)	Data de aprovação pelo CA	Número de página/Total de páginas

II. PLANO DE SESSÃO FORMATIVA “ENVELHECIMENTO ATIVO NA COMUNIDADE”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO	
TEMA DA SESSÃO	Mobilidade e Qualidade de Vida
DURAÇÃO	45 minutos
PÚBLICO-ALVO	15 a 20 pessoas idosas
LOCAL/DATA/HORA	
FORMADOR (ES)	Enfermeira Cláudia Zarco (Aluna de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação)

OBJETIVOS	Geral: Maximizar a mobilidade, o equilíbrio e a independência funcional do idoso.
	Específico 1: Educar acerca da importância da mobilidade e do equilíbrio para um envelhecimento ativo e melhor qualidade de vida;
	Específico 2: Identificar as complicações da imobilidade no idoso;
	Específico 3: Implementar intervenções de RFM promotoras de independência funcional do idoso, através de exercícios de fortalecimento muscular e de treino de equilíbrio;
	Específico 4: Promover a independência funcional dos idosos no seu domicílio, através da distribuição de folhetos informativos que detalham exercícios de fortalecimento muscular e de treino de equilíbrio, alertam para as complicações associadas à imobilidade e destacam os benefícios de um envelhecimento ativo, garantindo assim a continuidade de cuidados.

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADE	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO (MIN)
INTRODUÇÃO	- Apresentação dos formadores e da contextualização da temática; - Apresentação dos objetivos da sessão.	- Expositivo.	- Visualização de PowerPoint.	- Projetor; - Computador.	5
	- Avaliação de conhecimentos.	- Interrogativo.	- Visualização de PowerPoint.	- Projetor; - Computador.	
DESENVOLVIMENTO	- Explicação da importância da mobilidade para manter um envelhecimento ativo e melhor qualidade de vida; - Explicação das complicações da imobilidade no idoso.	- Expositivo. - Interrogativo. - Ativo.	- Visualização de PowerPoint.	- Projetor; - Computador.	10
	- Explicação e demonstração de exercícios (de fortalecimento muscular e de treino de equilíbrio) promotores de independência funcional que o idoso pode implementar no seu domicílio.	- Demonstrativo.	- Visualização de PowerPoint; - Exemplificação dos exercícios.	- Projetor; - Computador; - Recursos humanos.	25
CONCLUSÃO	- Síntese da sessão.	- Expositivo; - Ativo.	- Breve discussão sobre a sessão de formação	- Voz; - Entrega de folheto.	5
	- avaliação de conhecimentos após sessão.	- Interrogativo	- Visualização de PowerPoint.	- Projetor; - Computador.	

III. SESSÃO FORMATIVA “ENVELHECIMENTO ATIVO NA COMUNIDADE”

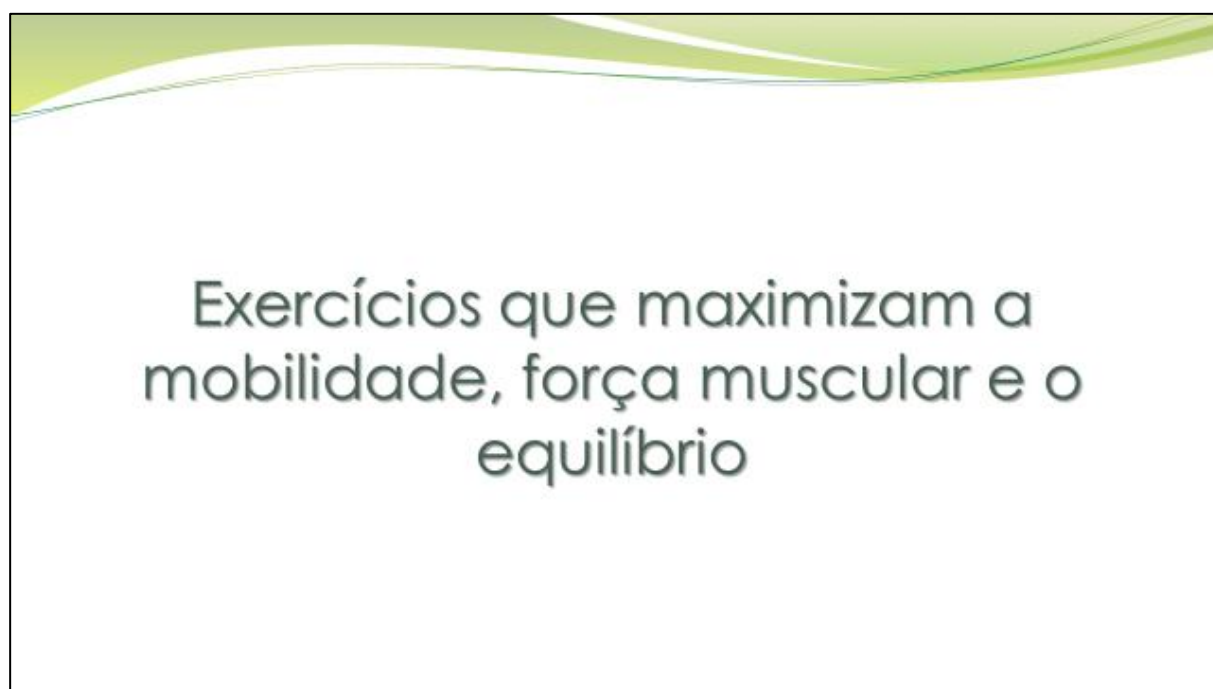


An illustration of an elderly woman with short grey hair, wearing a blue long-sleeved shirt and a brown skirt. She is standing with her arms crossed and her hand on her chin, appearing to be in deep thought. Above her head are three question marks: one pink, one blue, and one light blue.

- Com o avançar da idade é normal deixar de se mexer?
- É possível melhorar ou manter a mobilidade em qualquer idade?
- O equilíbrio está relacionado com as quedas?
- A mobilidade é importante para a sua independência?

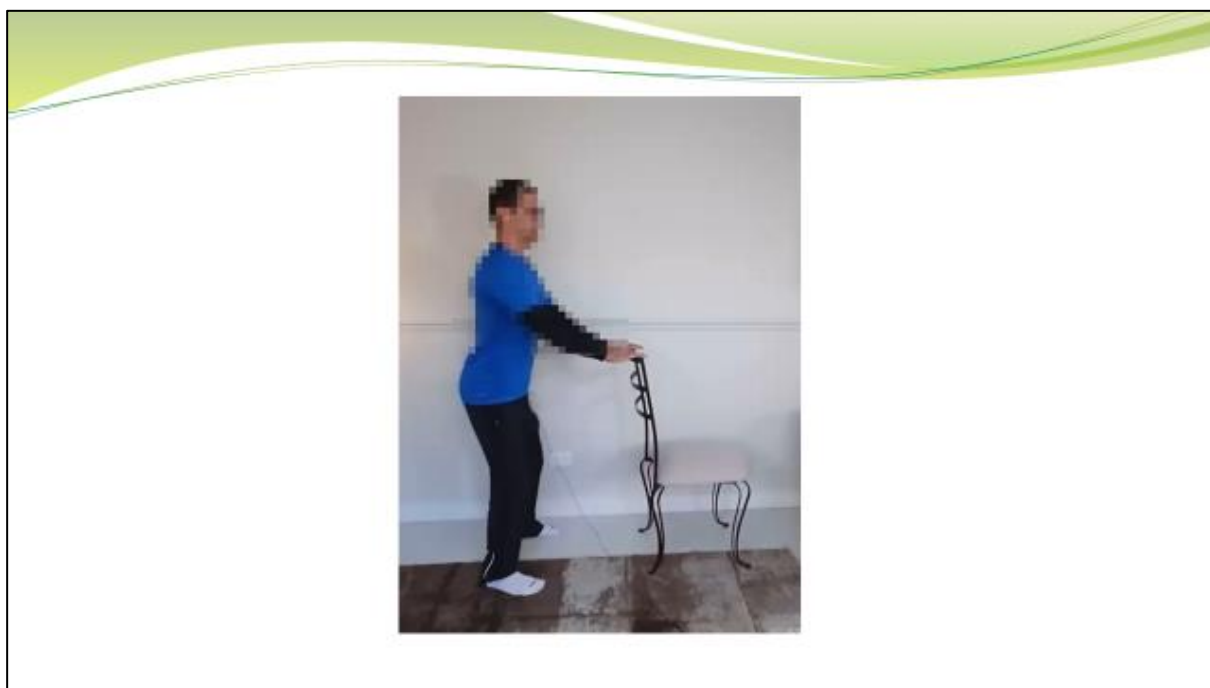
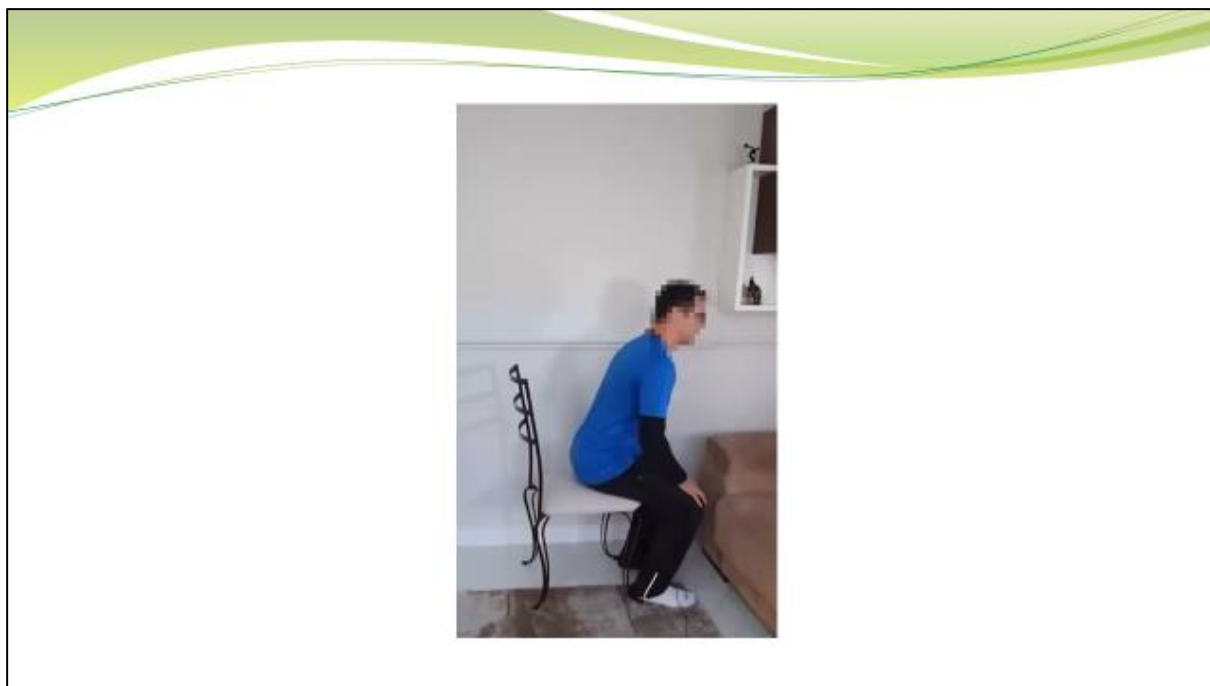


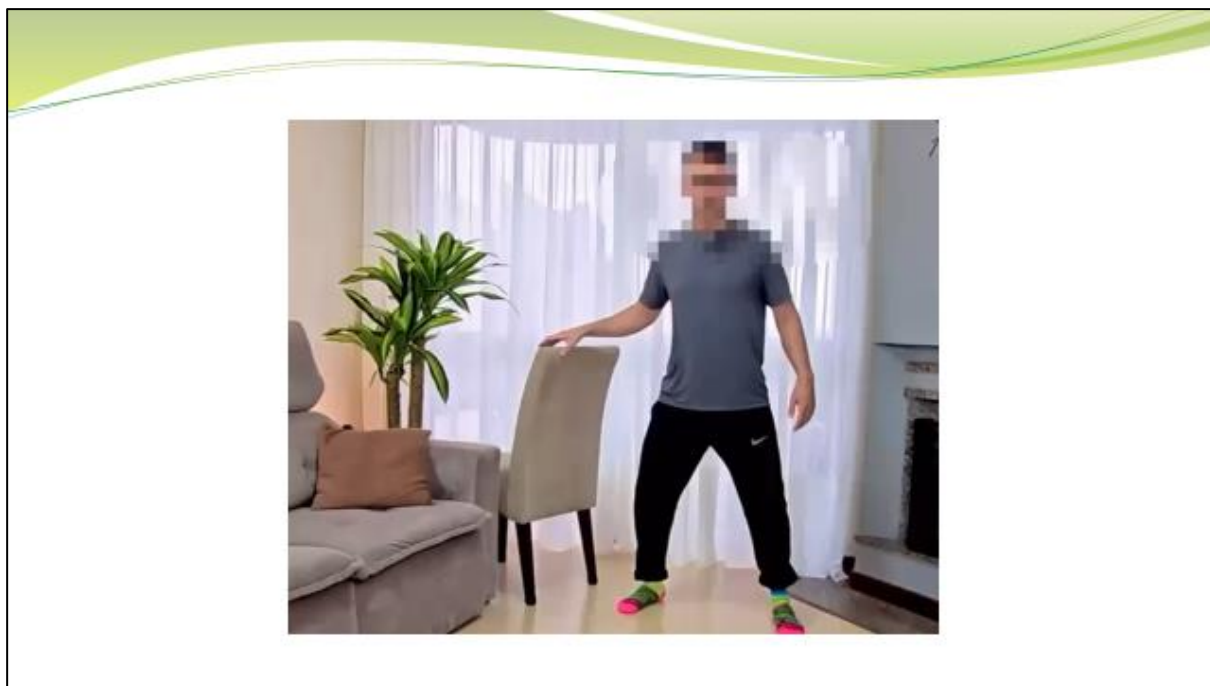














- Com o avançar da idade é normal deixar de se mexer?
- É possível melhorar ou manter a mobilidade em qualquer idade?
- O equilíbrio está relacionado com as quedas?
- A mobilidade é importante para a sua independência?

**NÃO É SOBRE VIVER MAIS,
MAS VIVER MELHOR,
COM MAIS SIGNIFICADO E
ENVOLVIMENTO!**

Muito obrigada pela vossa participação!



IV. FOLHETO INFORMATIVO “ENVELHECIMENTO ATIVO NA COMUNIDADE”

ENVELHECIMENTO ATIVO: BENEFÍCIOS DE SE MANTER EM MOVIMENTO



- **Mais Força e Energia:** Para as suas atividades diárias e para desfrutar dos seus passatempos;
- **Melhor Equilíbrio e Menos Quedas:** Sinta-se mais seguro ao caminhar e ao movimentar-se;
- **Ossos e Articulações Saudáveis:** Mantém os ossos e articulações saudáveis, ajudando a prevenir a osteoporose e a aliviar as dores articulares;
- **Coração e Mente Ativos:** Promove um coração saudável e uma mente mais ativa;
- **Melhor Humor e Bem-Estar:** A atividade física liberta endorfinas promovendo a sensação de felicidade;
- **Mais Autonomia:** Permite-lhe continuar a viver de forma autónoma no conforto do seu lar.

COMO COMEÇAR EM SEGURANÇA?

- 1. Consulte o seu Médico**
Antes de iniciar qualquer exercício, especialmente com condições de saúde pré-existentes.
- 2. Procure Acompanhamento Profissional**
Um especialista pode criar um plano de exercícios personalizado e seguro para si.
- 3. Mantenha-se Informado**
Procure sempre fontes fiáveis de informação sobre saúde e bem-estar.

A SUA INDEPENDÊNCIA É VITAL PARA A QUALIDADE DE VIDA!

Elaborado por: Enf.ª Especialista de Reabilitação Cristina Carochinho; Enf.ª Cláudia Zarco (Estudante de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora).

UCC de

ENVELHECIMENTO ATIVO NA COMUNIDADE



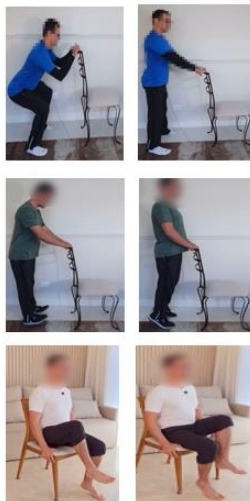
janeiro de 2026

MANTENHA-SE ATIVO PELA SUA SAÚDE!

Sabia que manter-se ativo e forte é fundamental para continuar a desfrutar da sua autonomia e qualidade de vida em casa?

Pequenos gestos diários fazem uma grande diferença!

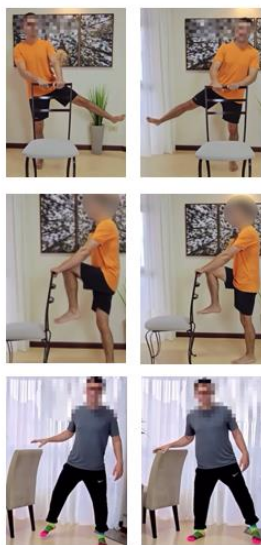
FORTALEÇA OS SEUS MÚSCULOS COM ESTES EXERCÍCIOS SIMPLES PARA O DIA A DIA:



(Repita 10 vezes cada)

UM BOM EQUILÍBRIO AJUDA A PREVENIR ACIDENTES E COMPLICAÇÕES!

EXERCÍCIOS QUE VÃO AJUDÁ-LO A SENTIR-SE MAIS ESTÁVEL:



(Repita 10 vezes cada)

ESTES EXERCÍCIOS SÃO UM PONTO DE PARTIDA. É FUNDAMENTAL QUE CONTINUE A ACOMPANHAR A SUA SAÚDE!

O QUE ACONTECE AO SEU CORPO QUANDO NÃO SE MEXE?

