



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

**A eficácia da intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na melhoria da deglutição  
comprometida na pessoa com Acidente Vascular Cerebral  
Isquémico – uma *Scoping Review***

Catarina Emanuela do Vale Batista

Setembro, 2025





# **A eficácia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na melhoria da deglutição comprometida na pessoa com Acidente Vascular Cerebral Isquémico - uma *Scoping Review***

Catarina Emanuela do Vale Batista

**Estágio em Enfermagem de Reabilitação II com Relatório Final**

7º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Susana Batista

Setembro, 2025



Dedico este trabalho à minha família, alicerce incondicional em cada etapa do meu caminho.

À minha querida Zuzu, cuja memória se vai desvanecendo com a demência, mas cujo exemplo me ensinou a cuidar com o coração.

Ao meu pai, que já não está fisicamente, mas vive em mim, nas minhas decisões, nos meus gestos, na minha essência. Será sempre a minha pessoa, presença eterna em tudo o que sou e faço.

A todos, a minha gratidão sem fim.



## **Agradecimentos**

Expresso a minha mais sincera gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Susana Batista, pela dedicação, paciência e disponibilidade constantes. O seu rigor, partilha de conhecimento e orientação foram fundamentais para a concretização deste trabalho e para o meu crescimento académico e profissional.

À minha família, que com amor sem limites e generosa compreensão, soube acolher as minhas ausências e transformar cada desafio em coragem. Sem o vosso incentivo e dedicação incansável, este caminho não teria sido possível. Esta conquista é, em essência, tanto minha quanto vossa.

Aos amigos, pela presença discreta, mas essencial, pelas palavras sempre sábias e cheias de ternura, que me deram ânimo quando mais precisei e pela compreensão nos momentos em que o tempo foi escasso.

Aos Enfermeiros Tutores e a todos os profissionais que, de forma generosa, partilharam o seu saber e experiência, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, deixo o meu mais profundo reconhecimento.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, marcaram esta caminhada, deixo um sincero e sentido agradecimento.



## **Resumo**

**Introdução:** A evolução científica e tecnológica, associada à crescente complexidade dos cuidados de saúde, exige enfermeiros especialistas com prática sustentada em evidência. Na Enfermagem de Reabilitação, os estágios constituem um pilar no desenvolvimento e consolidação de competências, essenciais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

**Objetivos:** Evidenciar o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e analisar a efetividade da sua intervenção na reabilitação da deglutição em pessoas após Acidente Vascular Isquémico.

**Metodologia:** O relatório organiza-se em duas partes: a componente clínica, que contempla a análise crítica do processo de aquisição de competências, e a componente de investigação, intitulada “A eficácia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na melhoria da deglutição comprometida na pessoa com AVC isquémico – uma Scoping Review”.

**Resultados:** Os estágios promoveram o desenvolvimento de competências mediante a integração da teoria na prática, a reflexão crítica, a vivência de experiências complexas e a elaboração de projetos em áreas como qualidade e segurança dos cuidados, desenvolvimento profissional e apoio à família. A investigação reforçou o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na produção e disseminação de conhecimento científico. Os resultados evidenciam que a utilização de instrumentos de rastreio validados, associada a intervenções terapêuticas direcionadas e à implementação de programas estruturados de Enfermagem de Reabilitação, favorece a otimização funcional, a redução de complicações e o reforço da segurança clínica em pessoas com disfagia após Acidente Vascular Cerebral.

**Conclusão:** O desenvolvimento de competências traduziu-se numa melhoria efetiva da qualidade e eficácia dos cuidados, sublinhando a relevância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prática clínica e a necessidade de investigação primária mais robusta que sustente a eficácia e custo-efetividade das intervenções.

**Palavras-chave:** enfermagem de reabilitação; intervenções de enfermagem; deglutição comprometida; disfagia; acidente vascular cerebral isquémico.



## **Abstract**

**Introduction:** Scientific and technological progress, combined with the increasing complexity of healthcare, requires specialist nurses whose practice is grounded in evidence. In Rehabilitation Nursing, clinical placements are fundamental to the development and consolidation of competencies, ensuring safe and high-quality care.

**Objectives:** To highlight the process of developing common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and to analyse the effectiveness of their intervention in swallowing rehabilitation in individuals after ischaemic stroke.

**Methodology:** This report is organised in two parts: the clinical component, which critically analyses the acquisition of competencies, and the research component, entitled “The effectiveness of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing intervention for improving impaired swallowing in people with ischaemic stroke – a Scoping Review”.

**Results:** Clinical placements enabled competency development through the integration of theory into practice, reflective analysis, challenging experiences, and the implementation of projects in domains such as quality and safety of care, professional development, and family support. The research component reinforced the contribution of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing to the production and dissemination of scientific knowledge. Findings show that the use of validated screening tools, combined with targeted therapeutic interventions and structured Rehabilitation Nursing programmes, promotes functional optimisation, reduces complications, and enhances clinical safety in individuals with post-stroke dysphagia.

**Conclusion:** The development of competencies resulted in improved quality and effectiveness of nursing care, underscoring the relevance of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in clinical practice and the need for more robust primary studies to substantiate the efficacy and cost-effectiveness of interventions.

**Keywords:** rehabilitation nursing; nursing interventions; swallowing disorder; dysphagia; ischaemic stroke.



## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de siglas	
<b>Introdução</b>	19
<b>Parte I – Componente Clínica</b>	
<b>1 - Enquadramento Da Componente Clínica</b>	24
1.1 - Serviço de Neurocirurgia da ULS Viseu – Dão Lafões	27
1.2 - Unidade de Cuidados Continuados Integrados – Acredita	30
1.3 - Unidade de Cuidados na Comunidade Guarda/Manteigas – ULS da Guarda	31
1.4 - Serviço de Ortopedia A e Ortopedia B da ULS Viseu-Dão Lafões	34
1.5 - Serviço de Medicina Interna - setor A – ULS Guarda	36
1.6 - Outros Contextos: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Residência Sénior Dona Ana	39
<b>2 - Análise Reflexiva Das Competências Adquiridas</b>	42
2.1 - Competências comuns do Enfermeiro Especialista	44
<b>2.1.1 - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b>	43
<b>2.1.2 - Melhoria Contínua da Qualidade</b>	45
<b>2.1.3 - Gestão dos Cuidados</b>	48
<b>2.1.4 - Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</b>	49
2.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	52
<b>2.2.1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b>	51
<b>2.2.2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b>	61
<b>2.2.3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b>	64
<b>3 - Competências De Mestre</b>	66
<b>Considerações Finais</b>	67
<b>Referências Bibliográficas</b>	69
<b>Parte II – Componente De Investigação</b>	
<b>1 - Fundamentação/Enquadramento Teórico</b>	89
<b>2 - Metodologia</b>	97
2.1 - Desenho do estudo	99
<b>2.1.1 - Critérios de Inclusão e Exclusão</b>	97
<b>2.1.2 - Estratégia de pesquisa</b>	98
<b>2.1.3 - Seleção dos Estudos</b>	101
2.2 - Considerações Éticas	104
<b>3 - Resultados</b>	102
<b>4 - Discussão</b>	110
<b>Conclusão</b>	121
<b>Referências Bibliográficas</b>	123
<b>Apêndices</b>	
Apêndice I – Plano de Cuidados de ER – Doente com Hematoma Subdural	137
Apêndice II – Plano de Exercícios Terapêuticos para o Domicílio – Pessoa com DPOC G3	142
Apêndice III – Registo Fotográfico de Atividades de Motricidade Fina e Estimulação Cognitiva – Medicina A	146
Apêndice IV – Folhetos Informativos Medicina A	147

Apêndice V – Caderno de Atividades ERPI Dona Ana	149
Apêndice VI – Registo Fotográfico de Atividades de Motricidade Fina e Estimulação Cognitiva – ERPI Dona Ana	190
Apêndice VII – Plano de Sessão de Exercício ERPI Dona Ana – Balões em Ação	191
Apêndice VIII – Folheto Informativo ERPI Dona Ana – Fratura da Anca: Cuidados a Ter	197
Apêndice IX – Procedimento Interno – Terapia Inalatória	198
Apêndice X – Folhetos Informativos	207
Apêndice XI – Folha de Registo/Avaliação ECCI Guarda/Manteigas	211
Apêndice XII – Estudos de Caso	216
Apêndice XIII – Formação de Cuidados de Enfermagem ao Doente com AVC	222
Apêndice XIV – Instrumento de Extração de Dados	240

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Descrição dos Componentes PCC	99
Tabela 2 - Estratégia de Pesquisa	101
Tabela 3 - Tabela de Extração de Dados	105
Tabela 4 - Tabela de Temas e Subtemas emergentes	111



## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Diagrama PRISMA-Scr

103



## Lista de Siglas

ACM	Artéria Cerebral Média
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diárias
BSTD	<i>Bedside Screening Tool for Dysphagia</i>
CATR	Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
DLM	Drenagem Linfática Manual
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECG	Escala de Coma de <i>Glasgow</i>
ECL	Equipa de Coordenação Local
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EGA	Equipa de Gestão de Alta
ER	Enfermagem de Reabilitação
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
FeSS	<i>Fever-Sugar-Swallow</i>
GUSS	<i>Gugging Swallowing Screen</i>
HED	Hematoma Epidural
HSA	Hemorragia Subaracnoídea
HSD	Hematoma Subdural
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
JBI	Joanna Briggs Institute
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MIF	Medida de Independência Funcional
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MRC	<i>Medical Research Council Muscle Scale</i>
NMES	<i>Neuromuscular Electrical Stimulation</i>
NOC	<i>Nursing Outcome Classification</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PEP	Pressão Expiratória Positiva
PRIMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PTA	Prótese Total da Anca
PTJ	Prótese Total do Joelho
RAPIDS	<i>Adelaide Prognostic Index for Dysphagic Stroke</i>

RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
RM	Ressonância Magnética
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ROAG	Revised Oral Assessment Guide
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Sistema Nacional Saúde
TAC	Tomografia Computadorizada
TAS	Técnicos Auxiliares de Saúde
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TUGT	<i>Timed Up and Go Test</i>
TVM	Traumatismo Vertebro-medular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
ULS	Unidade Local de Saúde
V-VST	<i>Volume-Viscosity Swallow Test</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## Introdução

A enfermagem, enquanto disciplina em constante adaptação às mudanças sociais, tem acompanhado a crescente complexidade dos cuidados de saúde, exigindo elevada especialização e fundamentação científica. Neste contexto, a regulamentação da prática avançada reconhece ao enfermeiro especialista competências técnico-científicas e humanas para a prestação de cuidados diferenciados (Regulamento n.º 140/2019).

O mestrado em Enfermagem de Reabilitação insere-se nesta lógica formativa, visando o desenvolvimento de competências comuns e específicas para a conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados diferenciados (Regulamento n.º 392/2019, Ordem dos Enfermeiros, 2021). A formação avançada pressupõe a integração de saberes académicos e experiências clínicas, permitindo ao enfermeiro a aquisição de proficiência na tomada de decisão em contextos complexos e potenciando o percurso de transição para a prática especializada (Hesbeen, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O presente relatório, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Opção 5: Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório, incluída no plano de estudos do 7º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu (ano letivo 2024/2025), e constitui um marco relevante no meu percurso académico, integrando a síntese dos conhecimentos adquiridos, das experiências clínicas vivenciadas e da reflexão desenvolvida ao longo da formação e desta forma, demonstrar o processo de aquisição de competências em Enfermagem de Reabilitação.

A estrutura deste documento foi elaborada de acordo com o Guia Orientador de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu (2021), estruturando-se em duas secções complementares: a primeira, designada Componente Clínica, apresenta a análise e reflexão das práticas realizadas em contexto de estágio, evidenciando a aquisição de competências; a segunda, correspondente à componente de investigação, intitula-se “A eficácia da Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na melhoria da deglutição comprometida na pessoa com Acidente Vascular Isquémico – uma *Scoping Review*” e tem como objetivo mapear a evidência científica disponível relativamente à eficácia das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) direcionadas à otimização da deglutição em pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico, uma vez que a prática baseada em evidências e o desenvolvimento de competências constituem pilares no exercício do Enfermeiro Especialista (EE), assegurando a produção de conhecimento,

a melhoria dos cuidados e o fortalecimento da enfermagem enquanto disciplina científica (Pinho, 2020).

A metodologia deste relatório assenta numa análise reflexiva e retrospectiva, sustentada pelas experiências do estágio e investigação teórica científica. A reflexão crítica, realizada em tempo real ou de forma retrospectiva, constitui um recurso fundamental para a articulação entre a teoria e a prática, favorecendo a aprendizagem contínua, o desenvolvimento profissional e a produção de conhecimento a partir da experiência (Oliveira et al., 2023).

O envelhecimento populacional em Portugal, com um índice de envelhecimento de 192,4 idosos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024a), constitui um dos fenómenos demográficos mais desafiantes do século XXI (Rosa, 2020). O aumento da esperança média de vida nas últimas décadas não tem sido acompanhado por ganhos equivalentes na expectativa de vida saudável e qualidade de vida após os 65 anos, implicando maior prevalência de patologias crónicas e comorbilidades, frequentemente associadas a estilos de vida pouco saudáveis e fatores de risco modificáveis (European Commission, 2022; Ferrari et al., 2024). Esta confluência de envelhecimento populacional, maior prevalência de patologias crónicas e comorbilidades associadas, tem repercussões diretas na utilização dos serviços de saúde, aumentando as taxas de procura de cuidados em fases agudas e subagudas, exigindo respostas diferenciadas. Em Portugal, análises nacionais, têm identificado tendências concordantes, com maior carga de patologias na população envelhecida e a necessidade de adaptações do sistema de cuidados para respostas contínuas e integradas (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2024).

Neste cenário, o EEER assume-se como elemento central na intervenção junto de pessoas com limitações funcionais decorrentes de processos agudos, crónicos e incapacitantes. A sua prática visa maximizar o potencial funcional, promover a independência e a adaptação à condição de saúde, preservando a autoestima e a qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019; Rocha et al., 2020). Pela sua formação avançada, o EEER intervém precocemente com programas de reabilitação que potenciam capacidades, previnem complicações e promovem o autocuidado, contribuindo para a participação social e para a redução do impacto da dependência associada ao envelhecimento e à doença (Hoeman, 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

A elevada prevalência de patologia crónica em Portugal, onde o AVC permanece como a principal causa isolada de morte e morbidade (INE, 2024b), reforça a necessidade de intervenções estruturadas de reabilitação, nomeadamente na alteração da deglutição, após AVC

isquémico. Nesta complicação frequente, a evidência recomenda a avaliação especializada de forma a reduzir complicações como pneumonia de aspiração, complicações nutricionais e mortalidade precoce (Dziewas et al., 2021). Neste sentido, o EEER tem um papel central na triagem precoce, treino sensório motor orofaríngeo, capacitação do cliente/cuidador informal, com ganhos em segurança e eficácia da deglutição e qualidade de vida (Santos et al., 2020; Sá et al., 2023).

A evidência científica sublinha que planos personalizados, com monitorização contínua e progressão de exercícios, potenciam a recuperação e minimizam as sequelas, alinhando-se com a prática avançada do EEER (He et al., 2023; Wang et al., 2025; Karisik et al., 2025). Deste modo, o percurso de investigação delineado tem como objetivo central mapear as intervenções do EEER na otimização da deglutição comprometida subsequente ao AVC isquémico. A sistematização desta evidência permitirá não apenas identificar práticas eficazes, mas também reconhecer lacunas no conhecimento e oportunidades de melhoria, contribuindo para o avanço dos cuidados especializados de reabilitação. Neste sentido, espera-se que os resultados obtidos possam fundamentar a tomada de decisão clínica e reforçar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em processo de reabilitação após AVC.



## **Parte I – COMPONENTE CLÍNICA**

## 1. Enquadramento da Componente Clínica

O Plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação inclui a Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação II com Relatório e compreendeu uma carga horária total de 810 horas, das quais 408 horas de prática clínica supervisionada. A formação decorreu em múltiplos contextos hospitalares e comunitários da região centro, permitindo vivenciar diferentes realidades clínicas e organizacionais.

No âmbito Neurológico Traumático, a prática foi desenvolvida no serviço de Neurocirurgia da Unidade Local de Saúde (ULS) Viseu – Dão Lafões. A vertente Ortopedológica/Reumatológica decorreu nos serviços de Ortopedia A e B da mesma unidade de saúde. Já a intervenção em contexto Neurológico Vascular e Degenerativo teve lugar no serviço de Medicina Interna – setor A da ULS da Guarda.

A experiência comunitária foi vivenciada numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais concretamente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) Guarda/Manteigas da ULS Guarda. O contexto Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) decorreu na Acredita, em Viseu. Por fim, a vertente em outros Contextos materializou-se na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Residência Sénior Dona Ana, localizada na região da Guarda.

O EEER, segundo o Regulamento n.º 392/2019, atua no planeamento, execução e avaliação de cuidados especializados, promovendo a saúde, prevenindo complicações e maximizando a funcionalidade. Esta prática deve articular regulamentos profissionais e referenciais teóricos robustos (Silva et al., 2019; Ventura-Silva et al., 2021), assegurando rigor e eficácia. Acompanhando processos de transição saúde-doença, o EEER apoia não só a pessoa, mas também a família/cuidador (Silva et al., 2019), sendo essencial considerar fatores pessoais, sociais e ambientais que condicionam a adaptação (Meleis, 2000).

O referencial teórico de Afaf Meleis constitui uma base estruturante na conceção dos cuidados de ER, permitindo uma abordagem centrada na pessoa e focada na identificação de barreiras e facilitadores da transição, promovendo o desenvolvimento de estratégias adaptativas e de *coping* que favoreçam um percurso saudável e consciente (Silva et al., 2019). Paralelamente, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem fundamentou intervenções em situações de dependência, em que as exigências de autocuidado excedem a capacidade individual, exigindo a intervenção terapêutica do EEER (Queirós et al., 2014; Martins & Brito, 2021; Santos et al., 2022).

Ao longo dos estágios, estes modelos concetuais constituíram o alicerce teórico para a tomada de decisão clínica, assegurando que cada intervenção fosse cientificamente fundamentada, individualizada e orientada para a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

O estágio com relatório constitui a modalidade formativa mais eficaz para consolidar conhecimentos, desenvolver pensamento crítico e adquirir competências avançadas exigidas ao EE (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Os estágios constituíram um eixo estruturante no meu percurso formativo, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas, científicas,

relacionais e de gestão. A diversidade de contextos revelou a complexidade inerente ao exercício do EEER, salientando a relevância da articulação entre a teoria e a prática. A experiência junto de pessoas em fases distintas do ciclo vital e em processos de transição consolidou uma perspectiva holística da Reabilitação, reconhecendo-a como determinante para a autonomia, dignidade e qualidade de vida. Este processo configurou-se como transformador, reforçando a minha identidade profissional e o compromisso com uma prática ancorada no rigor científico, na sensibilidade humana e na responsabilidade ética.

Este capítulo organiza-se em seis subcapítulos, correspondentes aos diferentes locais de estágio, abrangendo contextos hospitalares e comunitários. A diversidade destes cenários permitiu compreender a complementaridade dos cuidados de reabilitação, possibilitando a intervenção em situações agudas e de elevada complexidade clínica, bem como em contextos domiciliários centrados na promoção da autonomia e na readaptação. Esta articulação reforçou a capacidade de planear cuidados integrados, ajustados às necessidades singulares de cada pessoa.

Em todos os contextos, a comunicação eficaz e a consolidação de relações interdisciplinares revelaram-se determinantes para a qualidade e continuidade dos cuidados. A integração nas equipas multidisciplinares evidenciou a importância da partilha de informação pertinente e da coordenação de intervenções, promovendo uma prática centrada na pessoa e na sua família/cuidador.

Ao longo dos contextos de estágio, observei limitações significativas associadas à acumulação de funções assistenciais e de gestão pelo EEER, frequentemente agravadas por rácios reduzidos de profissionais. Esta realidade compromete o planeamento e a execução integral das intervenções especializadas, exigindo reflexão sobre a adequação das dotações de enfermagem (Neves, 2019). De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, a adequação das dotações constitui um requisito estruturante para assegurar cuidados de qualidade e segurança, sendo que, nos contextos hospitalares, recomenda-se a presença mínima de dois EEER por cada quinze clientes internados. A discrepância entre esta norma e a realidade observada confirmou a dificuldade em garantir planos de cuidados personalizados, reforçando a necessidade de estratégias que otimizem o tempo, priorização e gestão de cuidados. Como preconizado por Martins (2022), as dotações insuficientes aumentam o risco de omissão de cuidados e de ocorrência de eventos adversos. Esta experiência, ainda que desafiante, potenciou o desenvolvimento de competências avançadas de decisão clínica.

Os objetivos delineados para cada estágio foram sempre estruturados de acordo com a conceção do processo de enfermagem, permitindo-me planear e desenvolver atividades alinhadas com as necessidades identificadas em cada contexto. Esta abordagem possibilitou uma análise crítica contínua, favorecendo a identificação de desafios e limitações, bem como a formulação de estratégias para os ultrapassar de forma fundamentada. No contexto da ER, esta prática assume particular relevância, uma vez que promove uma intervenção sistematizada, centrada na pessoa e orientada para ganhos em saúde mensuráveis, garantindo que cada ação implementada resulta de uma avaliação rigorosa e contribui efetivamente para a maximização da funcionalidade e independência do cliente.

A prática em estágio permitiu constatar que o EEER se destaca como uma figura central na equipa multidisciplinar, assumindo um papel de referência na monitorização da evolução funcional dos clientes, a quem os outros profissionais recorrem frequentemente de forma a obterem informações atualizadas sobre a evolução do cliente, em particular no que diz respeito à sua capacidade funcional, potencial de recuperação e necessidade de continuidade de cuidados após alta. Esta procura ativa de parecer por parte de outros profissionais, revela não só a confiança no julgamento clínico do EEER, como também a consciência do contributo indispensável no plano terapêutico e decisões informadas.

Apresentar a descrição dos contextos de estágio por onde passei, conforme exemplifico de seguida, torna-se essencial para consolidar aprendizagens, pois permite-me refletir criticamente sobre as experiências, transformando cada vivência num contributo efetivo para o meu desenvolvimento como futura EEER.

### 1.1. Serviço de Neurocirurgia da ULS Viseu – Dão Lafões

As patologias neurotraumatológicas constituem uma prioridade de saúde pública pela sua elevada incidência, prevalência e impacto funcional a longo prazo.

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) destaca-se como uma das patologias neurológicas mais frequentes, sendo atualmente reconhecido como uma condição crónica com sequelas persistentes, não apenas um evento agudo isolado (Maas et al., 2022; Dams-O'Connor & Whyte, 2023). A incidência destas patologias na Europa mantém-se elevada e heterogénea, com estimativas de cerca de 1,5 milhões de admissões hospitalares e 57 mil mortes/ano por TCE, com predomínio nas faixas etárias mais velhas e etiologia por quedas (Peeters et al., 2015; Majdan et al., 2017; Brazinova et al., 2021). Em Portugal, a tendência descrita é congruente, ao longo das últimas décadas observou-se uma deslocação dos TCE para idades mais avançadas, pela redução de acidentes rodoviários e aumento de patologias por quedas, principalmente da própria altura, com impacto nas admissões e na gravidade (Santos et al., 2019; Raposo & Magalhães, 2023). No âmbito da ER conhecer a incidência é crucial para priorizar uma avaliação, dimensionar recursos e estruturar intervenções adequadas, articulando a continuidade de cuidados (Braziona et al., 2021; Mass et al., 2022), permitindo alinhar objetivos realistas e individualizados e monitorizar os ganhos em saúde.

O Serviço de Neurocirurgia da ULS Viseu – Dão Lafões é constituído por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, incluindo o enfermeiro Gestor, dois EEER, quatro enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e dezasseis enfermeiros de cuidados gerais, técnicos auxiliares de saúde (TAS) neurocirurgiões, assistente social, nutricionistas, fisiatra, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeutas.

Relativamente à admissão do cliente, este é admitido no serviço de neurocirurgia por norma, proveniente do serviço de urgência, mas também transferido de outros serviços, nomeadamente da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) ou através da consulta e de forma eletiva para cirurgia programada.

No serviço de neurocirurgia, os clientes apresentam condições clínicas complexas, nomeadamente AVC, TCE com lesão primária focal (contusão cerebral, hematoma epidural (HED), Hematoma subdural (HSD), ou difusa (Hemorragia Subaracnoídea (HSA)), Traumatismo Vertebro-medular (TVM), Tumores cerebrais e da medula espinhal, Hidrocefalia e patologias da coluna, nomeadamente hérnia discal cervical e lombar, assim como canal lombar estenótico.

O EEER desempenha um papel fundamental no acompanhamento e recuperação do cliente neurológico, onde se incluem diversas áreas de intervenção, nomeadamente, cognição e comunicação, respiratória associada a prevenção de complicações, sensório motora, assim como a educação, formação e capacitação do cliente e seu cuidador, com contributo na referenciação para a continuidade de cuidados na comunidade, de acordo com as respostas existentes. O trabalho de ER é realizado nas enfermarias e nos corredores, existindo também salas de apoio no serviço, nomeadamente a sala de banho assistido e a sala de reabilitação. O serviço dispõe de pastas específicas direcionadas para a ER, que reúne normas, informações e documentos relevantes para a prática, o qual tive oportunidade de analisar detalhadamente, assim como realizei pesquisas complementares para expandir o meu conhecimento. A sala de reabilitação dispõe de diversos recursos e equipamentos utilizados nos programas de reabilitação entre os quais uma marqueta passível de aplicação de vários graus de declive/inclinação, bola de bobath, bastões de madeira e espuma, material de reabilitação cognitiva (jogos, leitura, puzzles, entre outros) e motricidade fina (botões, feijões, entre outros recursos), assim como, equipamento de ajudas técnicas e ortóteses.

O serviço dispõe ainda de diversas escalas de apoio e avaliação dos clientes, assim como protocolos internos e guias de apoio à tomada de decisão na reabilitação. Considero que os recursos materiais existentes são fundamentais na ER, uma vez que permitem a realização de intervenções específicas que promovem a recuperação do cliente. Estes recursos otimizam a eficiência das intervenções, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e acelerando os resultados desejados. Na minha opinião, os recursos materiais facilitam a personalização das intervenções, ajustando-as às necessidades individuais do cliente. Desta forma, tentei sempre, ao longo do estágio, otimizar os recursos existentes, adequando-os às necessidades de cada cliente.

A intervenção por parte do EEER é dirigida aos clientes em internamento que beneficiariam desta ação e é feita por referenciação pela equipa médica e/ou de forma autónoma pelos EEER do serviço, quando identificadas necessidades de intervenção antes da referenciação pela equipa médica. Foi especialmente gratificante acompanhar os progressos dos clientes, constatados por mim em conjunto com os EEER. A evolução dos clientes neurológicos pode ser lenta e variável, dependendo da gravidade da patologia, da eficácia do programa de reabilitação, mas também da motivação do próprio cliente. No entanto, pequenos avanços podem representar ganhos significativos na independência e qualidade de vida. Contudo, reconheço que acompanhar a evolução dos clientes em neurocirurgia exige paciência e resiliência, na medida em que a recuperação pode ser imprevisível, e por vezes, limitada. Nem sempre os progressos são lineares e momentos de regressão ou estagnação são comuns, exigindo um reforço contínuo da motivação e envolvimento do cliente e da equipa

multidisciplinar. Esta experiência consolidou a minha compreensão sobre a importância da ER no contexto neurológico, reforçando a necessidade de uma abordagem holística e centrada no cliente, onde cada pequeno progresso é valorizado como um passo essencial para a recuperação.

A realização de atividades não planeadas durante o estágio revelou-se numa oportunidade de aprendizagem, potenciando a flexibilidade, a iniciativa e uma postura proativa, essenciais no meu desenvolvimento enquanto futura EEER. Estas experiências, ainda que fora do âmbito da ER, contribuíram para uma visão mais abrangente dos cuidados e para a consolidação de uma prática holística. Destaco, neste contexto, a participação numa cirurgia para remoção de um macroadenoma hipofisário, realizado por craniotomia em vez da habitual via transesfenoidal. O neurocirurgião responsável explicou-me previamente o procedimento e os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) associados, o que enriqueceu a minha compreensão sobre possíveis complicações pré e pós-operatórias. Neste caso, o tumor comprimia o quiasma ótico, originando hemianopsia bitemporal, o que evidenciou a importância da vigilância clínica. Enquanto futura EEER, considero essencial compreender o processo pré e pós-operatório, antecipando complicações, avaliando a evolução dos sintomas e assegurando monitorização hemodinâmica, neurológica e funcional. Esta experiência reforçou a relevância de intervenções personalizadas e informadas, traduzindo-se em cuidados eficazes e ajustados às necessidades dos clientes.

Durante o estágio, tive ainda oportunidade de, em conjunto com o meu colega e os EEER, identificar áreas de melhoria no serviço de neurocirurgia, traduzindo-se numa oportunidade não apenas de observar a dinâmica existente, mas também colaborar ativamente para otimizar processos que se traduzam em melhores cuidados aos clientes. A elaboração de um plano de cuidados (Apêndice I) de ER, dirigido a um cliente com HSD tornou-se essencial para garantir uma recuperação eficaz, estruturada e adaptada às necessidades individuais da pessoa. Um plano de cuidados deve ter por base a definição de objetivos claros para a recuperação do cliente, assim como a promoção da autonomia e a monitorização sistemática da evolução funcional do cliente, ajustando intervenções. No contexto de estágio, considero que esta experiência foi igualmente essencial no meu desenvolvimento, na medida em que contribuiu para a consolidação de conhecimentos e para o desenvolvimento de uma visão mais abrangente no processo de recuperação do cliente de forma individualizada.

No decorrer do estágio, tomei diversas iniciativas para melhorar a minha integração na equipa e oferecer cuidados de qualidade, nomeadamente, tive oportunidade de participar na visita médica, onde são discutidos aspetos sobre a evolução do cliente, esforçando-me para compreender a dinâmica da intervenção da equipa multidisciplinar, conjugada com as necessidades dos clientes. Sempre que surgiu oportunidade, registei as intervenções e os resultados obtidos na plataforma Glint®, garantindo a continuidade de cuidados. Procurei sempre o registo adequado e contínuo, com a orientação dos EEER, contribuindo para a avaliação da eficácia das intervenções e ajustes no plano de cuidados de acordo com a evolução do cliente.

Percebi que os EEER desempenham um papel ativo na equipa, participando desde as visitas médicas e atividades de gestão, até à prestação de cuidados especializados a clientes com patologia neurológica, além de interagir de forma efetiva na equipa de enfermagem.

## 1.2. Unidade de Cuidados Continuados Integrados – Acredita

A UCCI Acredita é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) localizada em Viseu. Tem capacidade para vinte e cinco clientes aos quais presta cuidados continuados integrados com a tipologia de média duração e reabilitação, centrados na reabilitação e recuperação da independência e autonomia, alinhados com os princípios da RNCCI que, de acordo com o Decreto-lei n.º 101/2006, os cuidados continuados integrados assentam nos paradigmas de recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo que compreendem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social. A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento com espaço físico próprio, para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, tendo um período de internamento com uma previsibilidade superior a trinta dias e inferior a noventa dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Esta UCCI integra uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, salientando aqui o enfermeiro gestor, que acumula também funções como EEER e presta cuidados gerais, três fisioterapeutas, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, animadora sociocultural, assistente social, psicólogo, TAS, entre outros, todos dedicados à recuperação do cliente.

Durante o meu estágio na UCCI Acredita, mesmo com um número limitado de horas de contacto, pude constatar a relevância desta instituição, dotada de ginásio e recursos materiais diferenciadores e adequados ao processo de reabilitação. A presença de três fisioterapeutas reforçou o carácter multidisciplinar da intervenção, mas sobretudo, evidenciou a importância central do EEER, particularmente nas dimensões do treino dos autocuidados e a preparação para o regresso a casa, através da ação educativa e de capacitação junto do cuidador informal.

A prática do treino dos autocuidados constituiu-se como um eixo central no processo de recuperação, na medida em que potencia a independência do cliente, reforça a sua autoestima e reduz o risco de institucionalização prolongada. Reconheci que este treino não se limita ao mero exercício técnico, mas implica uma abordagem centrada na pessoa, em que o EEER deve avaliar as capacidades remanescentes, identificar barreiras físicas e emocionais e adaptar as intervenções às necessidades individuais. A dimensão crítica deste processo reside na articulação entre o conhecimento científico do EEER e a promoção da participação ativa da pessoa, assegurando que esta não é apenas recetora de cuidados, mas sim um agente ativo da sua própria recuperação, promovendo a autonomia.

Tive oportunidade de contactar junto de clientes com diversas patologias, nomeadamente com patologia neurológica, como sequelas de AVC, prótese total da anca (PTA) e prótese total do joelho (PTJ), decorrentes de quedas e trauma principalmente, bem como na gestão de patologias crónicas como a insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), após descompensação aguda. A intervenção na pessoa com AVC, por exemplo, beneficia de estratégias que promovam a literacia em saúde, fomentam a participação na reabilitação e reforçam a autorregulação dos cuidados, pilares corroborados pela literatura sobre

o contributo do EEER (Dias et al., 2022). Percebi a necessidade de um acompanhamento diferenciado, que exigiu competências específicas na promoção da mobilidade, treino de equilíbrio, coordenação e sobretudo, na estimulação da independência nos autocuidados. Além disso, a transição efetiva desde a fase aguda até ao domicílio exige um planeamento cuidadoso, com educação direcionada ao cliente e cuidador, comprovadamente capaz de reduzir reincidências e readmissões hospitalares (Camicia et al., 2021). No caso de clientes com AVC, o treino dos autocuidados e autonomia funcional têm impacto direto na recuperação da independência nas atividades de vida Diárias (AVD's), resultando em melhoria da função motora e cognitiva (Mei et al., 2025) e numa diminuição do impacto emocional e social associado à dependência. Relativamente aos clientes com PTA/PTJ, tive oportunidade de incidir sobre treinos específicos como de transferências, autocuidado vestir/despir e higiene, assim como mobilidade adaptada, de forma a prevenir complicações e fomentar a independência. Nos clientes com insuficiência cardíaca e DPOC, a conservação de energia tornou-se num princípio orientador na planificação das AVD's, através do ensino e treino de técnicas como a segmentação de tarefas e pausas regulares, assim como a capacitação da pessoa para reconhecer sinais de descompensação. No que respeita a estas patologias crónicas, a prática demonstrou-me a importância deste trabalho centrado na prevenção, que não só melhora a qualidade de vida da pessoa, como diminui o risco de reinternamentos hospitalares, afirmando assim o EEER como peça chave na continuidade e gestão da patologia a longo prazo.

Paralelamente, a capacitação do cuidador informal revelou-se um momento de grande relevância no meu percurso. O regresso a casa exige preparação, confiança e competências práticas por parte de quem assume a continuidade dos cuidados. Neste sentido, percebi que o EEER atua como mediador entre a instituição e o domicílio, antecipando dificuldades, instruindo sobre técnicas de mobilização, higiene e segurança, e reduzindo, assim, a ansiedade e a sobrecarga emocional do cuidador. Esta dimensão preventiva e educativa da prática de reabilitação tem implicações diretas na qualidade de vida da díade pessoa-cuidador, reforçando o papel indispensável do EEER no sucesso da transição para o domicílio.

Ao longo deste estágio, percebi que o EEER assume um papel transversal, não apenas técnico, mas educativo e facilitador da transição para o domicílio. Esta atuação holística, fundamentada em teorias do autocuidado com a de Orem, sustenta que o cliente recupera de forma mais plena quando encorajado à autonomia e apoiado adequadamente (Orem, 2001). Em síntese, esta experiência permitiu-me reconhecer que a UCCI Acredita ultrapassa a esfera da reabilitação física, assumindo-se como promotora da autonomia, dignidade e integração social da pessoa. O treino do autocuidado e a preparação para o regresso ao domicílio não são apenas momentos do processo terapêutico, mas constituem práticas transformadoras, onde o EEER afirma a sua identidade profissional e a sua relevância no continuum dos cuidados de saúde.

### 1.3. Unidade de Cuidados na Comunidade Guarda/Manteigas – ULS da Guarda

O estágio em contexto da comunidade decorreu numa UCC, mais propriamente na ECCI Guarda/Manteigas pertencente à ULS da Guarda. A ECCI é uma equipa multidisciplinar composta por dez enfermeiros, dois quais dois são EEER, médico, assistente social, psicóloga,

nutricionista e dois fisioterapeutas, destinada à prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, em processo de convalescença, ou com comorbilidade e regimes terapêuticos complexos instituídos, com rede de suporte social (Portaria n.º 156/2025). Existem pessoas que integram a rede de cuidados continuados integrados, com a necessidade reabilitação bem definida, por dependência no autocuidado, compromisso nos processos corporais (neuromusculares, respiratórios, entre outros) ou capacitação do cuidador informal (Portaria n.º 156/2025), como os casos que fui observando, nomeadamente, fraquezas musculares associadas a internamentos prolongados, as cirurgias do foro ortopédico, clientes com patologia respiratória que necessitem de reeducação funcional respiratória (RFR), mas muitas vezes, as pessoas integradas na ECCI, têm outras comorbilidades que necessitam de cuidados de enfermagem e na avaliação inicial percebe-se que também se deve intervir, prestando cuidados de ER. O objetivo da ECCI passa por dar continuidade aos cuidados necessários à recuperação do cliente, manutenção do seu estado de saúde e apoiar e capacitar os cuidadores.

A ECCI onde realizei o estágio, é multidisciplinar e inclui dois EEER que laboram de segunda a sexta-feira, com a possibilidade de trabalhar ao fim-de-semana, caso haja visitas programadas. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, as ECCI devem assegurar o seu funcionamento durante todos os dias do ano, no horário das 8 às 20 horas nos dias úteis e, de acordo com as necessidades, aos fins de semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17 horas. Para uma dotação adequada de enfermeiros na UCC, considera-se o rácio de um enfermeiro para cada 5 pessoas em ECCI (Regulamento n.º 743/2019).

O ingresso em ECCI é realizado através da Equipa de Coordenação Local (ECL) mediante uma proposta proveniente das Equipas de Gestão de Alta (EGA) hospitalares, pelas equipas referenciadoras das unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados ou das unidades pertencentes à RNCCI. É enviada uma proposta de referenciação à ECL da área de residência da pessoa, que é responsável por validar a proposta e a tipologia adequada e tomar as diligências necessárias (Portaria n.º 50/2017).

Em cada caso clínico é nomeado um gestor de caso, que é o responsável direto pelo acompanhamento do processo, pela planificação e continuidade dos cuidados pela coordenação e gestão dos cuidados e por garantir a comunicação com os todos os intervenientes na prestação de cuidados (Portaria n.º 156/2025). O gestor de caso, assim como a restante equipa, realiza avaliações periódicas do estado de saúde da pessoa, ajusta o plano de cuidados, mantém contacto próximo com família/cuidador e é responsável por informar e facilitar o acesso a recursos e serviços adicionais que possam ser necessários, como dispositivos de apoio ou serviços disponíveis na comunidade. Houve uma aprendizagem significativa sobre os apoios disponíveis na comunidade. Embora essa função seja, em grande parte, da responsabilidade do assistente social, o EEER desempenha um papel importante devido à sua proximidade e à frequência das suas visitas domiciliárias, o que facilita a identificação precoce de necessidades adicionais, permitindo uma intervenção mais completa. O contacto mais regular permite ao EEER fornecer informações iniciais sobre os apoios existentes e encaminhar para os profissionais adequados, para esclarecimentos adicionais (Duarte, 2020). Esta atuação do EEER

é crucial para assegurar que as pessoas acedam aos recursos de forma eficaz, estabelecendo uma relação de confiança e garantindo a continuidade dos cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

Na comunidade o EEER intervém em pessoas com diversas patologias e de modo a ajudar pessoas com patologias agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e de independência. A ER assume um papel central nas ECCI, sendo o EEER um elemento essencial na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas em situação de dependência ou risco de a desenvolver. A prática do EEER assenta na avaliação sistemática, no planeamento individualizado e na implementação de intervenções baseadas na evidência científica, em estreita articulação multidisciplinar. Durante o meu estágio na UCC Guarda/Manteigas, ficou evidenciado que o contributo do EEER ultrapassa a execução técnica, destacando-se a identificação de necessidades específicas, a operacionalização de estratégias adaptadas ao contexto e a monitorização de resultados, contribuindo para ganhos em saúde.

No decurso deste estágio, considerei pertinente criar uma folha de avaliação inicial de reabilitação. Este instrumento pretendeu reforçar a importância da avaliação sistemática e objetiva, orientando intervenções individualizadas e de acordo com as necessidades identificadas. Outro eixo fundamental da minha prática foi a promoção da literacia em saúde, reconhecendo que a capacitação dos clientes e seus cuidadores constitui um pilar na manutenção de ganhos funcionais. Neste sentido, desenvolvi panfletos educativos direcionados para problemáticas específicas identificadas na prática. Estes materiais educativos, produzidos com base em recomendações científicas e adaptados ao nível de literacia dos clientes, representam um recurso valioso para a continuidade dos cuidados no domicílio e para o empoderamento da pessoa.

Ainda no âmbito da minha intervenção, desenvolvi atividades de estimulação cognitiva e motricidade fina, que foram posteriormente doadas à UCC, reconhecendo que estas contribuem significativamente para a preservação de capacidades cognitivas e funcionais, prevenção do declínio e promoção da participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação.

A continuidade dos cuidados e a adequação ao contexto domiciliário foram igualmente abordadas através da elaboração de um plano de exercícios terapêuticos (Apêndice II) para um cliente com DPOC, que já tinha acompanhado previamente em contexto de internamento. Este plano, acompanhado de um *flyer* informativo, teve como objetivo reforçar estratégias de autogestão da patologia, otimizar a tolerância ao esforço e prevenir exacerbações, num claro alinhamento com a filosofia de continuidade de cuidados da ECCI. Neste sentido, a minha intervenção foi orientada por princípios básicos, nomeadamente por uma avaliação sistemática e objetiva, com recurso a instrumentos validados que potenciam intervenções eficazes, intervenção adequada e de acordo com as necessidades individuais, promoção da literacia em saúde, utilizando ferramentas visuais e adaptadas para maximizar a compreensão e adesão às recomendações, assim como a continuidade e personalização dos cuidados, assegurando que o plano terapêutico transita do ambiente hospitalar para o contexto domiciliário.

Em síntese, a experiência na UCC Guarda/Manteigas consolidou a minha perceção de que o EEER desempenha um papel insubstituível na articulação entre avaliação, intervenção e

educação, contribuindo de forma significativa para a autonomia, participação e qualidade de vida da pessoa e seus cuidadores no contexto domiciliário.

#### 1.4. Serviço de Ortopedia A e Ortopedia B da ULS Viseu-Dão Lafões

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020), as patologias do foro osteoarticulares e musculoesqueléticas exigem elevada atenção e são consideradas como um dos principais desafios de saúde pública em Portugal, especialmente devido ao envelhecimento da população e ao impacto significativo destas doenças na qualidade de vida e na funcionalidade dos indivíduos.

Durante o período de estágio pude confirmar na prática o que a literatura e os estudos descrevem sobre a incidência de patologia ortotraumatológica e reumatológica e a elevada percentagem de internamentos relacionados com as mesmas, uma vez que o serviço permaneceu lotado durante o período de estágio, traduzindo-se num conjunto de oportunidades de intervenção e aprendizagem. Os serviços de Ortopedia A e B desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados especializados a clientes com uma ampla variedade de patologias do foro músculoesquelético. Estes serviços destacam-se pela sua capacidade de resposta eficaz a casos complexos, como vítimas de politraumatismo, patologias da coluna, fraturas decorrentes de trauma, sendo as mais frequentes, as fraturas proximais e medianas do fémur, fraturas medianas da tibia e do úmero, assim como patologias degenerativas como a gonartrose e a coxartrose. Através de uma abordagem multidisciplinar, estes serviços contribuem significativamente para a recuperação funcional, alívio da dor e melhoria da qualidade de vida dos clientes, reforçando o compromisso da ULS Viseu- Dão Lafões com a excelência no cuidado.

Relativamente à admissão do cliente, este é admitido nos serviços de ortopedia por norma, através da consulta e de forma eletiva para cirurgia programada, proveniente do serviço de urgência, mas também transferido de outros serviços, nomeadamente da UCIP e Neurocirurgia.

Abordando os recursos materiais existentes, nomeadamente os artromotores, considero que são fundamentais na ER, uma vez que permitem a realização de intervenções específicas que promovem a recuperação do cliente. Estes recursos otimizam a eficiência das intervenções, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e acelerando os resultados desejados. Desta forma, tentei sempre, ao longo do estágio, otimizar os recursos existentes, adequando-os às necessidades do mesmo.

No que diz respeito aos recursos humanos, o serviço de ortopedia é constituído por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, incluindo o enfermeiro Gestor, três EEER, sendo que um se encontra fixo na Ortopedia A e duas EEER são elementos móveis, entre o serviço de Ortopedia A e B, enfermeiros de cuidados gerais e uma enfermeira de acolhimento que gere as admissões nos serviços de acordo com as vagas disponíveis. Para além da equipa de enfermagem, conta com TAS, ortopedistas, assistente social, nutricionista, equipa de medicina e fisioterapia e secretariado. O turno da manhã inicia-se com a passagem de turno, onde são fornecidas informações detalhadas sobre o estado geral dos clientes. Após este momento, o EEER identifica os clientes prioritários e inicia a sua intervenção. O trabalho de ER é realizado

nas enfermarias e nos corredores, existindo também salas de apoio no serviço, nomeadamente a sala de banho assistido. A intervenção por parte do EEER nos serviços de Ortopedia A e B é dirigida aos clientes em internamento que beneficiam desta ação, não sendo necessária a referenciação pela equipa médica. Desta forma, o EEER de forma autónoma, identifica as necessidades de intervenção dos clientes e inicia o programa de reabilitação.

O EEER desempenha um papel fundamental no acompanhamento e recuperação do cliente ortotraumatológico e reumatológico onde se incluem diversas áreas de intervenção, nomeadamente, respiratória associada a prevenção de complicações, sensorio motora, assim como a educação e capacitação do cliente e seu cuidador, com contributo na referenciação para a continuidade de cuidados na comunidade. O programa de reabilitação implementa-se em dois momentos diferentes, mas que se complementam, nomeadamente no acolhimento do cliente, no período pré-operatório e após a cirurgia, durante o período pós-operatório. O programa de reabilitação inicia-se no pré-operatório, principalmente no contexto de artroplastia, onde existe um primeiro contacto com o cliente e lhe é fornecido um pequeno livro elaborado pelos EEER, onde consta informação sobre a cirurgia e todos os cuidados a ter no pós-operatório e desta forma prepará-los para uma recuperação mais eficaz e regresso ao domicílio de forma a enfrentar as adversidades que advêm de uma cirurgia. De acordo com Zhong et al. (2021), é relativamente consensual que os clientes submetidos a artroplastia costumam ter uma preparação deficiente no período pré-operatório, levando a complicações pós-operatórias, nomeadamente controlo ineficaz da dor, exercícios de reabilitação mal realizados e frequentes luxações da prótese após a alta. Neste sentido, ao longo dos anos, tem-se apurado um crescimento do número de estudos e projetos de intervenção no período pré-operatório que consistem em intervenções multidisciplinares ao nível da educação, gestão e alívio da dor, exercícios de reabilitação e intervenção precoce (Zhong et al., 2021; Zhao et al., 2022; Yin et al., 2022). A intervenção precoce do EEER após cirurgia demonstra uma melhoria do estado psicológico, melhor atenção e cuidado aos exercícios de reabilitação, contributo na gestão da dor e um progresso mais linear no plano de reabilitação (Zhao et al., 2022).

Nesta linha de pensamento, tive oportunidade de, ao longo do estágio, intervir no pré-operatório e compreendi a importância estratégica desta fase, como sendo um momento-chave de preparação do cliente, funcional e psicologicamente. A minha intervenção centrou-se no ensino claro e adaptado do programa de reabilitação no pós-operatório. Abordei questões como a importância da RFR na prevenção de complicações respiratórias no pré e pós-operatório, sobretudo em clientes com patologia crónica associada. Incidi sobre posicionamentos e mobilizações no leito. Considerei esta intervenção muito significativa no processo de recuperação do cliente, uma vez que, posteriormente no pós-operatório, os mesmos já se encontravam, maioritariamente capacitados para o programa de reabilitação. Nesta fase, é também importante ensinar, instruir e treinar para o processo de recuperação, nomeadamente através de exercícios de amplitude articular e fortalecimento e tonificação muscular. Esta abordagem não deve ser centrada exclusivamente no segmento intervencionado, mas sim na pessoa como um todo. Os exercícios de fortalecimento muscular do membro intervencionado são fundamentais para restaurar a funcionalidade, melhorar a estabilidade articular e promover a independência. No entanto, é determinante intervir nos outros membros e grupos musculares que compensam as limitações do segmento afetado, como o membro contralateral e os membros

superiores (especialmente pelo uso de dispositivos auxiliares de marcha). Estas estruturas sofrem frequentemente sobrecarga e podem desenvolver alterações funcionais se não forem devidamente trabalhadas.

O programa de reabilitação motora no serviço de Ortopedia A e B vai de encontro ao que a evidência científica nos diz que, no período pós-operatório, se verifica a utilização de exercícios de reabilitação respiratória, posicionamentos antiálgicos, anti-luxantes e exercícios de reabilitação motora (Schultz et al., 2017), sendo dado especial ênfase a estes últimos. Nestes inserem-se o levantar precoce, a transferência cama-cadeira, a marcha com utilização de auxiliares de marcha, treino de escadas, treino de AVD's e adaptação à realidade no domicílio (Gurcavir & Karabulut, 2017; Zhang & Xiao, 2020).

A transição do hospital para o domicílio, especialmente após PTA/PTJ, constitui um momento crítico na recuperação do cliente, muitas vezes marcado por dor, limitação funcional, insegurança, risco de complicações e quedas. Neste sentido, os serviços de Ortopedia A e B dispõem de um projeto, intitulado *Follow-Up*, que é regulado pelos EEER, através de contacto telefónico 3 a 5 dias após a alta hospitalar. A participação neste acompanhamento permitiu-me compreender o papel da ER na deteção precoce de complicações, na promoção do autocuidado e da adesão ao plano de exercícios, bem como no suporte emocional ao cliente. Este processo evidenciou a importância da avaliação contínua e da individualização dos cuidados, confirmando o impacto do EEER na capacitação da pessoa e na sua adaptação funcional no regresso ao domicílio.

Os serviços de Ortopedia A e B dispõem de escalas de apoio e avaliação dos clientes, nomeadamente na plataforma Glint®, as quais tive oportunidade de aplicar, assim como protocolos internos e guias de apoio à tomada de decisão. Ao longo do estágio tive a oportunidade de constatar que, não só padronizam a avaliação do cliente, como facilitam a tomada de decisão, promovendo a eficácia das intervenções e uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

### 1.5. Serviço de Medicina Interna - setor A – ULS Guarda

O serviço de Medicina Interna - setor A da ULS da Guarda situa-se no primeiro piso do edifício antigo. A lotação total é de vinte e oito camas, das quais quatro se encontram em unidade isolada, utilizadas preferencialmente para a necessidade de isolamento. Para além das enfermarias, existe uma panóplia de salas de apoio ao serviço.

Relativamente à admissão do cliente, este é admitido no serviço de Medicina A por norma, proveniente do serviço de urgência, mas também transferido de outros serviços, nomeadamente da UCIP, unidade de AVC ou Hospital de Dia.

No que diz respeito aos recursos humanos, o serviço de Medicina A é constituído por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, incluindo o enfermeiro Gestor, dois EEER e enfermeiros de cuidados gerais. Para além da equipa de enfermagem, conta com TAS, médicos especialistas de medicina interna, assistente social, nutricionista, equipa de fisioterapia, terapeuta da fala, EGA e secretariado.

O turno da manhã inicia-se com a passagem de turno, após este momento, o EEER faz visita às enfermarias, de forma a conhecer e fazer uma primeira avaliação dos clientes. Enquanto futura EEER, compreendo que o conhecimento profundo e atualizado sobre todos os clientes do serviço, especialmente os que foram admitidos recentemente, constitui uma dimensão essencial da boa prática profissional. Esta competência vai além da simples recolha de dados clínicos, trata-se de uma postura ética, responsável e proativa, que favorece a continuidade dos cuidados e a eficácia do processo de reabilitação. Desta forma, é possível identificar precocemente necessidades e prioridades, definindo objetivos realistas e personalizados. Noutra perspetiva, considero também que, tendo em consideração os recursos humanos limitados para o rácio de clientes, esta prática poderá traduzir-se numa sobrecarga de trabalho.

O trabalho de ER é realizado nas enfermarias e nos corredores. A intervenção por parte do EEER no serviço de Medicina A é dirigida aos clientes em internamento que beneficiam desta ação, não sendo necessária a referência pela equipa médica. Desta forma, o EEER de forma autónoma, identifica as necessidades de intervenção dos clientes internados e inicia o programa de reabilitação de forma personalizada e individualizada. Ainda assim, o médico pode fazer referência para qualquer cliente através da plataforma SClínico®. O EEER desempenha um papel fundamental no acompanhamento e recuperação do cliente neurológico vascular e degenerativo onde se incluem diversas áreas de intervenção, nomeadamente, respiratória associada a prevenção de complicações, sensorio motora, assim como a educação e capacitação do cliente e seu cuidador. Durante o meu percurso neste estágio, o objetivo principal era a abordagem ao cliente com patologia neurológica. No entanto, no contexto onde este se desenvolveu, revelou-se mais abrangente e diversificado do que o inicialmente previsto, proporcionando-me uma vivência profissional extremamente rica e desafiadora.

Sabendo que um serviço de Medicina Interna se caracteriza por admitir clientes com múltiplas comorbidades, complexidade clínica e fragilidade funcional, durante este estágio tive oportunidade de contactar não só com clientes com patologia neurológica mais no contexto degenerativo, mas também com patologias cardiovasculares (insuficiência cardíaca, síndromes coronárias), patologia respiratórias (DPOC exacerbada, pneumonias de causas diversas), alterações metabólicas (diabetes mellitus descompensada) e síndromes de fragilidade do idoso, associado ao declínio funcional e descondicionamento físico. Este leque variado de patologias permitiu-me intervir, considerando os múltiplos sistemas afetados. Embora o foco do estágio estivesse na reabilitação neurológica, a realidade do serviço permitiu-me desenvolver competências transversais fundamentais como a avaliação funcional global com um planeamento individualizado, comunicação efetiva, relação terapêutica e também gestão da complexidade clínica e priorização de cuidados. Se por um lado, poderia questionar-me se os objetivos específicos do estágio foram plenamente cumpridos, uma vez que o foco inicial se centrava na patologia neurológica, por outro lado, acredito que a exposição a uma realidade clínica mais ampla me preparou para os desafios da prática profissional. Acrescento ainda que, o facto de ter aplicado princípios e intervenções de ER neste contexto, evidencia a versatilidade e a necessidade desta especialidade em diferentes contextos clínicos, reforçando a importância do EEER como agente de mudança e promotor da funcionalidade.

Abordando os recursos materiais existentes, o serviço de Medicina A dispõe de diversos recursos e equipamentos utilizados nos programas de reabilitação, entre os quais, cicloergômetro de membros superiores e inferiores, Acapellas, espirômetros de incentivo, *Cought Assist*, halteres e sacos de areia com vários pesos, bandas elásticas de diferentes resistências, bastões, diverso material utilizado para oxigenoterapia e inaloterapia, material de reabilitação cognitiva e motricidade fina e ainda diversos dispositivos auxiliares de marcha. Considero que os recursos materiais existentes são fundamentais na ER, uma vez que permitem a realização de intervenções específicas que promovem a recuperação do cliente.

Durante o estágio, através de uma prática proativa, desenvolvi atividades de estimulação da motricidade fina e cognitiva (Apêndice III), particularmente relevantes no cuidado à pessoa com patologia neurológica degenerativa. Estas intervenções tornam-se fundamentais no contexto da ER, uma vez que contribuem significativamente para a manutenção das funções remanescentes e promoção da independência funcional. Ao estimular a motricidade fina, favorece-se a preservação e recuperação da destreza manual, essencial para a realização de AVD's, contribuindo não só para a melhoria da funcionalidade, mas também para o reforço da autoconfiança e da percepção da capacidade do cliente. Por outro lado, a estimulação cognitiva, aplicada de forma personalizada, torna-se eficaz na manutenção das capacidades mnésicas, de atenção, memória e executivas, frequentemente comprometidas na patologia neurológica. Esta abordagem integrada demonstrou a relevância da minha intervenção enquanto futura EEER, enquanto agente terapêutico ativo na recuperação global do cliente, exigindo da minha parte, iniciativa, sensibilidade clínica e fundamentação teórica sólida, evidenciando o papel diferenciador da ER no processo de recuperação do cliente.

Ao longo do estágio, compreendi a relevância de capacitar tanto o cliente como o seu cuidador, sobretudo no contexto da preparação para a alta hospitalar. A educação para a saúde, enquanto eixo fundamental da prática de enfermagem, deve ser contínua, acessível e adaptada às necessidades individuais, com vista a promover a autonomia, prevenir complicações e garantir a continuidade segura dos cuidados no contexto domiciliário. Desta forma, a realização de panfletos informativos durante o estágio (Apêndice IV), surgiu como uma estratégia complementar aos ensinamentos realizados em contexto clínico. Estes materiais permitiram reforçar conteúdos essenciais como técnicas de posicionamento e transferência do doente com AVC, cuidados com a pele e cuidados a ter com a eliminação vesical comprometida, assim como cuidados a ter com a alimentação da pessoa com disfagia, promovendo o empoderamento do cliente e cuidador, através de uma linguagem clara, estruturada e visualmente apelativa. Reconheço que esta prática exigiu não apenas conhecimento técnico-científico, mas também competências de comunicação e seleção criteriosa da informação. A elaboração de panfletos informativos constituiu uma extensão do meu compromisso com o ensino terapêutico, revelando-se uma ferramenta eficaz para minimizar a insegurança no regresso ao domicílio e favorecer a adesão ao plano de cuidados. Refletindo sobre a minha prestação, considero que esta abordagem educativa reforçou o papel da ER como facilitadora da transição hospitalar e promotora da literacia em saúde, contribuindo para uma intervenção eficaz, segura e centrada na pessoa.

Sempre que surgiu oportunidade, registei as intervenções e os resultados obtidos na plataforma SClínico®, garantindo a continuidade de cuidados. Procurei sempre o registo adequado e contínuo, com a orientação dos EEER, contribuindo para a avaliação da eficácia das intervenções e ajustes no plano de cuidados de acordo com a evolução do cliente.

### 1.6. Outros Contextos: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Residência Sénior Dona Ana

A Residência Sénior Dona Ana situa-se na freguesia de Santana D’Azinha na Guarda e tem lotação para 58 pessoas, desenvolvendo o seu trabalho na área da prestação de cuidados em geriatria, destacando-se pela prestação de serviços na área neurológica, uma vez que existe a opção de ingresso na ERPI em modalidade de curta duração, de forma a promover a recuperação da pessoa para o regresso a casa. Esta ERPI dispõe de apoio de enfermagem, acompanhamento médico, nutricionista, animadora sociocultural e assistentes operacionais, assim como serviços extra de fisioterapeuta, EEER e psicólogo.

A minha passagem pela ERPI Dona Ana consolidou a compreensão de que a ER é um eixo estruturante dos cuidados em todos os contextos do ciclo de vida. Neste contexto, onde existem comorbilidades, fragilidade e uma diminuição da capacidade intrínseca prevalente, a prática em ER permite transformar rotinas assistenciais em planos de intervenção personalizados, orientados para ganhos em funcionalidade, independência nas AVD’s e qualidade de vida.

Na realidade desta instituição, observei que, apenas os residentes que contratualizam o serviço de fisioterapia/reabilitação em regime privado beneficiam de forma sistemática da utilização dos recursos diferenciados e da prática especializada. Esta realidade, colocou algumas questões, na medida em que estamos a segmentar cuidados que deveriam ser universais, promovendo desigualdade no acesso. A reabilitação não pode ser vista apenas como um serviço complementar opcional, mas como um direito fundamental das pessoas idosas, sobretudo num contexto em que a manutenção da funcionalidade e a prevenção de complicações são determinantes para a qualidade de vida e para a sustentabilidade dos cuidados. Inclusive, a World Health Organization ([WHO], 2023) sublinha a reabilitação como parte do continuum de cuidados essenciais, que não deve depender de pagamento adicional (WHO, 2023), uma vez que os ganhos em saúde, autonomia e prevenção de complicações (quedas, úlceras por pressão, infeções respiratórias), justificam não apenas a sua pertinência clínica, mas também o impacto económico pela redução de internamentos evitáveis e de custos associados à dependência.

Durante a minha experiência na ERPI Dona Ana, percebi também que a existência de recursos físicos, em particular o ginásio, constitui um facilitador determinante para a prática de ER. A disponibilidade de equipamentos adaptados (bicicleta ergométrica, circuito automatizado para treino de marcha, faixas elásticas, bastão, pesos, barras paralelas, espaldar de madeira, bola de bobath, entre outros), não é apenas um adjuvante, mas sim uma condição essencial para operacionalizar intervenções baseadas na evidência: treino de marcha, RFR, treino de força e resistência e treino de equilíbrio. A literatura é clara ao demonstrar que programas estruturados de exercício terapêutico, realizados em ambiente controlado e com recursos adequados,

maximizam os ganhos em funcionalidade e reduzem o risco de quedas e de descondicionalamento físico (Sherrington et al., 2019; Peyrusqué et al., 2023).

Durante a minha prática na ERPI Dona Ana, assumi um papel ativo na avaliação contínua e individualizada dos residentes, centrando-me nas necessidades funcionais e objetivos realistas de cada pessoa. Este processo permitiu-me estruturar intervenções de ER direcionadas para a manutenção e/ou recuperação da funcionalidade, assegurando uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa, conforme preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER (2018). Entre as intervenções implementadas, destaco a RFR, o treino de força e resistência muscular, o treino de marcha, treino de equilíbrio e mobilizações passivas e ativas-assistidas para manutenção da amplitude articular. Esta prática associa-se ao exercício multimodal como estratégia eficaz na prevenção da sarcopenia, das quedas e do declínio funcional em pessoas idosas (Cruz-Jentoft et al., 2019; Sherrington et al., 2019).

Com o objetivo de diversificar e qualificar a intervenção da ER, concebi em conjunto com uma colega, um caderno de atividades estruturado (Apêndice V), integrando propostas de exercícios adaptados que contemplaram alongamentos, treino de equilíbrio, prática de atividade física, estimulação cognitiva e da motricidade fina. No âmbito do treino de equilíbrio, procedi a adaptações no espaço do ginásio, nomeadamente a utilização de tapetes dinâmicos coloridos, a marcação de linhas no solo e a definição de pontos de referência fixos na parede, com o objetivo de simular desafios funcionais da vida diária. Estas estratégias encontram suporte na evidência científica, a qual demonstra que programas de treino que integram tarefas de desafio ao equilíbrio e exercícios em dupla tarefa (cognitivo-motora) contribuem de forma significativa para a redução da incidência de quedas (Sherrington et al., 2019; Fairhall et al., 2022).

A estimulação cognitiva e o treino de motricidade fina constituíram outra prioridade da minha intervenção, uma vez que a literatura evidencia que estas práticas contribuem não apenas para a manutenção da função cognitiva, mas também para a melhoria da independência nas AVD's e para a redução do isolamento social e depressão (Olazarán et al., 2010; Gates et al., 2019). Neste sentido, desenvolvi diversas atividades dirigidas à memória, atenção, coordenação motora e motricidade fina (Apêndice VI).

Uma das experiências mais significativas foi a dinamização de duas sessões de exercício em grupo, com balões (Apêndice VII). Estudos recentes apontam que programas de exercício em grupo para idosos, mesmo quando lúdicos, promovem ganhos físicos, reduzem sintomas depressivos e aumentam a perceção de qualidade de vida (Zubala et al., 2017). Esta atividade, aparentemente simples, teve um impacto multidimensional: a nível físico, promoveu a mobilidade articular, coordenação visuo-motora, resistência e equilíbrio, já a nível psicossocial, favoreceu a socialização, o riso, o sentimento de pertença e de bem-estar emocional.

Adicionalmente, desenvolvi em conjunto com uma colega, um panfleto educativo sobre cuidados a ter após fratura da anca (Apêndice VIII), com o intuito de fornecer informação acessível e prática para residentes, familiares e assistentes operacionais. Esta iniciativa encontra respaldo na importância da literacia em saúde como determinante da recuperação funcional, prevenção de complicações e adesão ao plano terapêutico (Nutbeam, 2018).

A experiência desenvolvida neste contexto possibilitou-me não apenas o aperfeiçoamento de competências técnicas específicas da ER, mas também a adoção de uma postura reflexiva, criativa e inovadora, indispensável para a transposição da evidência científica na prática quotidiana. O acesso a recursos diversificados potenciou a implementação de intervenções diferenciadas, o que reforçou a convicção de que a ER assume um papel transformador na vida da pessoa. A ER na comunidade assume um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de complicações e otimização da independência funcional da pessoa idosa e sua autonomia. Numa sociedade marcada pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da prevalência de patologias crônicas e incapacitantes, a intervenção do EEER torna-se determinante para a manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida. Entendo que a ER na comunidade passa por uma prática transformadora e proativa, que ultrapassa a resposta ao episódio agudo e se foca na prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade ao longo do processo de envelhecimento. A prática neste contexto centra-se não apenas no treino motor, mas também na educação para a saúde, na capacitação do idoso, família e pessoas envolvidas, na adaptação do ambiente psicossocial, favorecendo um envelhecimento ativo e seguro. A literatura evidencia ainda que, programas de reabilitação baseados na comunidade contribuem para a redução do risco de quedas e do declínio funcional, promovendo ganhos em participação social e bem-estar psicológico (Sherrington et al., 2019).



## 2. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

A Enfermagem é uma profissão que presta cuidados de saúde ao longo do ciclo de vida humano, acompanhando os avanços científicos e tecnológicos que exigem o desenvolvimento constante de competências profissionais. A atualidade, dinâmica e complexa, evidencia a necessidade de formação contínua e de competências multidimensionais (Cantante et al., 2020). Segundo os mesmos autores, diversos desafios marcaram a evolução da Enfermagem, quer enquanto disciplina, quer como profissão, orientando-se sempre para a dignificação do exercício profissional.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, regulamenta o exercício profissional, salvaguarda os direitos e normas deontológicas e define competência, responsabilidades, os direitos e os deveres dos enfermeiros. Posteriormente, a OE, criada pelo Decreto-Lei n.º 104/98, assumiu o papel de promover a qualidade dos cuidados, bem como o desenvolvimento, regulamentação e controlo do exercício profissional, assegurando a ética e a deontologia.

Em Portugal, a Enfermagem tem acompanhado o progresso técnico-científico, sendo reconhecida como profissão autorregulada e classificada como Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, na Classificação Nacional de Profissões (Cantante et al., 2020). O Regulamento n.º 140/2019 define as competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. O EE detém conhecimentos aprofundados, capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, partilhando um núcleo de competências comuns que sustentam a prática clínica diária. Neste sentido, a especialidade em Enfermagem de Reabilitação é reconhecida pela OE sendo atribuída através do título de enfermeiro especialista.

Para compreender a evolução destas competências, é essencial clarificar o conceito de competência. Em 1973, McClelland definiu-a como uma característica relacionada com o desempenho superior na realização de uma tarefa. Nos anos 80, Boyatzis destacou o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, isto é, um conjunto de capacidades humanas, que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas (McClelland & Spencer, 1990; Spencer & Spencer, 1993). Dias (2006), acrescenta que estas abrangem potencialidades, habilidades, aptidões, atitudes, traços de personalidade e conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro atuar nos domínios preventivos, curativos, de reabilitação e/ou reinserção do cliente e organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio afetiva, relacional, comunicativa ético-moral (Dias, 2006).

Ao longo da sua carreira, o enfermeiro deve investir na atualização contínua, investindo no desenvolvimento de habilidades, na mobilização de conteúdos teóricos atualizados e integrando-os na prática clínica. A construção dessas competências ocorre ao respeitar o curso natural desse processo (Ferreira et al., 2017; Mártires et al., 2019). De acordo com Benner (2001) e Le Boterf (2003), a aquisição e desenvolvimento de competências encontra-se intimamente relacionada com as experiências vivenciadas e a forma como são ensinadas e determina o saber agir em conformidade com responsabilidade profissional e sujeita a

avaliação. Apesar da diversidade de definições, é consensual que a competência constitui um elemento intrínseco e estruturante da prática de enfermagem. Neste sentido, rejeita-se uma visão estática ou meramente normativa da competência, assumindo-se antes uma perspectiva evolutiva, adaptativa e continuamente reconstruída à luz da experiência, da reflexão e do progresso científico. Deste modo, o EEER deve demonstrar domínio de conhecimentos específicos e capacidade de fundamentar decisões clínicas eficazes, éticas e centradas na pessoa, orientadas para a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a maximização da funcionalidade e da qualidade de vida.

As competências comuns dos EE incluem educação das pessoas e pares, orientação, aconselhamento, liderança e investigação em temas relevantes, promovendo a melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Estas distribuem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). O pensamento crítico e reflexivo é central neste processo pois sustenta uma prática autónoma, personalizada e de qualidade (Mártires et al., 2019).

A formação especializada é, portanto, fundamental. No contexto clínico, as competências do EE desenvolvem-se, pela integração entre conhecimento teórico e a prática efetiva, apoiada numa análise retrospectiva e reflexiva que orienta a tomada de decisões (Peixoto & Peixoto, 2016).

Este processo reflexivo que se procurará desenvolver de seguida, favorece a compreensão aprofundada e integrada do percurso formativo e profissional, uma vez que a especialização e o desenvolvimento profissional são pilares essenciais para a excelência na prática de enfermagem e a promoção contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

## 2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Este ponto apresenta uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas em estágio, enquadradas no Regulamento das Competências Comuns do EE, nomeadamente nos domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Mais do que uma descrição das atividades desenvolvidas, esta reflexão constitui um exercício de análise crítica da experiência formativa, fundamentada nos referenciais normativos e ético-profissionais que orientam a prática especializada. Procura-se, assim, evidenciar a consolidação de competências, a problematização dos desafios emergentes e os processos de transformação profissional que concorrem para a construção e afirmação da minha identidade enquanto EEER.

### 2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, reconheço que a prática especializada deve estar em conformidade com normas jurídicas, princípios éticos e deontológicos, assegurando cuidados que respeitem os direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Tal como refere Hesbeen (2003), a especialização em enfermagem só adquire

sentido quando articula o saber técnico com a complexidade das situações humanas, exigindo reflexão contínua sobre a forma como assistimos a pessoa, na sua dignidade e direitos.

O REPE estabelece que o enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética, salvaguardando os interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Decreto-Lei n.º 104/98). Neste enquadramento, o Código Deontológico constitui-se como modelo de autorregulação profissional (OE, 2015). A concretização deste domínio implica o conhecimento e aplicação das normas e orientações regulamentares, que assegurem padrões de segurança e ética na prática clínica.

Na Enfermagem de Reabilitação, a ética exige reflexão constante sobre a conduta profissional, integrando valores e princípios orientadores da ação, de modo a respeitar a dignidade da pessoa e do próprio profissional (Deodato, 2017). Como destaca Lourenço et al. (2022), a tomada de decisão é central no exercício da profissão, dado o desafio de responder eficazmente às necessidades dos clientes.

Durante o estágio, procurei consolidar uma prática clínica assente em princípios éticos e deontológicos, refletindo sobre cada decisão em colaboração com os enfermeiros orientadores. Tal como sublinha Ginó (2023), privilegiei uma abordagem personalizada e humanizada, respeitando a individualidade biopsicossocial, cultural e espiritual, salvaguardando os direitos das pessoas e abstendo-me de juízos de valor e estabelecendo uma relação terapêutica.

Seguindo o Código Deontológico (OE, 2015), atribuí relevância a valores fundamentais como a privacidade, autonomia, autodeterminação, intimidade e confidencialidade, o que implicou recorrer a estratégias deliberadas. Compreendi que o respeito pelos direitos humanos se expressa não apenas em decisões complexas, mas também em pequenos gestos quotidianos, como resguardar a intimidade durante as intervenções ou evitar a exposição desnecessária do corpo. Apesar de algumas limitações estruturais, reconheci nestas ações a expressão de um compromisso ético centrado na dignidade da pessoa.

O dever de informar, previsto no Artigo 84º do Código Deontológico, exige que o enfermeiro esclareça o cliente e família sobre os cuidados prestados, promova o consentimento informado e oriente sobre os recursos disponíveis (OE, 2015). Ao longo do estágio, garanti uma comunicação clara e fundamentada, valorizando a partilha bidirecional de informação, preservando a confidencialidade e promovendo a autonomia da pessoa. Este princípio encontra ainda respaldo na Lei de Bases da Saúde, que consagra o direito à informação acessível e inteligível (Assembleia da República, 2019; Ng, 2024).

A comunicação assumiu-se como instrumento terapêutico central, permitindo construir relações de confiança e favorecer a adesão ao plano de cuidados. Utilizei estratégias adaptadas ao nível de literacia em saúde, com linguagem clara e culturalmente sensível, fomentando a participação ativa na decisão. Nos casos de défice de atenção ou limitações cognitivas, recorri à demonstração visual e repetida dos exercícios. A título de exemplo, a demonstração física dos exercícios, realizada através de movimentos lentos, claros e repetidos, constituiu uma estratégia facilitadora da compreensão, potenciadora da captação e manutenção da atenção da pessoa. Esta

adaptação exigiu em mim sensibilidade clínica para perceber sinais de incompreensão, uma capacidade de comunicação não verbal eficaz, criatividade e paciência.

Um desafio ético recorrente foi a gestão das expectativas de clientes e famílias, frequentemente influenciadas por crenças excessivamente otimistas ou desajustadas. Nestes casos foi essencial comunicar de forma honesta e sensível, evitando falsas esperanças, mas preservando a motivação para a recuperação possível de atingir. Reconheci aqui, o papel do EEER como facilitador da adaptação à nova condição de saúde, promovendo a capacitação e auto responsabilização da pessoa (Bass et al., 2023).

A autonomia, entendida como a capacidade de decidir livremente e agir em consonância com valores e crenças (Zhang et al., 2021), orientou a definição dos objetivos terapêuticos. A escuta ativa permitiu identificar expectativas e necessidades, reforçando relações de parceria baseadas no respeito mútuo. O planejamento de cuidados foi, assim, pautado por uma abordagem centrada na singularidade da pessoa, reconhecendo o seu direito à autodeterminação e à participação ativa. A confiança construída com o cliente, família/cuidador e equipas, revelou-se determinante para a eficácia da minha intervenção.

No contexto da prática em ER, mobilizei-me como recurso terapêutico, disponibilizando não apenas conhecimento técnico, mas também uma presença empática e de parceria, adotando uma perspetiva centrada nas potencialidades da pessoa. Ao longo do estágio, ficou evidente que o foco na potencialidade e não na limitação, constitui um princípio orientador da prática de reabilitação. Esta perspetiva possibilita a promoção da autonomia e da funcionalidade, contribuindo para a reconstrução de um projeto de vida com significado, ajustado às capacidades da pessoa e ao seu contexto.

A ER afirma-se assim como uma prática transformadora, centrada na capacitação e autodeterminação da pessoa. Ao longo do estágio, esta competência foi consolidada através de uma intervenção que integrou conhecimento técnico-científico, pensamento crítico e uma presença empática. Concluo, por isso, que esta competência foi plenamente atingida, não apenas pelos resultados que observei, mas pela forma humana e consciente com que acompanhei cada pessoa no seu próprio processo de reabilitação.

### **2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade**

Ao longo do estágio, procurei assumir o papel dinamizador que é exigido enquanto futura EEER, integrando iniciativas institucionais, colaborando em programas de melhoria contínua e promovendo um ambiente terapêutico seguro, conforme preconiza o Regulamento n.º 140/2019. Reconheço que a intervenção do EEER responde a necessidades concretas da população e gera ganhos efetivos em saúde, exigindo monitorização sistemática, produção de indicadores e implementação de melhorias (Regulamento n.º 350/2015).

No meu percurso formativo, integrei os enunciados descritos da especialidade: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, combate ao estigma e organização dos serviços. Ainda que com expressão variável, todos se interligaram, orientando o meu desenvolvimento e sustentando a

construção da minha identidade profissional. Neste sentido, os Padrões de Qualidade assumem-se como referenciais estruturantes para a avaliação da eficácia dos cuidados, sendo a melhoria contínua dependente de um processo de análise crítica e sistemática da prática clínica, o qual possibilita a identificação de oportunidades de aperfeiçoamento.

Na governação clínica, percebi que o papel do EEER ultrapassa a execução técnica, exigindo envolvimento em projetos institucionais e capacidade de identificar áreas de melhoria, promovendo funcionalidade, autocuidados, prevenção de complicações e maximização das capacidades (Regulamento n.º 392/2019). O rigor no planeamento e seleção de metodologias fortaleceu as minhas competências de análise, organização e priorização, evidenciando que os indicadores de resultado traduzem o contributo efetivo do EEER para a condição de saúde da pessoa. Neste processo, compreendi que a melhoria contínua exige uma participação ativa, garantindo um ambiente terapêutico seguro e adequado e que os resultados não impactam apenas a prática, mas também podem influenciar políticas de saúde (Gaspar et al., 2021).

A reflexão individual e em equipa multidisciplinar permitiu-me consolidar a capacidade de rever práticas e avaliar riscos. Durante o meu percurso, assumi a importância de utilizar indicadores e instrumentos adequados para avaliar sistematicamente a prática clínica, potenciando, sempre que necessário, o envolvimento da família e/ou cuidadores, de forma a responder de modo eficaz às necessidades identificadas. Paralelamente, procurei participar ativamente e com responsabilidade na gestão do risco a nível institucional, adaptando a intervenção aos diferentes contextos de estágio.

Os conhecimentos especializados e científicos adquiridos ao longo da formação foram aplicados de forma consciente e direcionada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Essa aplicação traduziu-se no planeamento de estratégias de intervenção, com definição clara de prioridades, sustentadas pela evidência científica e alinhadas com os objetivos institucionais. Dediquei-me ao estudo aprofundado dos protocolos de cada serviço, reconhecendo-os como orientadores essenciais para a organização e implementação de boas práticas.

Uma experiência determinante foi a realização de um procedimento interno sobre terapêutica inalatória (Apêndice IX). O aprofundamento deste tema permitiu-me consolidar conhecimento baseado na evidência e refletir sobre a importância da correta utilização dos dispositivos na eficácia terapêutica e adesão ao tratamento. Reconheci que erros na técnica de inalação estão associados a falhas terapêuticas, exacerbações e hospitalizações, sobretudo na patologia respiratória crónica. Daí decorre a relevância da padronização das práticas, da formação da equipa e da promoção da literacia em saúde junto dos clientes e cuidadores.

A literacia em saúde constitui um eixo central da prática do enfermeiro. Reconheço os folhetos informativos como recurso educativo eficaz, desde que adequados ao nível de literacia da população (Rosendo & Santiago, 2017). Estes materiais aumentam a consciencialização em saúde (Garcia & Eiró-Gomes, 2023), facilitam o consentimento informado, estruturam dúvidas e promovem o empoderamento e autonomia (Sustersic et al., 2017; Sousa et al., 2020). Neste sentido, elaborei em diversos contextos de estágio, panfletos (Apêndice X) sobre várias temáticas relevantes (PTA: exercícios terapêuticos; PTA: Guia de cuidados a ter em casa;

reeducação vesical; exercícios de equilíbrio e força muscular), assegurando assim a acessibilidade à informação e continuidade de cuidados (Martins, 2022).

Mantive, de forma consistente, uma postura proativa e de colaboração no domínio da melhoria contínua da qualidade, participando em iniciativas institucionais e práticas clínicas orientadas para a segurança e o bem-estar dos clientes. No estágio na comunidade, na ECCI da ULS - Guarda, identifiquei a necessidade de criar uma folha de avaliação de ER, assim como uma folha do programa de reabilitação (Apêndice XI), reforçando a importância da utilização de instrumentos de avaliação, para diagnósticos precoces e precisos, influenciando diretamente a qualidade dos cuidados. Esses instrumentos devem ser válidos, fiáveis, responsivos e clinicamente úteis, permitindo quantificar ganhos em saúde e orientar a prática (Sousa et al., 2021). A sua adequação garante que as alterações observadas correspondem a mudanças reais, minimizando vieses e otimizando a tomada de decisão.

Num contexto de crescente literacia em saúde (Lopes & Almeida, 2022), reconheço a necessidade de atualização permanente e de uma prática sustentada em recomendações atuais (Ayyad et al., 2024). Compete ao enfermeiro promover uma cultura de segurança (Romão, 2023), avaliar riscos e garantir comunicação eficaz entre profissionais, clientes e famílias, como elemento determinante na prevenção de acidentes (DGS, 2019). A qualidade, como defendem Stavropoulou et al. (2022), é multidimensional e depende da comunicação, da liderança e trabalho em equipa, sendo a melhoria dos ambientes de prática, uma estratégia de baixo custo e elevado impacto. Nos contextos onde estagiei, observei que as práticas eram orientadas por protocolos baseados na investigação mais atual, constituindo suporte sólido para a intervenção especializada.

Em todos os contextos da prática, mantive o compromisso de assegurar ambientes seguros e de qualidade, sustentados em boas práticas. A minha intervenção foi pautada pela gestão criteriosa do ambiente, garantindo segurança na mobilização, fomentando relações terapêuticas de confiança e prevenindo incidentes, sempre com base no processo de enfermagem, referenciais teóricos, evidência científica atual, instrumentos recomendados pela OE e diálogo com pares e clientes (Marques-Vieira & Gonçalves, 2021). Entendi que a satisfação da pessoa e o sucesso do cuidar resultam de intervenções holísticas que integram o cliente, a família e equipa, fortalecendo relações de colaboração (Park et al., 2018). Esta abordagem promove não só ganhos em saúde, mas também um ambiente profissional saudável e motivador. O ambiente da prática de enfermagem influencia diretamente a qualidade dos cuidados e os resultados clínicos, assim comprometi-me a prestar cuidados rigorosos, centrados na segurança e integridade da pessoa, integrando programas de melhoria contínua, identificando áreas prioritárias e colaborando com a equipa multidisciplinar na criação de ambientes terapêuticos seguros e eficazes.

Concluo que a criação de ambientes terapêuticos seguros é uma responsabilidade intrínseca do enfermeiro e reforçada no papel do EEER. A elaboração de planos de cuidados individualizados, centrados nas necessidades reais da pessoa e família, revelou-se fundamental para garantir a segurança, promover a recuperação e sustentar práticas de qualidade baseadas na melhor evidência, com tradução em ganhos efetivos em saúde.

### 2.1.3. Gestão dos Cuidados

Este domínio abrange a gestão dos cuidados de enfermagem, articulando a liderança das equipas, a coordenação com outros profissionais e a otimização de recursos em prol da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Segundo a OE (2018a), o desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica, constitui um facilitador da gestão da qualidade em ER, promovendo a tomada de decisão fundamentada dos enfermeiros especialistas.

Durante os estágios, desenvolvi competências específicas na organização da prestação de cuidados, liderança de equipa, definição de prioridades e gestão de recursos. Estes processos, intrinsecamente articulados, exigem ao EEER um compromisso contínuo com o aperfeiçoamento técnico-científico e relacional, dada a complexidade dos contextos clínicos. A estruturação dos cuidados revelou-se essencial para garantir a continuidade, coordenação e centralidade na pessoa, numa lógica de complementaridade multidisciplinar.

As equipas eficazes caracterizam-se por confiança, respeito e colaboração, pilares da abordagem multidisciplinar em saúde. Neste sentido, a participação em reuniões multidisciplinares constituiu um espaço privilegiado de análise do processo assistencial, sobretudo no planeamento da alta hospitalar e na transição segura para o domicílio. Como EEER em formação, assumi um papel central na elaboração de planos de cuidados individualizados, em colaboração com a equipa e com base em registos clínicos rigorosos, promovendo um acompanhamento preciso da evolução clínica e promoção de uma transição estruturada para o domicílio. Neste âmbito, destacou-se a capacitação da pessoa e família/cuidador como parceiros ativos do processo (Baixinho et al., 2019), e não meros utilizadores de serviços (Paniagua et al., 2018). Esta estratégia é assim fundamental para a continuidade e segurança dos cuidados e para a redução de reinternamentos e sobrecarga do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Baixinho et al., 2017). Esta função exige conhecimento sobre acessibilidade, produtos de apoio e recursos comunitários (Matos & Simões, 2022), bem como a definição de estratégias terapêuticas adequadas ao processo saúde-doença da pessoa. Como tal, concluo que esta função implica um elevado sentido de responsabilidade e uma capacidade apurada de comunicação e supervisão.

No exercício da sua prática, o EE assume simultaneamente a prestação de cuidados e a gestão de equipas, promovendo ambientes motivadores e de colaboração que potenciam a qualidade assistencial, refletindo a excelência dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019; Lourenço et al., 2022). A liderança em enfermagem, ao estimular a motivação e a confiança da equipa, revela-se essencial na melhoria contínua dos cuidados (Schneider et al., 2019), integrando a delegação e supervisão adequadas como instrumentos de eficiência e segurança. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada. Durante os estágios, participei ativamente na delegação e supervisão de tarefas entre enfermeiros e TAS, otimizando recursos humanos e assegurando a qualidade e segurança dos cuidados. Esta prática possibilitou a aplicação do conhecimento especializado em ER, com foco na promoção da funcionalidade e no desempenho das AVD's. Refleti sobre a importância de

capacitar a pessoa nos autocuidados, valorizando a sua autonomia e independência como pilares da reabilitação, através de estratégias terapêuticas adaptadas ao seu ritmo e necessidades. Em contexto hospitalar, destaco a supervisão junto de TAS no acompanhamento de cliente com sequelas após AVC, incentivando a estimulação do lado afetado durante os autocuidados, medida essencial para prevenir o desuso, potenciar a neuroplasticidade e favorecer a reintegração funcional. Esta experiência reforçou a relevância da supervisão qualificada e da formação contínua das equipas para a concretização de cuidados diferenciados e centrados na pessoa.

No exercício de funções do enfermeiro responsável de turno, participei na gestão de recursos humanos e materiais: distribuição de clientes pelos profissionais de saúde de acordo com o rácio por cada turno, o controlo de stocks farmacêutico, de consumo clínico e hoteleiro, a verificação de equipamentos de emergência e o cumprimento das normas de higiene e segurança, desenvolvendo competências organizacionais. O desempenho desse cargo implica elevada responsabilidade, conhecimento técnico e científico e competências relacionais, pois constitui uma referência para a equipa e garante a qualidade assistencial, promovendo uma cultura de excelência e *accountability*.

Segundo Yoder-Wise (2018), o líder deve conjugar uma visão estratégica, comunicação eficaz e capacidade de adaptação, características que observei em diferentes orientadores, permitindo compreender a influência dos estilos de liderança na dinâmica e motivação das equipas. A comunicação eficaz, como apontam Mrayyan et al. (2023), reduz redundâncias, otimiza tempo e aumenta a segurança e satisfação da equipa, aspetos que procurei sempre potenciar através de *feedback* contínuo, incentivando a autorreflexão e a aprendizagem colaborativa.

Ao longo do estágio, assegurei-me de que os registos de enfermagem, quando rigorosos e completos, constituem uma ferramenta essencial de comunicação e continuidade, assegurando a personalização do cuidado.

A gestão de recursos materiais, distinta nos contextos hospitalar e comunitário, exigiu adaptação e criatividade, reforçando a necessidade de planeamento e negociação para garantir a eficácia e continuidade de cuidados.

O papel do EE é de extrema importância neste domínio, uma vez que a identificação de melhorias nos indicadores de saúde, gestão e satisfação profissional, demonstra o impacto positivo da especialização em enfermagem nos ganhos em saúde para as pessoas, instituições e profissionais em questão (Lopes et al., 2018). Concluo assim que o papel do EEER, alicerçado numa visão holística, centrada na pessoa e sustentada numa prática multidisciplinar, configura-se como elemento-chave na melhoria dos resultados em saúde e na promoção de uma prática segura, eficaz e humanizada.

#### **2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Ao longo do percurso de estágio, vivenciei um processo transformador, marcado pelo desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e da prática baseada na evidência,

pilares da evolução profissional do EE (Regulamento n.º 140/2019). O autoconhecimento, definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2019), como a percepção individual que orienta a conduta, permite identificar e regular emoções, conduzindo a respostas assertivas e escolhas conscientes. Esta competência revelou-se determinante para a estabilidade emocional em contextos de pressão, reforçando a importância da comunicação assertiva na interação com a pessoa, família e equipa (Machado, 2023). Tal como defendem Rasheed et al. (2019), o autoconhecimento associa-se ao pensamento crítico e à gestão emocional, favorecendo decisões conscientes e relações terapêuticas promotoras de bem-estar (Strandås & Bondas, 2018).

As reuniões com cuidadores, realizadas durante o estágio na UCCI Acredita, constituíram momentos privilegiados para aplicar competências comunicacionais, aliando fundamentação científica e sensibilidade humana na preparação da alta e na articulação com recursos comunitários. A reflexão crítica foi transversal ao processo, permitindo-me reconhecer falhas, reajustar condutas e fortalecer competências, em consonância com Ahmadi et al., (2022).

A prática baseada na evidência como pilar da qualidade, defendida pela WHO (2017) e pela OE (2015), consolidou-se como eixo estruturante do meu desempenho.

O EE deve identificar lacunas, produzir e disseminar conhecimento (Regulamento n.º 392/2019), assumindo a investigação como um instrumento transformador, permitindo a adaptação das intervenções à singularidade dos clientes e promova ganhos efetivos em saúde (OE, 2023). A complexidade crescente dos contextos clínicos exige decisões fundamentadas na melhor evidência disponível, o que pressupõe não só a atualização contínua de conhecimentos, mas também uma postura crítica perante a prática.

Esta competência foi aprofundada através da elaboração da *Scoping Review* apresentada no capítulo seguinte, a qual incidiu sobre uma temática muito pertinente na área da ER. Esta experiência permitiu-me desenvolver competências na pesquisa estruturada em bases de dados científicas, na análise crítica da literatura e na sistematização dos principais resultados. Tal percurso reforçou a minha percepção sobre a importância da investigação como base para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reforçando a importância da autoformação permanente, entendida como um pilar da excelência clínica (Mlambo et al., 2021), uma vez que capacita o enfermeiro a incorporar os mais recentes avanços científicos na sua prática, promovendo, sempre que necessário, novos estudos dirigidos à resolução de problemas emergentes. Esta visão é igualmente partilhada por Hesbeen (2003), ao afirmar que a qualidade dos cuidados depende do investimento pessoal do profissional e do seu compromisso com a melhoria contínua.

A operacionalização do conhecimento teórico em prática clínica concretizou-se também na elaboração de estudos de caso (Apêndice XII), metodologia que permite compreender a singularidade e complexidade do processo saúde-doença, apoiando decisões clínicas fundamentadas. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento do raciocínio clínico, da análise crítica e da adaptação das intervenções à realidade específica de cada pessoa.

Paralelamente, assumi uma postura ativa na dinamização de momentos formativos e de troca de experiências com os profissionais da equipa. Este envolvimento refletiu um compromisso com a melhoria contínua, não apenas a nível individual, mas também coletivo, contribuindo para a criação de ambientes de aprendizagem que potenciam o crescimento da prática baseada na evidência. Destaco, neste âmbito, a realização de uma sessão formativa (Apêndice XIII), dedicada aos cuidados de enfermagem à pessoa com AVC, na qual pude aplicar princípios de ensino-aprendizagem e fomentar a reflexão sobre as práticas clínicas. Num ambiente clínico caracterizado pela diversidade e complexidade de clientes, reconheci a importância de reforçar e relembrar aspetos fundamentais como, posicionamento terapêutico, estimulação funcional durante o internamento, vigilância contínua de sinais neurológicos, assim como o papel da enfermagem na prevenção de complicações associadas à imobilidade, com o propósito de criar um momento de reflexão partilhada, centrado na atualização de conhecimentos, fomentando a uniformização de práticas. Esta iniciativa permitiu-me igualmente aprofundar os meus próprios conhecimentos numa lógica de responsabilidade e rigor científico, exercer um papel formativo e cooperativo, promovendo uma cultura de aprendizagem e reforçar a importância do ER como recurso imprescindível na equipa. Este momento constituiu uma oportunidade ímpar para consolidar a minha identidade profissional enquanto facilitadora do conhecimento. Considero que esta experiência teve um impacto significativo no meu desenvolvimento, ao permitir assumir um papel ativo na promoção da literacia em saúde e na capacitação da equipa, reforçando assim, o compromisso com a excelência nos cuidados prestados.

Em síntese, os estágios constituíram um percurso de crescimento sustentado pela articulação entre a teoria e a prática, investigação e reflexão, permitindo-me assumir uma identidade profissional mais consciente, capaz de integrar conhecimento, emoção e a ética do cuidar, em prol dos cuidados de enfermagem de excelência, conforme defendido por Hesbeen (2003).

## 2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

Ao longo do meu percurso, percebi que cuidar de pessoas implica refletir sobre fatores que facilitam ou inibem a realização de AVD's. Essa reflexão levou-me a aprofundar o modelo teórico de Afaf Meleis, que define transição como a passagem de uma situação estável para outra situação através de um processo caracterizado por diferentes estadios dinâmicos, objetivos e etapas, desencadeados por uma mudança ou evento crítico na vida ou no ambiente do indivíduo (Meleis, 2010). Esta visão foi fundamental para compreender o papel do EEER

como facilitador da adaptação da pessoa, capaz de identificar potencialidades, habilidades e recursos no processo saúde-doença.

Com base nesta teoria, reconheci a responsabilidade do EEER em desenvolver planos de cuidados de reabilitação individualizados, em conjunto com a pessoa e sua família/cuidador, identificando necessidades, fatores facilitadores e inibidores (Silva et al., 2019). Esta perspectiva é reforçada por Ventura-Silva et al. (2021), que destacam a importância de apoiar as pessoas nas suas transições, assegurando intervenções que respeitem as necessidades individuais e promovam a independência. Além disso, a prática do EEER deve ser ancorada na evidência científica e nos referenciais teóricos da disciplina, como a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que orientam a avaliação das respostas humanas e das mudanças que afetam o potencial funcional e o autocuidado (Silva et al., 2021).

De acordo com Alexandre (2020), as competências específicas do EEER equiparam-se à formulação de planos de cuidados estruturados em etapas claras e definidas. O desenvolvimento desta competência específica foi comum e transversal em todos os contextos clínicos e refletiu a aplicação do processo de enfermagem de reabilitação, enquanto metodologia científica, na pessoa em fase aguda e em contexto domiciliário, onde esta abordagem ganhou particular relevância, permitindo intervenções centradas no *empowerment* da pessoa/cuidador, potenciando transições de saúde-doença ou situacionais mais eficazes. Para tal, iniciei pela identificação de domínios de intervenção, colheita de dados e avaliação de fatores facilitadores e inibidores.

Numa abordagem inicial, torna-se essencial para a prática uma avaliação holística e abrangente, recorrendo a anamnese, entrevista, consulta do processo clínico nas plataformas disponíveis e MCDT. Esta metodologia permite a recolha detalhada de informações sobre o cliente, essencial para estruturar intervenções de enfermagem e elaborar um plano individualizado de cuidados. Durante o estágio, mantive a minha prática de consultar os processos clínicos, história da patologia atual ou do mecanismo de lesão, antecedentes pessoais relevantes e regime terapêutico do domicílio, assim como respostas sociais disponíveis de forma a planear a alta hospitalar. Desta forma, mantive a minha prática de consultar a informação necessária, através dos recursos disponíveis, dos restantes elementos da equipa de enfermagem e inclusive através da abordagem ao cliente e seus cuidadores informais.

A utilização de instrumentos de apoio à decisão, devidamente validados para a população portuguesa, foi transversal, assegurando a uniformização da linguagem, documentação rigorosa e monitorização de resultados (OE, 2019).

A literatura realça que a ER se centra nas respostas humanas a limitações temporárias ou permanentes (Vaughn et al., 2022), onde o uso transversal de escalas e instrumentos de medida se revelou essencial para identificar necessidades, monitorizar a evolução e fundamentar decisões (Loureiro, 2020; Sá et al., 2023; Ginó, 2023). De facto, a aplicação prática de instrumentos contribuiu para maior rigor diagnóstico e planos de intervenção adequados. A avaliação inicial é de extrema importância para se delinear um programa de reabilitação direcionado às reais necessidades da pessoa. A utilização de escalas padronizadas na avaliação de clientes é fundamental para garantir uma análise objetiva, sistemática e comparável do estado clínico do cliente.

Ao longo do estágio tive oportunidade de aplicar diversos instrumentos de avaliação, nomeadamente a *Medical Research Council (MRC) Muscle Scale*, para avaliação da força muscular por segmentos e a escala de Ashworth para avaliação do tônus muscular. O exame da sensibilidade exigiu bastante colaboração por parte do cliente e foi também um grande desafio para mim. Percebi que alguns clientes tinham dificuldade em relatar o que percecionavam, o que me fez aprimorar a abordagem comunicacional e a paciência na avaliação. Neste sentido, tive oportunidade de pesquisar sensibilidades superficiais: dolorosa e tátil e sensibilidades profundas: proprioceptiva e esteroagnósica. Sabendo que clientes com alteração da sensibilidade têm maior risco de desenvolver complicações como úlceras por pressão, queimaduras ou lesões traumáticas, devido à incapacidade de perceber estímulos nocivos, a avaliação da sensibilidade direciona não só as intervenções de ER de acordo com a área afetada do Sistema Nervoso Central (SNC), mas também atua na prevenção de complicações. De forma a realizar uma avaliação mais detalhada, foi também aplicada a escala de Braden, para previsão do risco de úlcera por pressão.

A goniometria permite uma validação objetiva e quantificável da amplitude do movimento articular, essencial para monitorizar a evolução funcional e orientar o programa de reabilitação. No entanto, durante os estágios não tive oportunidade de aplicar esta ferramenta, o que representou uma limitação na minha prática, especialmente no que diz respeito à capacidade de documentar com precisão os progressos alcançados. A falta de experiência fez-me refletir sobre a importância de integrar sistematicamente instrumentos de avaliação padronizados na prática clínica, motivando a aquisição e consolidação de competências nesta área.

Ao longo da minha prática reconheci a importância da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e do exame neurológico como instrumentos essenciais na avaliação do cliente com compromisso neurológico. A ECG permitiu-me monitorizar o nível de consciência de forma objetiva, constituindo-se como um parâmetro fundamental para detetar alterações precoces e orientar intervenções imediatas. Já o exame neurológico, pela sua abrangência na avaliação das funções motoras, sensitivas e cognitivas, possibilitou-me uma compreensão detalhada do estado funcional do cliente.

Outra escala bastante utilizada foi o índice de Tinetti, que se traduz num instrumento fundamental para avaliar o equilíbrio e a marcha. No início, a execução da avaliação exigiu bastante atenção para garantir a correta pontuação em cada critério, assim como a segurança do cliente. A utilização desta escala permitiu-me identificar clientes que necessitaram de intervenções específicas, como o treino de força muscular e de equilíbrio e a utilização de meios auxiliares de marcha, contribuindo assim para a redução do risco de quedas e melhoria da mobilidade. Também tive oportunidade de aplicar a *Timed Up and Go Test (TUGT)* para avaliar a mobilidade funcional, que é extensamente usada pela sua praticabilidade e facilidade de aplicação. Sabendo que este teste permite inferir sobre a capacidade de reação, força muscular dos membros inferiores, equilíbrio e marcha (Novo et al., 2020), é um teste que remete para tarefas funcionais utilizadas diariamente para a realização das AVD's.

Sabendo que o equilíbrio estático e dinâmico, enquanto tarefa sensório motora complexa, é sem dúvida um dos parâmetros fundamentais no desempenho das AVD's e um

fator preditivo do risco de queda, a avaliação do mesmo poderá permitir perceber o grau de comprometimento existente em termos de capacidade funcional (Novo et al., 2020). Desta forma, considerei importante avaliar minuciosamente este parâmetro, através de testes simples como o *Tandem Stance* e também itens avaliados através da bateria de testes de Fullerton, como permanecer de pé com os pés juntos e olhos fechados (teste de Romberg) e o equilíbrio unipodal. A avaliação do equilíbrio em contexto pré-operatório permitiu compreender o estado funcional prévio à cirurgia, identificando limitações já existentes que podem impactar negativamente a recuperação no pós-operatório. Sabendo que o equilíbrio é um dos pilares da marcha segura e mobilidade, a sua avaliação permite planejar intervenções de reabilitação realistas. Durante o estágio constatei que muitos clientes são admitidos já com algum grau de instabilidade postural, muitas vezes motivado pela dor ou incapacidade, o que aumenta o risco de queda e pode comprometer indiretamente o sucesso da mobilização precoce, desta forma, foi aplicada a escala de Morse, de forma a avaliar o risco de queda associado.

No contexto de estágio em Ortopedia e Medicina Interna, a aplicação da escala de Barthel revelou-se essencial para a avaliação da funcionalidade do cliente, especialmente no que diz respeito à sua capacidade de realizar as AVD's. Tendo em consideração a perda de mobilidade e limitação funcional frequentes, esta escala forneceu dados objetivos que auxiliam na identificação do grau de dependência de forma a priorizar intervenções.

No estágio realizado na UCCI Acredita, a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF) assumiu particular relevância, uma vez que o foco esteve centrado na promoção da independência no autocuidado. A MIF permitiu-me avaliar, de forma sistematizada, o grau de dependência da pessoa em diferentes domínios funcionais, possibilitando a definição de metas realistas e individualizadas. Esta avaliação tornou-se uma ferramenta essencial para monitorizar a evolução da pessoa e orientar intervenções específicas, direcionadas à maximização das potencialidades da pessoa. Considero que a aplicabilidade da MIF não se esgotou na quantificação da funcionalidade, mas constitui-se como um suporte para a tomada de decisão partilhada com a equipa multidisciplinar, reforçando o papel do EEER na capacitação da pessoa para o autocuidado seguro.

O *Mini-Cog* e o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foram duas escalas amplamente utilizadas para a avaliação da cognição. O *Mini-Cog*, pela sua especificidade de ser rápido e simples, foi o que mais apliquei ao longo do período de estágio em neurocirurgia. Por sua vez, o MMSE, apesar de apresentar uma avaliação mais detalhada e estruturada, demonstrou ser igualmente útil na monitorização da progressão dos défices cognitivos. De forma a avaliar as capacidades cognitivas, abordei os clientes com questões direcionadas para a orientação espaço-temporal, perguntando sobre o dia, mês, ano e idade. Utilizei igualmente a esterognosia no decorrer da minha abordagem aos clientes, assim como a memória, através da fixação e evocação. Como futura EEER, reconheço que a avaliação da cognição não deve ser um processo isolado ou superficial, mas sim uma abordagem global e detalhada, de forma a garantir um plano de cuidados eficaz e adaptado às necessidades individuais da pessoa. A abordagem deve ser multidimensional, incluindo a memória, atenção, a linguagem, funções executivas e capacidade de resolver problemas. Por outro lado, a cognição influencia diretamente a capacidade do cliente em compreender e aderir ao programa de reabilitação,

favorecendo ou não o mesmo. Desta forma, tentei, sempre que possível, ajustar as intervenções de ensino e treino, de acordo com a capacidade de retenção de informação.

No decorrer do estágio, tive a possibilidade de conhecer a escala *Rancho Los Amigos*. Esta escala em particular, tem-se revelado uma ferramenta valiosa na avaliação de clientes com TCE, permitindo-me compreender melhor a evolução cognitiva e comportamental, de forma a atingir metas realistas para o progresso do cliente e a monitorizar a sua evolução.

Outro instrumento que utilizei foi a Escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), cuja relevância passa pela segurança e qualidade de vida da pessoa, pela possibilidade de identificar precocemente riscos e prevenir complicações como pneumonias de aspiração. Esta ferramenta orientou-me sobre adaptações dietéticas ou até a necessidade de vias alternativas de alimentação, de forma a garantir uma nutrição e hidratação adequada e segura. Desta forma, compreendo que a minha intervenção não se limita à avaliação, mas também à implementação precoce de estratégias que promovam a melhoria dos cuidados.

Tive também oportunidade de utilizar a escala modificada de Borg, que através da reavaliação ao longo do programa de reabilitação, permitiu-me reajustar as intervenções, respeitando os limites de segurança e conforto de cada cliente.

No decorrer do estágio, aprofundei a minha capacidade de avaliação centrada na pessoa, que deve ultrapassar os limites da condição física e integrar uma dimensão biopsicossocial, fundamental para uma intervenção verdadeiramente personalizada. Relativamente à dimensão física, fatores como a dor e limitação funcional foram elementos tidos em conta, não só por influenciarem diretamente a mobilidade e independência, mas também por condicionarem a predisposição do cliente em participar no programa de reabilitação. Sabendo que a dor limita o movimento, inibe a mobilização precoce, gera insegurança e afeta a motivação do cliente, o seu controlo eficaz foi sempre um requisito fundamental para garantir ganhos em saúde. A utilização de escalas de avaliação, nomeadamente a numérica, associada a uma escuta ativa, permitiu adaptar estratégias para o controlo da dor.

A avaliação da dimensão emocional revelou-se igualmente imprescindível. Sentimentos de ansiedade e medo face à perda de independência estiveram frequentemente presentes, sobretudo em clientes submetidos a cirurgia e após trauma, uma vez que se encontravam numa situação com alteração funcional súbita. Reconhecer e validar estas emoções foi essencial para estabelecer uma relação terapêutica de confiança e promover o envolvimento ativo do cliente no seu processo de recuperação. Por fim, a dimensão social teve grande impacto na elaboração do plano de cuidados, especialmente no planeamento da alta. A existência (ou ausência) de uma rede de apoio, as condições do domicílio e a disponibilidade dos cuidadores influenciaram diretamente a minha intervenção.

Durante o estágio, tive oportunidade de aprofundar as minhas competências, nomeadamente no que respeita à avaliação sistemática do cliente com patologia respiratória, principalmente no estágio em Medicina Interna. A avaliação destes clientes exige um olhar clínico apurado. Assim tive oportunidade de desenvolver uma avaliação objetiva, especialmente através de técnicas como a inspeção, identificando alterações na morfologia torácica, palpação e auscultação, detetando ruídos adventícios ou por exemplo, diminuição do

murmúrio vesicular. Uma vez que no serviço de Medicina A, grande maioria dos clientes apresentava quadros complexos, frequentemente associados a demência com imobilidade prolongada, o que favorece o acúmulo de secreções e atelectasias, a avaliação contínua tornou-se numa ferramenta indispensável para detetar precocemente alterações respiratórias. Considero que a auscultação desempenha um papel fundamental na avaliação, na medida em que consegui identificar a presença de ruídos adventícios, que se traduzem em condições como obstrução das vias aéreas, acumulação de secreções ou colapso alveolar e com base nesses achados, direcionar intervenções adequadas.

Outro aspeto relevante que destaco, foi o meu interesse na consulta e interpretação de MCDT, nomeadamente radiografia, tomografia computadorizada (TAC) e a ressonância magnética (RM). O conhecimento e a interpretação adequada dos MCDT constituem competências essenciais, uma vez que fornecem informação detalhada sobre o estado clínico do cliente, facilitando a identificação precoce de alterações relevantes. Esta competência permitiu orientar as intervenções de forma mais precisa e eficaz, contribuindo para a prestação de cuidados diferenciados e especializados para a recuperação funcional.

Considero crucial avaliar o cliente de forma global e por isso considerei sempre aspetos como a estabilidade hemodinâmica, uma vez que pode influenciar a tolerância às mobilizações e à readaptação ao esforço. Desta forma consultei também análises clínicas, que nos podem indicar riscos como desenvolvimento de infeções, distúrbios sanguíneos como anemia ou trombocitopenia, que exigem adaptações no plano de cuidados ou mesmo suspensão do programa de reabilitação.

Ao longo do estágio, percebi igualmente que a avaliação do conhecimento do cliente sobre a sua patologia e situação clínica é uma dimensão essencial na intervenção do EEER. Como futura EEER, considero necessário promover a consciência, participação ativa e capacitação da pessoa no seu processo de recuperação. Durante a minha prática, procurei sempre explorar o que o cliente sabia sobre o seu diagnóstico. Constatei por vezes, algumas lacunas de informação e inseguranças e como tal assumi como prioridade explicar de forma clara e adequada, utilizando uma linguagem acessível e validando dúvidas e receios. Mais do que transmitir informação, entendi a importância de envolver o cliente no seu próprio projeto de saúde, tornando-o parte integrante das decisões e objetivos a delinear. Assim, expliquei a importância de determinados exercícios, a razão de algumas restrições e os ganhos esperados. Refletindo sobre esta experiência, considero que o empoderamento do cliente é um dos pilares da ER, uma vez que avaliar, educar, escutar e validar são atos terapêuticos tão importantes como qualquer técnica, pois promovem uma recuperação consciente e participativa.

A abordagem centrada na pessoa, sustentada em informação, respeito e parceria, foi considerada a chave para o sucesso dos programas de reabilitação (Gracey & McMillan, 2021). Nesse sentido, os diagnósticos de enfermagem foram sempre construídos com base na linguagem CIPE®, em conjunto com a pessoa, respeitando os seus valores e crenças. Os objetivos foram delineados de forma realista e exequível, integrando estratégias preventivas, de segurança e bem-estar e ajustados ao projeto de saúde da pessoa, uma vez que o EEER se destaca pela aplicação prática e diligente dos planos de intervenção especializados adotando

uma abordagem proativa, implementando estratégias preventivas para mitigar potenciais complicações e garantir o bem-estar da pessoa no processo de reabilitação.

Nos diferentes estágios, implementei programas de reeducação funcional aos vários níveis, sensorio motor, cardiorrespiratório, cognitivo e da alimentação, considerando a pessoa de uma forma holística. Desta forma, fui capaz através da prática sucessiva de ensinar, instruir, treinar, incentivar e executar técnicas e exercícios nos diversos domínios de reabilitação, mais especificamente:

Treino de técnicas de descanso, relaxamento e controlo da dor: ensinei técnicas simples e eficazes para diminuir a sensação de ansiedade e promover o relaxamento muscular, nomeadamente técnicas como respiração diafragmática com os lábios semicerrados, três a cinco minutos, duas vezes por dia (Zhou & Sun, 2022), técnicas de relaxamento muscular progressivo, de forma a reduzir a tensão muscular, instruindo o cliente a respirar profundamente. Procurei sempre dedicar muito tempo e atenção, para que o cliente interiorizasse a importância da dissociação dos tempos respiratórios e controlo ventilatório, enaltecendo a importância destes na ventilação, instruindo o mesmo para uma ventilação regular e rítmica. Ao reforçar estas técnicas, tive oportunidade de capacitar os clientes de forma a promover uma melhoria da capacidade pulmonar.

A dor, principalmente no contexto pós-operatório, é uma variável crucial para a implementação do programa de reabilitação. Assim, tentei sempre uma abordagem multifacetada no controlo da dor, incorporando técnicas farmacológicas e não farmacológicas, de forma a otimizar o conforto do cliente. A aplicação de crioterapia demonstrou ser eficaz na redução da dor e edema pós-operatório, assim como se traduziu em ganhos funcionais, uma vez que os clientes conseguiam realizar os exercícios propostos com maior conforto. De acordo com Thacoor e Sandifor (2019), a crioterapia no período pós-operatório assume particular relevância no controlo da dor, pela redução da transmissão dos impulsos nervosos periféricos e consequente diminuição da percepção dolorosa. Para além dos benefícios físicos, destaco o impacto psicológico positivo, traduzindo motivação no processo de recuperação. Intervenções como a drenagem linfática manual (DLM) podem atenuar o edema e, por conseguinte, a dor no pós-operatório, favorecendo a recuperação (Nascimento et al., 2020). Ao longo do estágio, tive oportunidade de executar a DLM, a qual se revelou particularmente exigente, dada a complexidade da sua execução e o facto de ainda não possuir proficiência na sua aplicação. No entanto, reconheci rapidamente o seu potencial terapêutico, sobretudo na redução do edema e no alívio da sensação de rigidez e desconforto.

Reeducação Funcional Respiratória: treinei com o cliente tanto manualmente, assim como com recurso a dispositivos como pesos, reeducação diafragmática assegurando a compreensão e que estes praticassem os exercícios adequadamente, assim como reeducação costal global e seletiva, preferencialmente realizadas duas vezes por dia, com cinco a dez repetições de cada vez (Jonsson et al., 2019) (com bastão e resistência com banda elástica), assim como o uso do inspirómetro de incentivo, podendo ser utilizando cinco vezes por sessão (Liu et al., 2021). Ao longo da minha intervenção, tentei sempre reforçar esta prática com um discurso motivacional de forma a incentivar a sua continuidade. Para que a técnica fosse executada de forma correta, expliquei aos clientes de forma clara e acessível como é que o

dispositivo funciona e os benefícios que acarreta. Tentei sempre começar com metas realistas e aumentar gradualmente, de acordo com a tolerância dos clientes, de forma a evitar frustrações e manter a motivação e reconhecendo a sua importância na prevenção de complicações respiratórias e na promoção da ventilação. Durante o meu estágio, percebi como a introdução de técnicas simples, mas eficazes, pode causar impacto positivo no processo de recuperação do cliente, através de uma postura proativa na identificação de estratégias seguras e acessíveis.

As patologias ventilatórias dividem-se em obstrutivas, como a DPOC e asma e restritivas, como o Derrame pleural, fibrose pulmonar e patologias neuromusculares. As primeiras resultam da obstrução crónica das vias aéreas, dificultando a expiração e aumentando o volume residual, sendo a RFR orientada para a fase expiratória (OE, 2018b; Couto et al., 2021). Já as restritivas associam-se à diminuição da *compliance* pulmonar e torácica, traduzindo-se em hipoventilação e risco de insuficiência respiratória, pelo que a RFR privilegia a inspiração e expansão torácica (OE, 2018b; Couto et al., 2021). Durante os estágios, principalmente no de Medicina Interna, tive a oportunidade de aplicar estas técnicas, consolidando competências na reabilitação respiratória.

Limpeza das vias aéreas: executei manobras como a tosse dirigida e assistida, drenagem postural modificada, ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), manobra acessória como a vibro compressão e reforcei a minha aprendizagem sobre dispositivos de pressão expiratória positiva (PEP) como a *acapella*. Tive ainda oportunidade de utilizar o *Cough Assist*, que desempenha um papel fundamental na promoção da higiene brônquica, especialmente em clientes com comprometimento da tosse eficaz, especificamente por DPOC ou fraqueza muscular respiratória associada à síndrome de fragilidade do idoso. A realização desta técnica permitiu-me desenvolver competências na avaliação da eficácia da tosse, auscultação pulmonar e monitorização da resposta do cliente ao procedimento.

Recondicionamento Físico: centrou-se numa intervenção essencial no plano de reabilitação de clientes com múltiplas comorbilidades, uma vez que estas condições frequentemente levam à inatividade física, sedentarismo e perda de funcionalidade e declínio da capacidade cardiorrespiratória e muscular. Desta forma, estruturei planos de treino de exercícios aeróbios e de fortalecimento muscular de acordo com a capacidade funcional de cada cliente, monitorizando parâmetros vitais e dados objetivos e subjetivos da sua condição e evolução. Assim, considere sempre que o recondicionamento físico deve ser entendido não apenas como uma estratégia de recuperação, mas como uma componente imprescindível na gestão integrada da patologia crónica.

Treino Sensório motor: Sabendo que a imobilidade no cliente acarreta inúmeros riscos, a mobilização precoce torna-se essencial para a prevenção de complicações, manutenção da função muscular e promoção da recuperação. Por todos os benefícios que acarretam, tive oportunidade de executar mobilizações passivas, ativo-assistidas, ativas e ativo-resistidas polissegmentares de forma manter e melhorar a amplitude de movimento e estimular a reativação neuromuscular. Tentei sempre mobilizar todas as articulações, em todas as direções e por toda a amplitude de movimento seguro, de forma lenta e suave, atendendo ao limite da dor e da tolerância de acordo com a reação do cliente. Estas técnicas não só ajudaram na recuperação da força muscular e na readaptação funcional, como favoreceram a independência

e melhoraram a confiança do cliente na sua recuperação. A intervenção associada a contrações isotônicas e isométricas visou restaurar e potencializar a força dos músculos periarticulares. Tentei sempre, como futura EEER garantir a correta execução dos exercícios, prevenindo complicações e evitando fadiga excessiva.

Tive também oportunidade de executar com os clientes o treino de transferência e de verticalização/levante, promovendo a recuperação da funcionalidade. E desta forma, restaurar a capacidade de mobilização e facilitar o retorno às AVD's, prevenindo complicações decorrentes da imobilidade. Por todos os benefícios associados, a verticalização precoce melhora significativamente o prognóstico, pelo que foi sempre incentivada.

Ao longo do estágio tive ainda oportunidade de intervir na realização de treino de marcha com recurso a dispositivos auxiliares de marcha, assim como treino de equilíbrio, sempre de forma individualizada. A utilização de dispositivos como canadianas ou andarilho, constituiu uma estratégia essencial na promoção da mobilidade segura, especialmente em clientes com défices motores ou alterações no equilíbrio. A correta seleção e adaptação do dispositivo, com base numa avaliação criteriosa, permitiu melhorar a eficiência da marcha, reduzir o risco de quedas e favorecer a independência na deambulação.

O treino de equilíbrio, por sua vez, assumiu um papel crucial na recuperação do controlo postural e conseqüentemente na prevenção de quedas. Este tipo de intervenção contribuiu para o reforço muscular e reeducação propriocetiva, potenciando a estabilidade e confiança do cliente no desempenho das suas AVD's. A realização destas intervenções evidenciou a importância de um raciocínio clínico, onde a minha atuação se centrou na avaliação, planeamento e implementação de estratégias que visaram a funcionalidade, a segurança e qualidade de vida dos clientes em processo de reabilitação.

No domínio sensorial, a minha intervenção centrou-se na aplicação de técnicas como palas oculares, estimulação tátil com diferentes materiais e texturas durante os treinos de autocuidado, varrimento visual, facilitação cruzada e terapia de movimento induzido por restrição, estratégias particularmente relevantes em sequelas de AVC. A evidência científica demonstra que estas intervenções potenciam a neuroplasticidade e favorecem a reorganização cortical, contribuindo para a recuperação funcional e para a melhoria da perceção corporal (Maier et al., 2019; Stockley et al., 2020). A utilização destas técnicas exigiu conhecimento técnico, assim como a capacidade de adaptação às necessidades e limitações individuais, de modo a maximizar ganhos funcionais.

No estágio de neurocirurgia, tive ainda a oportunidade de utilizar o plano inclinado num cliente com TVM. Sabendo da importância do mesmo, no processo de recuperação da pessoa e na prevenção de complicações impostas pela imobilidade, tentei interiorizar todos os ensinamentos que os EEER me transmitiram. Esta experiência reforçou a relevância desta intervenção, permitindo-me observar os benefícios do mesmo.

No decorrer do estágio tive também oportunidade de trabalhar com clientes que apresentavam défices na função motora orofacial e na deglutição, o que aumenta o risco de complicações respiratórias e possível pneumonia de aspiração. Ao longo da minha prática, tive oportunidade de realizar massagem facial, de forma a estimular o trefismo muscular facial, a

nível do quadrado do mento, do bucinador e do risório e também a nível do músculo masséter e ainda ensinar, instruir e treinar exercícios isométricos e isotônicos musculares da face, assim como exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular a nível dos lábios, língua e faringe. De referir também a oportunidade de executar técnicas compensatórias, nomeadamente postural com flexão anterior do pescoço de forma a ajudar na progressão dos alimentos, assim como a manobra de deglutição dupla e a manobra de Mendelsohn. O treino de deglutição foi executado com texturas seguras, após avaliação com a escala de GUSS.

Durante os estágios, identifiquei como lacuna a ausência de oportunidades de intervenção nos domínios da eliminação vesical e intestinal. Apesar do contato com o *Bladder Scanner*, ferramenta essencial para o planeamento de estratégias eficazes, não tive oportunidade de desenvolver competências neste contexto. Esta limitação reforça a necessidade de, enquanto futura EEER aprofundar conhecimentos e procurar experiências que me permitam consolidar competências.

Transversalmente, valorizei o ensino, a instrução e treino de técnicas promotoras do autocuidado, capacitando a pessoa e o cuidador. Este envolvimento foi especialmente relevante em contexto domiciliário, onde, além da intervenção clínica, pude integrar a família no processo de cuidados, fortalecendo a adaptação e continuidade dos mesmos (Regulamento n.º 392/2019). Esta integração também se estendeu à articulação com a comunidade e outros profissionais, como a assistência social, para esclarecimento sobre bonificações sociais e diligências necessárias, garantindo apoios em termos de recursos e respostas sociais.

Durante o estágio consegui perceber o impacto positivo da minha intervenção na recuperação dos clientes. Desta forma, tentei desenvolver habilidades essenciais, aproveitando as oportunidades que surgiam para contribuir para a recuperação dos clientes.

Considerei crucial adotar uma prática de avaliação contínua dos cuidados implementados, tornando-se num processo dinâmico e indispensável para garantir que as intervenções por mim executadas promovessem resultados positivos. No seguimento da minha intervenção, observei e avaliei a capacidade do cliente em executar os exercícios de forma independente, oferecendo assistência ou ajustes quando necessário. Ajustei a intensidade e frequência do programa com base na tolerância de cada cliente, considerando as suas limitações tanto físicas como psicoemocionais.

Em todas as experiências, procurei documentar, avaliar e reformular os planos de cuidados de forma sistemática, garantindo a continuidade e segurança nos cuidados. Existiu sempre a preocupação de discriminar as atividades implementadas, de forma a avaliar a sua eficácia e os ganhos obtidos e ainda como registo formal, de forma a garantir a continuidade de cuidados e a sua confirmação no seio da equipa multidisciplinar. Sabe-se que, de acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2019 de 27 de maio, compete ao enfermeiro o dever de documentar todas as intervenções e informações relevantes para a continuidade e qualidade dos cuidados e para a avaliação da sua eficiência e registar e produzir informação relativa ao exercício profissional. É por meio dos registos que se quantificam os ganhos em saúde e que demonstra o trabalho elaborado na prática de enfermagem. Desta forma procurei sempre realizar registos nas plataformas Glint® e SClínico®.

Como sublinham Petronilho et al., (2021), é crucial valorizar não apenas as limitações, mas também o potencial físico, psicológico, cognitivo e social da pessoa, visando a sua capacitação e melhoria da qualidade de vida.

Em síntese, o desenvolvimento desta competência demonstrou a capacidade do EEER em atuar de forma integradora com base científica, respondendo às necessidades complexas da pessoa ao longo do ciclo de vida. As minhas experiências em estágio reforçaram a importância de articular a evidência científica com a prática, destacando o papel diferenciador da ER na promoção de transições bem-sucedidas, repercutindo-se em ganhos em saúde e qualidade de vida.

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

Ao longo dos estágios fui consolidando esta competência, compreendendo que a reabilitação é um processo contínuo, dinâmico e multidimensional, onde fatores físicos, psicológicos, emocionais e socioculturais influenciam diretamente a capacidade de adaptação.

A metodologia científica do processo de enfermagem, ao permitir cuidados individualizados e adaptados, revelou-se central para adequar as intervenções às necessidades emergentes de cada pessoa, de forma a promover a autonomia e minimizar as implicações da incapacidade. Na prática, a construção de uma relação terapêutica mostrou-se essencial. O estabelecimento de uma comunicação clara e empática com a pessoa e sua família/cuidador, permitiu-me conhecer não só as limitações e potencialidades, mas também os medos, dinâmicas familiares e recursos disponíveis. Esta parceria foi determinante para desenvolver intervenções de reabilitação participativas, capazes de respeitar a dignidade, a vontade e o ritmo de cada pessoa. Como reforçam Martins et al. (2018), o EEER deve dar primazia à capacitação da pessoa, promovendo estabilidade, qualidade de vida e bem-estar culturalmente significativos.

Esta prática foi particularmente evidente durante os estágios na ECCI e na UCCI, onde o contato direto com as pessoas e seus cuidadores me possibilitou compreender, de forma concreta, as implicações que as limitações funcionais têm na vida quotidiana e a relevância do trabalho multidisciplinar na construção de respostas adequadas.

O referencial teórico de Dorothea Orem serviu de base estruturante ao meu exercício, sobretudo no que respeita ao défice do autocuidado. A meta da minha intervenção foi ajudar a pessoa a satisfazer as suas exigências do autocuidado, mobilizando sistemas compensatórios ou de apoio-educação, consoante as necessidades identificadas (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2017; Silva et al., 2021).

A implementação de intervenções por parte do EEER para ultrapassar barreiras e promover a inclusão e participação social está intimamente relacionada com o conceito de acessibilidade, que se baseia na promoção de um ambiente favorável e que potencia a

reintegração social, a qualidade de vida e a autonomia da pessoa com limitação (Silva et al., 2019).

O treino de AVD's, aliado ao ensino do uso de ajudas técnicas e produtos de apoio, foi essencial para potenciar a independência e a participação social ativa, corroborando a evidência que aponta para ganhos significativos na qualidade de vida com estas intervenções (Sehgal et al., 2021; Matos & Simões, 2022). No estágio em ECCI, pude intervir no domicílio dos clientes, desenvolvendo planos de treino de AVD's com o objetivo não apenas de adaptação às limitações, mas também à maximização da autonomia e qualidade de vida. Recordo, por exemplo, uma situação em que, através do ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, como barras de segurança e dispositivos auxiliares de marcha, consegui apoiar o cliente e o seu cuidador no desenvolvimento de estratégias adaptadas ao autocuidado e à gestão da funcionalidade. Esta dimensão prática permitiu-me concretizar o preconizado na Lei n.º 38/2004, que estabelece os direitos das pessoas com deficiência no acesso à habilitação, reabilitação e participação social. Percebi assim que, o treino de AVD's ultrapassa a dimensão técnica, exigindo uma abordagem holística que contemple fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais. Embora os produtos de apoio e as adaptações ergonómicas tenham sido essenciais para promover a independência possível de atingir, reconheço que o maior impacto se verificou na autoestima e na integração social. Sustento esta reflexão nos contributos de Smith e Jones (2022) e de Oliveira et al., (2023), que reforçam a importância das ajudas técnicas, do envolvimento universal de todos os fatores e da participação comunitária.

Ainda no contexto da ECCI, e de acordo com Oliveira et al. (2023), que reforçam a importância da intervenção no domicílio, onde a reabilitação se processa de forma mais ajustada à realidade da pessoa, a proximidade nesta dimensão, proporcionou uma avaliação mais realista dos obstáculos quotidianos. Pude observar e intervir sobre barreiras arquitetónicas, muitas vezes relacionadas com casas de banho não adaptadas, desnível do pavimento, escadas ou iluminação insuficiente. Recorri ao Decreto-Lei n.º 163/2006 como enquadramento normativo para fundamentar as recomendações de adaptação, que incluíram desde dispositivos simples como cadeiras de banho ou barras de apoio, até reorganização de espaços e aconselhamento sobre participação para aquisição de ajudas técnicas, uma vez que, de acordo com Silva et al. (2019), o EEER deve conhecer a legislação aplicável e ser capaz de articular com entidades competentes para promover ambientes inclusivos, acessíveis e seguros. Embora por vezes limitado pelos recursos económicos das famílias, procurei sempre garantir que fossem informadas sobre os seus direitos e os apoios disponíveis, uma vez que de acordo com Pereira et al. (2018), um ambiente adequado potencia o desenvolvimento pessoal e a manutenção da independência, mesmo perante limitações funcionais.

Ao nível comunitário, percebi também a relevância do papel do EEER numa prática centrada na pessoa e como elo entre a pessoa, família e comunidade, potenciando redes de apoio e favorecendo a inclusão social. Intervenções como o treino de marcha em espaços públicos, a adaptação progressiva ao uso de auxiliares de marcha e a promoção da autoconfiança em atividades quotidianas demonstraram resultados positivos na redução do isolamento social e consequente aumento da qualidade de vida, perante os desafios impostos pelos contextos e recursos disponíveis. A dimensão pedagógica do meu papel tornou-se clara, pois percebi que a

inclusão não depende apenas de alterações físicas e arquitetônicas, mas também da consciencialização e educação da comunidade para uma cidadania inclusiva.

A capacitação da pessoa não se pode restringir unicamente à recuperação física, mas também na promoção da autonomia e participação ativa na sociedade. Assim, no decorrer do estágio em ECCI fui capaz de promover a reintegração social da pessoa através da realização de atividades em ambiente social e familiar como, deslocação autónoma à horta de casa ou um simples passeio pela rua. Neste sentido foram realizadas intervenções que incluíram treino de mobilidade em espaços públicos, adaptação progressiva aos auxiliares de marcha com treino de subir e descer escadas incluído. Ainda no âmbito da capacitação, confrontei-me com desafios de motivação e dinâmica familiar, num caso de uma cliente que regressou ao domicílio após AVC, em que a sobreposição dos cuidados nas atividades levou-me a adotar estratégias mais assertivas e educativas para promover a autonomia da pessoa, envolvendo a família num processo de consciencialização sobre a importância da participação ativa. Esta experiência demonstrou, como defendem Sousa et al. (2020), e Romão (2023), que a inclusão do cuidador no plano de reabilitação é indispensável, mas deve ser cuidadosamente gerida para que não comprometa a independência da pessoa. Assim os ensinamentos sobre técnicas específicas, como por exemplo, estratégias facilitadoras da deglutição, conservação de energia ou prevenção de quedas, foram sempre orientados para capacitar tanto a pessoa como o cuidador, garantindo a continuidade de cuidados eficazes e seguros.

Em contexto hospitalar e da UCCI, a preparação da alta exigiu uma avaliação abrangente, nomeadamente de barreiras arquitetônicas, ajudas técnicas e da adequação do domicílio às limitações funcionais. Constatei em alguns casos, que os cuidadores já tinham eliminado obstáculos nas suas casas, demonstrando uma postura proativa, associada a uma maior consciencialização sobre a nova condição de saúde. Verifiquei ainda conhecimento sobre a RNCCI e do recurso às unidades funcionais dos cuidados de saúde primários para mobilização de apoios domiciliários. Neste contexto, a alta deve contemplar não só a continuidade de cuidados, mas também a reinserção familiar, comunitária e quando aplicável, profissional.

Considero que as ações que desenvolvi responderam às orientações legais e estratégias vigentes em Portugal, mas também evidenciaram lacunas existentes. Apesar da evolução normativa, ainda se verificam dificuldades de implementação. Neste sentido o EEER deve assumir uma posição de advocacia em prol dos direitos da pessoa com incapacidade temporária ou permanente.

Concluo que a capacitação da pessoa para o autocuidado, a promoção da acessibilidade e a inclusão social são pilares indissociáveis da prática do EEER. Apesar das dificuldades por vezes encontradas como escassez de recursos, barreiras arquitetônicas e a resistência a mudanças comportamentais, as experiências vivenciadas permitiram-me desenvolver um olhar crítico sobre a importância da integração entre a teoria, legislação e prática. Mais do que aplicar técnicas, aprendi a valorizar a dignidade da pessoa e a promover a sua autonomia, contribuindo para o seu exercício pleno da cidadania. Este processo consolidou em mim, a convicção de que capacitar a pessoa com deficiência implica não apenas dotá-la de competências funcionais, mas sobretudo criar condições que favoreçam a sua participação ativa na comunidade.

### **2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Com base no Regulamento n.º 392/2019, reconheço que a ER se estrutura num corpo de saberes e procedimentos especializados orientados para a promoção do bem-estar, centrando-se na reestruturação da funcionalidade e na maximização das capacidades da pessoa. Esta competência está ancorada nas etapas do processo de enfermagem, o qual sustenta a tomada de decisão clínica e garante o cumprimento dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015), que incluem a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação funcional, a inclusão social e a organização dos cuidados.

Nos diversos contextos de estágio, desenvolvi conscientemente a competência de maximizar a funcionalidade, integrando treino sensorio motor e cardiorrespiratório de forma individualizada e com base na evidência científica e normas em vigor. Compreendi que a reabilitação exige não apenas a implementação de intervenções, mas também a capacidade de ensinar, instruir e treinar a pessoa para estratégias adaptativas no desempenho das AVD's, ajustando sempre às suas metas de saúde e ao seu projeto de vida. A minha prática foi assim orientada pelo método científico do processo de enfermagem: recolha sistemática de dados, formulação de diagnósticos e objetivos, implementação de intervenções especializadas e monitorização dos resultados. Esta sequência metodológica permitiu-me prestar cuidados de reabilitação com qualidade e segurança. Assumir que a eficácia dos programas de treino sensorio motor e cardiorrespiratório dependem de uma avaliação rigorosa dos riscos clínicos, assim como o cumprimento de critérios de segurança. A literatura confirma que a gestão dos riscos é imprescindível para proteger a saúde e o bem-estar da pessoa (Oliveira et al., 2017). Nesta linha de pensamento, reconheço a importância da formação contínua, pois é pela atualização permanente de conhecimentos que é possível fundamentar intervenções seguras, de qualidade e alinhadas com a evidência. Saliento ainda o contributo dos orientadores, que potenciaram a minha capacidade crítica e reflexiva, favorecendo decisões fundamentadas.

O exercício desta competência conduziu-me a valorizar a otimização do potencial funcional da pessoa, capacitando-a com habilidades que fomentam o desenvolvimento pessoal e a autogestão. A conceção de programas de treino exigiu que considerasse a complexidade e a vulnerabilidade inerentes a cada condição clínica, sobretudo em áreas motoras e cardiorrespiratórias. Assim, promovi sessões centradas na prevenção de complicações, na capacitação funcional e na autogestão da patologia, sempre com respeito pela singularidade da pessoa e pelos seus objetivos.

Nos diferentes contextos frequentados, houve oportunidade de adquirir experiência nesta competência em diferentes fases da patologia, em contextos e processos corporais distintos. Assim, no contexto de estágio neurológico, privilegiei intervenções nos domínios da consciência, cognição, perceção e sinestesia, força e tónus muscular, deglutição, equilíbrio e autocuidado. Já nos estágios em contexto cardiorrespiratório o foco centrou-se na ventilação, dispneia, intolerância à atividade, higiene brônquica, no autocuidado e na autogestão da patologia. Por sua vez, no contexto musculoesquelético, priorizei o movimento articular, a força

muscular, o equilíbrio e o autocuidado. Em contexto comunitário, as áreas mais relevantes foram o equilíbrio, a cognição, a percepção, a sinestesia, o tónus e movimento muscular, a deglutição e o autocuidado.

Ao longo destes contextos, reconheci a importância do treino de AVD's como elemento essencial para a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida. Retomando o contributo de Orem (2001), identifiquei a pertinência dos cinco métodos de assistência propostos pela autora: realizar a tarefa pela pessoa, orientar, oferecer apoio psicológico e físico, criar um ambiente facilitador e instruir, aplicando-os de acordo com as necessidades e potencialidades de cada pessoa. Assim, incentivei o autocuidado principalmente nas dimensões de higiene, vestuário e alimentação, promovendo estratégias que permitiram ganhos e na consecução de objetivos do quotidiano.

Concluo assim que a ER, enquanto especialidade, distingue-se pela sua natureza multidimensional. A prática que desenvolvi ao longo dos estágios demonstrou-me que o EEER tem como missão maximizar o potencial, promover a autonomia e preservar a qualidade de vida da pessoa, através de intervenções sustentadas cientificamente, personalizadas e em constante monitorização e reformulação.

### 3. Competências de Mestre

Ao longo do meu percurso formativo, reconheci que a obtenção do grau de Mestre, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 65/2018, implica a demonstração de competências avançadas que vão além da aquisição de conhecimentos, exigindo a sua aplicação crítica em contextos complexos e multidisciplinares. Ser mestre significa integrar saberes, resolver problemas em situações novas e comunicar de forma clara e fundamentada, mantendo ainda uma postura de aprendizagem contínua.

No âmbito da enfermagem, o artigo n.º 88 do Código Deontológico reforça esta exigência, ao destacar o dever do enfermeiro de atualizar permanentemente os seus conhecimentos para garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2015). De igual modo, Baixinho et al. (2019), sublinham a necessidade de formação constante, face ao acelerado ritmo de produção científica e aos avanços tecnológicos. Na minha experiência, esta realidade materializou-se no contato direto com situações de elevada complexidade, que requereram a recolha e interpretação rigorosa da informação, a identificação de riscos, a previsão de resultados e a formulação de planos de intervenção adequados, num processo contínuo de reflexão-ação-reflexão.

Conforme referem Martins et al. (2018), o EEER contribui para o avanço da disciplina ao gerir cuidados em diversos contextos, sendo a atualização do conhecimento uma ferramenta indispensável para enfrentar os desafios contemporâneos em saúde. Nesse sentido, a investigação, entendida como um processo sistemático de construção de saber (Martins et al., 2021), tornou-se central no meu percurso. A realização da *Scoping Review* sobre a eficácia da intervenção do EEER na melhoria da deglutição comprometida na pessoa com AVC isquémico, apresentada posteriormente, constituiu não apenas uma resposta a uma necessidade identificada, mas também a oportunidade de consolidar a minha capacidade analítica e de fundamentar decisões com base na evidência.

Tal como defende Pereira (2017), a disseminação de conhecimento científico representa um meio de sustentar práticas clínicas de qualidade, com ganhos mensuráveis para a população. Neste sentido, reconheço que o desenvolvimento de competências de mestre emergiu da articulação entre a formação teórica, a prática supervisionada e a pesquisa autónoma, permitindo-me integrar novos saberes e desenvolver um pensamento crítico face à intervenção enquanto EEER, fundamental para assumir uma postura de melhoria contínua e de aprendizagem ao longo da vida, demonstrando pela aquisição das competências exigidas ao grau de Mestre.

## Considerações Finais

A análise crítica e reflexiva que desenvolvi ao longo do relatório permitiu-me compreender a relevância do processo formativo na aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. As experiências que vivenciei em contexto de estágio constituíram-se como momentos privilegiados de aprendizagem, nos quais pude articular o conhecimento científico com a prática assistencial, conferindo maior significado ao meu percurso. A integração entre a teoria e a prática, sustentada pela reflexão, é o que confere densidade ao percurso formativo e potencia a construção de um perfil profissional de excelência, capaz de responder de forma diferenciada às necessidades complexas das pessoas, famílias e comunidades no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Ao longo deste processo, percebi que a aquisição de competências não se limita à mera intervenção de técnicas ou procedimentos, mas exige uma capacidade acrescida de análise, tomada de decisão clínica fundamentada e gestão de situações de elevada complexidade. Nesse sentido, constatei que a consolidação das competências específicas do EEER é indissociável das competências comuns a todos os EE, uma vez que estas funcionam como alicerces para o desenvolvimento de uma prática avançada, segura e de elevada qualidade.

A reflexão sobre as experiências vivenciadas nos estágios permitiu-me reconhecer a importância do autoconhecimento e da autorregulação enquanto instrumentos essenciais na construção de uma identidade profissional sólida. Simultaneamente, compreendi a necessidade de adotar uma postura proativa, orientada para a resolução de problemas, a cooperação multidisciplinar e a inovação, aspetos indispensáveis à afirmação do EEER como elemento diferenciador nas equipas de saúde.

Neste caminho, tornei-me também consciente de que o desenvolvimento de competências é um processo contínuo e dinâmico, não circunscrito ao espaço formativo académico, mas prolongado ao longo de toda a trajetória profissional. A inquietação, enquanto força motriz para a procura permanente de melhoria, assumo-a como característica inerente ao EEER e como garantia de uma prática cada vez mais transformadora dos contextos de cuidado.

Em suma, reconheço ainda a relevância do EEER ao longo de todo o ciclo vital da pessoa, evidenciando-se como um profissional capaz de se adaptar e responder de forma diferenciada às necessidades emergentes em cada etapa e contexto de vida. Seja na promoção da funcionalidade, na prevenção de incapacidades, na recuperação após eventos agudos ou na maximização da qualidade de vida em situações crónicas e de fim de vida, reconheço que o EEER se destaca pela sua visão holística, pela capacidade de intervenção especializada e pelo compromisso em potenciar a autonomia e a dignidade da pessoa.

Assim, compreendo que a minha atuação assume um carácter transversal e de inestimável valor, afirmando-se como essencial em todos os níveis de cuidados de saúde e em diferentes contextos, pois é no compromisso permanente com a reabilitação e a dignificação da vida humana que encontro o sentido mais profundo da minha prática profissional enquanto futura EEER.



## Referências Bibliográficas

- Ahmadi, S., Ayazi, Z., & Zarezadeh, Y. (2022). A critical review of reflective models in clinical nursing learning. *Journal of Multidisciplinary Care (JMDC)*, 11(2), 97-104. <https://doi.org/10.34172/jmdc.2022.1385>
- Alexandre, B. (2020). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Prehabilitation da Pessoa Proposta para Cirurgia Ortopédica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/37307>
- Assembleia da República (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, p. 55-66. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Ayyad, A., Baker, N.A., Oweidat, I., Al-Mugheed, K., Alsenany, S.A., Abdelaliem, S.M.F. (2024). Knowledge, attitudes, and practices toward Patient Safety among nurses in health centers. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01831-1>
- Baixinho, C. L., Presado, H., Ferreira, Ó., & Costa, A. P. (2019). Qualitative research and knowledge transfer—from project to decision-making?. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(1), (pp. 1-2). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20197201>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Quarteto.
- Brazinova, A., Rehorcikova, V., Taylor, M. S., Buckova, V., Majdan, M., Psota, M., Peeters, W., Feigin, V. L., & Theadom, A. (2021). Epidemiology of traumatic brain injury in Europe: A living systematic review. *Journal of Neurotrauma*, 38(10), 1411–1440. <https://doi.org/10.1089/neu.2015.4126>
- Camicia, M., Lutz, B., Summers, D., Klassman, L., & Vaughn, S. (2021). Nursing's Role in Successful Stroke Care Transitions Across the Continuum: From Acute Care Into the Community. *Stroke*, 52(12), e794–e805. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.033938>
- Cantante, A., Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolim, K., & Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Couto, G., Silva, R., Maria João, d., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. *Em Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*.

- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Dams-O'Connor, K., & Whyte, J. (2023). Traumatic brain injury as a chronic condition: Current perspectives and future directions. *The Lancet Neurology*, 22(3), 237–248. doi: 10.1016/S1474-4422(23)00065-0.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República I Série*, n.º 109 (06-06-2006) (3856-3865). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 101/2019 do Ministério da Solidariedade e Segurança Social. (2019 *Diário da República*, 1.ª série—N.º 101—27 de maio de 2019. *Diário da República*, 1.ª série—N.º 101—27 de maio de 2019 <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2019/05/10100.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). *Diário da República: I Série A*, n.º 205/1996. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde. (1998). *Diário da República: I Série A*, n.º 93/1998. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 93/2009. (2009). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio. Assembleia da República. *Diário da República 1ª Série (Nº74, 16 de abril.* <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*, páginas 4147 – 4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Deodato, S. (2017). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. IN Marques-Vieira, C., & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta
- Dias, M., Alves Faria, A., Ferreira, M., Faleiros, F., Novo, A., Gonçalves, M., & Ribeiro, O. (2022). From health literacy to self-care: Contributions of the specialist nurse in rehabilitation nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7767. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137767>
- Dias, M. F. P. B. (2006). Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado. Lusociência.
- Direção Geral da Saúde (2020). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de todos para todos. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas em Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Duarte, A.M.S. (2020). Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado – contexto domiciliário. [Relatório de Estágio, Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35206/1/BCTFC197.pdf>
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European stroke journal*, 6(3), LXXXIX–CXV. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). Guia orientador de trabalhos escritos.
- European Commission. (2022). Health at a Glance: Europe 2022. OECD Publishing.
- Fairhall, N., Sherrington, C., Clemson, L., Cameron, I. D., & Lord, S. R. (2022). A multifactorial intervention for preventing falls in older people: Updated evidence and implications for clinical practice. *Age and Ageing*, 51(6), afac150. doi: 10.1093/ageing/aft204.
- Ferrari, A. J., et al. (2024). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 369 diseases and injuries, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00757-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00757-8/fulltext)
- Ferreira, R., Cubo-Delgado, S., & Carioca, V. J. J. (2017). Motivaciones, necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de enfermería. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 35(2), 77. <https://doi.org/10.14201/et20173527796>
- Garcia, A., & Eiró-Gomes, M. (2023). qualidade dos folhetos informativos sobre saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 18(45), 3499. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3499](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3499)
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.ª Ed. pp. 12–18).
- Gates, N. J., Vernooij, R. W., Di Nisio, M., Karim, S., March, E., Martínez, G., & Rutjes, A. W. (2019). Computerised cognitive training for preventing dementia in people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), CD012279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012279.pub2>

- Ginó, A. (2023). A Capacitação para a Autogestão na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Domicílio: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50858/1/MEReab\\_3462\\_original.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50858/1/MEReab_3462_original.pdf)
- Gracey, J., & McMillan, A. (2021). Person-centred rehabilitation. In McCormarck, B., McCance, T., Bulleu, C., Brown, D., McMillan, A., Martin, S. (Ed). *Person-Centred Healthcare Practice*. (p. 179-188). Oxford: WileyBlackwell
- Gurcayir, D., & Karabulut, N. (2017). The Effects of the Training Provided to Patients who are scheduled for Hip Prosthesis Surgery on the Level of Postoperative Comfort and Daily Activities [https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/44\\_karabulut\\_original\\_10\\_1.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/44_karabulut_original_10_1.pdf)
- He, Y., Tan, X., Kang, H., Wang, H., Xie, Y., Zheng, D., & Li, C. (2023). Research trends and hotspots of post-stroke dysphagia rehabilitation: a bibliometric study and visualization analysis. *Frontiers in neurology*, 14, 1279452. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1279452>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação. Criar novos caminhos* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. (2ª ed.). Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2024a). Índice de Envelhecimento por Local de Residência - NUTS anual. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0012909&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012909&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2024b). Em 2022, as doenças cerebrovasculares estiveram na origem do maior número de mortes em Portugal. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest\\_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2&xpgid=ine\\_destaque&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2&xpgid=ine_destaque&xpid=INE)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2024). *Envelhecimento e saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal* (Relatório).
- Jonsson, M., Ahlsson, A., Hurtig-Wennlöf, A., Vidlund, M., Cao, Y., & Westerdahl, E. (2019). In-Hospital Physiotherapy and Physical Recovery 3 Months After Lung Cancer Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Integrative Cancer Therapies*, 18, 1534735419876346. <https://doi.org/10.1177/1534735419876346>
- Karisik, A., Labeit, B., Schiefecker, A. J., Sollereeder, S., Galvan, O., Graf, S., Kiechl, S., Knoflach, M., & Mayer-Suess, L. (2025). Gaps in Guidelines on Long-Term Management Strategies for Post-Stroke Dysphagia. *European journal of neurology*, 32(8), e70307. <https://doi.org/10.1111/ene.70307>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Artmed.

- Liu, J. F., Kuo, N. Y., Fang, T. P., Chen, J. O., Lu, H. I., & Lin, H. L. (2021). A six-week inspiratory muscle training and aerobic exercise improves respiratory muscle strength and exercise capacity in lung cancer patients after video-assisted thoracoscopic surgery: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 35(6), 840–850. <https://doi.org/10.1177/0269215520980138>
- Lopes, C. & Almeida, C. V. (2022). O papel da Literacia em Saúde na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde. [PDF]. nI C. Lopes & C. V. Almeida (Eds.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 15-27). Edições ISPA. [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9100/1/LiteraciaSaude-2022\\_pp15-27.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9100/1/LiteraciaSaude-2022_pp15-27.pdf)
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. INESC TEC. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Loureiro, A. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/35449>
- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M. & Gouveia, M. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e desenvolvimento*, 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M. J., Belli, A., ... & Yaffe, K. (2022). Traumatic brain injury: Progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21(10), 913–936. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
- Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. . (2023). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 47–58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>
- Maier, M., Ballester, B. R., & Verschure, P. F. M. J. (2019). Principles of Neurorehabilitation After Stroke Based on Motor Learning and Brain Plasticity Mechanisms. *Frontiers in systems neuroscience*, 13, 74. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2019.00074>
- Majdan, M., Plancikova, D., Maas, A. I. R., Polinder, S., Feigin, V., Theadom, A., & Brazinova, A. (2017). Years of life lost due to traumatic brain injury in Europe: A cross-sectional analysis of 16 countries. *PLOS Medicine*, 14(10), e1002331. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002331>
- Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. (2021). A tomada de decisão em enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (99. 51-60). Lusodidacta.

- Martins, T. & Brito, A. (2021). Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem (5-14)* Repositório comum. <https://doi.org/10.48684/xj5h-5w04>
- Martins, CF.. (2022). Perceção dos enfermeiros sobre cuidados omissos em contexto de urgência. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id\\_type%5B%5D=8&academic\\_programs%5B%5D=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type%5B%5D=8&academic_programs%5B%5D=3)
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018). O Contributo dos Enfermeiros Especialistas e Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados. *RPER*, 1(1), 22-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Schoeller, S. D. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (pp. 38–45).
- Matos, M.F.G. & Simões, J.A.G. (2022). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. [https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/59/307#content/citation\\_reference-4](https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/59/307#content/citation_reference-4)
- McClelland, D. & SPENCER, L. (1990). *Competency assessment methods: history and state of the art*. Hay McBer Research Press.
- Mei, L., Li, X., Chen, G & Fang, Z. (2025). Combining rehabilitation nursing with nutritional intervention to improve self-care ability and nutritional status in elderly stroke patients: a randomized controlled trial. *J Health Popul Nutr* 44, 237 (2025). <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00995-z>
- Meleis, A., Sawyer, L M., Im, E., Messias, D. K H., & Schumacher, K (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. 2010 Springer Publishing Company, LLC.
- Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC nursing*, 20 (62), 1- 13. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Mrayyan, M., Algunmeeyn, A., Abunab, H., Kutah, O., Alfayoumi, I., & Khait, A. (2023). Attributes, skills and actions of clinical leadership in nursing as reported by hospital nurses: a cross-sectional study. *BMJ leader*, 7(3), e000672. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/leader-2022-000672>

- Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, M. da C., & Branco, M. Z. C. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44, 159–172. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle44.10>
- Nascimento, S., Hirsh, G., Preto, C., Colet, C., Stumm, E. (2020). Tratamento farmacológico e não farmacológico no manejo da dor de pacientes em pós-operatório imediato. *Revista Contexto & Saúde*, 20(40), 102–117. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.102-117>
- Neves, T.M.A. (2019). Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: Estudo em contexto hospitalar. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/95319>
- Ng, I.K. (2024). Informed consent ni clinical practice: old problems, new challenges. *The Journal of the Royal Colege of Physicians of Edinburgh*, 54(2), 153-158. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38616290/>
- Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. & Loureiro, M. (2020). *Reabilitação Cardíaca – Evidência e Fundamentos para a Prática (1ª ed.)*. Almargem do Bispo, Portugal: Lusodidacta – Sabooks Editora.
- Nutbeam, D. (2018). Health literacy as a population strategy for health promotion. *Japanese Journal of Health Education and Promotion*, 26(3), 210–222. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenkokyoiku/25/3/25\\_210/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenkokyoiku/25/3/25_210/_article/-char/ja/)
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., ... Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 30(2), 161–178. <https://doi.org/10.1159/000316119>
- Oliveira, T. M. R., Amaral, L. H., & Amaral, C. L. C. (2023). A prática pedagógica reflexiva em questão: Estudo de caso de uma escola brasileira. *Revista Portuguesa de Educação*, 36(2).
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Obtido em 20 de Agosto de 2021 de:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Reabilitação. Em *Cadernos OE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lei n.º 104/98, de 21 de abril. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Documento das Áreas de Investigação para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3\\_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby
- Paniagua, D. V., Ribeiro, M. P. H., Correia, A. M., Cunha, C. R. F., Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2018). Project K: Training for hospital-community safe transition. *Revista brasileira de enfermagem*, (71), (pp. 2264-2271). <https://www.scielo.br/j/reben/a/ntVBbrZhHGcbY9xDFDRCK4j/abstract/?lang=pt>
- Park, M., Giap, T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International journal of nursing studies*, 87, 69–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Peeters, W., van den Brande, R., Polinder, S., Brazinova, A., Steyerberg, E. W., Lingsma, H. F., & Maas, A. I. R. (2015). Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochirurgica*, 157(10), 1683–1696. <https://doi.org/10.1007/s00701-015-2512-7>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. IN Marques-Vieira, C., & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-111). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areais, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro. *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (pp.67-75). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Peyrusqué, E., et al. (2023). Exercise guidelines to counteract physical deconditioning in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.01.015>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1a edição). Lidel.

- Portaria n.º 156/2025 de 7 de abril (2025). Portaria que regula as condições para a criação e implementação do projeto piloto das ECCI, em 6 ULS. Diário da República. Série I de 2025-04-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/156-2025-913947260>
- Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro (2017). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. Diário da República | Série (02-02-2017) (608 - 629). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/50-2017-106388650>
- Portugal, Regulamento n.º 743/2019. (2019, setembro 25). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República I Série, 25 de setembro, pp páginas 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 06). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, n.º 26 06 de fevereiro, pp páginas 4744-4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º392/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, n.º85/2019, de 3 de março, pp. 13565-13568
- Portugal, Regulamento n.º350/2015. (2015, junho 22). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º119/2015, de 22 de junho.. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A.J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, (3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Raposo, S. C. R., & Magalhães, C. P. (2023). Perfil do doente com traumatismo cranioencefálico atendido num serviço de urgência da região norte de Portugal. Servir, 2(6), e31335. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31335>
- Rasheed, S., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing. Journal of Clinical Nursing, 28 (5–6), 762–774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Rocha, I., Bravo, M, Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 3(Sup 1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Romão, A. S. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Transição de Cuidados. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde].  
Repositório Comum.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46658/1/RELATORIO\\_%20ANA%20SOFIA%20ROMAO.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46658/1/RELATORIO_%20ANA%20SOFIA%20ROMAO.pdf)

- Rosa, M. J. (2020). *Um Tempo Sem Idades* (Tinta da China, Ed.; 1.a ed.).
- Rosendo, I., & Santiago, L. M. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(4), 244-50.  
[https://www.researchgate.net/publication/321721806\\_Validacao\\_de\\_tres\\_folhetos\\_informativos\\_sobre\\_diabetes\\_sua\\_terapeutica\\_e\\_exercicio\\_fisico](https://www.researchgate.net/publication/321721806_Validacao_de_tres_folhetos_informativos_sobre_diabetes_sua_terapeutica_e_exercicio_fisico)
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Santos, M. E., Gramaça, J., & Castro-Caldas, A. (2019). Traumatic brain injury in Portugal: Progress in incidence and mortality. *Acta Médica Portuguesa*, 32(9), 586–594. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31442091/>
- Santos, J., T., Campos, C. M. S., & Martins M. M. F. P. da S. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 26–36. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62/120>
- Schneider, F., Silva, L., Soder, R., Silva, S., & Oliveski, C. (2019). Modelos de gestão e estilos de liderança em enfermagem no serviço hospitalar e na atenção básica. In *O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem* 3, p. 163–176. Antonella Carvalho de Oliveira. [https://www.researchgate.net/publication/331851233\\_](https://www.researchgate.net/publication/331851233_)
- Schultz, K., Ewbank, M., & Pandit, H. (2017). Changing practice for hip arthroplasty and its implications. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 26(22), 1238–1244. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.22.1238>
- Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., ... & Lord, S. R. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1), CD012424. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos Desafios para Velhos Problemas: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Acessibilidade. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(2), (pp. 20–26). <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561>
- Silva, G., Gonçalves, R., Taveira, I., Mouzinho, M., Osório, R., & Nzwalo, H. (2021). Stroke Associated Cortical Deafness: A Systematic Review of Clinical and Radiological Characteristics. *BrainSciences*, 11(11), 2076-3425. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111383>

- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), (pp.64-69). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132?articlesBySameAuthorPage=1>
- Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R. F., & Marques-Vieira, C. (2021). Avaliar para gerir a doença aguda: propriedades clinicométricas dos instrumentos e avaliação económica em enfermagem. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C.L. (Orgs). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda (1ª ed.)* (pp. 31-40). Sintra: SABOOKS & Lusodidacta
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. in C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (113-122). Loures: Lusodidacta.
- Spencer, L. & Spencer, S. (1993) *Competence at Work: Models for Superior Performance*. John Wiley & Sons, New York.
- Stavropoulou, A., Rovithis, M., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Sigala, E., Papageorgiou, D., Moudatsou, M., & Koukouli, S. (2022). What Quality of Care Means? Exploring Clinical Nurses' Perceptions on the Concept of Quality Care: A Qualitative Study. *Clinics and practice*, 12(4), 468–481. <https://doi.org/10.3390/clinpract12040051>
- Stockley, R. C., Hanna, K., & Connell, L. (2020). To stimulate or not to stimulate? A rapid systematic review of repetitive sensory stimulation for the upper-limb following stroke. *Archives of physiotherapy*, 10(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40945-020-00091-x>
- Strandås, M., & Bondas, T. (2018). The nurse–patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74 (1), 11 – 22. <https://doi.org/10.1111/jan.13389>
- Sustersic, M., Gauchet, A., Foote, A., & Bosson, J. L. (2017). How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expectations*, 20(4), (pp. 531-542). <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12487>
- Sá, N.M.P., Oliveira, F., Sacramento, C., Almeida, F. & Oliveira, M. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 1-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Thacoor, A. & Sandiford, N. (2019). Cryotherapy following total knee arthroplasty: What is the evidence?. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*, 27(1), 2309499019832752. <https://doi.org/10.1177/2309499019832752>

- Vaughn, S., Rye, J., Allen, A., Bok, A., Mauk, K., Park, L., Pierce, L., & Wintersgill Holler, W. (2022). Inside Looking Out. Rehabilitation Nursing, Publish Ahead of Print. 10.1097/RNJ.0000000000000397
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M., Trindade, L. L., Ribeiro, O., Ribeiro M. I. & Cardoso, M. F. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 4(2), 72-80. [https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/73/436#content/citation\\_reference\\_68](https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/73/436#content/citation_reference_68)
- Wang, Z., Shi, R., & Moreira, P. (2025). Post-stroke dysphagia: identifying the evidence missing. *Frontiers in medicine*, 12, 1494645. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1494645>
- World Health Organization. (2023). Rehabilitation 2030 initiative. Geneva: WHO. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>
- World Health Organization. (2017, october). Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2017-5314-45078-64291>
- Yin, H., Chen, B., Xu, Z. (2022). A systematic review and meta-analysis on randomized control trials for preoperative rehabilitation in patients planning for joint replacement surgery for better outcomes. *Journal of Healthcare Engineering* 1-9. <https://doi.org/10.1155/2022/4287555>
- Yoder-Wise, P. S. (2018). Leading and managing in nursing. 7th Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences. <https://pt.ptlib.org/book/5010490/efe95c>
- Zhang, C., & Xiao, J. (2020). Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty. *The Journal of international medical research*. <https://doi.org/10.1177/0300060519889718>
- Zhang, H., Zhang, Z., & Wang, Y. (2021). Patient privacy and autonomy: a comparative analysis of cases of ethical dilemmas in China and the United States. *BMC Medical Ethics*, 22 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00579-6>
- Zhao, X., Bai, R., % Yang, J. (2022). Effect of Painless Rehabilitation Nursing for Hip Replacement Patients. *Computational and Mathematical Methods in Medicine* Volume 1-6. <https://doi.org/10.1155/2022/5164973>
- Zhong, M., Liu, Dehuai, M., Tang, H., Zheng, Y., Bai, Y., Liang, Qinghua M., & Yang, X. (2021). Impacts of the perioperative fast track surgery concept on the physical and psychological rehabilitation of total hip arthroplasty: A prospective cohort study of 348 patients. *Medicine* 100(32). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026869>
- Zhou, T., & Sun, C. (2022). Effect of physical manipulation pulmonary rehabilitation on lung cancer patients after thoracoscopic lobectomy. *Thoracic Cancer*, 13(3), 308–315. <https://doi.org/10.1111/1759-7714.14225>

Zubala, A., MacIntyre, T. E., Gleeson, N., Harvey-Dunstan, T. C., & Lawlor, D. A. (2017). Lifestyles and mental health: Systematic review of physical activity interventions for older adults. *Maturitas*, 106, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>



## **Parte II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

*A eficácia da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na  
Melhoria da Deglutição Comprometida na Pessoa com AVC Isquémico - Uma Scoping  
Review*



## **Resumo**

**Enquadramento:** O Acidente Vascular Cerebral caracteriza-se pelo aparecimento súbito de sinais clínicos e disfunções neurológicas que persistem por mais de 24 horas, sendo uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial e em Portugal. A deglutição comprometida após AVC associa-se a maior risco de complicações respiratórias, aumento da morbilidade e mortalidade, além de repercussões emocionais e sociais relevantes.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica que sustenta a eficácia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na melhoria da deglutição comprometida em pessoas com AVC isquémico.

**Métodos:** Foi realizada uma Scoping Review segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e as recomendações PRISMA-ScR. A pesquisa, conduzida em junho de 2025, utilizou a mnemónica PPC (População, Conceito, Contexto) e recorreu às bases MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane, MedicLatina, PubMed e B-On. A seleção e análise dos estudos foram realizadas por dois revisores independentes com recurso à plataforma Rayyan®, assegurando a sua validade e fiabilidade.

**Resultados:** A evidência indica que a utilização de ferramentas de rastreio validadas, a aplicação de intervenções terapêuticas específicas e a implementação de programas estruturados de Enfermagem de Reabilitação contribuem para ganhos funcionais, prevenção de complicações e aumento da segurança clínica em pessoas com disfagia após AVC isquémico.

**Conclusões:** As intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação da deglutição após AVC isquémico mostram-se seguras, viáveis e eficazes. Apesar da heterogeneidade e limitação da evidência disponível, torna-se necessária a realização de estudos primários mais robustos, que sustentem a elaboração de protocolos clínicos validados e baseados em evidência de elevada qualidade.

**Palavras-chave:** enfermagem de reabilitação; intervenções de enfermagem; deglutição comprometida; disfagia; acidente vascular cerebral isquémico.



## **Abstract**

**Background:** Stroke is defined as the sudden onset of clinical signs and neurological dysfunctions lasting more than 24 hours and is one of the leading causes of mortality and disability worldwide and in Portugal. Post-stroke impaired swallowing is associated with higher morbidity, mortality, respiratory complications, and significant emotional and social impact.

**Objective:** To map the scientific evidence supporting the effectiveness of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in improving swallowing function in individuals with ischaemic stroke.

**Methods:** A Scoping Review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and the PRISMA-ScR guidelines. The search, carried out in June 2025, was structured using the PCC mnemonic (Population, Concept, Context) and included MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane, MedicLatina, PubMed, and B-On databases. Study selection and analysis were performed by two independent reviewers using the Rayyan® platform, ensuring methodological validity and reliability.

**Results:** The evidence demonstrates that the use of validated screening tools, combined with targeted therapeutic interventions and structured Rehabilitation Nursing programmes, contributes to functional gains, prevention of complications, and improved clinical safety in individuals with post-stroke dysphagia.

**Conclusions:** The interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in swallowing rehabilitation after ischaemic stroke are safe, feasible, and effective. However, given the heterogeneity and limitations of the available evidence, further methodologically robust primary studies are required to support the development of validated clinical protocols anchored in high-quality evidence.

**Keywords:** rehabilitation nursing; nursing interventions; swallowing disorder; dysphagia; ischaemic stroke.



## 1. Fundamentação/Enquadramento teórico

O envelhecimento da população portuguesa é uma tendência crescente, refletida no aumento do índice de envelhecimento. Este fenómeno coloca Portugal entre os países mais envelhecidos da Europa (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024a).

Este cenário demográfico tem implicações significativas para a saúde pública, especialmente no que diz respeito às doenças crónicas. O AVC é um exemplo notável, sendo a principal causa de morte e incapacidade no país. Apesar de o risco de AVC aumentar com a idade, cerca de 30% dos casos ocorrem em pessoas em idade ativa, o que pode levar à interrupção da atividade profissional com todas as repercussões envolvidas (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2023).

O AVC constitui uma das principais causas de morte e incapacidade a nível mundial, representando uma emergência médica caracterizada pelo aparecimento súbito de défice neurológico focal decorrente de lesão cerebral vascular, seja de origem isquémica ou hemorrágica (Lui et al., 2025). O AVC isquémico representa cerca de 80% dos casos, sendo o tipo mais prevalente, contudo, o AVC hemorrágico, que corresponde a aproximadamente 20% dos eventos, associa-se a maior mortalidade e a um número superior de anos de vida perdidos por incapacidade (Katan & Luft, 2018; Greenberg et al., 2022).

O AVC isquémico, caracteriza-se por um défice neurológico súbito decorrente de uma lesão vascular focal, com persistência dos défices para além das 24 horas, ou pela presença de lesão isquémica aguda documentada em exames imagiológicos (Kuriakose & Xiao, 2020). Ocorre por estreitamento ou oclusão de vasos sanguíneos, resultando em isquemia e morte tecidual na região afetada. A extensão da lesão depende do vaso intracraniano comprometido, da circulação colateral, da anatomia vascular e da pressão arterial sistémica. Em redor da área central de enfarte pode formar-se a penumbra isquémica, caracterizada por disfunção reversível, contudo, se não houver restauração do fluxo sanguíneo, esta área também evolui para necrose celular (Smith et al., 2018). As lesões isquémicas são geralmente focais, provocando sinais clínicos delimitados que correspondem à função desempenhada pela área cerebral lesada, mantendo as regiões não afetadas funcionais (Caldas, 2000; Habib, 2000). Do ponto de vista fisiopatológico, a interrupção crítica do fluxo sanguíneo cerebral leva à privação de oxigénio e glicose, desencadeando uma cascata de eventos celulares. Esta inclui falência da bomba sódio-potássio, despolarização neuronal, influxo excessivo de cálcio, libertação desregulada de glutamato, produção de radicais livres e ativação de vias inflamatórias. Como resultado,

verifica-se morte neuronal por necrose nas áreas centrais e por apoptose nas áreas periféricas (Majumber, 2024; Salaudeen et al., 2024). Paralelamente, a disrupção da barreira hematoencefálica e a ativação da microglia contribuem para o edema citotóxico e vasogénico, aumentando o risco de hemorragia em casos de reperfusão (Maida et al., 2024).

O AVC hemorrágico, por sua vez, resulta da rutura de um vaso sanguíneo intracraniano, com extravasamento de sangue para o parênquima cerebral (hemorragia intracerebral) ou para o espaço subaracnóideu (hemorragia subaracnoídea) (Figueiredo et al., 2020; Greenberg et al., 2022). Entre os fatores de risco destacam-se a hipertensão arterial crónica, o tabagismo, a obesidade, dieta rica em gorduras saturadas, o uso excessivo de anticoagulantes, bem como alterações estruturais dos vasos como aneurismas e malformações arteriovenosas (Safouris et al., 2023). O hematoma, além da lesão inicial, provoca disrupção da barreira hematoencefálica e edema peri-hematoma, o que eleva significativamente a pressão intracraniana e afeta o prognóstico (Wan et al., 2022). O mecanismo de lesão envolve compressão mecânica pelo hematoma, neurotoxicidade derivada da degradação da hemoglobina e resposta inflamatória secundária, o que condiciona uma evolução clínica distinta da observada nos eventos isquémicos (Maida et al., 2024).

Apesar das diferenças fisiopatológicas, ambos os tipos de AVC partilham a característica comum de rápida progressão da lesão, justificando a necessidade de intervenção precoce estruturada.

No contexto português, o AVC continua a representar um grave problema de saúde pública. Dados recentes do INE indicam que, em 2022, ocorreram 9616 óbitos por doenças cerebrovasculares, mantendo-se o AVC entre as principais causas de morte no país (INE, 2024b). Em 2023 e 2024 verificou-se uma ligeira redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, embora o AVC se mantenha como uma das condições mais letais e incapacitantes (INE, 2025). Paralelamente, a Direção Geral da Saúde (DGS), através do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, tem reforçado a necessidade de intervenção preventiva e de melhoria da rede organizada de cuidados ao AVC, incluindo a Via Verde AVC, a qual desempenha um papel crucial na redução do tempo entre o início dos sintomas e o tratamento (DGS, 2022).

O AVC é uma neuropatologia complexa, sendo que a maioria das incidências é de origem multifatorial, associado a determinantes ambientais e genéticos, de classificação modificável ou não modificável (Deuschl et al., 2020). A prevenção é fundamental para reduzir

a incidência da patologia e, conseqüentemente, reduzir as sequelas e os altos custos no tempo de hospitalização e no processo de reabilitação (Marianelli et al., 2020).

A compreensão dos mecanismos celulares subjacentes, associada ao reconhecimento de complicações como a disfagia, constitui uma base essencial para melhorar o prognóstico funcional do cliente com AVC e reduzir o impacto socioeconómico desta patologia. Entre as complicações clínicas mais relevantes desta patologia destaca-se a disfagia, frequentemente subdiagnosticada mas com impacto direto na morbidade e mortalidade. Estudos recentes referem que até 65% dos clientes apresentam algum grau de disfagia na fase aguda, embora uma parte significativa recupere ao longo das primeiras semanas (Balcerak et al., 2022; Song et al., 2024).

A deglutição constitui um processo neuromuscular complexo que exige a coordenação rigorosa entre estruturas orais, faríngeas, laríngeas e esofágicas. Este processo é estruturado em três fases: oral, faríngea e esofágica, mobilizando mais de vinte músculos e seis pares cranianos, o que reflete a sua elevada complexidade funcional (Marques-Vieira et al., 2017; Immovilli et al., 2021). Na fase oral, de carácter voluntário, o bolo alimentar é preparado e propulsionado da cavidade oral para a orofaringe, processo dependente da integridade da língua, lábios e músculos mastigatórios, regulados pelos pares cranianos V, VII e XII (Armstrong & Mosher, 2011; Hoeman, 2011). Segue-se a fase faríngea, essencialmente reflexa, na qual o bolo é propulsionado em direcção ao esófago, ocorrendo simultaneamente mecanismos de protecção das vias aéreas, como o encerramento glótico e a acção da epiglote, bem como o relaxamento do esfíncter cricofaríngeo (Armstrong & Mosher, 2011). Finalmente, a fase esofágica, involuntária, assegura o transporte do bolo até ao estômago através de movimentos peristálticos, num processo com duração média de 8 a 20 segundos (Hoeman, 2011).

O controlo neuronal da deglutição é igualmente complexo. O córtex cerebral regula os componentes sensoriomotores da faringe e da laringe, enquanto o tronco cerebral coordena as fases reflexas e inibe temporariamente a respiração durante a deglutição, garantindo a segurança no processo (Antunes & Ramalho, 2009; Cabézon et al., 2011). Os pares cranianos V, VII, IX, X e XII têm papéis decisivos na mastigação, propulsão do bolo, protecção das vias aéreas e relaxamento do esfíncter esofágico (Hoeman, 2011). Esta organização funcional torna a deglutição particularmente vulnerável a lesões neurológicas, como o AVC. De facto, a representação cortical da musculatura oral é bilateral e simétrica, mas a da faringe, laringe e esófago é assimétrica, o que explica porque lesões unilaterais, podem originar alterações significativas neste processo (Antunes & Ramalho, 2009).

O impacto orofacial é também significativo. A atonia dos músculos da língua, dos lábios e da garganta após um AVC, compromete a mastigação, a propulsão oral dos alimentos e a coordenação orofacial, dificultando tanto a deglutição eficaz como a expressão facial e o discurso, dada a participação do nervo facial nestas funções (Pinto, 2022). Dada a dependência da deglutição de ações neuromusculares integradas, qualquer lesão cerebral aguda pode comprometer centros corticais e do tronco encefálico, desencadeando a disfagia (Dziewas et al., 2021; National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A disfagia constitui uma complicação frequente após um AVC, com incidência estimada entre os 30% e 81% na fase aguda (Dziewas et al., 2021; Song et al., 2024). A gravidade da disfagia após AVC depende da extensão das lesões, da localização cortical ou tronco encefálica e de características individuais da pessoa, como a idade e comorbidades (Santos et al., 2023). A sua ocorrência é mais provável em pessoas idosas e com maior gravidade do AVC, em presença de comorbidades como a hipertensão arterial crónica e a diabetes mellitus e quando a lesão acomete estruturas corticais ou do tronco cerebral (Yang et al., 2022; Vasan et al., 2023). Lesões no tronco cerebral, nomeadamente na medula ou na ponte, interferem diretamente com os núcleos dos nervos cranianos e com as vias reflexas que sustentam a deglutição, originando frequentemente alterações como a disfagia severa (Stroke Manual, 2025). Estruturas como o córtex insular e o opérculo frontal são frequentemente implicadas, sobretudo em lesões no território da artéria cerebral média (ACM), estando associadas a casos de disfagia grave e à necessidade de suporte nutricional alternativo (Lapa et al., 2022). Do mesmo modo, lesões nos gânglios de base, cápsula interna e substância branca periventricular, comprometem os circuitos motores e sensoriais necessários à coordenação da fase oral e faríngea da deglutição, resultando em propulsão ineficaz do bolo alimentar, prolongamento da fase oral e risco de aspiração silenciosa (Stroke Manual, 2025). Assim, a gravidade e características clínicas da disfagia após AVC dependem não apenas da localização anatómica da lesão, mas também de fatores individuais que influenciam a capacidade de recuperação funcional.

Clinicamente, distinguem-se dois grandes tipos de disfagia: a orofaríngea, caracterizada por dificuldade em iniciar a deglutição, engasgamento, tosse e regurgitação nasal, e a disfagia esofágica, frequentemente relacionada com a disfunção cricofaríngea e falha na abertura do esfíncter esofágico (World Gastroenterology Organization, 2014; Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006). Independentemente do tipo de disfagia, esta perturbação compromete a necessidade humana básica, de comer e beber e repercute-se negativamente em múltiplas dimensões da vida quotidiana, incluindo o estado nutricional, a comunicação e qualidade de

vida (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2016; Santos et al., 2023).

As consequências da disfagia são extensas e clinicamente relevantes. O risco de aspiração é particularmente elevado, sendo esta complicação responsável por pneumonias de aspiração (Dziewas et al., 2021). Esta situação, associada frequentemente a desnutrição, desidratação, prolongamento de internamentos e maior incapacidade funcional, contribui para o aumento da morbidade e mortalidade nestes clientes (Altman & Schaefer, 2010; Sabbouh & Torbey, 2018). A literatura mais recente reforça ainda o impacto psicossocial da disfagia, relacionando-a com depressão, isolamento social e maior labilidade emocional, o que agrava a vulnerabilidade das pessoas (Dziewas et al., 2021).

De forma a minimizar os riscos, a National Clinical Guideline for Stroke (2023) recomenda que a avaliação da deglutição seja realizada de forma precoce, preferencialmente nas primeiras quatro horas após a admissão hospitalar e sempre antes da administração de alimentos, líquidos ou medicação por via oral, sendo esta prática associada a melhores resultados clínicos (Shen et al., 2024). A avaliação sistemática da deglutição é, portanto, essencial, devendo incluir escalas padronizadas e, quando indicado, exames como a videofluoroscopia ou a endoscopia flexível da deglutição (Labeit et al., 2023). Este rastreio inicial permite identificar precocemente os clientes em risco e iniciar estratégias de suporte adequadas. A implementação de programas estruturados de rastreio, associada a medidas compensatórias e de reabilitação orofaríngea, constitui atualmente a abordagem de eleição para reduzir complicações e melhorar o prognóstico (Cohen et al., 2016; Song et al., 2024), embora, ainda assim, a literatura ainda evidencie heterogeneidade e necessidade de estudos adicionais (Balcerak et al., 2022).

A avaliação clínica da deglutição após AVC tem como objetivos centrais identificar alterações, caracterizar a sua gravidade, compreender as causas, orientar o planeamento das intervenções e avaliar os resultados terapêuticos (Sousa et al., 2025). No processo de reabilitação, o EEER desempenha um papel central. Insere-se numa equipa multidisciplinar e assume responsabilidade na reeducação da função de deglutir, utilizando competências específicas para promover a autonomia do cliente (Marques-Vieira et al., 2017). Algumas das intervenções do EEER incluem a higiene oral, controlo postural adequado durante a alimentação, exercícios de deglutição e aplicação de estratégias compensatórias como a terapia de resistência orofaríngea e a manobra de Mendelsohn, que demonstram reduzir significativamente a aspiração e promovem a independência na alimentação (Gomes, 2019). O

EEER deve ainda considerar a reabilitação precoce como processo estratégico de recuperação e abordar as comorbidades, défices neurológicos, capacidades de autocuidado, estado cognitivo e potencial de regresso à comunidade (Pereira et al., 2022; Gutenbrunner et al., 2022). Adicionalmente, a sua atuação envolve a capacitação do cliente e cuidador, contribuindo para a tomada de decisões informadas no processo de reabilitação, um aspeto alinhado com o conceito de literacia em saúde, essencial na promoção do autocuidado (Almeida et al., 2019, Regulamento n.º 392/2019). Este enfoque teórico encontra respaldo na Teoria do Défice de Autocuidado de Orem e reforçado pela visão holística da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, ambas enfatizando a promoção da autonomia física, emocional, familiar e socioeconómica da pessoa (Pereira et al., 2022; Bengs & Nyback, 2020). No contexto da deglutição comprometida, com défice no autocuidado, o referencial de Dorothea Orem revela-se o mais adequado, uma vez que orienta a implementação de intervenções de ER, centradas na melhoria da deglutição e promoção da capacidade funcional. Segundo a CIPE® (2011), o autocuidado refere-se às atividades realizadas pela própria pessoa para responder às necessidades básicas e manter a operacionalidade. Para Orem (2001), trata-se de uma função reguladora humana, sustentada na capacidade deliberada de controlar fatores internos e externos que afetam a saúde e o bem-estar. Autores como Azevedo et al. (2019), reforçam que a capacidade de autocuidado constitui uma potencialidade essencial, cuja limitação impacta de forma significativa a saúde e a qualidade de vida. O défice de autocuidado, embora abstrato, traduz-se em limitações concretas da ação, determinando a necessidade de cuidados especializados quando as exigências superam a capacidade individual (Tomey & Alligood, 2002). Neste sentido, a teoria de Orem expande a enfermagem como ciência prática, sustentando que todas as pessoas possuem potencial de autocuidado e que o enfermeiro deve intervir para potenciar esse processo (Queirós, Vidinha & Filho, 2014). Em consonância, Meleis (2012) acrescenta que apoiar pessoas em processos de transição constitui uma função central da enfermagem, sendo o EEER determinante na promoção da autonomia, na capacitação para o autocuidado e na facilitação de processos de readaptação funcional, de modo a favorecer a independência e a qualidade de vida (OE, 2018).

A compreensão da fisiologia da deglutição e dos mecanismos de controlo neuronal, associada ao conhecimento das alterações provocadas pelo evento cerebrovascular, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias preventivas, de rastreio e de intervenção. A avaliação e intervenção precoce em casos de disfagia têm impacto direto na redução da morbilidade, no aumento da segurança alimentar e na melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Em síntese, o EEER orchestra o processo de recuperação, promovendo a máxima capacidade funcional, autoestima e qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º392/2019; Batista et al., 2023).



## 2. Metodologia

O presente capítulo descreve de forma sistemática a metodologia adotada, com o intuito de explicitar os procedimentos de investigação que sustentaram a obtenção dos resultados e a formulação das conclusões.

### 2.1. Desenho do estudo

Esta Scoping Review foi conduzida de acordo com a metodologia JBI para Scoping Review (Peters et al., 2020) e de acordo com a PRISMA-ScR (Page et al., 2021).

Tornou-se necessário proceder à definição da questão de investigação. Para tal, realizou-se uma pesquisa exploratória em bases de dados relevantes da área científica em análise, com o objetivo de identificar a terminologia mais recorrente e selecionar palavras-chave pertinentes. Com base nesses resultados, uma questão de investigação foi formulada segundo a estratégia PCC, conforme apresentado de seguida na Tabela 1.

**Tabela 1** - Descrição dos Componentes PCC

P (População)	Pessoas adultas com Acidente Vascular Cerebral Isquémico com disfagia.
C (Conceito)	Intervenções de Reabilitação na deglutição.
C (Contexto)	Qualquer contexto de cuidados de saúde (hospitalar, comunitário, centros de reabilitação).

Da estratégia PCC resultou a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções implementadas por enfermeiros de reabilitação para melhorar a deglutição comprometida na pessoa com AVC isquémico, e qual a evidência disponível quanto à sua eficácia?

#### 2.1.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados os seguintes critérios, de acordo com a mnemónica PCC: Estudos com pessoas adultas (>18 anos) com diagnóstico de AVC isquémico; estudos que exploraram a temática das intervenções de Enfermagem de Reabilitação dirigidas à deglutição incluindo: avaliação e rastreio da disfagia, intervenções terapêuticas, educação, treino do cuidador e gestão de risco de aspiração conduzidos por enfermeiros e protocolos de prática clínica relacionados com a deglutição. Foram excluídos estudos com intervenções exclusivas de outros profissionais, sem envolvimento do EEER, assim como estudos com populações com AVC agudo ou hemorrágico maioritariamente, traumatismo cranioencefálico ou outras patologias neurodegenerativas.

Esta scoping review considerou para inclusão estudos publicados nos últimos dez anos, com idioma em português, inglês e espanhol, nomeadamente estudos experimentais e quase-experimentais, incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios controlados não randomizados, estudos antes e depois e estudos de séries temporais interrompidos. Além disso, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos foram considerados para inclusão. Esta revisão também considerou desenhos de estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos transversais descritivos para inclusão. Estudos qualitativos também foram considerados com foco em dados qualitativos. Além disso, revisões sistemáticas que atenderam aos critérios de inclusão também foram consideradas, dependendo da questão de pesquisa. Documentos sem metodologia científica não foram considerados para inclusão nesta Scoping Review: artigos de opinião, protocolos sem resultados, resumos sem texto integral e sem acesso livre, teses não indexadas e documentos sem revisão científica.

### **2.1.2. Estratégia de pesquisa**

De acordo com a metodologia JBI, a estratégia de pesquisa foi conduzida em três fases. Inicialmente foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados PubMed (via MedLine Complete), CINAHL Complete e B-On, com o objetivo de identificar os termos mais frequentemente utilizados nos títulos e resumos da literatura existente. De seguida, foram identificadas as palavras-chave: AVC isquémico, disfagia, deglutição comprometida, enfermagem de reabilitação e intervenções de enfermagem, tendo sido escolhidos os termos segundo os descritores em ciências da saúde (DeCS) e os Medical Subject Headings (MeSH) usados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa.

A pesquisa foi realizada em 6 de junho de 2025. As bases de dados consultadas foram a MEDLINE, CINAHL, ProQuest, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane e MedicLatina, todas acessadas através da plataforma EBSCOhost, bem como PubMed e B-On. Para a literatura cinzenta, recorreu-se ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e à Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (RPER). A pesquisa efetuada encontra-se representada na Tabela 2.

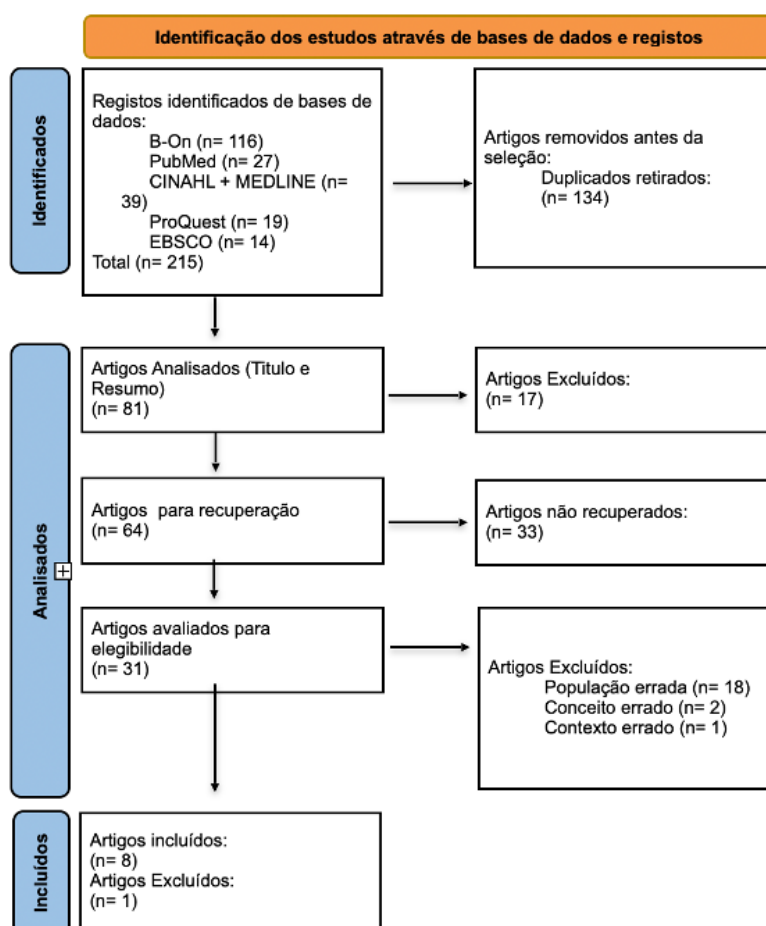
Tabela 2 - Estratégia de Pesquisa

Bases de Dados	Termos de Pesquisa
<b>B-On</b>	(SU ("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke") OR TI ("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke") OR AB ("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke")) AND (SU ("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder") OR TI ("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder") OR AB ("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder")) AND (SU ("rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse") OR TI ("rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse") OR AB ("rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse"))
<b>PubMed</b>	Search: #1 AND #2 AND #3 Sort by: Publication Date: ("ischemic stroke"[MeSH Terms] OR "ischemic stroke"[Title/Abstract] OR "ischaemic stroke"[Title/Abstract] OR "cryptogenic ischemic stroke"[Title/Abstract] OR "cryptogenic embolism stroke"[Title/Abstract] OR "cryptogenic stroke"[Title/Abstract] OR "wake up stroke"[Title/Abstract]) AND ("deglutition disorders"[MeSH Terms] OR "deglutition disorders"[Title/Abstract] OR "deglutition disorder"[Title/Abstract] OR "dysphagia"[Title/Abstract] OR "dysphagias"[Title/Abstract] OR "swallowing disorders"[Title/Abstract] OR "swallowing disorder"[Title/Abstract]) AND ("rehabilitation nursing"[MeSH Terms] OR "rehabilitation nursing"[Title/Abstract] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing intervention"[Title/Abstract] OR "rehabilitation nurse"[Title/Abstract] OR "rehabilitation nurses"[Title/Abstract] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "nurse"[Title/Abstract])

<b>CINAHL e MEDLINE</b>	(SU ("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke") OR TI ("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke") OR AB ("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke")) AND (SU ("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder") OR TI ("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder") OR AB ("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder")) AND (SU ("rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse") OR TI ("rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse") OR AB ("rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse")))
<b>ProQuest</b>	<p>S1 subject("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke") OR title("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke") OR abstract("ischemic stroke" OR "ischaemic stroke" OR "cryptogenic ischemic stroke" OR "cryptogenic embolism stroke" OR "cryptogenic stroke" OR "wake up stroke")</p> <p>S2 subject("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder") OR title("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder") OR abstract("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "dysphagia" OR "dysphagias" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder")</p> <p>S3 subject( "rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse") OR title( "rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse") OR abstract("rehabilitation nursing" OR "nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention" OR "rehabilitation nurse" OR "rehabilitation nurses" OR "nurses" OR "nurse")</p> <p>S4 [S1] AND [S2] AND [S3]</p>

### 2.1.3. Seleção dos Estudos

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram agrupadas e carregadas no software Rayyan® - Intelligent Systematic Review para análise e remoção dos artigos duplicados. Após uma primeira análise, os títulos e resumos foram selecionados por dois revisores independentes para avaliação de acordo com os critérios de inclusão para esta revisão. Fontes potencialmente relevantes foram recuperadas na íntegra e o texto completo foi avaliado detalhadamente pelos dois revisores independentes, tendo em conta os critérios de inclusão. Os motivos de exclusão vão de encontro aos critérios de inclusão, definidos previamente. Todos os desacordos que surgiram entre os revisores, em cada uma das etapas do processo de seleção, foram resolvidos por meio de discussão. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão dos estudos serão relatados na íntegra nesta revisão e apresentados de seguida por um diagrama (Figura 1) de acordo com a metodologia PRISMA-ScR (Page et al., 2021).



**Figura 1** - Diagrama PRISMA-ScR

**Fonte:** adaptado de Page et al., 2021

## 2.2. Considerações Éticas

A aprovação ética não foi requerida para este tipo de investigação, inexistindo igualmente qualquer conflito de interesse declarado. Durante todas as etapas do estudo foram respeitados os princípios éticos de integridade e equidade, assegurando-se a precisão, objetividade e rigor científico, sem que ocorressem modificações na informação recolhida ou na forma de apresentação dos dados.

## 3. Resultados

O processo de análise de dados foi realizado de forma colaborativa pelos investigadores envolvidos. Para a exploração dos estudos incluídos, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, estruturada em três etapas sequenciais: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016). A partir deste processo emergiram 4 temas e 16 subtemas, sintetizados na Tabela 4.

A pesquisa sistemática nas bases de dados originou um total de 215 estudos, que foram carregados e organizados na plataforma Rayyan®. Identificaram-se 134 duplicados, restando 81 estudos para análise do título e do resumo. Esta triagem foi efetuada por dois revisores independentes, tendo resultado na exclusão de 17 estudos. Dos 64 artigos elegíveis para leitura integral, 31 foram recuperados, culminando na seleção de 8 que cumpriam os critérios de inclusão. A principal razão para exclusão correspondeu ao critério População, dado que muitos dos estudos não incluíam especificamente pessoas com AVC isquémico com disfagia.

Após esta seleção, os estudos foram submetidos a avaliação crítica, com base nas checklists metodológicas do JBI. Verificou-se que um dos artigos não preenchia os requisitos necessários, sendo excluído da síntese final.

Os dados extraídos dos 7 artigos incluídos (Apêndice XIV) são apresentados sob a forma de tabela (Tabela 3), reunindo a informação mais relevante para responder à questão de investigação. O nível de evidência e a qualidade metodológica de cada artigo foram avaliados de acordo com as recomendações do JBI (Joanna Briggs Institute, 2014).

Tabela 3 - Tabela de Extração de Dados

Identificação -referência APA 7. País	Métodos Tipo de estudo Participantes Objetivos	Resultados	Conclusões	Qualidade Nível de evidência Grau de recomendação o Qualidade metodológica a JBI
<p><b>E1</b> Oliveira, A. R. de S., Araujo, T. L. de, Carvalho, E. C. de, Costa, A. G. de S., Cavalcante, T. F., &amp; Lopes, M. V. de O. (2015). Construction and validation of indicators and respective definitions for the nursing outcome Swallowing Status. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, 23(3), 450–457. <a href="https://doi.org/10.1590/0104-1169.0377.2575">https://doi.org/10.1590/0104-1169.0377.2575</a>. Brasil.</p>	<p>Estudo metodológico; 81 doentes internados após AVC (idade média 56,3 anos; 58% homens; 87,7% AVC isquêmico; Desenvolver indicadores e respetivas definições conceptuais e operacionais do desfecho NOC 'Swallowing Status' e validar a sua utilização clínica por enfermeiros em pessoas após AVC.</p>	<p>Na validação de conteúdo, observou-se que todos os indicadores obtiveram valores de IVC superiores a 0,80, à exceção do indicador “<i>Levar o alimento à boca</i>”. Apesar de não alcançar o ponto de corte estabelecido, este foi mantido no conjunto final de indicadores, dada a sua relevância teórica e suporte conceptual. Relativamente à validação clínica, a análise da reprodutibilidade demonstrou diferenças expressivas consoante o uso de definições operacionais. O par de enfermeiros que utilizou as definições apresentou coeficientes de correlação intraclasse (CCI) superiores a 0,80 em todos os indicadores, vários dos quais próximos da unidade (0,97–1,00), o que indica elevada concordância entre os avaliadores. Em contraste, o par que procedeu à avaliação sem acesso às definições obteve valores de CCI inferiores a 0,75 na maioria dos indicadores, revelando baixa consistência entre observadores. A aplicação do teste MID/Friedman corroborou estes achados. Quando as definições operacionais foram disponibilizadas, verificou-se concordância significativa entre avaliadores em todos os indicadores. Contudo, na ausência dessas definições, surgiram discrepâncias relevantes, particularmente nos indicadores “<i>Integridade das estruturas de mastigação</i>” e “<i>Capacidade de manter conteúdo oral na boca</i>”.</p>	<p>A integração de definições conceptuais e operacionais nos indicadores do desfecho NOC <i>Swallowing Status</i> demonstrou um aumento significativo na consistência e precisão das avaliações de deglutição efetuadas por enfermeiros em pessoas com AVC. A utilização destas definições é fortemente recomendada, uma vez que reforça a fiabilidade da avaliação clínica e favorece o planeamento precoce e adequado de intervenções de (neuro)reabilitação.</p>	<p>Level 5.Expert Opinion and Bench Research.  Level 5.b – Expert consensus</p>
<p><b>E2</b> Aryanti, D., &amp; Masfuri. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan Intervensi Keperawatan</p>	<p>Estudo de caso, conduzido com base na abordagem do processo de</p>	<p>Na avaliação inicial por meio da Modified Barium Swallow Study (MBSS), o participante apresentou resultado positivo</p>	<p>A implementação diária, breve (10 minutos) e estruturada de treino motor oral,</p>	<p>Level 4 – Observational</p>

<p>Oral Motor Exercise Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi: Laporan Kasus. <i>Journal of Health and Cardiovascular Nursing</i>, 3(1), 9–16. <a href="https://doi.org/10.36082/jhcn.v3i1.942">https://doi.org/10.36082/jhcn.v3i1.942</a>. Indonésia.</p>	<p>enfermagem ao longo de seis dias. O contexto foi uma enfermagem de neurologia de um hospital na Indonésia. O participante foi um homem de 62 anos, diagnosticado com AVC isquémico, que apresentava disartria, parestesia do nervo facial (VII) central à esquerda e do nervo hipoglosso (XII) à esquerda. À admissão encontrava-se em alimentação por sonda. O objetivo principal do estudo consistiu em analisar a aplicação da intervenção de treino motor oral (Oral Motor Exercise – OME) realizada por enfermagem e avaliar o respetivo impacto sobre a função de deglutição.</p>	<p>para disfagia, evidenciado por episódios de tosse aquando da ingestão de água. Ao longo da intervenção de Oral Motor Exercise (OME) conduzida pela equipa de enfermagem, observou-se uma evolução progressiva no índice RAPIDS (escala de risco-prognóstico para disfagia), que passou de 78 pontos na avaliação pré-intervenção para 91 pontos após seis dias. A progressão diária registada foi de 79, 79, 80, 85, 87 e 91 pontos, evidenciando melhoria consistente ao longo do período de acompanhamento. No que respeita aos sinais clínicos, constatou-se: redução do tempo de encaminhamento do bólus para a hipofaringe (de valores superiores a 5 segundos para o intervalo de 1–5 segundos); melhoria na oclusão labial; maior capacidade de retenção de alimentos e líquidos na cavidade oral; persistência de tosse quando exposto a volumes elevados de água; aquisição de tolerância à dieta de consistência pastosa.</p>	<p>conduzida por enfermagem, esteve associada à melhoria clínica da função de deglutição e a um aumento da pontuação no RAPIDS em um doente com AVC isquémico e disfagia.</p>	<p>–Descriptive Studies -  Level 4.d – Case study</p>
<p><b>E3</b> Liu, Z.-Y., Zhang, X.-P., Mo, M.-M., Ye, R.-C., Hu, C.-X., Jiang, M.-Q., &amp; Lin, M.-Q. (2020). Impact of the systematic use of the volume–viscosity swallow test in patients with acute ischaemic stroke: a retrospective study. <i>BMC Neurology</i>, 20, 154. <a href="https://doi.org/10.1186/s12883-020-01733-0">https://doi.org/10.1186/s12883-020-01733-0</a>. China.</p>	<p>Estudo observacional retrospectivo, comparando a implementação sistemática do <i>Volume–Viscosity Swallow Test</i> (V-VST) com o <i>Water Swallow Test</i> (WST) em doentes com AVC isquémico agudo. Realizado em dois períodos: pré-V-VST (fev–jun 2017; n=147) e V-VST (jul–out 2017; n=95). 242 adultos com AVC isquémico agudo, idade média 68,8% mulheres; 61,2% homens; NIHSS mediana = 3 (IIQ 1–6). Avaliar o impacto do V-VST, em comparação</p>	<p>A prevalência de disfagia pelo WST foi de 52,1%; no período V-VST, 38,9% apresentaram disfagia identificada pelo teste. Nos desfechos principais, verificou-se redução significativa no período V-VST de: pneumonia associada ao AVC (SAP): 10,5% vs. 21,8% (p=0,024); alimentação por sonda nasogástrica: 14,7% vs. 25,9% (p=0,040). Não houve diferenças quanto à duração do internamento (mediana 11 dias) nem ao custo hospitalar. No subgrupo com WST positivo (n=126), o V-VST associou-se a menores taxas de sonda (25,0% vs. 45,9%; p=0,017) e de SAP (17,3% vs. 35,1%; p=0,028). A análise multivariável confirmou que o período V-VST reduziu significativamente a probabilidade de SAP (OR=0,423; IC95% 0,197–0,907), enquanto a alimentação por sonda aumentou fortemente</p>	<p>A aplicação sistemática do V-VST como método de rastreio, permitiu identificar volumes e viscosidades seguras, orientando a adaptação dietética. Esta abordagem esteve associada a menor incidência de pneumonia associada ao AVC e a uma redução na necessidade de utilização de sonda nasogástrica, em comparação com a aplicação isolada do WST. Não foram encontradas diferenças significativas relativamente à</p>	<p>Level 2 – Quasi-experimental Designs.  Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study</p>

	com o WST, nos desfechos clínicos: incidência de pneumonia associada ao AVC, necessidade de sonda nasogástrica, custo hospitalar e duração do internamento.	o risco (OR=16,236; IC95% 7,365–35,792).	duração do internamento ou aos custos hospitalares. O V-VST é, assim, proposto como ferramenta preferencial de rastreio clínico para apoiar decisões relacionadas com a alimentação segura.	
<b>E4</b> Immovilli, P., Rota, E., Morelli, N., Marchesi, E., Terracciano, C., Zaino, D., Ferrari, G., Antenucci, R., & Guidetti, D. (2021). Diagnostic accuracy of a bedside screening tool for dysphagia (BSTD) in acute stroke patients. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i> , 30(2), 105470. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105470">https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105470</a> . Itália.	Estudo prospetivo, desenvolvido com o intuito de avaliar a acuidade de um instrumento de rastreio de disfagia. A investigação decorreu na Unidade de Neurologia de um hospital comunitário localizado no norte de Itália. Foram incluídos 120 doentes, dos quais 80,8% apresentavam etiologia isquémica. O objetivo consistiu em avaliar a validade e o desempenho diagnóstico de uma ferramenta simples de rastreio à beira-leito ( <i>Bedside Screening Tool for Dysphagia – BSTD</i> ), administrada por enfermeiros previamente treinados, para a identificação precoce do risco de disfagia em doentes com AVC agudo.	A prevalência de disfagia identificada na amostra foi de 30%. O desempenho diagnóstico da ferramenta de rastreio à beira-leito (BSTD) revelou valores elevados: sensibilidade de 100% (IC95%: 96,1–100%), especificidade de 95,2% (IC95%: 89,3–98,1%), valor preditivo positivo de 90% (IC95%: 82,8–94,5%) e valor preditivo negativo de 100% (IC95%: 96,1–100%). A concordância entre a avaliação realizada por enfermeiros e por terapeutas da fala foi considerada excelente. Nos casos de disfagia, observou-se uma dessaturação média de 6,4% (variação: 4–15%). Durante a primeira semana de internamento, foram registados apenas dois casos de pneumonia associada ao AVC (1,6%).	O BSTD, quando aplicado por enfermeiros treinados, evidenciou elevado desempenho diagnóstico e um valor preditivo negativo de 100%, revelando-se um rastreio sensível e seguro para a identificação de disfagia.. Este instrumento mostrou utilidade na orientação de decisões sobre ingestão oral.. Os autores recomendam a sua utilização precoce, reservando a realização de avaliação endoscópica ou videofluoroscópica para situações selecionadas.	Level 1 – Experimental Designs.  Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs
<b>E5</b> Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em	Estudo de natureza quantitativa, exploratória, descritiva e retrospectiva.. A investigação decorreu na Unidade de AVC de um Centro Hospitalar em Portugal, onde foi	À admissão, 50,5% dos doentes internados apresentavam compromisso da deglutição, dos quais 13,5% desenvolveram infeção respiratória durante o internamento. Verificou-se uma correlação forte entre a gravidade do compromisso da deglutição e valores mais elevados na escala NIHSS ( $r =$	A implementação, ao longo do internamento, de um programa estruturado de Enfermagem de Reabilitação conduzido pelo EEER associou-se a melhoria da capacidade de	Level 2 – Quasi-experimental Designs.  Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective

<p>contexto de AVC: Estudo exploratório. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 6(1), e265. <a href="https://doi.org/10.33194/rper.2023.265">https://doi.org/10.33194/rper.2023.265</a>. Portugal.</p>	<p>implementado um programa estruturado de Enfermagem de Reabilitação, administrado uma vez por dia, desde o internamento até à alta clínica. O estudo compreendeu o intervalo entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2021. Foram avaliadas 218 pessoas, das quais 50,5% apresentavam compromisso da deglutição à admissão. Para a análise de resultados do programa, foram incluídos 110 doentes com compromisso da deglutição; O objetivo central consistiu em analisar os efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação, conduzido por enfermeiros especialistas em reabilitação, na reeducação funcional da deglutição em pessoas com AVC isquémico.</p>	<p>0,770; <math>p &lt; 0,001</math>). Na amostra analisada após a implementação do programa de Enfermagem de Reabilitação (<math>n = 104</math>), observou-se que: 40,4% recuperaram a capacidade de deglutição normal, com transição para a pontuação máxima no GUSS (20 pontos); registou-se redução progressiva das proporções nos diferentes níveis de gravidade da disfagia; a comparação entre a avaliação inicial e a alta evidenciou diferenças estatisticamente significativas na classificação GUSS.</p>	<p>deglutição na maioria das pessoas. Verificou-se relação entre maior gravidade neurológica (NIHSS) e maior comprometimento da deglutição. O estudo reforça o papel do EEER na avaliação precoce, na aplicação de intervenções específicas e na prevenção de complicações.</p>	<p>control group study</p>
<p><b>E6</b> Huang, Y.-T., Tang, C.-C., Chung, C.-C., &amp; Chung, C.-H. (2025). Effects of oral care combined with neuromuscular electrical stimulation on clinical outcomes in the acute phase of acute ischemic stroke: a pilot randomized controlled trial. <i>Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation</i>, 22, 122. <a href="https://doi.org/10.1186/s12984-025-01652-6">https://doi.org/10.1186/s12984-025-01652-6</a>. Taiwan.</p>	<p><b>Ensaio clínico aleatorizado, piloto, com início das intervenções até 48 horas após o AVC e avaliações em T0 (linha de base), T1 (dia 4) e T2 (dia 8). Realizado num centro médico no norte de Taiwan. Incluídos 35 adultos com primeiro AVC isquémico agudo, NIHSS</b></p>	<p>A intervenção demonstrou ser viável e segura, registando-se uma adesão elevada e ausência de eventos adversos significativos associados à estimulação elétrica neuromuscular (NMES), exceto por casos ligeiros e transitórios de eritema cutâneo. No que respeita à função de deglutição e à saúde oral, observaram-se melhorias progressivas nos grupos que receberam cuidados orais estruturados (Grupo A) e cuidados orais combinados com NMES (Grupo B), em comparação com o grupo de controlo. Estas melhorias traduziram-se na redução dos scores ROAG e no aumento dos scores GUSS ao longo do tempo. No que se refere à pneumonia associada ao AVC (SAP), não foram registados casos nos</p>	<p>Os cuidados orais estruturados, isoladamente ou combinados com estimulação elétrica neuromuscular (NMES), quando iniciados até 48 horas após o AVC isquémico e conduzidos por enfermagem, mostraram-se exequíveis e seguros. Evidenciaram benefícios clínicos precoces na deglutição (GUSS) e na saúde oral (ROAG), com potencial redução</p>	<p>Level 1 – Experimental Designs.  Level 1.c – RCT</p>

	<p>≥5 e disfagia identificada pelo GUSS (&lt;5). Avaliar a viabilidade e os efeitos clínicos da combinação de cuidados orais estruturados e estimulação elétrica neuromuscular (NMES) na função de deglutição e na prevenção de pneumonia associada ao AVC.</p>	<p>Grupos A e B, enquanto no grupo de controlo ocorreram quatro casos em doze participantes (33,3%), diferença estatisticamente significativa (<math>p = 0,013</math>). Não se observaram diferenças relevantes na duração do internamento nem nos custos hospitalares, uma vez que o estudo se centrou primordialmente em desfechos clínicos de curto prazo.</p>	<p>da pneumonia associada ao AVC (SAP) face aos cuidados habituais. Contudo, o estudo não dispõe de poder estatístico para estabelecer superioridade entre intervenções. São necessários ensaios multicêntricos, cegos e com avaliação instrumental (videofluoroscopia – VFSS e fibroendoscopia – FEES) para confirmar a eficácia e a custo-efetividade.</p>	
<p><b>E7</b> Smith, E. E., Kent, D. M., Bulsara, K. R., Leung, L. Y., Lichtman, J. H., Reeves, M. J., Towfighi, A., Whiteley, W. N., &amp; Zahuranec, D. B. (2018). Effect of dysphagia screening strategies on clinical outcomes after stroke: A systematic review for the 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. <i>Stroke</i>, 49, e123–e128. <a href="https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000159">https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000159</a>. EUA</p>	<p>Revisão sistemática realizada pela <i>American Heart Association</i> para as Guidelines de 2018 sobre AVC isquémico agudo. Fontes: MEDLINE, Embase e Cochrane CENTRAL (pesquisa a 1/11/2016). Metodologia: PRISMA; avaliação do risco de viés pela ferramenta Cochrane RoB 5.1. Adultos hospitalizados com AVC isquémico. Inclusão de ECA que comparassem estratégias/protocolos de rastreio de disfagia ou intervenções de melhoria da qualidade versus ausência de rastreio/estratégia alternativa, reportando pelo menos um desfecho clínico (pneumonia, morte, dependência). Avaliar se protocolos/estratégi</p>	<p>Foram incluídos três ensaios clínicos aleatorizados (ECA). O estudo QASC (<math>n = 1126</math>; 19 unidades hospitalares) demonstrou uma redução significativa do desfecho composto “morte ou dependência” (<math>mRS \geq 2</math>) no grupo intervenção (42% vs. 58%; <math>p = 0,002</math>). Contudo, não se observaram diferenças na incidência de pneumonia por aspiração (2,1% vs. 2,7%; <math>p = 0,82</math>) nem na mortalidade isolada (3,7% vs. 5,3%; <math>p = 0,36</math>). No estudo de Miles et al. (<math>n = 311</math>), a adição do teste do reflexo da tosse ao rastreio não reduziu a incidência de pneumonia confirmada aos 90 dias (26% vs. 21%; OR ajustado 1,7; <math>p = 0,38</math>) nem a mortalidade (14% vs. 20%; OR ajustado 0,7; <math>p = 0,23</math>). O estudo de Rai et al. (<math>n = 162</math>; elevado risco de viés) sugeriu benefícios da</p>	<p>A evidência disponível proveniente de ensaios clínicos aleatorizados (ECA) permanece insuficiente para concluir que a aplicação de protocolos específicos de rastreio da disfagia reduza a incidência de pneumonia, mortalidade ou dependência após AVC. O maior ECA incluído (QASC) demonstrou benefício na redução do desfecho composto morte/dependência no âmbito de uma intervenção multidisciplinar liderada por enfermagem, mas não evidenciou impacto na ocorrência de pneumonia.. São necessários estudos prospetivos, idealmente <i>cluster</i>-aleatorizados, que</p>	<p>Level 1 – Experimental Designs  Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)</p>

	as de rastreio da disfagia reduzem pneumonia, mortalidade ou dependência após AVC.	implementação de uma via clínica, com menor necessidade de ventilação mecânica (7,8% vs. 17,6%; OR 0,39; p = 0,05) e menor mortalidade aos 90 dias(7,8% vs. 20%; p = 0,02). Verificou-se ainda uma tendência não significativa para menor incidência de pneumonia(6,5% vs. 15,3%; p = 0,10). Devido ao número reduzido de estudos e à heterogeneidade entre eles, não foi realizada meta-análise	comparem métodos padronizados de rastreio com desfechos clínicos robustos.	
--	--	--	--	--

Após a análise dos estudos, foram identificados 4 temas emergentes e 16 subtemas sobre as intervenções do enfermeiro de reabilitação dirigidas à melhoria da deglutição em pessoas com AVC isquêmico, e a sua eficácia (Tabela 4).

**Tabela 4 - Tabela de Temas e Subtemas emergentes**

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Evidência (Estudos)</b>
<b>1. Rastreamento da Disfagia.</b>	1.1. Ferramentas de rastreamento aplicadas 1.2. Protocolos estruturados de rastreamento e impacto clínico 1.3. Indicadores de resultados em enfermagem (NOC Swallowing Status) 1.4. Impacto na segurança e prevenção de complicações	E3 E4 E7 E1 E3 E4 E7
<b>2. Intervenções terapêuticas específicas.</b>	2.1. Reeducação Motora Orofacial 2.2. Estimulação Sensoriomotora e estratégias compensatórias 2.3. Higiene Oral como intervenção estruturada 2.4. Estimulação Elétrica Neuromuscular (NMES)	E2 E3, E5 E6 E6
<b>3. Programas Estruturados de Enfermagem de Reabilitação: Segurança e Prognóstico</b>	3.1. Implementação hospitalar de programas de reabilitação na deglutição 3.2. Papel do EEER na prevenção de complicações 3.3. Redução da Pneumonia associada ao AVC 3.4. Melhoria funcional da deglutição 3.5. Redução da Mortalidade/Morbilidade	E5 E5 E6 E3 E6 E7 E2 E5 E6 E7
<b>4. Dimensões transversais na prática de Enfermagem de Reabilitação.</b>	4.1. Fiabilidade e consistência da avaliação clínica 4.2. Viabilidade, adesão e segurança das intervenções 4.3. Continuidade de cuidados e papel do EEER na capacitação/educação	E1 E2 E6 E5

## 4. Discussão

### Rastreio da Disfagia

O rastreio da disfagia na pessoa com AVC isquémico é reconhecido internacionalmente como uma intervenção prioritária, recomendada desde a admissão hospitalar, uma vez que possibilita a identificação precoce de alterações da deglutição e a implementação de estratégias que reduzem complicações graves, como a pneumonia por aspiração (Shen et al., 2024; Zheng et al., 2023; Labeit et al., 2023). A evidência presente nesta *scoping review* demonstra que, para além da diversidade de ferramentas disponíveis, a forma como o rastreio é operacionalizado e integrado de acordo com [E7], em protocolos estruturados, assume um papel determinante na segurança clínica e nos resultados em saúde.

Entre as ferramentas analisadas, destacam-se o *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST), o *Bedside Screening Tool for Dysphagia* (BSTD) e a GUSS. O V-VST, ao permitir não apenas detetar sinais de aspiração mas também prescrever volumes e viscosidades seguras, revelou-se mais eficaz do que o *Water Swallow Test* isolado, associando-se a menor incidência de pneumonia e menor necessidade de alimentação por sonda nasogástrica, conforme verificado em [E3]. Estes resultados estão em consonância com a literatura, que reconhece ao V-VST elevada sensibilidade e utilidade clínica, favorecendo uma intervenção imediata e personalizada (Clavé et al., 2008; Riera et al., 2021). Por sua vez, e de acordo com [E4], o BSTD, quando aplicado por enfermeiros devidamente treinados, demonstrou um valor preditivo negativo de 100%, constituindo-se como uma ferramenta fiável para excluir risco imediato de disfagia e orientar com segurança a decisão quanto à ingestão oral. Estes dados reforçam a importância da capacitação dos enfermeiros na utilização destas ferramentas, dado que a competência técnica influencia diretamente a acuidade diagnóstica (Jiang et al., 2016).

A GUSS revela-se um instrumento particularmente relevante no rastreio da disfagia após o AVC, uma vez que permite avaliar diferentes consistências alimentares e atribuir pontuações que estratificam não só a gravidade da disfagia, mas também o risco de aspiração (Ribeiro et al., 2021). Esta característica confere-lhe utilidade acrescida na prática clínica, ao possibilitar a adaptação imediata da dieta às necessidades do doente, garantindo maior segurança no início da alimentação oral. A evidência recente tem demonstrado valores de sensibilidade muito elevados, frequentemente próximos dos 90–100%, acompanhados de especificidades moderadas a elevadas, o que confirma a sua fiabilidade como ferramenta de

triagem. Assim, a aplicação sistemática da GUSS, especialmente em contexto hospitalar e realizada por profissionais treinados, constitui uma estratégia eficaz para detetar precocemente alterações da deglutição e prevenir complicações respiratórias associadas (Jiang et al., 2024; Oliveira et al., 2021; Ribeiro et al., 2021; Selg et al., 2025). Tal como o V-VST, a GUSS integra a classificação progressiva de líquidos e sólidos, o que facilita a prescrição dietética individualizada logo após o rastreio (Riera et al., 2021). Em comparação, o BSTD apresenta-se menos detalhado quanto às consistências, dependendo da versão utilizada, conforme descrito em [E4]. Deste modo, a GUSS pode acrescentar nuance clínica, sobretudo em contextos hospitalares com suporte nutricional e equipas treinadas para adaptar consistências e monitorizar resultados. A versão portuguesa da GUSS demonstrou excelente fiabilidade, elevada concordância inter-observadores e sensibilidade próxima dos 100%, confirmando a sua aplicabilidade por enfermeiros na prática clínica nacional (Ferreira et al., 2018; Ribeiro et al., 2021).

Para além da seleção da ferramenta de rastreio, a evidência científica tem vindo a demonstrar que o verdadeiro impacto clínico decorre da sua integração em protocolos estruturados. A revisão sistemática de Smith et al. (2018), [E7], revelou que, embora não existam ainda ensaios clínicos robustos que confirmem de forma inequívoca o efeito isolado do rastreio na redução da pneumonia ou da mortalidade, a sua incorporação em protocolos multifacetados, como os *Fever-Sugar-Swallow (FeSS) protocols*, conduzidos por enfermeiros, associou-se a melhores resultados funcionais e a menor nível de dependência aos 90 dias. De acordo com a literatura mais recente, a implementação de vias clínicas estruturadas, baseadas em protocolos sistemáticos, auditáveis e de natureza multicomponente, constitui uma estratégia essencial para a melhoria da qualidade assistencial. Estes modelos de organização promovem a uniformização das práticas clínicas, aumentam a adesão da equipa multiprofissional e têm demonstrado benefícios tangíveis, designadamente na redução de complicações respiratórias evitáveis, na realização atempada do rastreio com intervenção precoce e na otimização da recuperação funcional após o AVC (Shen et al., 2024; Cassier-Woidasky, 2025; Lu et al., 2025; Klinke et al., 2025).

Um outro elemento a destacar prende-se com a utilização de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, como o *Nursing Outcome Classification (NOC) Swallowing Status*. [E1], mostra que a definição de indicadores conceptuais e operacionais aumenta a fiabilidade e precisão das avaliações de enfermagem, permitindo monitorizar a evolução da deglutição e comparar resultados entre contextos de prática distintos. Esta

normalização contribui para reforçar a visibilidade do contributo do enfermeiro de reabilitação, não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na melhoria contínua da qualidade através da monitorização de indicadores. Todos estes elementos convergem no impacto do rastreio na segurança da pessoa e na prevenção de complicações. Tanto o V-VST como o BSTD e a GUSS demonstraram capacidade de reduzir riscos imediatos, enquanto a integração em protocolos estruturados assegura continuidade de cuidados e ganhos funcionais a médio prazo. Estudos nacionais enfatizam ainda a importância de intervenções complementares, como medidas lideradas por enfermeiros que reforçam a prevenção da aspiração e promovem a reeducação funcional da deglutição (Sousa et al., 2025; Oliveira et al., 2021).

Em síntese, a evidência indica que os EEER desempenham um papel decisivo na segurança da deglutição após AVC isquémico, sendo a sua intervenção mais eficaz quando assente em ferramentas validadas (V-VST, BSTD, GUSS), protocolos estruturados e indicadores de resultados claros. Apesar de persistirem lacunas na demonstração de efeitos isolados do rastreio em desfechos como pneumonia e mortalidade, a consistência dos ganhos intermédios em termos de segurança, conforme descrito em [E3], funcionalidade e qualidade do cuidado justifica a adoção destas práticas na clínica diária (Sousa et al., 2025).

### Intervenções Terapêuticas Específicas

A análise dos artigos incluídos nesta *scoping review* permitiu identificar diversas intervenções terapêuticas específicas realizadas por EEER, com destaque para a reeducação motora orofacial, a estimulação sensoriomotora, as estratégias compensatórias, a higiene oral estruturada associada a NMES. Estes resultados evidenciam a multiplicidade de abordagens que o EEER pode mobilizar para promover ganhos em saúde, otimizar a segurança do doente e prevenir complicações associadas à disfagia após AVC.

No que concerne à reeducação motora orofacial, [E2] demonstra que a implementação de exercícios orais motores, realizados diariamente e com duração de dez minutos, permitiu melhorias na função de deglutição, refletidas no aumento da pontuação na escala *Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagic Stroke* (RAPIDS). Apesar de se tratar de um estudo de caso e, portanto, de baixo nível de evidência, os resultados são consistentes com o mecanismo fisiológico da fase oral da deglutição, onde a mobilidade, força e coordenação dos lábios, língua e mandíbula são determinantes para a preparação e propulsão do bolo alimentar. A literatura tem sustentado a relevância desta intervenção. Bath et al., (2018), na sua revisão

Cochrane, concluíram que exercícios específicos dirigidos à musculatura orofaríngea podem ser eficazes para melhorar a função de deglutição no período agudo e subagudo do AVC, ainda que a heterogeneidade dos estudos exija cautela interpretativa. Do mesmo modo, Marzouqah et al. (2022), numa *scoping review*, salientam que a prática regular e estruturada de exercícios orais se associa a ganhos funcionais e sugere-se que sejam integrados em programas de intervenção multidisciplinar. No contexto português, [E5], evidencia igualmente o impacto positivo da reeducação motora orofacial na melhoria da deglutição, reforçando a sua relevância na prática clínica do EEER. Do mesmo modo, Ribeiro et al. (2021), referem que os exercícios neuromusculares têm como objetivo melhorar a força e a coordenação dos músculos usados na deglutição, devendo o treino focar-se em diferentes partes anatómicas, como lábios, língua, mandíbula, bochechas e úvula.

Relativamente à estimulação sensoriomotora e estratégias compensatórias, o estudo [E3] demonstra que a aplicação sistemática do V-VST, permite não apenas identificar riscos de aspiração, mas sobretudo orientar a adaptação de volumes e viscosidades seguras, reduzindo significativamente a incidência de pneumonia associada ao AVC e a necessidade de utilização de sonda nasogástrica. No mesmo sentido, o programa estruturado descrito em [E5] inclui técnicas de estimulação tátil, térmica e gustativa, associadas a estratégias compensatórias como adaptações posturais (flexão cervical, rotação ou inclinação lateral da cabeça) e utilização de manobras facilitadoras, mostrando ganhos significativos na evolução dos doentes, com 40% a recuperar uma deglutição normal. Ribeiro et al., (2021), referem que as intervenções compensatórias visam minimizar a ocorrência de complicações, utilizando estratégias como técnicas posturais, estimulação sensorial, alteração da consistência dos alimentos, apresentação dos alimentos e controlo do meio ambiente. Os mesmos autores acrescentam ainda que, as técnicas posturais como, flexão cervical, extensão e hiperextensão cervical, rotação cervical para o lado afetado e flexão cervical para o lado não comprometido, se consubstanciam em mudanças de postura que vão influenciar a forma como o bolo alimentar se desloca pela ação da gravidade, sendo utilizadas para prevenir a aspiração ou aumentar a eficácia da deglutição (Ribeiro et al., 2021).

Ribeiro et al. (2021), reiteram que a estimulação sensorial assenta no pressuposto de que o aumento da excitabilidade dos centros nervosos vai influenciar os mecanismos corticais da deglutição, nomeadamente: mudanças no sabor amargo, que estimula o V par craniano e aumenta o estímulo oral para o córtex e tronco encefálico, melhorando a deglutição; a ingestão de volumes maiores aumentam a perceção do bolo alimentar na cavidade oral e a aplicação de

um instrumento frio na cavidade oral aumenta o estímulo sensitivo na área a partir da qual o reflexo da deglutição é desencadeado. Assim, esta intervenção deve ser realizada em pessoas com alterações na deglutição, défices sensitivos e alterações no reflexo de deglutição, tendo como objetivos aumentar a perceção do bolo alimentar, a coordenação das diferentes estruturas, melhorar o trânsito orofaríngeo e reduzir o risco de aspiração, estimulando ainda a alimentação de forma autónoma, pois facilita o processo de deglutição (Ribeiro et al., 2021). Estes resultados vão ao encontro das recomendações das *guidelines* internacionais, nomeadamente a National Clinical Guideline for Stroke (2023), que sublinha a importância da intervenção precoce, padronizada e individualizada, assente em protocolos claros e auditáveis. Também em Portugal, a literatura aponta no mesmo sentido: Azevedo et al. (2023), numa *scoping review*, identificaram que os instrumentos de rastreio e intervenção aplicados por enfermeiros constituem ferramentas essenciais para a prática clínica, promovendo segurança e ganhos funcionais.

A higiene oral estruturada surge também como intervenção de destaque, particularmente no estudo de Huang et al. (2025) [E6], que demonstrou que um protocolo de cuidados orais, realizado duas vezes por dia, produziu melhorias significativas no estado de saúde oral (avaliado pelo *Revised Oral Assessment Guide* (ROAG)) e na função de deglutição (avaliada pela GUSS), além de reduzir a ocorrência de pneumonia associada ao AVC, quando comparado com os cuidados habituais. Estes resultados reforçam evidência já conhecida sobre a associação entre má higiene oral, colonização bacteriana e risco de pneumonia por aspiração. Por exemplo, Yuan et al. (2020) demonstraram, num ensaio clínico randomizado piloto, que a intensificação dos cuidados de higiene oral em doentes com AVC reduz significativamente a incidência de pneumonia associada ao AVC. De igual forma, Cardoso et al. (2023), verificaram que programas estruturados de cuidados orais, envolvendo escovagem regular, limpeza profissional e uso de antissépticos, melhoram o estado oral (reduzindo a placa bacteriana) e podem contribuir para diminuir fatores de risco para pneumonia. Hoeman et al. (2011), referem que a cavidade oral deve ser limpa antes e após as refeições, em que a lavagem deve incluir a escovagem do palato, da mucosa mandibular e do dorso da língua. [E5], aponta explicitamente a higiene oral como componente essencial das intervenções do EEER em pessoas com deglutição comprometida após-AVC, contribuindo para a redução de complicações associadas e melhor segurança do doente, pelo que se torna evidente que esta intervenção deve ser protocolada e supervisionada. Por fim, a NMES, também avaliada por Huang et al. (2025) [E6], quando combinada com os cuidados orais estruturados, mostrou resultados ainda mais

expressivos na melhoria da deglutição e da saúde oral. Apesar da necessidade de mais estudos multicêntricos e de maior poder estatístico para confirmar estes efeitos, este ensaio clínico randomizado piloto sugere que a NMES pode constituir uma terapia adjuvante promissora quando integrada em programas de reabilitação. A literatura apresenta resultados heterogêneos, mas reconhece um sinal de benefício em contextos de fase aguda e subaguda do AVC, sobretudo quando associada a intervenções compensatórias e sensório motoras (Bath et al., 2018). A implicação para a prática é clara: a NMES deve ser aplicada em protocolos bem definidos, com formação adequada dos enfermeiros e monitorização rigorosa dos resultados, assegurando a sua integração segura. Estes resultados alinham-se com meta-análises recentes que apontam para benefícios consistentes da NMES em parâmetros funcionais e fisiológicos da deglutição (Wang et al., 2024), reforçando a sua relevância enquanto intervenção adjuvante em programas de reabilitação. De facto, ensaios clínicos têm demonstrado melhorias sustentadas na ingestão oral funcional. Cakmak et al. (2023) evidenciaram que a combinação de NMES com terapia compensatória da deglutição se traduz em ganhos imediatos e mantidos ao longo do tempo, com impacto direto na capacidade de ingestão oral. Do mesmo modo, Zhang et al. (2022), mostraram que a NMES aplicada em fase aguda favorece a iniciação da deglutição, reduzindo o tempo de trânsito oral e a gravidade da aspiração. Mais recentemente, Ortega et al. (2025) documentaram, num ensaio clínico randomizado com seguimento prolongado, melhorias biomecânicas significativas, nomeadamente no fecho do vestíbulo laríngeo, confirmando que os efeitos da NMES podem ser duradouros e traduzir-se em ganhos de segurança e eficácia da deglutição. Estas evidências, ainda que heterogêneas nos protocolos e parâmetros de aplicação, reforçam que a NMES, quando integrada em planos terapêuticos e supervisionada por EEER, pode representar uma estratégia clínica válida para potenciar a recuperação funcional e reduzir complicações associadas à disfagia pós-AVC.

Em síntese, os estudos analisados revelam que as intervenções terapêuticas específicas aplicadas por EEER são fundamentais para promover ganhos funcionais, prevenir complicações, assegurando cuidados de qualidade. A diversidade de abordagens demonstra a complexidade da reabilitação da deglutição e reforça a necessidade de uma prática clínica orientada por protocolos cientificamente fundamentados.

A implementação de programas estruturados de ER em contexto hospitalar tem vindo a demonstrar resultados promissores na recuperação da deglutição comprometida após AVC. Em Portugal, [E5] evidencia que a aplicação diária de um programa de reabilitação da deglutição, integrado no plano assistencial da Unidade de AVC, conduziu a ganhos funcionais significativos, com 40,4% dos doentes a atingir a deglutição normal à alta. O programa incluiu treino oromotor, estimulação sensório-motora, reeducação respiratória, estratégias compensatórias e higiene oral bidirária, e foi conduzido integralmente por EEER. Este estudo reforça não apenas a eficácia destas intervenções, mas também a sua exequibilidade e pertinência no quotidiano hospitalar.

Estes resultados estão em consonância com diretrizes internacionais. A *National Clinical Guideline for Stroke* (Intercollegiate Stroke Working, 2023) recomenda a implementação de protocolos multidimensionais desde a admissão, destacando a importância do rastreio precoce e da intervenção estruturada para reduzir complicações e acelerar a recuperação funcional. Também Sousa et al. (2025), referem que as intervenções dos EEER centradas na deglutição, nomeadamente treino orofacial, higiene oral e estratégias compensatórias, configuram boas práticas fundamentadas em evidência e replicáveis noutros contextos, o que consolida a pertinência de vias clínicas padronizadas. Neste sentido, a padronização dos cuidados, associada à sua continuidade durante o internamento, constitui um fator determinante para transformar conhecimento em ganhos reais de saúde, com benefícios adicionais ao nível da uniformização e monitorização por indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Outra dimensão está relacionada com o papel do EEER na prevenção de complicações, particularmente a pneumonia associada ao AVC, uma das principais consequências da disfagia. [E5], identifica uma taxa de infeções respiratórias de 13,5% durante o internamento, salientando que a melhoria da função da deglutição esteve associada à redução deste risco. Já [E6], demonstrou que cuidados orais estruturados, iniciados nas primeiras 48 horas após o AVC e aplicados por enfermagem, foram seguros, melhoraram os resultados funcionais (avaliados por GUSS e ROAG) e eliminaram a ocorrência de pneumonia nos grupos de intervenção, ao contrário do grupo controlo. Para além disso, a associação com NMES, mostrou potencial enquanto recurso adjuvante. De modo semelhante, Siao et al. (2023), verificaram que um programa integrado de deglutição e higiene oral reduziu significativamente a incidência de pneumonia a 30 dias em doentes críticos extubados. Revisões como a de Labeit et al. (2024), confirmam que intervenções multidimensionais: higiene oral, treino oromotor e estratégias

compensatórias, são mais eficazes do que medidas isoladas na redução do risco de aspiração e infecções respiratórias. Também Cardoso et al. (2023), sublinham que protocolos de higiene oral em pessoas com AVC constituem boas práticas que previnem complicações pulmonares associadas à disfagia. A evidência também sustenta a higiene oral como medida prioritária, com impacto direto na prevenção de aspiração e colonização orofaríngea, conforme salientado pela NICE (2023). Vários estudos indicam que o rastreio precoce da disfagia após AVC, realizada por enfermeiros especializados, está associado a diminuições significativas das taxas de pneumonia por aspiração (Martins, 2023). Também no contexto acadêmico, Pessanha (2020) reforça que a higiene oral deficiente constitui um fator de risco relevante para a pneumonia por aspiração, defendendo a sua integração sistemática nos planos de cuidados de EEER.

[E7] indica que a evidência experimental direta para redução de mortalidade e pneumonia pelo *screening* isolado ainda é limitada; contudo, quando a triagem é incorporada em protocolos multifacetados (por exemplo o FeSS) observam-se melhores resultados clínicos, incluindo menor dependência aos 90 dias, reforçando o mecanismo de abordagens estruturadas e auditáveis lideradas por equipas com forte componente de enfermagem. A meta-análise de Sherman et al. (2021), que combinou ensaios e estudos observacionais, encontrou associação de *screening* com redução da pneumonia e dependência, ainda que a evidência exclusivamente experimental seja limitada, o que é coerente com a prudência expressa no [E7].

Já o estudo de Liu et al. (2020), [E3] demonstrou que a utilização sistemática do V-VST permitiu identificar precocemente a disfagia e orientar intervenções adequadas, o que se associou a menor incidência de pneumonia e redução da necessidade de sonda nasogástrica nos doentes com AVC isquémico agudo.

Já quando a triagem é incorporada em protocolos multifacetados, os ganhos são mais robustos. O programa FeSS, com forte liderança de enfermagem, demonstrou redução de morte e dependência aos 90 dias (Middleton et al., 2011). Estes dados reforçam que protocolos estruturados e auditáveis, com *screening* e gestão padronizada, diminuem a dependência e melhoram resultados funcionais.

Assim, embora a redução de mortalidade careça de ensaios robustos dirigidos, a redução de morbilidade associada (pneumonia e dependência funcional) emerge como tendência consistente quando a triagem e as intervenções são protocoladas e implementadas precocemente, alinhando a organização do cuidado com ganhos concretos em saúde.

Ribeiro et al. (2021), acrescentam ainda que, o programa de enfermagem de reabilitação para a reeducação da função alimentação tem como finalidade avaliar a pessoa com compromisso na deglutição e definir o plano de intervenção com base em estratégias compensatórias e terapêuticas. Com a aplicação do programa, quantificam-se ganhos em saúde no âmbito da promoção da saúde e prevenção de complicações inerentes à deglutição e função alimentação, objetivos que se coadunam com a área de atuação do EEER.

#### Dimensões transversais na prática de Enfermagem de Reabilitação

A prática de ER no contexto da disfagia após AVC exige não apenas a aplicação de intervenções específicas, mas também a garantia de que estas se apoiam em pilares transversais que assegurem a qualidade e a eficácia dos cuidados. Os resultados da presente *scoping review* permitiram identificar três dimensões críticas: a fiabilidade e consistência da avaliação clínica, a viabilidade, adesão e segurança das intervenções e, por fim, a continuidade de cuidados associada à capacitação e educação do doente e da família.

No que respeita à fiabilidade e consistência da avaliação clínica, o estudo [E1] evidencia a importância da utilização de definições conceptuais e operacionais associadas ao desfecho NOC *Swallowing Status*, demonstrando que a sua aplicação aumenta de forma expressiva a concordância entre avaliadores, assegurando maior rigor e reprodutibilidade nas avaliações de enfermagem. Este resultado é essencial, uma vez que a ausência de uniformização pode comprometer a segurança do doente e a eficácia das decisões terapêuticas. Outros autores corroboram esta perspetiva: Ferreira et al. (2018), ao validar a GUSS para o contexto português, identificaram uma excelente fiabilidade de observadores e uma sensibilidade próxima de 100%, reforçando o papel do enfermeiro na deteção precoce da disfagia. Já Jiang et al. (2024), concluíram que instrumentos como a GUSS e o V-VST apresentam melhor desempenho diagnóstico, recomendando a sua integração em vias assistenciais. Em linha com estes resultados, o [E3] mostrou que a implementação sistemática do V-VST em doentes com AVC isquémico reduziu a incidência de pneumonia associada ao AVC e a necessidade de sonda nasogástrica, sem aumentar custos ou tempo de internamento. Paralelamente, o [E4] comprovou que a aplicação do BSTD por enfermeiros treinados assegura uma sensibilidade de 100% e VPN de 100%, garantindo decisões seguras sobre ingestão oral imediata. Estes dados reforçam que a fiabilidade da avaliação é determinante não apenas para a qualidade metodológica, mas também para a prevenção de complicações graves.

A evidência sublinha de forma clara a necessidade de uma avaliação estruturada e precoce da disfagia no contexto do AVC. O Guia de Enfermagem do AVC recomenda a

utilização de ferramentas padronizadas e validadas, bem como a existência de protocolos institucionais para avaliação emergente, garantindo que todos os profissionais envolvidos na assistência sejam devidamente sensibilizados e treinados (SPAVC, 2025). Já em publicações anteriores, a SPAVC reforçava a avaliação sistemática da disfagia como uma das medidas preventivas fundamentais na abordagem ao doente com AVC (SPAVC, 2019). Em paralelo, o Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros atribui ao EEER a competência de identificar necessidades de intervenção, conceber, implementar e avaliar planos especializados, com vista à promoção da qualidade de vida e prevenção de complicações. Estes documentos corroboram, assim, que a avaliação precoce e padronizada da deglutição é não apenas uma prática recomendada internacionalmente, mas também uma competência central e regulamentada do EEER, reforçando a sua relevância no contexto da segurança clínica e da melhoria dos resultados em saúde.

Relativamente à viabilidade, adesão e segurança das intervenções, os resultados são também consistentes. O [E2] mostrou que programas breves de exercícios motores orais (10 minutos/dia durante seis dias) são exequíveis, de baixo custo e com boa aceitação pelos doentes, apresentando impacto positivo em indicadores clínicos como o RAPIDS. O [E5] em contexto português, reforçou estes dados ao implementar um programa estruturado diário conduzido por EEER, verificando melhorias significativas na GUSS entre a admissão e a alta, com 40,4% dos doentes a recuperar a deglutição normal. Para além disso, a gravidade neurológica (NIHSS) correlacionou-se com maior comprometimento da deglutição, evidência útil para a estratificação clínica. Por sua vez, o [E6] demonstrou que cuidados orais estruturados, com ou sem NMES, são seguros, viáveis e bem aceites, promovendo melhorias na saúde oral e na função da deglutição, sem eventos adversos relevantes e com menor ocorrência de pneumonia nos grupos intervencionados. Estes resultados alinham-se com Yuan et al. (2020), que mostraram que programas de higiene oral intensificada reduzem a incidência de pneumonia associada ao AVC, e com meta-análises recentes que apontam para benefícios adicionais da NMES quando integrada em programas estruturados de reabilitação (Wang et al., 2023; Wang et al., 2024). Assim, os estudos [E2, E5, E6] sustentam que as intervenções do EEER são viáveis, seguras e eficazes, confirmando o potencial destas estratégias no contexto agudo.

A continuidade de cuidados e o papel do EEER na capacitação/educação emergem como a terceira dimensão transversal. O [E5] destaca a importância de incluir a educação e capacitação do doente e do cuidador em programas estruturados de reabilitação, favorecendo a transferência de ganhos funcionais para o domicílio. Hoeman et al., (2011), reforça que, para

além de compreenderem a natureza exata do déficit alimentação, o doente e a família têm de ser envolvidos na definição dos resultados esperados e no planejamento dos cuidados, uma vez que, sem a sua colaboração, o processo de reabilitação perde parte da sua essência. Esta evidência converge com estudos publicados que reforçam a capacitação como competência-núcleo do EEER, com impacto no autocuidado, na prevenção de complicações e na manutenção da autonomia (Raposo, 2020; Santos et al., 2023; António et al., 2025). A este respeito, o Regulamento n.º 392/2019 atribui explicitamente ao EEER a responsabilidade de capacitar o doente e a família para o autocuidado. Neste sentido, o papel do EEER inclui a promoção de uma boa comunicação com a família entre reuniões de planificação de cuidados e em qualquer altura, atuando como advogado da família, explicando novas abordagens terapêuticas e relatando os progressos (Hoeman et al., 2011). De igual modo, o Guia de Enfermagem do AVC (SPAVC, 2025) recomenda a integração de componentes educativas e de transição em vias clínicas auditáveis, onde o EEER assume papel de referência na gestão do risco de aspiração, na higiene oral e no treino de estratégias compensatórias. Desta forma, a capacitação não deve ser entendida como mero complemento educativo, mas como intervenção terapêutica estruturante, essencial para prolongar os ganhos obtidos no internamento e garantir a continuidade da reabilitação no domicílio.

## Conclusão

A presente *Scoping Review* permitiu mapear a evidência científica existente relativamente às intervenções do EEER dirigidas à melhoria da deglutição comprometida em pessoas com AVC isquémico. A análise dos estudos incluídos evidenciou benefícios claros das intervenções conduzidas por enfermeiros de reabilitação, nomeadamente a redução do risco de pneumonia por aspiração, a diminuição da necessidade de sonda nasogástrica, a melhoria funcional da deglutição e ganhos na autonomia e qualidade de vida. Estratégias como o rastreio precoce com ferramentas validadas (V-VST, GUSS, BSTD), a implementação de programas estruturados de reabilitação, a higiene oral combinada com técnicas inovadoras como a NMES e a aplicação de exercícios motores orofaciais demonstraram ser intervenções seguras, viáveis e promotoras de resultados positivos.

Contudo, importa destacar limitações relevantes. A evidência encontrada permanece escassa, fragmentada e heterogénea, sendo ainda poucos os estudos que exploram especificamente a intervenção do EEER de forma isolada. Muitos estudos apresentam amostras reduzidas, metodologias diversas e curtos períodos de *follow-up*, o que condiciona a generalização dos resultados. A barreira linguística, decorrente da inclusão exclusiva de artigos em português, inglês e espanhol, pode igualmente ter restringido o alcance da revisão. Além disso, a definição da população estudada, apenas pessoas adultas com AVC isquémico e disfagia, constitui simultaneamente, um elemento de rigor metodológico e um limitador da amplitude dos achados, não permitindo extrapolar os resultados para outros tipos de AVC ou patologias neurológicas.

As implicações para a prática clínica são evidentes. Os resultados desta revisão reforçam a importância de implementar protocolos sistematizados de rastreio e intervenção precoce, nos quais o EEER assume um papel determinante na avaliação, reeducação funcional e prevenção de complicações. A normalização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, como o NOC *Swallowing Status*, constitui uma ferramenta essencial para monitorizar resultados e evidenciar o impacto do contributo da enfermagem de reabilitação na segurança alimentar e na recuperação funcional da pessoa com AVC.

No que respeita à investigação futura, destaca-se a necessidade de ensaios clínicos robustos, multicêntricos e com maior representatividade amostral, que permitam avaliar de forma consistente a eficácia das diferentes intervenções do EEER, bem como o custo-efetividade. Sugere-se ainda o desenvolvimento de estudos que explorem a continuidade dos

cuidados, o papel de capacitação junto de cuidadores e familiares e o impacto das intervenções de reabilitação na transição para a comunidade.

Em síntese, os resultados desta *Scoping Review* revelam uma evidência científica ainda incipiente, mas promissora, relativamente às intervenções do EEER na reabilitação da deglutição comprometida após AVC isquémico.

### Implicações para a investigação

Os resultados desta revisão constituem um contributo relevante para o delineamento de programas de reabilitação direcionados à deglutição comprometida. No âmbito da prática clínica, destaca-se a pertinência da implementação de protocolos estruturados de rastreio e de intervenção precoce, nos quais o EEER assume um papel determinante na avaliação e na reabilitação da função da deglutição. Torna-se igualmente essencial a utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que permitam monitorizar de forma sistemática os resultados alcançados e sustentar a tomada de decisão clínica.

No campo da investigação, evidencia-se a necessidade de desenvolver estudos primários com maior robustez metodológica e representatividade, de forma a consolidar a eficácia e o custo-efetividade das intervenções, contribuindo para a construção de protocolos clínicos sustentados em evidência científica sólida e capazes de isolar o efeito das intervenções do EEER, bem como de avaliar o impacto da sua implementação em contextos reais de prática clínica. Importa ainda explorar dimensões menos estudadas, como a capacitação do doente e da família, a transição de cuidados hospital-comunidade e a adaptação de protocolos em cenários com diferentes níveis de recursos.

Neste sentido, esta *scoping review* assume um papel estruturante: fornece uma visão crítica sobre a evidência disponível, identifica lacunas de conhecimento e estabelece um quadro de referência para investigações futuras, que possam sustentar de forma mais robusta a integração das intervenções do EEER em protocolos clínicos, com impacto direto na segurança alimentar, na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas com AVC isquémico.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, A., Santos, M., Ferreira, R., & Costa, P. (2019). Manual de boas práticas: Literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/2019-manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude.pdf>
- Altman, K. W., Yu, G. P., & Schaefer, S. D. (2010). Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, 136(8), 784–789. <https://doi.org/10.1001/archoto.2010.129>
- Antunes, F., & Ramalho, R. (2009). Neurofisiologia da deglutição: implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 47(2), 123–129.
- António, M. A., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A., & João, A. L. (2025). Intervenções de reabilitação em enfermagem: Ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas: Uma revisão sistemática de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), e35999. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35999>
- Armstrong, J. & Mosher, B. (2011). Aspiration pneumonia after stroke: intervention and prevention. *The Neurohospitalist*, 1(2), 85–93. <https://doi.org/10.1177/1941875210395775>
- Aryanti, D., & Masfuri. (2023). Analisis asuhan keperawatan penerapan intervensi keperawatan oral motor exercise pada pasien stroke iskemik di ruang neurologi: Laporan kasus. *Journal of Health and Cardiovascular Nursing*, 1(2), 59–66. <https://doi.org/10.36082/jhcn.v3i1.942>
- Azevedo, P. M. D. da S., Gomes, B. P., Pereira, J. A. T. P., Carvalho, F. M. N., Ferreira, S. P. C., Pires, A. I., & Macedo, J. (2019). Functional dependence at discharge from the intensive care unit: Relevance for rehabilitation nursing. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(20), 37–45. <https://doi.org/10.12707/RIV18084>
- Azevedo, P., Santos, M., & Amado, C. (2023). Instrumentos de rastreio da disfagia pós-AVC: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e264. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/264>
- Balcerak, P., Corbiere, S., Zubal, R., & Kägi, G. (2022). Post-stroke dysphagia: Prognosis and treatment – A systematic review of RCT on interventional treatments for dysphagia following subacute stroke. *Frontiers in Neurology*, 13, Article 823189. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.823189>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70. Almedina Brasil.
- Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3>

- Batista, S. M. L. P., Campos, D., Ramos, D., Figueiredo, E., Marques, F., Cardoso, M., & Caldeira, S. (2023). Disfagia pós-AVC: importância de uma avaliação de enfermagem estruturada na prevenção de complicações. *STUDIES IN HEALTH SCIENCES*, 4(2), 311–326. <https://doi.org/10.54022/shsv4n2-002>
- Bengs, J. & Nyback M. (2020). The role of nurses in the long-term rehabilitative process of stroke. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020052413235>
- Cabezón, A., Rodrigo, R., Constanza, B., Pedro, L., Norma, & Fonseca, A. (2011). Evaluación de la deglución con nasofibroscoopia en pacientes hospitalizados: factores predictivos y seguimiento intrahospitalario: Experiencia en un hospital clínico universitario. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1025-1031. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000800007>
- Cakmak, E. T., Kaya, D., Göksu, E., & Yıldız, S. (2023). The effects of neuromuscular electrical stimulation on swallowing functions in post-stroke dysphagia: A randomized controlled trial. *Dysphagia*, 38(3), 874-885. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10512-7>
- Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do Comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.
- Cardoso, A., Ribeiro, L., Santos, T., Pinto, M., Rocha, C., Magalhães, J., Augusto, B., Santos, D., Duque, F., Fernandes, B., Sousa, R., Silva, R., Ventura, F., Fernandes, A., Cardoso, D., & Rodrigues, R. (2023). Oral hygiene in patients with stroke: A best practice implementation project protocol. *Nursing Reports*, 13(1), 148–156. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010016>
- Cassier-Woidasky, A. K., Zinn, W., Middleton, S., Dale, S., & Pfeilschifter, W. (2025). 'Do Fever-Sugar-Swallow Protocols improve nurses' and physicians' satisfaction with the management of fever, hyperglycemia and dysphagia in stroke patients: A pre-and post-implementation survey of the "Quality in Acute Stroke Care" (QASC) Program'. *International journal of nursing studies advances*, 9, 100374. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100374>
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 27(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399–411. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057>
- Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K., Sipido, E., Bassetti, C., Vos, T. & Feigin, V. (2020). The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for

the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*, (150), 551-567.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30190-0)

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável — de tod@s para tod@s. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European stroke journal*, 6(3), LXXXIX–CXV. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>

Ferreira, A. M. S., Fernandes, A. M. S., Gonçalves, C., & Santos, R. S. (2018). Gugging Swallowing Screen: Contributo para a validação da versão portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), 85–96.  
[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?id\\_artigo=2788&id\\_edicao=119&id\\_revista=24&module=rr&pesquisa=&target=publicationDetails](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?id_artigo=2788&id_edicao=119&id_revista=24&module=rr&pesquisa=&target=publicationDetails)

Figueiredo, A., Pereira, A. & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência, (13), 35-45.  
[https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos\\_n3/03\\_Acidente\\_vascular\\_cerebral\\_isquemico\\_vs\\_hemorragico\\_taxa\\_de\\_sobrevivencia.pdf](https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n3/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf)

Gomes, S. I. F. (2019). A efetividade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na deglutição comprometida em doentes pós-acidente vascular cerebral (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. <https://hdl.handle.net/10400.19/5553>

Greenberg, S., Ziai, W., Cordonnier, C., Dowlathshahi, D., Francis, B., Goldstein, J., Hemphill, J., Johnson, R., Keigher, K., Mack, W., Mocco, J., Newton, E., Ruff, I., Sansing, L., Schulman, S., Selim, M., Sheth, K., Sprigg, N., & Sunnerhagen, K. (2022). 2022 guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 53(7), e282-e361. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407>

Gutenbrunner, C., Stievano, A., Nugraha, B., Stewart, D., & Catton, H. (2022). Nursing – a core element of rehabilitation. *International Nursing Review*, (619), 13–19.  
<https://doi.org/10.1111/inr.12661>

Habib, M. (2000). Bases neurológicas dos comportamentos. Lisboa: Climepsi.

Han, W., Tellez, L., Perkins, M., Perez, I., Qu, T., Ferreira, J., Ferreira, T., Quinn, D., Liu, Z., Gao, X., Kaelberer, M., Bohórquez, D., Shammah-Lagnado, S., de Lartigue, G., & de Araujo, I. (2018). A Neural Circuit for Gut-Induced Reward. *Cell*, 175(3), 665–678.e23.  
<https://doi.org/10.1016/j.cell.2018.08.049>

Heart and Stroke Foundation of Ontario (2006). Management of dysphagia in acute stroke: an educational manual for the dysphagia screening professional.

[https://www.tostroke.com/wp-content/uploads/2012/12/A-Conversation-on-Management-of-Dysphagia\\_Facilitators-Guide.pdf](https://www.tostroke.com/wp-content/uploads/2012/12/A-Conversation-on-Management-of-Dysphagia_Facilitators-Guide.pdf)

- Hoeman, S. P. et al. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Lusodidacta (páginas 295-318).
- Huang, Y.-T., Tang, C.-C., Chung, C.-C., & Chung, C.-H. (2025). Effects of oral care combined with neuromuscular electrical stimulation on clinical outcomes in the acute phase of acute ischemic stroke: A pilot randomized controlled trial. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 22, 122. <https://doi.org/10.1186/s12984-025-01652-6>
- Immovilli, P., Rota, E., Morelli, N., Marchesi, E., Terracciano, C., Zaino, D., Ferrari, G., Antenucci, R., & Guidetti, D. (2021). Diagnostic accuracy of a bedside screening tool for dysphagia (BSTD) in acute stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular diseases*, 30(2), 105470. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105470>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024a). Destaques demográficos 2024. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest\\_boui=707078398&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt&xpgid=ine\\_destaques&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=707078398&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt&xpgid=ine_destaques&xpid=INE)
- Instituto Nacional de Estatística. (2024b). Óbitos por doenças cerebrovasculares em 2022. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025). Doenças do aparelho circulatório: destaque estatístico, maio 2025. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2)
- Intercollegiate Stroke Working. (2023). *National Clinical Guideline for Stroke (6th ed.)*. London: Royal College of Physicians. <https://www.strokeguideline.org/app/uploads/2023/04/National-Clinical-Guideline-for-Stroke-2023.pdf>
- Jiang, J. L., Fu, S. Y., Wang, W. H., & Ma, Y. C. (2016). Validity and reliability of swallowing screening tools used by nurses for dysphagia: A systematic review. *Tzu chi medical journal*, 28(2), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2016.04.006>
- Jiang, Y., Chi, Y., Pan, R., Zhang, D., Huang, S., Ju, H., & Li, Y. (2024). Advancing stroke patient care: A network meta-analysis of dysphagia screening efficacy and personalization. *Frontiers in Neurology*, 15, 1380287. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1380287>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *JBIGrades of Recommendation*. [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation\\_2014.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf)
- Joanna Briggs Institute. (2014). *JBILevels of Evidence*. [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)

- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 38(2), 208–211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Klinke, M. E., Thorarinsson, B. L., & Sveinsson, Ó. Á. (2025). Acute Stroke Units Nested within Broader Neurology: Care Bundles for Nursing to Enhance Competence and Interdisciplinary Coordination. *Current neurology and neuroscience reports*, 25(1), 21. <https://doi.org/10.1007/s11910-025-01409-7>
- Kuriakose, D. & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 2(210), 1- 24. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
- Labeit, B., Michou, E., Hamdy, S., Trapl-Grundschober, M., Suntrup-Krueger, S., Muhle, P., Bath, P. M., & Dziewas, R. (2023). The assessment of dysphagia after stroke: State of the art and future directions. *The Lancet Neurology*, 22(9), 858-870. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00153-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00153-9)
- Labeit, B., Smith, J., Brown, K., Müller, A., Chen, Y., & Lopez, R. (2024). Dysphagia after stroke: Research advances in treatment. *The Lancet Neurology*, 23(5), 394–406. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00053-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00053-X)
- Lapa, S., Neuhaus, E., Harborth, E., Neef, V., Steinmetz, H., Foerch, C., & Reitz, C. (2022). Dysphagia assessment in ischemic stroke after mechanical thrombectomy: When and how? *Frontiers in Neurology*, 13, 1024531. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.1024531>
- Liu, Z. Y., Zhang, X. P., Mo, M. M., Ye, R. C., Hu, C. X., Jiang, M. Q., & Lin, M. Q. (2020). Impact of the systematic use of the volume–viscosity swallow test in patients with acute ischaemic stroke: A retrospective study. *BMC Neurology*, 20(154), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01733-0>
- Lu, Q. Y., Bu, M. R., Zhu, Y., Huang, Z. Y., Gao, S. H., & Yuan, C. (2025). The Practices of Public Hospital Registered Nurses Regarding Post-Stroke Dysphagia, in China. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 18, 4629–4641. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S531891>
- Lui, F., Suheb, M., & Patti, L. (2025). Ischemic stroke. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/>
- Maida, C. D., Norrito, R. L., Rizzica, S., Mazzola, M., Scarantino, E. R., & Tuttolomondo, A. (2024). Molecular pathogenesis of ischemic and hemorrhagic strokes: Background and therapeutic approaches. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(12), 6297. <https://doi.org/10.3390/ijms25126297>
- Majumder, D. (2024). Ischemic stroke: pathophysiology and evolving treatment approaches. *PMC*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11497522/>
- Marianelli, M., Marianelli, C. & Neto, T. (2020). Principais fatores de risco do AVC isquêmico: Uma abordagem descritiva. *Brazilian Journal of Health Review*,(6)3, 19679- 19690. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-344>

- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465–474). Lusodidata.
- Martins, R., Silva, L., Paredes, M. E. & Fonseca, S. M. F. (2023). Testagem precoce da deglutição em utentes com disfagia no pós-AVC: uma revisão sistemática. *Servir*, 2(07), e32662. <https://doi.org/10.48492/servir0207.32662>
- Marzouqah, R., Huynh, A., Chen, J. L., Boulos, M. I., & Yunusova, Y. (2023). The role of oral and pharyngeal motor exercises in post-stroke recovery: A scoping review. *Clinical rehabilitation*, 37(5), 620–635. <https://doi.org/10.1177/02692155221141395>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott.
- Middleton, S., McElduff, P., Ward, J., Grimshaw, J., Dale, S., D’Este, C., ... Quinn, C. (2011). Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9804), 1699–1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61485-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61485-2)
- NICE. (2023). NG236 Stroke rehabilitation in adults: Evidence review J — Oral hygiene interventions. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236/evidence/j-oral-hygiene-interventions-pdf-474910116380>
- Oliveira, A. R., de Araujo, T. L., de Carvalho, E. C., Costa, A. G., Cavalcante, T. F., & Lopes, M. V. (2015). Construction and validation of indicators and respective definitions for the nursing outcome Swallowing Status. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(3), 450–457. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0377.2575>
- Oliveira, I. de J., Rodrigues Couto, G., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Lopes Ferreira, P. (2021). The portuguese version of the gugging swallowing screen: results from its application. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(16), 93–101. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>
- Ortega, O., Palomeras, E., Clavé, P., Arreola, V., et al. (2025). Transcutaneous electrical stimulation in chronic post-stroke oropharyngeal dysphagia: Pooled biomechanical and kinematic analysis from a one-year randomized controlled clinical trial. *Scientific Reports*, 15, 24903. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-07961-z>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Em The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, I. ., Galvão, J. ., & Rodrigues, M. . (2022). Papel do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da independência dos doentes com AVC. *Revista Ibero-Americana De*

Humanidades, Ciências E Educação, 8(2), 109–127.  
<https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4140>

- Pessanha, J. de S. J. (2020). Prevenção da Pneumonia Aspirativa e relação com a Higiene Oral (Dissertação). Instituto Universitário Egas Moniz.  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35426/1/Pessanha\\_Juliana\\_de\\_Souza\\_Jesus.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35426/1/Pessanha_Juliana_de_Souza_Jesus.pdf)
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version) (pp. 295-316). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, M. (2022). A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-acidente vascular cerebral – Desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
<https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:12936>
- Portugal, Regulamento nº392/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, nº85/2019, de 3 de março, pp. 13565-13568
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Raposo, P. (2020). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 18–28. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/92>
- Ribeiro et al. (2021). *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas* (coord.). Lidel 550-563.
- Riera, S. A., Bolivar-Prados, M., Arreola, V., & Clavé, P. (2021). Psychometrics and clinical utility of the volume-viscosity swallow test: A systematic review. *Foods*, 10(8), 1900. <https://doi.org/10.3390/foods10081900>
- Sabbouh, T., & Torbey, M. T. (2018). Malnutrition in Stroke Patients: Risk Factors, Assessment, and Management. *Neurocritical care*, 29(3), 374–384. <https://doi.org/10.1007/s12028-017-0436-1>
- Safouris, A., Palaiodimou, L., Nardai, S., Kargiotis, O., Magoufis, G., Psychogios, K., Matusевичius, M., Feil, K., Ahmed, N., Kellert, L., Spiliopoulos, S., Brountzos, E., Szikora, I., Sarraj, A., Goyal, N., Aguiar de Sousa, D., Strbian, D., Caso, V., Alexandrov, A. V., & Tsivgoulis, G. (2023). Medical Management Versus Endovascular Treatment for Large-Vessel Occlusion Anterior Circulation Stroke With Low NIHSS. *Stroke*, 54(9), 2265–2275. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.123.043937>

- Salaudeen, M., Bello, N., Danraka, R., & Ammani, M. (2024). Understanding the pathophysiology of ischemic stroke. *Biomolecules*, 14(3), 305. <https://doi.org/10.3390/biom14030305>
- Santos, A. S. M., Fonseca M. J., Gomes J., Soares S. & Ribeiro C . (2023). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC: um estudo quase-experimental. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(2), e339. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.339>
- Santos, T., Silva, H., & Almeida, T. (2023). A pessoa com alteração da deglutição: Artigo de revisão. *Gazeta Médica*, 10(3), 203–211. <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/203-211>
- Selg, J., Wallström, L., Uhlin, F., Rydell, M., Månsson, I., & Samuelsson, C. (2025). Validity and reliability of the Swedish version of the Gugging Swallowing Screen (GUSS-S). *Dysphagia*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00455-024-10717-y>
- Shen, G., Xia, Q., Zhang, X., Xue, P., Wang, Y., & Wang, J. (2024). Dysphagia screening among stroke patients in a tertiary hospital: a best practice implementation project. *JB I evidence implementation*, 22(2), 158–166. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000408>
- Sherman, V., Greco, E., & Martino, R. (2021). The benefit of dysphagia screening in adult patients with stroke: A meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 10(12), e018753. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018753>
- Siao, S.-F., Ku, S.-C., Tseng, W.-H., Wei, Y.-C., Chang, Y.-C., Hsiao, T.-Y., Wang, T.-G., & Chen, C. C.-H. (2023). Effects of a swallowing and oral-care program on resuming oral feeding and reducing pneumonia in patients following endotracheal extubation: A randomized, open-label, controlled trial. *Critical Care*, 27, 283. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04568-6>
- Smith, E. E., Kent, D. M., Bulsara, K. R., Leung, L. Y., Lichtman, J. H., Reeves, M. J., ... Zahuranec, D. B. (2018). Effect of dysphagia screening strategies on clinical outcomes after stroke: A systematic review for the 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, 49(3), e123–e128. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000159>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2023). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. SPMI. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016). Manual de boas práticas na abordagem ao AVC. Lisboa. <https://spavc.org/recomendacoes-spavc/>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC). (2019, dezembro). Revista informativa da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, nº 14. Porto:

- SPAVC. Recuperado de [https://spavc.org/wp-content/uploads/2023/11/Stroke14\\_spub\\_2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2023/11/Stroke14_spub_2.pdf)
- Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC). (2025). Guia de Enfermagem do AVC (1.<sup>a</sup> ed.). [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)
- Song, W., Wu, M., Wang, H., Pang, R., & Zhu, L. (2024). Prevalence, risk factors, and outcomes of dysphagia after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 15, Article 1403610. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1403610>
- Sousa, V., Natário, A., Ferreira, S. ., Rocha, M., Lima, A., & Moreira, M. T. (2025). Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas com deglutição comprometida: uma Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(2), e40248. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.40248>
- Stroke Manual. (2025). Stroke-related dysphagia. *Stroke-Manual.com*. <https://www.stroke-manual.com/stroke-related-dysphagia>
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: Estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e265. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5<sup>a</sup> ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Vasan, V., Hardigan, T. A., Ali, M., Downes, M., Devarajan, A., Rossitto, C. P., Schuldt, B. R., Odland, I. C., Kellner, C. P., Fifi, J. T., Mocco, J., & Majidi, S. (2023). Dysphagia after ischemic and hemorrhagic stroke: A propensity-matched 20-year analysis of the national inpatient sample. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 32(9), 107295. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107295>
- Wan, Y., Holste, K. G., Hua, Y., Keep, R. F., & Xi, G. (2022). Brain edema formation and therapy after intracerebral hemorrhage. *Neurobiology of Disease*, 176, 105948. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2022.105948>
- Wang, Y., Xu, L., Wang, L., Jiang, M., & Zhao, L. (2023). Effects of transcutaneous neuromuscular electrical stimulation on post-stroke dysphagia: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in neurology*, 14, 1163045. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1163045>
- Wang, Z., Xiao, Z., Shen, Q., Zhao, N., & Zhang, W. (2024). Neuromuscular Electrical Stimulation for Post-Stroke Dysphagia Treatment: A Systemic Evaluation and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Dysphagia*, 39(3), 424–432. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10626-6>

- World Gastroenterology Organization (2014). Disfagia – Diretrizes e Cascatas Mundiais. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
- Yang, C., & Pan, Y. (2022). Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: A meta-analysis and systematic review. *PloS one*, 17(6), e0270096. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270096>
- Yuan, D., Zhang, J., Wang, X., Chen, S., & Wang, Y. (2020). Intensified Oral Hygiene Care in Stroke-Associated Pneumonia: A Pilot Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 57, 46958020968777. <https://doi.org/10.1177/0046958020968777>
- Zhang, Y.-W., Dou, Z.-L., Zhao, F., Xie, C.-Q., Shi, J., Yang, C., Wan, G.-F., Wen, H.-M., Chen, P.-R., & Tang, Z.-M. (2022). Neuromuscular electrical stimulation improves swallowing initiation in patients with post-stroke dysphagia. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1011824. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1011824>
- Zheng, D., Li, S., Ding, Y., Chen, H., Wang, D., Wang, H., Xie, Y., Li, C., & Luo, J. (2023). Effects of nurse-led hierarchical management care on acute stroke patients: A pilot study to promote stroke-associated pneumonia management. *Frontiers in neurology*, 14, 1121836. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1121836>

## **Apêndices**

## Apêndice I – Plano de Cuidados de ER – Doente com Hematoma Subdural



Os hematomas subdurais traduzem-se numa acumulação de sangue entre a dura-máter e o cérebro, resultantes, geralmente, de traumatismos crânio encefálicos. Dependendo da evolução temporal, podem ser classificados como agudos, subagudos ou crónicos, cada um com implicações distintas no prognóstico e na abordagem terapêutica. Os planos de enfermagem de reabilitação para utentes com hematoma subdural devem considerar aspetos como monitorização neurológica, controlo da dor, prevenção de complicações e estimulação motora e cognitiva. Dessa forma, a intervenção é direcionada para a individualização do cuidado, respeitando as necessidades específicas de cada utente e promovendo uma reabilitação eficaz e humanizada. (Silva, 2020).

#### ❖ Objetivos

- Restaurar funções neurológicas comprometidas.
- Prevenir complicações secundárias.
- Melhorar a independência funcional.
- Reintegrar o utente na comunidade.
- Reduzir o risco de recidiva e declínio cognitivo.

#### 1. Fase Aguda

##### a. Objetivos:

- i. Manter estabilidade clínica e neurológica;
- ii. Prevenir complicações respiratórias, motoras e cognitivas;
- iii. Promover conforto e segurança;

##### b. Intervenções de ER:

- i. Avaliação pelo exame neurológico;
- ii. Posicionamento adequado para evitar úlceras por pressão e complicações respiratórias;

- iii. Avaliação inicial da função motora, cognitiva e deglutição.
- iv. Início de reabilitação respiratória para evitar complicações respiratórias, com exercícios respiratórios passivos;
  - 1. Técnica de descanso e relaxamento;
  - 2. Técnicas de reeducação diafragmática (porção posterior, anterior e hemicúpulas);
  - 3. Técnicas de reeducação costal (global e seletiva);
  - 4. Técnicas para limpeza da via aérea (drenagem postural e manobras acessórias como vibrocompressão); se necessário;
- v. Mobilização articular precoce para prevenção de complicações associado à imobilidade, com respetiva progressão:
  - 1. Exercícios passivos dos membros superiores e inferiores para manutenção da amplitude articular.
  - 2. Exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores (manter mobilidade articular da mão, punho cotovelo e glenoumeral e fortalecimento muscular dos bíceps, tríceps, ombros e peitorais).
  - 3. Exercícios musculoesqueléticos dos membros inferiores (manter mobilidade articular da tibiotársica, joelho e coxofemoral e fortalecimento muscular dos quadricéps, bicéps femorais, adutores/abdutores dos membros inferiores).
- vi. Estimulação cognitiva e sensorial (quando possível)
- vii. Orientação e apoio à família quanto ao estado clínico e cuidados.

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções Fundamentadas</b>	<b>Resultados Esperados</b>
Risco de complicações respiratórias e motoras devido à imobilidade	Prevenir complicações respiratórias e musculoesqueléticas	Iniciar mobilização precoce assistida, conforme estado clínico. Fundamentação: estudos mostram redução de pneumonia e infeções, sem aumento da recidiva.	Doente mobilizado precocemente, sem sinais de complicações secundárias
Risco de deterioração neurológica	Detetar precocemente alterações do estado neurológico	Avaliação neurológica frequente (Glasgow, pupilas, sensibilidade e força motora). Fundamentação: alterações precoces permitem intervenção imediata.	Alterações neurológicas detetadas precocemente e reportadas
Risco de integridade da pele e trombose venosa profunda	Manter integridade da pele e prevenir complicações circulatórias	Cuidados posturais, alternância de decúbito, exercícios passivos e uso de meias de compressão. Fundamentação: prevenção de úlceras por pressão e TEP é essencial em doentes imobilizados.	Pele íntegra e ausência de sinais de trombose

## 2. Fase de Manutenção

### a. Objetivos:

- i. Recuperar a funcionalidade motora, cognitiva e social;
- ii. Promover a independência nas AVD's;
- iii. Prevenir complicações secundárias (contraturas, quedas, infeções respiratórias);
- iv. Apoiar na reintegração familiar e social.

### b. Intervenções de ER:

- i. Treino de educação para o Autocuidado e estimulação das AVD's, como higiene pessoal, vestuário e alimentação;
- ii. Treino de equilíbrio estático e dinâmico;

- iii. Treino de coordenação, motricidade fina e preensão manual, como pegar em objetos pequenos, abotoar camisas, escrever com lápis grosso;
- iv. Adaptação de dispositivos de apoio para treino de marcha (cadeira de rodas, andarilho, canadianas);
- v. Exercícios de estimulação cognitiva da memória, linguagem, atenção e funções executivas;
- vi. Oferecer apoio psicológico e se necessário encaminhar para acompanhamento especializado;
- vii. Suporte à família para otimização do ambiente domiciliário e prevenção de quedas/acidentes;
- viii. Encaminhamento para respostas na comunidade;

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções Fundamentadas</b>	<b>Resultados Esperados</b>
Défice de mobilidade física	Promover recuperação motora e independência funcional	Treino de marcha, exercícios de fortalecimento e equilíbrio. Fundamentação: a reabilitação intensiva melhora a independência e qualidade de vida.	Doente retoma marcha com/sem auxílio com melhoria da independência
Défice de memória e atenção	Estimular funções cognitivas	Exercícios de memória, atenção e linguagem.	Melhoria gradual da atenção, memória e comunicação
Défice no autocuidado (alimentação, higiene, vestuário)	Promover independência nas AVD	Treino em atividades de vida diária com ajuda.	Doente retoma gradualmente autocuidado com menor grau de dependência
Ansiedade do cuidador/família relacionada ao prognóstico	Promover literacia em saúde e apoio familiar	Educação estruturada, plano de alta com orientações claras, envolvimento da família nos cuidados. Fundamentação: diretrizes recomendam a integração familiar para continuidade terapêutica.	Família compreende sinais de alerta e cuidados necessários no domicílio

## Referências Bibliográficas

- Acibadem Health Group. (2024). Nursing interventions and rehabilitation in subdural hematoma: <https://www.acibademhealthpoint.com/subdural-hematoma-nursing-diagnosis-guide/>
- Apollo Hospitals. (2024). Hematoma subdural: Tipos, sintomas, causas, tratamento. Apollo Hospitals.
- AskTheNurseExpert. (2024). Nursing considerations for subdural hematoma: <https://www.nurse.com/clinical-guides/subdural-hematoma/>
- Calheiros, A. (2023). Levante precoce após drenagem de hematoma subdural crônico no Hospital de Braga. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Correia, J. M. F. (2021). Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico. *Revista de Investigação em Saúde e Envelhecimento*, 8(1), 56-72.
- Kurabe, S., Ozawa, T., Watanabe, T., & Aiba, T. (2010). Efficacy and safety of postoperative early mobilization for chronic subdural hematoma in elderly patients. *Acta neurochirurgica*, 152(7), 1171–1174. <https://doi.org/10.1007/s00701-010-0627-4>
- Merrill, S. A., Khan, D., Richards, A. E., Kalani, M. A., Patel, N. P., & Neal, M. T. (2020). Functional recovery following surgery for chronic subdural hematoma. *Surgical neurology international*, 11, 450. [https://doi.org/10.25259/SNI\\_689\\_2020](https://doi.org/10.25259/SNI_689_2020)
- Silva, A. (2020). Cuidados de enfermagem na reabilitação neurológica. Editora Saúde & Vida.
- Sousa, S., Pinto, V., Vaz da Silva, F., Ribeiro da Costa, T., Fernandes, A., Batata, R., Noronha, C., Monteiro Silva, J. & Ferreira, S. (2023). Impacto de um protocolo de mobilização precoce na redução de complicações médicas após cirurgia para hematoma subdural crônico: o Estudo GET-UP. *Journal of Neurosurgery*, 139(3), 854-863.
- Stubbs, D. J., Davies, B. M., Edlmann, E., Ansari, A., Bashford, T. H., Braude, P., (2024). Clinical practice guidelines for patients with a chronic subdural haematoma: multidisciplinary recommendations from presentation to recovery. *British Journal of Neurosurgery*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/02688697.2024.2413445>
- Vieira, R. C. C. (2018). Reabilitação cognitiva no traumatismo crânio-encefálico: Estudo de caso. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Zade, A. P., Bhoge, S. S., Seth, N. H., & Phansopkar, P. (2023). Rehabilitation of Traumatic Acute Subdural Hematoma and Subarachnoid Hemorrhage: A Case Report. *Cureus*, 15(12), e50660. <https://doi.org/10.7759/cureus.50660>

## Apêndice II – Plano de Exercícios Terapêuticos para o Domicílio – Pessoa com DPOC

### Identificação:

Idade: 77 anos

Diagnóstico clínico: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)

### Diagnósticos de enfermagem:

- Ventilação (comprometida)
- Limpeza das vias aéreas (ineficaz)
- Movimento muscular (diminuído)
- Intolerância à atividade

### Objetivos do programa:

- Promover a ventilação eficaz e melhorar o padrão respiratório.
- Favorecer a eliminação de secreções.
- Fortalecer a musculatura respiratória, dos membros superiores e inferiores.
- Melhorar a tolerância à atividade.
- Reduzir a dispneia nas atividades de vida diária.
- Promover autonomia e qualidade de vida.

## 1. Exercícios de controlo ventilatório

### 1.1. Respiração diafragmática Posição: Sentado ou semi-Fowler

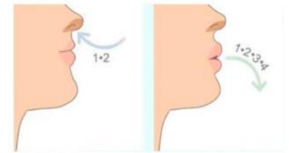
- Instruções:
  - Colocar uma mão sobre o abdómen e outra sobre o tórax;
  - Inspirar lenta e profundamente pelo nariz, sentindo o abdómen a expandir;
  - Expirar lentamente pela boca com os lábios semicerrados;



- Repetir por 5 minutos, 2 a 3 vezes por dia, ou sempre que esteja cansado e/ou ansioso.

### **1.2. Expiração com lábios semicerrados**

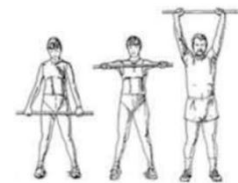
- Objetivo: Prolongar a expiração e evitar colapso dos alvéolos.
- Instruções:
  - Inspirar pelo nariz durante 2 segundos;
  - Expirar lentamente pela boca com os lábios como se estivesse a assobiar, durante 4-6 segundos;
  - Realizar durante episódios de dispneia ou antes de esforço físico.



## **2. Exercícios para Membros superiores**

### **2.1. Flexão e extensão de ombros com bastão: Posição: Sentado numa cadeira.**

- Instruções:
  - Segurar o bastão com ambas as mãos à largura dos ombros;
  - Inspirar e elevar os braços até à altura da cabeça;
  - Expirar lentamente com os lábios semicerrados e descer o bastão;
  - Repetições: 2 séries de 10 repetições, 1-2x/dia.



### **2.2. Abdução de ombros com elástico: Posição: Sentado ou de pé**

- Instruções:
  - Com um elástico preso sob os pés, abduzir os braços lateralmente até 90°;
  - Inspirar ao abrir os braços e expirar lentamente ao fechar os braços;
  - Repetições: 2 séries de 10 repetições, 1x/dia.

## **● 3. Exercícios para Membros inferiores**

### **3.1. Extensão de joelhos com resistência**

- Posição: Sentado numa cadeira com pesos leves ou garrafas de água presas no tornozelo.

Instruções:

- Estender uma perna até ficar paralela ao chão;
- Manter 2 segundos e retornar;
- Repetições: 2 séries de 10 repetições por perna.

### **3.2. Elevação de calcanhares (em pé ou com apoio)**

- Instruções:
  - Elevar os calcanhares, ficando em bicos de pés;
  - Manter o equilíbrio com apoio (cadeira/mesa);
  - Repetições: 2 séries de 12 repetições.

### **3.3. Marcha estacionária (no lugar)**

- Duração: 1 a 2 minutos, com pausas se necessário;
- Objetivo: Estimular resistência cardiorrespiratória de baixa intensidade.

## **4. Relaxamento**

### **4.1. Controlo e dissociação dos tempos respiratórios**

- Instruções:
  - Inspiração lenta e controlada pelo nariz e expiração lenta e controlada pela boca.
  - Repetições: 5-10 vezes.

- **5. Treino de higiene brônquica (opcional, se houver secreções)**

### **5.1. Tosse dirigida**

- Instruções:

Inspirar profundamente

  - Segurar o ar 2 segundos

- Tossir com esforço e eficácia
- Repetir 2 a 3 vezes por sessão (após exercícios respiratórios)

- **Recomendações gerais:**

- **Monitorizar sinais de fadiga, dispneia intensa, tonturas ou cansaço extremo;**
- **Evitar realizar exercícios logo após as refeições;**
- **Garantir hidratação antes e após os exercícios;**
- **Adaptar a intensidade conforme a tolerância;**
- **Reavaliar semanalmente a resposta aos exercícios;**

### FLYER INFORMATIVO

## Exercícios Terapêuticos Domiciliários para a Pessoa com DPOC

Promover a ventilação eficaz e melhorar o padrão respiratório;

Favorecer a eliminação de secreções;

Fortalecer a musculatura respiratória, dos membros superiores e inferiores;


Melhorar a tolerância à atividade;

Reduzir a falta de ar, nas atividades de vida diária;

Promover autonomia e qualidade de vida;

**1. Exercícios de controle ventilatório**


**1.1. Respiração diafragmática**



- Colocar uma mão sobre o abdômen e outra sobre o tórax;
- Inspirar lenta e profundamente pelo nariz, sentindo o abdômen expandir;
- Expirar lentamente pela boca com os lábios semicerrados;
- Repetir por 5 minutos, 2 a 3 vezes por dia.


**2. Exercício para os membros superiores**

**2.1. Flexão e extensão dos ombros**



- Segurar o bastão com ambas as mãos à largura dos ombros;
- Inspirar e elevar os braços até à altura da cabeça;
- Expirar lentamente com os lábios semicerrados e descer o bastão lentamente;
- Repetições: 2 séries de 10 repetições, 1-2x/dia.


**2.2. Abdução dos ombros com elástico**



- Com um elástico preso sob os pés, abduzir os braços lateralmente até 90°;
- Inspirar ao abrir os braços e expirar lentamente ao fechar;
- Repetições: 2 séries de 10 repetições, 1x/dia.


**3. Exercício para os membros inferiores**

**3.1. Elevação dos calcanhares**



- Elevar os calcanhares, ficando em bicos de pés;
- Manter o equilíbrio com apoio (cadeira/mesa);
- Repetições: 2 séries de 12 repetições.

**3.2. Marcha estacionária**

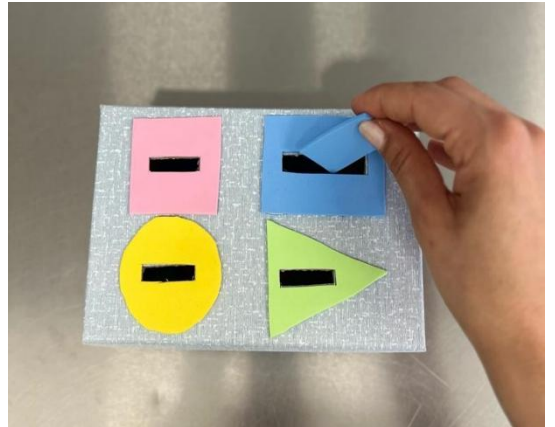


- Duração: 1 a 2 minutos;
- Com pausas se necessário.

### Referências Bibliográficas:

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2024). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD.
- Spruit, M. A., et al. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.
- Troosters, T., et al. (2010). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease.
- McCarthy, B., et al. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database.

Apêndice III – Registo Fotográfico de Atividades de Motricidade Fina e Estimulação Cognitiva – Medicina A



## Apêndice IV – Folhetos Informativos Medicina A

### Transferência cama-cadeira

**Colocar a cadeira junto da cama, do lado afetado do doente.** (Travar a cadeira)

**Rodar o tronco para o lado afetado.** A perna afetada deve ser colocada sobre a perna sã. Estas são arrastadas até se encontrarem fora da cama. **Elevar o tronco apoiando o braço afetado, de modo a ficar sentado.**



O prestador de cuidados ajuda, colocando uma mão no lado afetado, de modo a dar impulso no levante.



O prestador de cuidados coloca-se de frente para o doente e segura-o pelas calças/cinto, travando os joelhos do doente, com os seus.



Rodar o doente e ajudá-lo a sentar-se, fazendo força nos joelhos do doente e segurando-o até que este apoie as mãos nos braços da cadeira.



### Treino Intestinal



- Ingerir alimentos ricos em fibras (arroz integral, aveia, hortaliças, fruta e legumes);
- Beber bastantes líquidos (cerca de 1L/1,5L por dia);
- Efetuar treino intestinal diário à mesma hora (20 minutos após as refeições);
- Realizar massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio, iniciando no canto inferior direito da barriga;
- Evitar clisteres de limpeza e uso de laxantes;

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da Mobilidade – posicionamento, transferências e treino de deambulação.  
Pinto, E. (2020). O Posicionamento do doente com acidente vascular cerebral – um olhar sobre as práticas.  
Portugal Angels Nurse Task Force (2025). Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral.  
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro (2024). Folheto AVC.

### Posicionamentos e Transferência

O doente com AVC



Telefone: (+351) 271 200 353  
Email: sec.medicina@ulsguarda.min-saude.pt  
Morada: Av. Rainha Dona Amélia, s/n – Parque da Saúde da Guarda – 6300-858 Guarda

**P. Viseu Saúde** **ULS GUARDA**

Muitas pessoas desenvolvem complicações que podem traduzir-se em piores *outcomes* e agravamento da incapacidade.

**Complicações associadas à Imobilidade:**

Rigidez osteoarticular;

Diminuição do tónus muscular;

Complicações cardiorrespiratórias, urinárias e gastrointestinais;

Complicações neuropsicológicas e psicossociais associadas ao isolamento social;

Desnutrição e desidratação;

Mobilidade comprometida:

- Quedas;
- Úlceras por pressão;
- Ombro doloroso;
- Espasticidade;
- Pé equino;
- Tromboembolismo venoso.

O Padrão Antiespástico é considerado um posicionamento de recuperação e deve ser iniciado desde o primeiro dia após o AVC.

**Benefícios do posicionamento e levante:**

Estimula a circulação, respiração e eliminação intestinal;

Facilita a mobilização de expetoração;

Conserva a amplitude articular;

Previne aderências e contraturas;



Recupera/aumenta o grau de força muscular;

Retarda o aparecimento da espasticidade;

Estimula a propriocepção;


Melhora o equilíbrio, permitindo a readaptação à posição de pé/sentado;

Proporciona conforto e bem estar.


### Posicionamentos

**Decúbito dorsal**



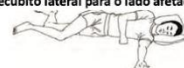
- Colocar o ombro e braço afetado em cima de uma almofada;
- Braço levemente elevado e em rotação externa;
- Cotovelo e punho estendidos com a palma da mão virada para cima;
- Colocar uma almofada debaixo do joelho etornozelo em leve flexão;
- Cabeça em flexão lateral voltada para o lado não afetado.

**Decúbito lateral para o lado não afetado**



- Colocar o braço afetado bem para a frente com o cotovelo estendido, sobre uma almofada;
- A perna afetada é colocada para a frente sobre uma almofada;
- O quadril e o joelho numa posição natural de flexão;
- Não colocar almofada na cabeça, ou em alternativa, uma muito pequena.

**Decúbito lateral para o lado afetado**



- Colocar o ombro afetado bem para a frente;
- Colocar o cotovelo estendido com a palma da mão voltada para cima;
- A perna afetada com leve flexão do joelho, em cima de uma almofada;
- Colocar uma almofada na cabeça.

**Potenciais complicações**

Uma alimentação segura e eficaz reduz significativamente o risco de complicações, nas pessoas com alterações da deglutição.

Aspiração de conteúdo alimentar, com o risco de desenvolver uma pneumonia por aspiração;



Ingestão oral reduzida que conduz à desnutrição.



Redução da ingestão de líquidos que leva à desidratação; potenciando complicações renais, urinárias e hidroeletrólíticas.



**No caso de engasgamento.**

A manobra de Heimlich (para desengasgar) deve ser executada de forma vigorosa.



- ✓ Solicite à pessoa para tossir com força e não ofereça outros líquidos ou alimentos para "ajudar";
- ✓ Se a tosse não resolver, prenda a barriga da pessoa com as duas mãos;
- ✓ A mão que fica em contacto com a barriga, deve estar fechada em forma de murro, com o polegar voltado para a barriga da pessoa;
- ✓ Faça pressão e dê apertões rápidos e vigorosos com as mãos no sentido do diafragma (de baixo para cima);
- ✓ Repita os movimentos até que a pessoa consiga expelir o alimento ou apresentar reflexo de tosse.
- ✓ Se a pessoa mantiver falta de ar, alteração da cor da pele ou dificuldade em falar, contactar 112.

Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação – conceitos e práticas. Lidel, Teseú, R., et al. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke. <https://doi.org/10.1177/1741493209897843>

**Disfagia**



**Comer com segurança**

Com cuidado e atenção, a alimentação para quem tem disfagia pode ser mais do que segura, pode ser um momento de sabor, dignidade e satisfação.

Telefone: (+351) 271 200 353  
 Email: [sec.medicina@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:sec.medicina@ulsguarda.min-saude.pt)  
 Morada: Av. Rainha Dona Amélia, s/n – Parque da Saúde da Guarda  
 – 6300-858 Guarda



A deglutição comprometida caracteriza-se pela dificuldade na preparação do bolo alimentar ou no deslocamento do alimento da boca até ao estômago.

A refeição é um momento de convívio e satisfação, pelo que a dificuldade em engolir, não deve ser impedimento para se disfrutar da mesma;



É importante promover uma deglutição eficaz;

De modo a manter a hidratação e nutrição de uma forma segura.

**Posicionamento para alimentação**

- Manter o correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades;
- Região lombar apoiada nas costas da cadeira;
- Os pés bem apoiados no chão/pedais da cadeira;
- Se permanecer na cama; deve manter uma elevação da cabeceira entre 60-80º e manter-se assim 30 minutos após a refeição, pelo esvaziamento gástrico e redução do refluxo;



**Aspetos a considerar**

Promover alimentação por mão própria ou conduzir o movimento da mão;

Respeitar consistência/textura dietética prescrita;

Providenciar equipamento adaptativo adequado;



Não usar talher de plástico, pelo risco de partir;

Alimentos com boa apresentação, temperatura, odor e sabor agradáveis estimulam o apetite;

Assegurar um ritmo pausado durante a alimentação e instruções curtas e simples;

A colher deve ser dirigida de baixo para cima;

Direcionar o alimento para a parte média da língua, realizando pressão moderada da colher, estimulando o reflexo de deglutição;



Após cada refeição, administrar água com a viscosidade adequada: promove a limpeza de resíduo alimentar e reforça a hidratação;

Vigiar a cavidade oral para excluir acumulação de resíduos;

Reforçar a promoção de cuidados de higiene oral após a refeição.

**Estratégias compensatórias**

Dobrar ligeiramente o pescoço para a frente;

Rodar a cabeça para o lado afetado;

Incentivar a engolir duas vezes seguidas;

Temperatura mais fria da comida;

Sabores ácidos;



Aumento do volume da comida na colher;

Estimular a realização de movimentos de fortalecimento muscular.





# CADERNO DE ATIVIDADES PARA IDOSOS

**A importância de  
aliar a  
Reabilitação ao  
processo de  
envelhecimento  
ativo.**

**Mestrado em  
Enfermagem  
de  
Reabilitação**

O conceito de envelhecimento ativo, promovido pela Organização Mundial da Saúde, enfatiza a manutenção da autonomia, independência e participação social dos idosos.

A Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel essencial nesse contexto, atuando na promoção da mobilidade, prevenção da incapacidade, reabilitação funcional e educação para a saúde.

O presente caderno de atividades promove uma abordagem à pessoa idosa de forma dinâmica e positiva, permitindo que a pessoa continue ativa.

## **ÍNDICE**

<u>INTRODUÇÃO</u>	<u>6</u>
<u>PROGRAMA DE REABILITAÇÃO E O ENVELHECIMENTO ATIVO</u>	<u>9</u>
<u>ALONGAMENTOS</u>	<u>13</u>
<u>TREINO DE EQUILÍBRIO</u>	<u>16</u>
<u>ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO</u>	<u>23</u>
<u>TREINO DE MOTRICIDADE FINA E ESTIMULAÇÃO COGNITIVA</u>	<u>26</u>
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>34</u>
<u>ANEXO A – ESCALA DE BORG MODIFICADA</u>	<u>40</u>
<u>ANEXO B – ÍNDICE DE TINETTI</u>	<u>42</u>
<u>ANEXO C - EXERCITAR EM SEGURANÇA</u>	<u>44</u>

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (2017), Portugal assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas, profundas transformações demográficas caracterizadas entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem.

Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico, processo que se evidencia pela alteração do perfil das pirâmides etárias. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2022, o índice de envelhecimento atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens, quando comparado ao valor de 2021 que se centrava nos 181,3.

O envelhecimento é um processo que ocorre durante todo o ciclo de vida, pelo que se torna essencial atuar na manutenção da saúde e na preservação do bem-estar (Plano de Ação de Envelhecimento ativo e Saudável, 2023-2026). Muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda potencial para melhorar.

De acordo com o Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026), a perda de anos de vida saudável por morte prematura, doença ou incapacidade pode ser mensurada pelo indicador *Disability Adjusted Life Years* (DALY), permitindo identificar as principais causas e, por consequência, priorizar as intervenções. Em Portugal, as principais causas de DALY, em 2019, foram as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, respiratórias, oncológicas e ainda a Diabetes *Mellitus* e a saúde mental.

Pelos dados existentes para a população portuguesa identificam-se as principais causas de mortalidade precoce e sobretudo de morbidade, permitindo definir medidas que preconizem a manutenção da saúde, a reabilitação e a recuperação das situações de doença (Plano de Ação de Envelhecimento ativo e Saudável, 2023-2026).

O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, para melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (World Health Organization, 2015, citado por Serviço Nacional de Saúde, 2017).

O aumento da esperança média de vida, com saúde e independência deve ser encarado como um objetivo a atingir e uma oportunidade em qualquer idade e constitui um dos maiores desafios do nosso tempo, para que o envelhecimento seja uma experiência positiva.

Existem cada vez mais evidências científicas sobre os benefícios de um estilo de vida ativo, para manutenção da capacidade funcional e autonomia durante o processo de envelhecimento.

O envelhecimento ativo é fundamental para garantir uma vida com mais saúde, independência e qualidade. Ele envolve o compromisso de manter-se fisicamente ativo, mentalmente estimulado, socialmente conectado e emocionalmente equilibrado, independentemente da idade.

A enfermagem de reabilitação desempenha um papel crucial no processo de envelhecimento ativo, pois atua na promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação de funções físicas, cognitivas e sociais dos idosos. Os enfermeiros especializados nessa área tornam-se fundamentais para garantir que os idosos mantenham a maior independência possível associada a qualidade de vida, mesmo perante limitações relacionadas à idade ou a condições crónicas.

A implementação de atividades motoras e cognitivas desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e qualidade de vida da população idosa, traduzindo inúmeros benefícios nomeadamente, manutenção e melhoria da mobilidade, fortalecimento muscular e ósseo, estimulação do equilíbrio e coordenação, associado a prevenção do declínio cognitivo, fortalecimento da neuroplasticidade e promoção do envolvimento social e impacto psicológico positivo.

Com base nos benefícios descritos, surge a exigência de desenvolver o presente manual de atividades. As atividades motoras e cognitivas são pilares essenciais para a saúde dos idosos, especialmente no contexto da enfermagem de reabilitação, desempenhando um papel essencial na implementação de intervenções que promovam o envelhecimento ativo, prevenindo o declínio funcional e cognitivo, assegurando um estilo de vida mais saudável e com a máxima independência possível.

A enfermagem de reabilitação torna-se assim essencial, combinando cuidados especializados com a promoção da saúde e da autonomia. Além disso, ao prevenir complicações e fomentar a reabilitação, ajuda os idosos a viverem com mais dignidade e qualidade de vida,

contribuindo para um envelhecimento mais saudável e pleno e garantindo um cuidado centrado no idoso e nas suas necessidades individuais.

## **PROGRAMA DE REABILITAÇÃO E O ENVELHECIMENTO ATIVO**

Em Portugal o envelhecimento demográfico é uma realidade, estimando-se que o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos irá sofrer um aumento de 2,2 milhões para 3 milhões, sendo que o índice de envelhecimento irá praticamente duplicar, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Mendes (2021) defende que é necessário assegurar que os anos de vida conquistados possam ser usufruídos com qualidade de vida. O conceito de envelhecimento saudável prende-se com o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional ao longo do desenvolvimento, permitindo a obtenção de qualidade de vida e bem-estar na idade avançada (WHO & UN, 2017), sendo que a saúde corresponde ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo, e a capacidade funcional resulta da interação das capacidades intrínsecas da pessoa com o meio envolvente (WHO & UN, 2017).

Torna-se essencial que as pessoas idosas mantenham a autonomia e independência funcional de forma a assegurarem a gestão das suas atividades, sejam elas, trabalho, lazer e/ou interação social, existindo ou não comorbilidades (Baixinho et al., 2021).

O investimento em saúde durante o processo de envelhecimento acrescenta vida aos anos e o aumento da longevidade pode trazer oportunidades importantes para o desenvolvimento das sociedades atuais, no entanto, estas oportunidades dependerão sempre da força do envelhecimento ativo e saudável (WHO & UN, 2017).

O custo de inatividade física é bastante elevado. Estima-se que entre 2020 e 2030, ocorram cerca de 500 milhões de novos casos de doenças não transmissíveis evitáveis, sendo que cerca de 47% destes novos casos serão resultados de hipertensão arterial e cerca de 43% de depressão (Direção Geral da Saúde, 2022).

A evidência científica mostra que a prática de exercício físico atrasa as mudanças decorrentes do envelhecimento e otimiza as alterações de composição corporal relacionadas com a idade, promove o bem-estar psicológico, reduz o risco de incapacidade física e aumenta a longevidade (Liguori et al., 2021). Para além disso, o papel do exercício físico na prevenção e manutenção de doenças relacionadas com a idade é cada vez mais evidente. A prática regular de exercício físico é importante na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, obesidade, entre outras, sendo igualmente benéfico para a saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos (Izquierdo et al., 2021).

Com o envelhecimento ocorre naturalmente uma deterioração da função fisiológica, sendo esta deterioração potenciada pelo sedentarismo (Kenney et al., 2015). O aumento de massa muscular e a otimização da capacidade cardiorrespiratória por exemplo, são importantes para a manutenção e melhoria da capacidade funcional. A prática de exercício físico em espaços com supervisão profissional e compatíveis com as preferências de cada um, favorece a interação social quando realizada em grupo, melhorando a capacidade física da pessoa idosa, mas também a sua saúde mental. A existência de comorbidades, podem levar a algumas limitações e/ou necessidades específicas, no entanto não são inibitórias da realização de exercício, desde que adaptado (Baixinho et al., 2021).

Uma correta prescrição de exercício físico deve contemplar vários componentes, como exercícios cardiorrespiratórios (aeróbios), exercícios musculares, de mobilidade e flexibilidade. Deve também ter em vista a melhoria de pelo menos um componente da saúde e incluir no plano a diminuição de períodos de inatividade (Liguori et al., 2021).

O princípio FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo) para a prescrição de exercício físico constitui-se como uma ferramenta eficaz, baseada na evidência científica, considerando a fisiologia, a psicologia e os benefícios do exercício para saúde (Liguori et al., 2021).

Um programa de treino deve contemplar o aquecimento, o treino de condicionamento e terminar com o relaxamento, já que a redução gradual de esforço se torna particularmente importante em pessoas idosas, por exemplo com patologia cardíaca (Liguori et al., 2021). Cada sessão deve ser desenhada com um objetivo definido (Liguori et al., 2021) e os exercícios de flexibilidade devem ser incorporados, antes ou depois do condicionamento, de forma a promover a amplitude de movimento e melhorar a coordenação, facilitando dessa forma as atividades de vida diárias, como por exemplo o vestir (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018). A mesma organização defende que a baixa capacidade aeróbia e a fraqueza muscular são mais comuns na população idosa do que nas restantes faixas etárias, contribuindo para o aumento da dependência. Existe evidência que os programas que contemplam diversos componentes (exercícios aeróbios, treino de resistência, treino de equilíbrio e flexibilidade) melhoram a funcionalidade na população idosa, quer saudável que com doença crónica, mostrando-se mais eficazes que os programas de apenas uma componente.

Para a população idosa, a WHO (2020) recomenda a realização de pelo menos 150 a 300 minutos semanais de exercícios aeróbios de moderada intensidade, ou 75 a 150 minutos de intensidade elevada. O mesmo documento relembra que os idosos devem limitar o tempo de

inatividade (sedentarismo), devendo substituí-lo por atividades mesmo de baixa intensidade e ter sempre o objetivo de realizar mais tempo de exercício do que o recomendado. É ainda aconselhada a realização semanal de exercícios que promovam o equilíbrio e a força, pelo menos 3 vezes por semana, de forma a melhorar a capacidade funcional e prevenir a ocorrência de quedas (WHO, 2020).

Ao longo da intervenção, deve ser utilizada a escala de Borg modificada (Anexo A), como parâmetro subjetivo da percepção de esforço. A aplicação da escala deve ser efetuada ao longo do período de exercício físico, questionando a pessoa sobre qual o seu nível de cansaço. De salientar que a pessoa deve ser previamente instruída sobre a correta utilização da escala de forma a poder conseguir classificar corretamente o seu nível de esforço percebido. A primeira avaliação deve ser em repouso, sendo esse valor de referência para essa pessoa, ao longo de toda a sessão (Novo et al., 2021).

Os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, têm um papel essencial na educação da pessoa e dos seus pares, na orientação e na responsabilidade de interpretar, disseminar e realizar investigação relevante para o avanço da melhoria da prática de enfermagem, pelo que, o envelhecimento ativo e saudável e a promoção do exercício físico deverá ser uma das áreas de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No âmbito da aplicação de programas de exercício físico, Bethancourt et al., (2014) identificaram que 65% dos participantes afirmaram preferir aulas de exercício físico com pessoas da mesma idade. Apesar de muitos participantes terem expressado a sua preferência por atividades individuais, a maioria referiu que as atividades de grupo e a interação social são fortes motivadores no envolvimento com a prática de exercício físico regular.

No estudo realizado por Broekhuizen et al. (2016), os participantes tiveram acesso a um treino interativo, com objetivos personalizáveis e de feedback. Segundo os autores, o grupo de intervenção apresentou um aumento de 10% no nível de atividade física ao longo das 12 semanas.

Boulton et al. (2018), destacam que para os participantes do estudo, conhecer novas pessoas, socializar e combater a solidão, foram apontados como promotores da realização de exercício físico.

A Enfermagem de Reabilitação tem como objetivos o diagnóstico a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e

a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas (Novo et al., 2021). Neste sentido, a realização de sessões de exercício direcionadas para a população com necessidades específicas (em situação de fragilidade), torna-se um instrumento importante como coadjuvante terapêutico no processo de reabilitação (Novo et al., 2021).

Tendo em conta os benefícios da realização de sessões de exercício físico adaptado em populações mais fragilizadas (idosos com doença crónica e/ou incapacidade), foi elaborado o presente caderno de atividades, de forma a promover intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como incentivar a pessoa institucionalizada na promoção do envelhecimento ativo.

## ALONGAMENTOS

Torna-se importante entender a diferença entre alongamentos e flexibilidade. O alongamento é o movimento que é feito com os músculos de maneira preventiva, enquanto a flexibilidade é o maior arco de movimento que o músculo pode alcançar (Souza, 2016). Por outras palavras, alongamento é o exercício que é feito para atingir a flexibilidade do músculo.

Segundo Almeida & Jabur (2007), alongamento é o termo usado para descrever os exercícios físicos que aumentam o comprimento das estruturas dos tecidos moles e, conseqüentemente, a flexibilidade.

Torna-se fulcral manter a flexibilidade das articulações para evitar o seu comprometimento, que pode acarretar o comprometimento até mesmo das atividades de vida diárias (Ghan & Sousa, 2020).

Os exercícios de alongamento estão entre os mais comumente utilizados na reabilitação e prática desportiva (Almeida et al, 2009). Existem basicamente três métodos de alongamento para desenvolver a flexibilidade: o alongamento passivo, o ativo e a facilitação neuromuscular propriocetiva (FNP). Apesar de o método FNP ser o mais eficaz, o alongamento estático é o mais utilizado, pois é o método mais seguro, simples e com menor risco de lesão.

De acordo com Alter (1999), o alongamento muscular pode ser classificado em: alongamento estático, dinâmico, ativo e passivo. O alongamento do tipo estático é considerado o mais seguro e por isso frequentemente utilizado. Nele, uma força constante é aplicada de forma devagar e gradual até o ponto máximo tolerado pela pessoa. Esta força é mantida por um curto período, cerca de 15 a 30 segundos (Rosário et al., 2008). Já o alongamento dinâmico ou balístico, dá-se pela movimentação das articulações de modo que atinjam o máximo da amplitude possível, através de movimentos rápidos e vigorosos. O alongamento ativo é feito utilizando como limite a movimentação da própria articulação a alongar. Por outras palavras, é feito pela própria pessoa, sem ajuda de nenhuma força externa. Já o alongamento passivo é aquele em que a pessoa tem ajuda externa, seja de um profissional ou superfície de apoio (Rosa et al., 2008).

No que concerne às modificações musculares que ocorrem nos idosos, observa-se uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular, na qual o tecido nobre é substituído por colagénio e gordura, com conseqüente diminuição da força e velocidade de contração (Seyer et al., 2008). De acordo com os mesmos autores, esse declínio é maior nos membros inferiores, o que demonstra a sua importância para o equilíbrio, ortostatismo, a marcha e atividades de vida

diárias. Além disso, ocorre uma diminuição da capacidade sintética e proliferativa das células, aumento do tecido fibroso e alterações da matriz extracelular responsáveis pela perda de flexibilidade (Feland, 2001).

De acordo com Lustosa et al. (2010), indivíduos que se alongam regularmente apresentam melhor velocidade de contração das fibras musculares, proporcionando maior força na contração concêntrica e excêntrica.

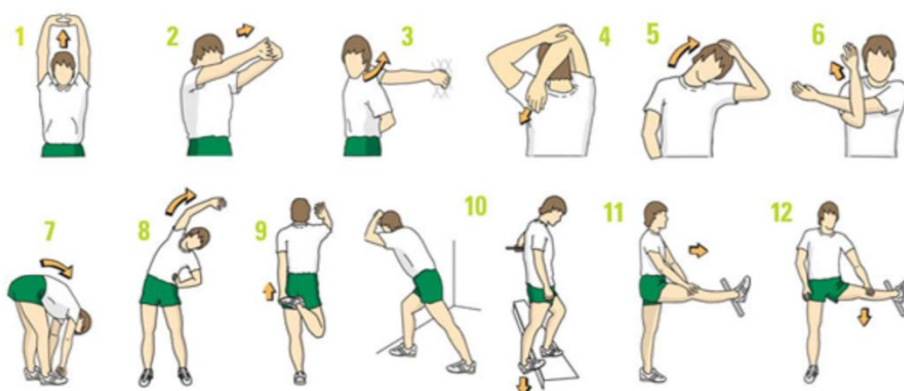
A prática de exercício traz inúmeros benefícios para a saúde, especialmente nos idosos, nomeadamente pela facilidade em executar as atividades de vida diárias ou instrumentais (Silva et al., 2012).

Com base no exposto, conclui-se que o alongamento é fundamental para a saúde e bem-estar da pessoa idosa, demonstrando diversos benefícios físicos e mentais, nomeadamente melhoria da flexibilidade e mobilidade, uma vez que ajuda a manter e melhorar a amplitude de movimento. Atua igualmente na prevenção de lesões, numa população suscetível a lesões e até fraturas. O alongamento ajuda também na redução de dor muscular e tensão muscular, contribuindo para a melhoria da postura e estabilidade corporal, reduzindo o risco de quedas, uma das principais causas de hospitalizações no idoso (Dias, 2011).

Seguem-se algumas sugestões a aplicar no alongamento seguro:

- Movimentos suaves: o alongamento deve ser feito de forma lenta e controlada;
- Sem dor: o alongamento pode causar leve desconforto, mas nunca dor. Se surgir dor, é importante parar;
- Respiração: é importante manter uma respiração calma e constante;
- Regularidade: o ideal passa por incluir alongamentos na rotina diária, mesmo que seja por poucos minutos.

Nas imagens seguintes, apresentam-se algumas sugestões de alongamentos.





## TREINO DE EQUILÍBRIO

O envelhecimento pode ser entendido como um conjunto de processos que decorrem em organismos vivos e que, com o passar do tempo, leva a uma perda de adaptabilidade, deficiência funcional e morte (Spirduso, 2005). É um processo complexo pois resulta da interação de diversos fatores como genéticos, estilo de vida ou doenças crônicas (Mazzeo et al., 1998).

Ribeiro et al. (2009) afirmam que as maiores alterações no idoso ocorrem a nível neuromuscular, tendo consequências negativas no equilíbrio e na mobilidade, sendo os membros inferiores mais afetados.

Para o idoso é benéfico ter uma vida fisicamente ativa, pois previne ou retarda patologias como cardiovasculares, hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus (Melo et al., 2010). Mas para um idoso que se encontre institucionalizado, nem sempre é fácil ter uma vida fisicamente ativa, pois a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física e mental, podendo conduzir à morte precoce (Lemos, 2005).

A Direção Geral da Saúde (2008), afirma que a atividade física num envelhecimento saudável, contribui para melhorar e manter a qualidade de vida, pois ao trabalhar capacidades como o equilíbrio, a força muscular, a coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor e funções cognitivas, faz com que haja uma diminuição do risco de incapacidade motora por quedas.

O controlo do equilíbrio é feito inicialmente pela informação do sistema sensorial (visual, somato-sensitivo e vestibular) sobre a localização do corpo e o seu movimento (Chandler, 2002). O sistema nervoso central ao receber estas informações aferentes, seleciona a respostas efetivas e reguladas no tempo tendo em vista o controlo e alinhamento do corpo em relação à base de apoio. Estas respostas são posteriormente realizadas pelo sistema neuromuscular (Horak, 2006). As dificuldades em manter o equilíbrio acentuam-se com a idade pois existe um conjunto de alterações nos sistemas sensorial e neuromuscular que conduzem à diminuição da flexibilidade e da força muscular, à diminuição do processamento central de informação sensorial e uma menor capacidade de resposta motora, nomeadamente aumento do tempo de reação (AGS, BGS & AAOSPFP, 2001). Esta diminuição de equilíbrio, não só aumenta o risco de quedas, como contribui para a perda acentuada de confiança em deambular ou realizar tarefas diárias, limitando a autonomia e mobilidade nos idosos (Lin et al., 2007).

Programas de exercício que incluem uma componente específica de equilíbrio ou integrados no programa tendem a ser mais eficazes (Bruin & Murer, 2007). Os exercícios de equilíbrio assentam sobretudo no princípio da redução da base de suporte e diminuição do apoio como: passos laterais, *tandem walk*, equilíbrio unipedal, equilíbrio com diferentes bases de apoio, marcha de costas e semi-agachamento (Cho & An, 2014). O treino de equilíbrio deve também apresentar situações em que os estímulos sensoriais são diferenciados para melhor preparar o indivíduo a reagir perante condições não familiares (Silsupadol et al., 2009).

A utilização de instrumentos de apoio a tomada de decisão, como o índice de Tinetti (Anexo B), traduz-se numa ferramenta essencial na prática, auxiliando na deteção precoce de défices de equilíbrio e marcha, especialmente em populações idosas. A sua importância reside em diversos aspetos relacionados com a prevenção de quedas, diagnóstico funcional e

planeamento de intervenções terapêuticas. Por ser um teste simples e rápido, que pode ser aplicado em diversos contextos, facilitando a monitorização contínua da pessoa.

Assim, e considerando que o equilíbrio é um dos aspetos chave para a redução da taxa de incidência de quedas na população idosa, o que constitui um problema de saúde pública, surgem as seguintes sugestões de treino de equilíbrio.

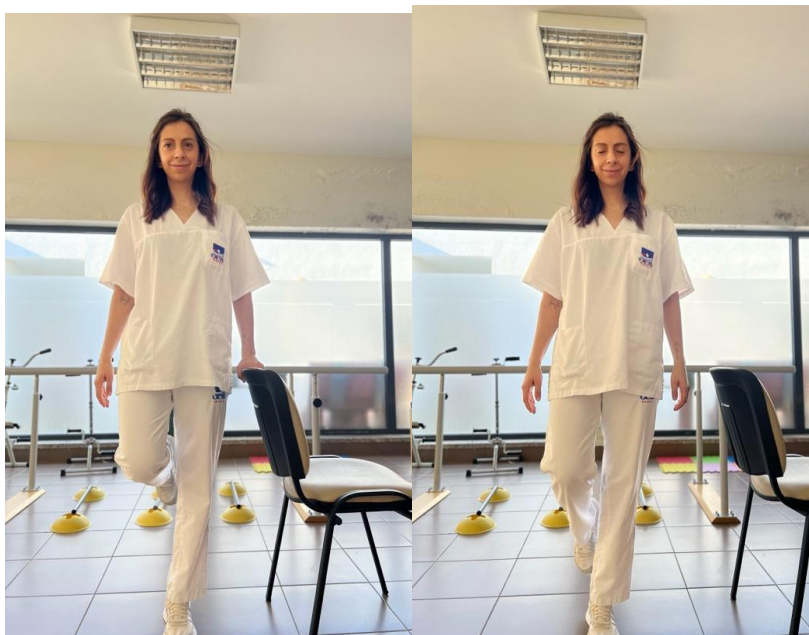
### **1. Equilíbrio sentado: transferência para os braços**

- . Sente-se com o apoio dos pés no chão;
- . Coloque os membros superiores em extensão para trás do corpo, apoiando-se com as mãos abertas;
  - . Este estiramento pode ser facilitado com o auxílio de uma segunda pessoa, que empurra os ombros lentamente até que os braços suportem o peso;
  - . Manter os cotovelos em extensão;



### **1. Apoio Unipodal**

- . Apoie-se na cadeira e tire um pé do chão, mantendo o equilíbrio;
- . Repita com a outra perna;
  - . Assim que se sentir confortável a realizar o exercício sem apoio das mãos, desafie-se a experimentar manter a posição com os olhos fechados.



### 1. Apoio em Ponta/Calcanhar

- . Coloque-se em pé;
- . Mantenha o equilíbrio elevando os calcanhares e mantendo o seu peso nas pontas dos pés. Permaneça na posição durante alguns segundos;
- . Eleve as pontas dos pés, mantendo o peso do corpo sobre os calcanhares. Mantenha as costas num alinhamento natural. Permaneça alguns segundos e desça de novo as pontas.
  - . Para um melhor equilíbrio, concentre-se, fixando um ponto à sua frente;
  - . Para sentir mais segurança, apoie-se numa mesa ou num corrimão enquanto faz o exercício.



### 1. Marcha em Tandem

- . Posicione o calcanhar de um pé na frente dos dedos do outro pé. O calcanhar e os dedos devem tocar-se;
- . Concentre-se num ponto, para se manter estável;
- . Dê um passo, trocando os pés de posição e continue a marcha em linha;
  - . Se sentir instabilidade no exercício, tente fazê-lo perto de uma parede, para que possa equilibrar-se.



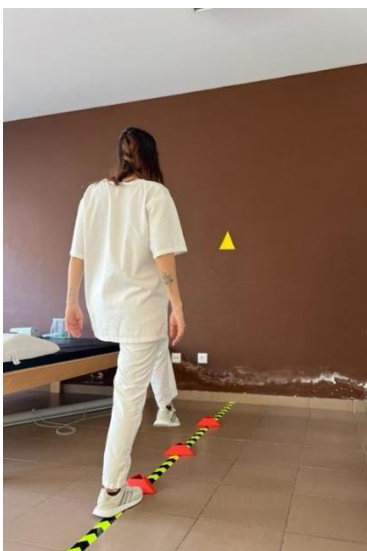
### 1. Marcha com elevação dos joelhos

- . Eleve os braços para os lados, à altura dos ombros.
- . Escolha um ponto à sua frente e concentre-se nele;
  - . para se manter estável enquanto caminha;
- . Ande em linha reta, elevando o joelho da perna que dá cada passo;
- . Pare em cada passo;
  - . mantendo o joelho elevado durante um segundo, antes de avançar para o próximo passo;



### 1. Contorno de obstáculos em pé

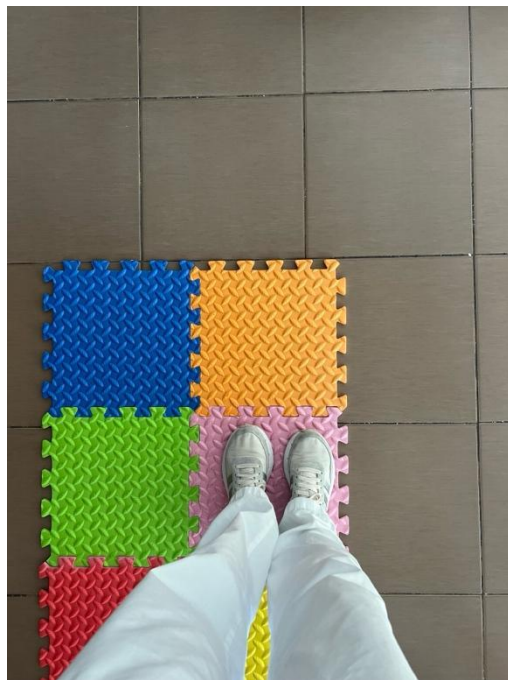
- . Traçar um percurso no chão;
- . Quando iniciar a marcha, vai deparar-se com obstáculos intencionalmente colocados;
  - . À medida que o equilíbrio melhora, pode aumentar-se a dimensão dos obstáculos, em altura;



### 1. Equilíbrio dinâmico com mudança de rotação

- . Pode começar sentado ou em pé, a olhar em frente;
- . Deve dirigir-se para a cor indicada pelo EEER e voltar ao local inicial

- . O uso de cores ajuda na mudança direções, melhorando o controle durante mudanças bruscas;



## **ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO**

A atividade física e exercício físico surgem comumente associados à reabilitação como domínios a serem integrados nos programas. Entende-se então, que a atividade física se prende com todas as tarefas do dia a dia do indivíduo, como subir e descer escadas, fazer a lida doméstica, devendo ser encorajada, pois está ao alcance de praticamente todos os indivíduos, desde que adaptada às suas condicionantes e condições clínicas (Novo et al., 2021). Os mesmos autores defendem que o exercício físico pode ser conjugado adicionalmente com a construção de um plano individualizado, como forma de obter melhores resultados e mais benefícios, contribuindo para a melhoria funcional.

Novo et al. (2021), referem que a prescrição de exercício físico é perfeitamente possível na pessoa idosa e com comorbilidades associadas, inclusivamente recomendada com o mais alto nível de evidência científica, na medida que permite aumentar a qualidade de vida, reduzir a mortalidade associada e a taxas de hospitalização.

A prescrição de exercício físico obedece a verificação de alguns parâmetros, nomeadamente o acrónimo FITT-VP (Frequência, Intensidade, Tempo, Tipologia, Volume e Progressão), que deve ser ajustado conforme o contexto e fase da doença.

A combinação de diversas tipologias de exercício físico, desde que adequada a cada pessoa e a sua condição, promove a maximização dos benefícios do exercício físico (Novo et al., 2021).

Os mesmos autores referem que, qualquer uma das modalidades de treino deve ser ajustada a cada pessoa, no que respeita a capacidade funcional, sintomatologia associada, risco clínico, capacidade de compreensão do exercício e motivação. A monitorização deve ser constante, nomeadamente sinais vitais antes, durante e após o exercício, ter atenção a sinais e sintomas de descompensação e interromper o exercício em caso de dor, tonturas, dispneia ou palpitações, adaptar a progressão de forma gradual, evitar atividades de alto impacto e garantir uma hidratação adequada.

### Treino respiratório

- A otimização da musculatura respiratória promove o aumento da capacidade para realizar exercício físico.

### Treino Aeróbio

- Permite a realização de sessões prolongadas (45-60 minutos);
- Facilmente interiorizado pela pessoa;
- Normalmente realizado em passadeira, ciclorgómetro ou treino de marcha;
- A evolução deve passar pelo aumento da duração da sessão e posteriormente pelo número de sessões, 3 a 5 dias por semana;
- O intervalado prevê-se mais efetivo que o contínuo, com blocos de recuperação de 30 a 60 segundos.

### Treino de força

- Compreende a realização de exercícios de contração muscular, utilizando uma força contrária específica;
- Promove o aumento e fortalecimento das massas muscular e óssea, prevenindo a síndrome de desuso muscular associado ao repouso;
- Deve ser implementado de forma gradual;
- São aconselhadas 2 a 3 sessões semanais, evoluindo na intensidade de cada sessão e não no seu número.

Com base na bibliografia, apresenta-se no Anexo C dois planos de treino personalizados para a pessoa idosa, com o objetivo da manutenção da saúde, prevenção de doenças crónicas e promoção da longevidade.

Sugestões adicionais:

- Atividades recreativas: incluir exercícios que sejam divertidos e motivadores;
- Exercícios em grupo: estimular a participação em grupo de exercícios para aumentar a interação social;
- Adaptação de equipamentos: usar elásticos de resistência, halteres leves ou mesmo objetos recicláveis (garrafas de água ou rolos de cartão).



A prescrição de exercício físico para idosos deve ser individualizada, tendo em consideração as necessidades, limitações e preferências.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel fundamental na avaliação, orientação e monitorização do programa, garantindo que o idoso pratique exercício de forma segura e eficaz, promovendo a saúde e qualidade de vida.

## **TREINO DE MOTRICIDADE FINA E ESTIMULAÇÃO COGNITIVA**

A estimulação da motricidade fina e cognitiva é fundamental para a manutenção da autonomia, qualidade de vida e bem-estar do idoso. À medida que envelhecemos, existe um declínio natural das funções. Contudo, uma intervenção adequada pode retardar esse processo e recuperar habilidades.

Existem grandes diferenças entre os idosos, pois se em alguns mantêm as suas capacidades cognitivas intactas até bastante tarde, noutros o declínio começa bastante cedo (Fonseca, 2006).

Para Oliveira (2008), o desenvolvimento cognitivo dos idosos, em particular, o desenvolvimento da inteligência, relaciona-se com o desenvolvimento ou envolvimento da memória.

O desenvolvimento motor é a mudança contínua do comportamento motor ao longo do ciclo de vida, provocada pela interação entre as exigências da tarefa motora, a biologia do indivíduo e as condições do ambiente (Gallage, Ozmune & Goodway, 2012). Os mesmos autores referem que, conforme a pessoa envelhece, as capacidades de movimento tendem a regredir e a interação coordenada dos mecanismos sensoriais e motores fica inibido com maior frequência.

Exercícios cognitivos regulares podem retardar a progressão de patologias como Alzheimer e outras formas de demência. A prática de atividades que combinam o movimento e raciocínio, fortalecem conexões neuronais (Oliveira, 2008).

O declínio da memória pode ser suavizado através de intervenções que ajudem a manter e a reabilitar a memória, levando o idoso a sentir-se bem consigo mesmo. Assim, participar em atividades que desafiem tanto o corpo como a mente, proporcionam sensação de propósito, melhoria do humor e combate ao isolamento social e depressão.

Segundo Jacob (2007), a animação com idosos pode ser dividida em animação física e motora, com exercícios de motricidade, coordenação e mobilidade para manter e melhorar a independência do idoso. Estas visam aumentar a força muscular e resistência, a flexibilidade, aumentar o fluxo sanguíneo, diminuir lesões por imobilidade, melhorar a coordenação e ainda promover o convívio. O mesmo autor refere ainda que, a animação cognitiva ou mental dá-se através de atividades intelectuais e sensoriais de forma a manter o cérebro ativo, o que permite aumentar a atividade cerebral, retardar os efeitos de perda de memória e da acuidade e velocidade preceptiva e prevenir ainda o aparecimento de doenças degenerativas (Jacob, 2007).

Jacob (2007), conclui que é uma mais valia utilizar o jogo como recurso e apoio, pois considera que ao jogo está associado um fator de socialização e de desenvolvimento intelectual, social e motor.

Antunes (2015), afirma que a intervenção educativa com idosos, quer no âmbito da educação para a saúde, que no âmbito das atividades artísticas, lúdicas e culturais, promove as condições e conhecimentos favorecedores da manutenção das capacidades físicas e cognitivas e dos relacionamentos interpessoais, potenciando a integração social e a capacidade de adaptação resultando em níveis significativamente mais elevados de bem-estar e desenvolvimento humano.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação torna-se fundamental, no planeamento, execução e monitorização de estratégias de estimulação motora e cognitiva nos idosos. Através de uma avaliação personalizada identifica necessidades no idoso, considerando limitações físicas, cognitivas e emocionais, elaborando programas de reabilitação personalizados, integrando exercícios de motricidade fina e estimulação cognitiva.

Com o objetivo de intervenção no âmbito da promoção do envelhecimento ativo, pretende-se que os idosos participem ativamente nas atividades desenvolvidas, com base nas suas necessidades e interesses, de forma a proporcionar a estimulação cognitiva e motora, aliada à prevenção do isolamento e solidão. Estas atividades visam manter ou melhorar as funções mentais e motoras, promovendo a autonomia e qualidade de vida.

Por meio de uma abordagem humanizada, é possível maximizar as capacidades funcionais e cognitivas do idoso, contribuindo para um envelhecimento digno e participativo.

Com base no exposto anteriormente, apresentam-se algumas sugestões de atividades a desenvolver.

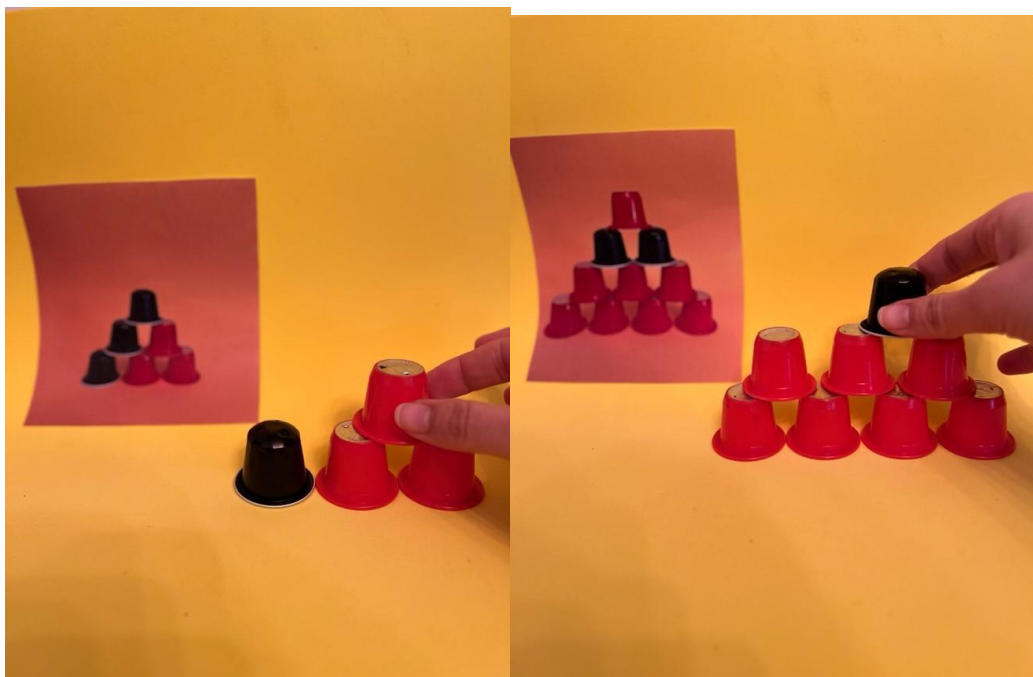
### **1. Modelagem com plasticina**

- . Estimula a cognição e motricidade fina;
- . Melhora a força e destreza dos dedos, além de estimular a criatividade;
  - . A pessoa é incentivada a manusear a plasticina imitando a figura sugerida.



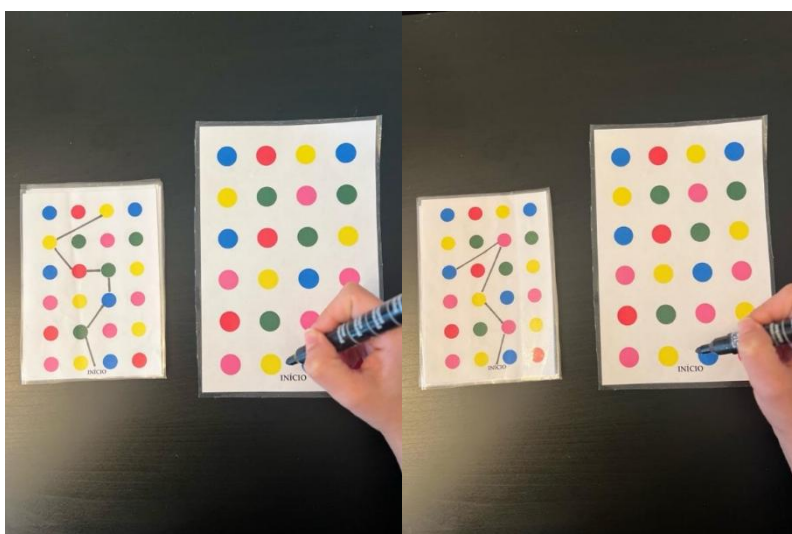
### **1. Montagem de blocos e sequência de cores**

- . Estimulação cognitiva e motricidade fina;
- . Estimula a criatividade, a coordenação, memória sequencial, atenção e o planejamento;
  - . A pessoa é incentivada a observar a imagem e reconstruir a sequência apresentada;
  - . Adaptar a complexidade da montagem conforme a evolução da pessoa, incentivando o pensamento espacial;



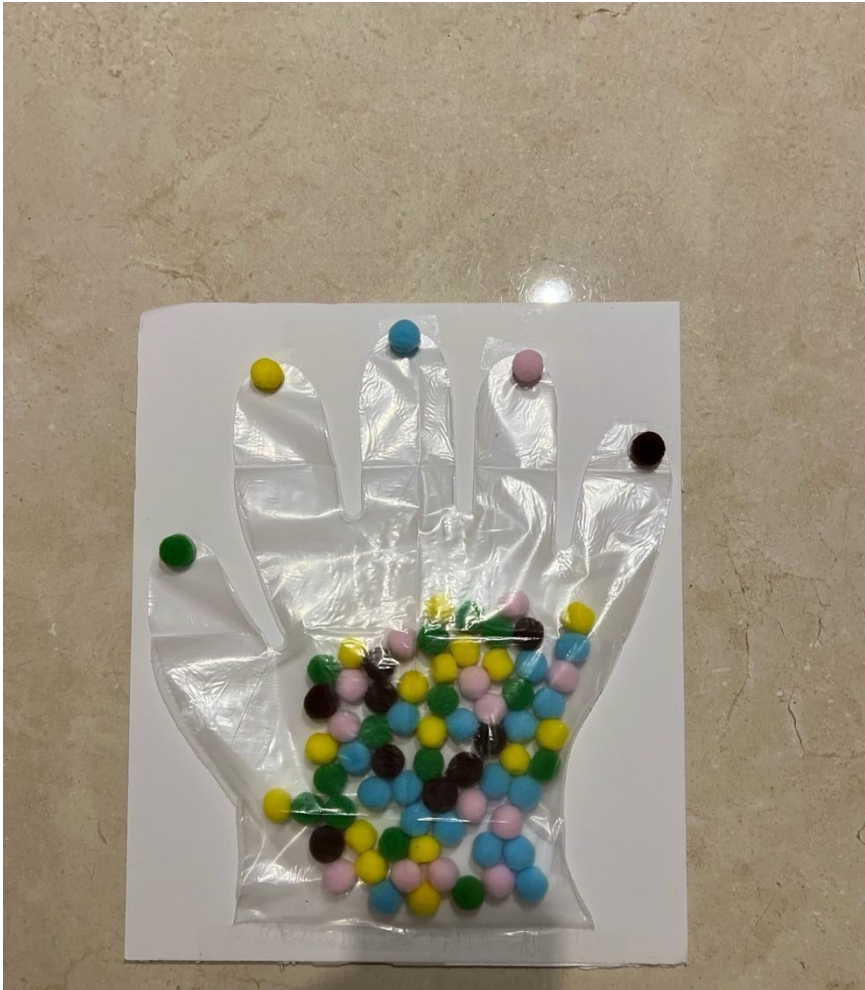
### 1. A linha da memória

- . Estimula a cognição e motricidade fina;
- . Estimula a memória a curto prazo e a atenção seletiva;
- . Melhora a precisão da escrita;
  - . A pessoa é estimulada a observar a imagem, para posteriormente desenhar o trajeto;
  - . O enfermeiro pode monitorizar o processo cognitivo e ajustar a complexidade da atividade;

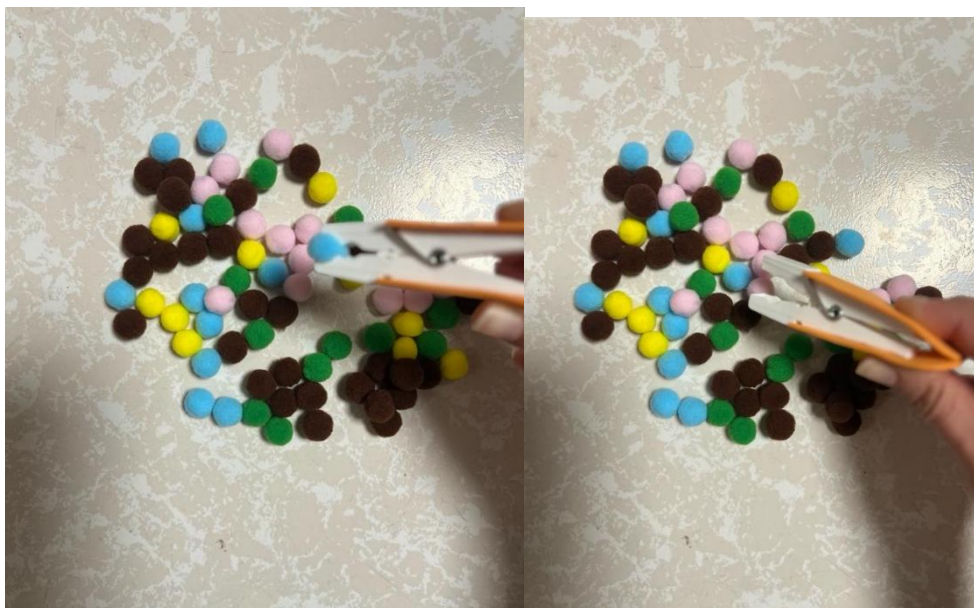


**1. Um arco íris na luva**

- . Estimula a cognição e a motricidade fina;
- . Melhora a atenção e o reconhecimento de padrões;
  - . A pessoa é incentivada a empurrar as bolas da mesma cor para o local indicado no exemplar.

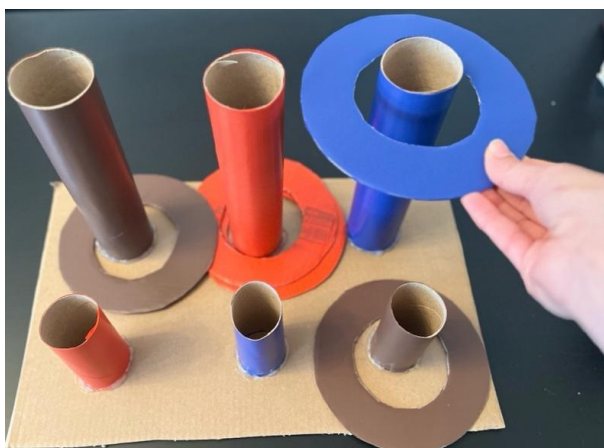
**1. Pinça aqui, pinça ali**

- . Estimula a motricidade fina
- . Melhora a precisão e a coordenação olho/mão;
- . Estimula para o autocuidado, nomeadamente abotoar roupa ou segurar talheres;
  - . A pessoa é encorajada a apanhar as bolas com a pinça;



### 1. Atira o arco

- . Estimula a motricidade fina e a coordenação viso motora;
- . Fortalecimento dos membros superiores;
  - . A pessoa é incentivada a atirar/colocar os arcos nos tubos da cor corresponde.



### 1. A bola gira

- . Estimula a cognição, a atenção e a concentração:
  - . Mantendo o foco na tarefa para acertar a bola no copo certo;
- . Estimula a motricidade fina;
- . Estimulação sensorial e de propriocepção;

- . A pessoa é incentivada a direcionar a bola para o copo com o número solicitado.



## ANEXO A – ESCALA DE BORG MODIFICA

ESCALA DE BORG ADAPTADA PERCEPÇÃO DE ESFORÇO		
0	REPOUSO	
1	DEMASIADO LEVE	
2	MUITO MUITO LEVE	
3	MUITO LEVE	
4	LEVE	
5	LEVE-MODERADO	
6	MODERADO	
7	MODERADO-INTENSO	
8	INTENSO	
9	MUITO INTENSO	
10	EXAUSTIVO	

## ANEXO B – ÍNDICE DE TINETTI

Índice de Tinetti

Nome: \_\_\_\_\_

Data de observação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

Tarefa	Desempenho	Pontuação
1. Equilíbrio sentado	- Inclina-se, desliza na cadeira	0 ( )
	- Equilibra-se	1 ( )
2. Levantando-se	- Não consegue sem ajuda	0 ( )
	- Utiliza os braços	1 ( )
	- Sem os braços	2 ( )
3. Tentativas de se levantar	- Não realiza, não consegue sem ajuda	0 ( )
	- Necessita de mais que uma tentativa	1 ( )
	- Consegue numa única tentativa	2 ( )
4. Assim que se levanta (primeiros 5 segundos)	- Desequilibra-se	0 ( )
	- Mantém-se estável utilizando suporte	1 ( )
	- Mantém-se estável sem suporte	2 ( )
5. Equilíbrio em pé	- Desequilibra-se	0 ( )
	- Equilibra-se com um suporte ou base de sustentação superior a 12 cm	1 ( )
	- Equilibra-se sem suporte e com base de sustentação estreita	2 ( )
6. Teste dos três tempos (empurrar levemente o esterno do indivíduo; pés juntos)	- Começa a cair	0 ( )
	- Agarra-se e/ou balança	1 ( )
	- Equilibrado	2 ( )
7. Olhos fechados (pés juntos)	- Desequilibra-se, fica instável	0 ( )
	- Equilibra-se	1 ( )
8. Girar 360°	- Passos descontínuos	0 ( )
	- Passos contínuos	1 ( )
	- Instável (desequilíbrios)	0 ( )
	- Estável (equilíbrio)	1 ( )
9. Sentando	- Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0 ( )
	- Usa os braços e/ou movimenta-se abruptamente	1 ( )

## **ANEXO C - EXERCITAR EM SEGURANÇA**

O compromisso da mobilidade física tem implicações em todos os aspetos da vida da pessoa, seja consequência do processo de envelhecimento ou esteja relacionado com doença. A imobilização prolongada, gera alterações significativas nos sistemas de desuso, requerendo programas de recondicionamento físico para a recuperação do nível de funcionamento inicial (Carinhas et al., 2013).

A WHO (2020), afirma que o exercício traz múltiplos benefícios de saúde a pessoas com doença crónica ou incapacidade.

A Enfermagem de Reabilitação tem como objetivos o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas (Novo et al., 2021).

Tendo em conta os benefícios da realização de exercício físico em populações mais fragilizadas foi elaborada uma sugestão de sessão de exercício físico em grupo, de forma a promover intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como incentivar o exercício físico e promover a interação social.

Tendo em conta o contexto de aplicação da sessão e a população alvo, torna-se de extrema importância que o profissional que acompanha a sessão implemente medidas que permitam o treino em segurança. Assim é necessário garantir medidas ambientais de segurança (pavimento adequado, remoção de obstáculos) e medidas de segurança para a pessoa (roupa e calçado adequado, proximidade do dispositivo auxiliar de marcha, controlo postural na cadeira, respeitar limites articulares, hidratação, entre outras, assim como estar atento a níveis elevados de fadiga, garantir o padrão respiratório da pessoa e alterações significativas ao longo da sessão e garantir que a pessoa está hemodinamicamente estável (Apóstolo et al., 2019).

### **1. Treino de exercício físico em cadeira:**

- Sessão de treino: 35 minutos;
- Apresentação da Sessão e da escala de Borg modificada;
- Aquecimento, treino dinâmico, alongamentos.

- O treino dinâmico foi estruturado para incluir pessoas em cadeira de rodas ou outra;
- Para participantes com incapacidade;
- Com a finalidade de promover: equilíbrio, força, resistência, coordenação e participação social;
- Critérios de exclusão: pessoa cuja capacidade cognitiva não permita o cumprimento de ordens simples, pessoas cuja condição clínica não permita a realização de exercício, pessoas que não desejem participar na atividade;

#### Objetivos:

- Promover intervenções autónomas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Incentivar pessoas com incapacidade para a realização exercício;
- Melhorar/manter a força muscular, o equilíbrio, a resistência, o controlo postural e a saúde mental;
- Desenvolver a capacidade funcional para a realização de AVD's;
- Promover a autonomia, segurança e interação social;
- Maximizar o potencial de recuperação da pessoa com incapacidade;
- Melhorar a qualidade de vida;

#### Preparação e apresentação da sessão:

- Distribuição das pessoas na sala;
- Garantir a segurança do espaço e materiais (cadeiras de rodas, remoção de obstáculos);

#### Aquecimento (5 minutos – 1 serie de 5 repetições)

- Mãos sobre a barriga: inspirar e expirar (dissociação de tempos respiratórios);
- Flexão, rotação e inclinação do pescoço;
- Afastar os braços ao inspirar e braços ao centro ao expirar (abertura costal);
- Elevação e depressão dos ombros;
- Flexão e extensão / abdução e adução dos dedos das mãos;
- Extensão e flexão do joelho;

- Pessoas com alterações do movimento dos membros superiores e/ou inferiores (parésia/plégia): cumprir atividade com membro são e realizar mobilizações passivas ou assistidas do membro parético/plégico de forma autônoma ou com ajuda do profissional;

Treino dinâmico (15 minutos – 1 serie de 8 repetições)

- Marchar na cadeira;
- Bicípites (cotovelo junto ao tronco, levantar antebraço até ao ombro (sem resistência)
- Remada baixa (flexão do cotovelo atrás e para cima junto ao tronco);
- Marchar na cadeira
- Bicos de pés (flexão plantar e dorsiflexão);
- Deslizar o pé para trás sobre a ponta do pé (Força isquiotibiais – flexão do joelho);
- Tocar no colega do lado (lateralização do tronco);
- Tocar no joelho oposto (mobilidade tronco: rotação);
- Marchar na cadeira;
- Pessoas com alterações de movimento dos membros superiores ou inferiores: cumprir atividade com membro são e realizar mobilizações passivas ou assistidas do membro afetado de forma autônoma ou com ajuda de profissional;

Retorno à calma: Alongamentos (5 minutos – 1 serie de 5 repetições)

- Flexão, rotação e inclinação do pescoço;
- Elevação e depressão dos ombros;
- Extensão dos membros superiores: para cima e para a frente;
- Extensão da perna em frente com o pé em dorsiflexão

#### 0. **Treino de exercício físico de intensidade moderada:**

- Sessão de treino: 35 minutos;
- Apresentação da Sessão e da escala de Borg modificada;

- Aquecimento, exercício aeróbio, treino de força, treino de equilíbrio e alongamentos.
  - Com a finalidade de promover: equilíbrio, força, resistência, coordenação e participação social;
- Critérios de exclusão: pessoa cuja capacidade cognitiva não permita o cumprimento de ordens simples, pessoas cuja condição clínica não permita a realização de exercício, pessoas que não desejem participar na atividade;

Objetivos:

- Promover intervenções autónomas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Incentivar pessoas com incapacidade para a realização exercício;
- Melhorar/manter a força muscular, o equilíbrio, a resistência, o controlo postural e a saúde mental;
- Desenvolver a capacidade funcional para a realização de AVD's;
- Promover a autonomia, segurança e interação social;
- Maximizar o potencial de recuperação da pessoa com incapacidade;
- Melhorar a qualidade de vida;

Preparação e apresentação da sessão:

- Distribuição das pessoas na sala;
- Garantir a segurança do espaço e materiais.

Aquecimento (5-10minutos):

- Caminhada leve ou alongamentos dinâmicos;

Exercício aeróbio (20-30minutos):

- Caminhada rápida, cicloergómetro dos membros inferiores ou. Bicicleta (de intensidade moderada);

Treino de força (15minutos):

- Agachamentos (usar uma cadeira para apoio, 2x 10 repetições);
- Flexão de braços na parede (2x 10 repetições);

- Exercício com pesos leves para membros superiores e inferiores (2x 10 repetições);

Exercício de equilíbrio (10 minutos):

- Ficar em um pé só (segurar por 10-15 segundos, alterando os pés);
- Caminhar em marcha Tandem;

Alongamento (5 minutos).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P., et al. (2009). Alongamento muscular: Suas implicações na performance e na prevenção de lesões. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba.
- Almeida, T., & Jabur, M. (2007). Mitos e verdades sobre flexibilidade: Reflexões sobre o treinamento de flexibilidade na saúde dos seres humanos. *Motricidade*, 3(1), 337–344.
- Alter, M. (1999). Alongamento para os desportos: 311 alongamentos para 41 desportos (2.<sup>a</sup> ed.). Barueri: Editora Manole.
- Antunes, C. M. (2015). Educar para um envelhecimento bem-sucedido: Reflexões e propostas de ação. *Revista Interuniversitária*, 27(2), 185–201.
- Apóstolo, J., Couto, F., Freitas, J., Ramalho, F., & Rocha, R. (2019). Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade – manual de apoio. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://ipdj.gov.pt/documents/20123/0/Mind%26Gait-ProgramaExercício-IdosoFragilidade2019.pdf/17a621a9-09b0-054c-7192-a819abbdedc1?t=1585913519528>
- Baixinho, C., Ferreira, R., Nunes, A., & Sousa, L. (2021). Promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa idosa: Competências em enfermagem gerontogeriatrica. Em *Educação e investigação em saúde* (pp. 141–151). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia\\_19\\_1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia_19_1.pdf)
- Bethancourt, H., Rosenberg, D., Beatty, T., & Arterburn, D. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clinical Medicine & Research*, 12(1–2), 10–20. <http://www.clinmedres.org/content/12/1-2/10>
- Boulton, E., Horne, M., & Todd, C. (2018). Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Health Expectations*, 21(1), 239–248. <https://doi.org/10.1111/hex.12608>
- Brito, T., et al. (2019). Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: Evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Suppl. 2), e180003. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>
- Broekhuizen, K., de Gelder, J., Wijsman, C., Wijsman, L., Westendorp, R., Verhagen, E., Slagboom, P., de Craen, A., van Mechelen, W., van Heemst, D., van der Ouderaa, F., & Mooijaart, S. (2016). An Internet-based physical activity intervention to improve quality of life of inactive older adults: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(4), e74. <https://doi.org/10.2196/jmir.4335>
- Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T., & Braga, R. (2013). Guia orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa com alterações de mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros. [https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)

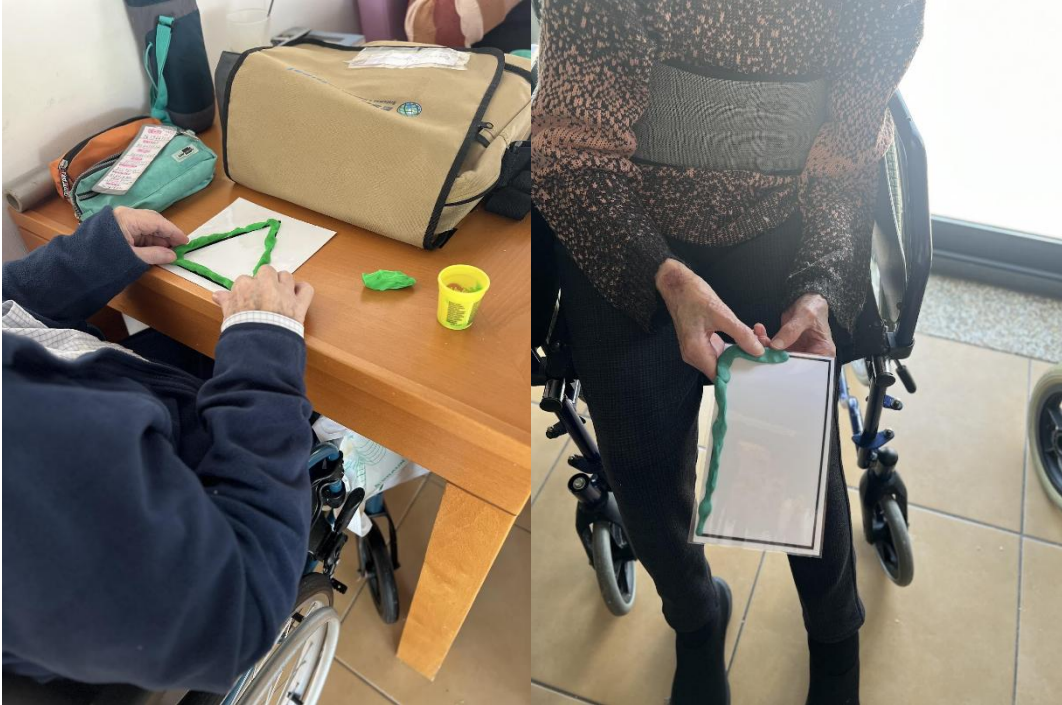
- Chandler, J. (2002). Equilíbrio e quedas no idoso: Questões sobre a avaliação e o tratamento. In A. A. Guccione (Ed.), *Fisioterapia geriátrica* (pp. 265–277). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cho, S., & An, D. (2014). Effects of a fall prevention exercise program on muscle strength and balance of the old-old elderly. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(11), 1771–1774.
- Costa, S., et al. (2017). Funcionalidade em idosos: Revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2). <https://doi.org/10.24902/r.riase>
- Dias, C. (2011). A importância do alongamento na reabilitação da marcha de idosos [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório UFMG. <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/43603/1/Dias%2C%20Cristiane%20Souza.%20A%20importancia%20do%20alongamento%20na%20reabi.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Relatório sobre o ponto de situação global da atividade física 2022: Sumário executivo. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365405/9789240060449-por.pdf>
- Feland, J., Myrer, J., Schulthies, S., Fellingham, G., & Measom, G. (2001). The effect of duration of stretching of the hamstring muscle group for increasing range of motion in people aged 65 years or older. *Physical Therapy*, 81(5), 1110–1117.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Gallahue, D., Ozmun, J., & Goodway, J. D. (2013). *Compreender o desenvolvimento motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos*. Porto Alegre: AMGH Editora.
- Horak, F. B. (2006). Postural orientation and equilibrium: What do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age and Ageing*, 35(Suppl. 2), ii7–ii11.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de população residente em Portugal. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255)
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). População residente aumenta mais de 46 mil pessoas. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=594879758](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594879758)
- Izquierdo, M., Merchant, R., Morley, J., Anker, S., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., et al. (2021). International exercise recommendations in older adults (ICFSR): Expert consensus guidelines. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Porto: Ambar.
- Kenney, W., & Wilmore, J. (2015). *Physiology of sport and exercise* (6.<sup>a</sup> ed.). Champaign: Human Kinetics.

- Lemos, M. (2005). As Misericórdias Portuguesas na assistência aos idosos. Observatório de Idosos e Grandes Dependentes da UMP. <http://memoria-africa.ua.pt/Catalog.aspx?q=TI%20as%20misericordias%20portuguesas%20na%20assistencia%20aos%20idosos>
- Liguori, G., Feito, Y., Fountaine, C., & Roy, B. (2021). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (11.<sup>a</sup> ed.). American College of Sports Medicine. <https://www.acsm.org/education-resources/books/guidelines-exercise-testing-prescription>
- Lin, M., Wolf, S., Hwang, H., Gong, S., & Chen, C. (2007). A randomized, controlled trial of fall prevention programs and quality of life in older fallers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 499–506.
- Lustosa, L., Pacheco, M., Liu, A., Gonçalves, W., Silva, J., & Pereira, L. (2010). Impacto do alongamento estático no ganho de força muscular dos extensores de joelho em idosas da comunidade após um programa de treinamento. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552010000600008>
- Mazzeo, R., Cavanagh, P., Evans, W., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E., & Startzell, J. (1998). American College of Sports Medicine Position Stand: Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 30(6), 992–1008.
- Melo, M., Gomes, L., & Candeias, A. (2010). A atividade física no idoso: Contributos para uma vida melhor. Comunicação apresentada no VII Congresso de Gerontologia.
- Mendes, A. (2021). Competências em enfermagem gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado. Em *Educação e investigação em saúde*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia\\_19\\_1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia_19_1.pdf)
- Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., & Loureiro, M. (2020). *Reabilitação cardíaca – evidência e fundamentos para a prática* (1.<sup>a</sup> ed.). Almargem do Bispo, Portugal: Lusodidacta – Sabooks Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019). *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, n.º 85. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17071/regulamento-n-392-2019\\_regulamento-das-competencias-especificas-do-eer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17071/regulamento-n-392-2019_regulamento-das-competencias-especificas-do-eer.pdf)
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3.<sup>a</sup> ed.). Porto: Livpsic/Legis Editora.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). *Physical activity guidelines advisory committee scientific report*. Department of Health and Human Services. [https://odphp.health.gov/sites/default/files/201909/PAG\\_Advisory\\_Committee\\_Report.pdf](https://odphp.health.gov/sites/default/files/201909/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf)

- Pizzigalli, L., et al. (2011). Prevention of falling risk in elderly people: The relevance of muscular strength and symmetry of lower limbs in postural stability. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 25(2), 567–574. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3181d32213>
- Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026. (2023). República Portuguesa. [https://cceativo.pt/wp-content/uploads/2024/03/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023\\_2026-1.pdf](https://cceativo.pt/wp-content/uploads/2024/03/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023_2026-1.pdf)
- Ramos, E., & Sandoval, R. (2018). Análise da força muscular, flexibilidade e equilíbrio de idosos praticantes de treinamento funcional. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 4(1). <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2018.V4N1.art06>
- Ribeiro, F., Gomes, S., Teixeira, F., Brochado, G., & Oliveira, J. (2009). Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9(1), 36–42.
- Rosário, J., Sousa, A., Cabral, C., João, S., & Marques, A. (2008). Reeducação postural global e alongamento estático segmentar na melhora da flexibilidade, força muscular e amplitude de movimento: Um estudo comparativo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(1), 12–18. <https://doi.org/10.1590/s1809-29502008000100003>
- Sayer, A., Dennison, E., Syddall, H., Jameson, K., Martin, H., & Cooper, C. (2008). The developmental origins of sarcopenia: Using peripheral quantitative computed tomography to assess muscle size in older people. *Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(8), 835–840. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.8.835>
- Sena, L., & Vinhote, J. (2018). Avaliação da funcionalidade de idosos atendidos em ambulatório especializado na cidade de Fortaleza [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará]. Repositório UFC. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39656>
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017–2025. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Silva, M., Goulart, N., Lanferdini, F., Marcon, M., & Dias, C. (2012). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 634–642. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232012000400004>
- Silsupadol, P., Shumway-Cook, A., Lugade, V., van Donkelaar, P., Chou, L.-S., Mayr, U., & Woollacott, M. H. (2009). Effects of single-task versus dual-task training on balance performance in older adults: A double-blind, randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(3), 381–387. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19254600/>

- Souza, M. (2016). A importância do alongamento físico [Trabalho de graduação, Faculdade de Educação e Meio Ambiente]. Repositório UNIFAEMA. <https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/499>
- Souza, J., Penoni, A., & Cesar, Oliveira. (2008). Efeito agudo dos métodos de alongamento estático e dinâmico sobre a força dinâmica. *Conexões*, 6, 132–143. <https://doi.org/10.20396/conex.v6i0.8637819>
- Spiriduso, W. (2005). Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri: Manole. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/90654>
- Tavares, L. (2007). Estimulação em idosos institucionalizados: Efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116019.pdf>
- Valduga, R., et al. (2016). Risco de quedas e sua relação com a funcionalidade e medo de cair em idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Movimento*, 24(1), 153–166. <https://doi.org/10.18511/rbcm.v24i1.5664>
- World Health Organization. (2015). Global strategy and action plan on ageing and health (Draft 1). Geneva. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/wha69/a69\\_r3-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r3-en.pdf)
- World Health Organization. (2017). Rehabilitation in health systems. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf>

Apêndice VI – Registo Fotográfico de Atividades de Motricidade Fina e Estimulação Cognitiva – ERPI Dona Ana



## Apêndice VII – Plano de Sessão de Exercício ERPI Dona Ana – Balões em Ação

### **Contextualização teórica**

O envelhecimento é um processo fisiológico natural que pode implicar alterações na força muscular, capacidade funcional, função respiratória e cognição (Mendonça et al., 2022).

A prática regular de exercício físico adaptado tem sido amplamente recomendada como estratégia eficaz para prevenir a fragilidade, manter a autonomia e melhorar a qualidade de vida em pessoas idosas (Garcia-Molina et al., 2023).

A organização Mundial da Saúde, no seu Plano de Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, reforça a importância de promover o envelhecimento ativo, com foco em intervenções que favoreçam a capacidade funcional e a participação social dos mais velhos (WHO, 2021). Em estruturas residenciais para idosos, a integração de dinâmicas de grupo, como o exercício físico coletivo, revela-se uma ferramenta poderosa para reduzir o isolamento social, promover a autoestima e reforçar os vínculos sociais, atuando como fator protetor contra o declínio físico e psicológico (Martínez-Velilla et al., 2022).

O EEER assume um papel fundamental na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas, especialmente em contextos de institucionalização. Esta atuação torna-se ainda mais relevante numa população envelhecida, frequentemente marcada por comorbilidades, limitações físicas e risco de dependência.

A atuação do EEER é orientada por intervenções personalizadas que integram a reabilitação motora e respiratória, com foco na prevenção da perda funcional e na recuperação da capacidade de realizar AVD's. o seu papel é simultaneamente clínico, educativo e terapêutico, favorecendo a continuidade de cuidados e a maximização do potencial da pessoa (Rodrigues et al., 2021). No que diz respeito à RR, o EEER intervém no controlo ventilatório, treino de padrão respiratório, educação para a gestão da doença crónica, treino da musculatura respiratória e estratégias de higiene brônquica (Cunha et al., 2022). Em situações de descondicionamento físico, como frequentemente observado em ERPI, estas intervenções reduzem os sintomas, aumentam a tolerância ao esforço e previnem complicações respiratórias.

No âmbito da reabilitação motora e funcional, o EEER promove programas de exercício físico adaptado, treino de marcha, equilíbrio e força muscular, utilizando técnicas específicas de mobilização e estratégias de capacitação (Moreira et al., 2020).

A integração de elementos lúdicos e motivacionais, como por exemplo, balões de latex, permite aumentar o envolvimento e adesão da população idosa às sessões, o que é essencial para a sua eficácia terapêutica (Silva e Monteiro, 2023).

Além disso, o EEER atua como facilitador da socialização e promotor do envelhecimento ativo, adaptando estratégias que respeitem as capacidades de cada idoso, reduzindo o risco de isolamento social, depressão e declínio (Ferreira, et al., 2021).

**Recursos utilizados:**

- Balões de latex (1 a 2 por participante);
- Cadeiras com apoio de braços;
- Sala ampla e arejada;
- Música ambiente suave (para o relaxamento);
- Bastão de cartão;
- Água para hidratação;

**Duração da sessão:** +/- 45 minutos

- Controlo ventilatório: 10 minutos;
- Exercícios com balões: 30 minutos;
- Relaxamento: 5 minutos;

**Objetivo:** esta sessão teve como propósito promover o envelhecimento ativo através da estimulação motora, respiratória e cognitiva, utilizando o balão como ferramenta lúdico-terapêutica. Através de atividades físicas adaptadas, procurou-se melhorar a capacidade funcional dos idosos institucionalizados, promovendo igualmente a socialização, autoestima e a coesão grupal.

**Contributos esperados:**

- Avaliação contínua da funcionalidade motora e respiratória, com melhoria da mesma;

- Estímulo da cognição e coordenação;
- Planeamento de intervenções personalizadas e seguras;
- Promoção da autonomia e prevenção da dependência;
- Estímulo à socialização através de atividades de grupo com fim terapêutico, para fortalecimento das relações interpessoais;
- Sensação de bem-estar e redução de stress;
- Redução de hospitalizações e complicações associadas à imobilidade;

### **1. Controlo Ventilatório e aquecimento (10 minutos)**

#### . Atividades:

- . Inspiração nasal profunda e expiração oral lenta (3 minutos);
- . Mobilização articular dos ombros, punhos, cervical (sentados);
- . Pequenos movimentos de alongamento dos braços com auxílio do balão insuflado;

### **0. Exercícios com o balão (30 minutos)**

- . Objetivos gerais: estimular a motricidade fina, capacidade ventilatória, coordenação, atenção e socialização.

#### . Soprar e encher o balão

- . Objetivo: fortalecer a musculatura ventilatória, treinar o controlo ventilatório, otimizar a ventilação.
- . Nota: encher até metade;

- b. Manter o balão no ar com as mãos
  - . Objetivo: melhorar a coordenação, atenção e resistência muscular.
  - . Nota: manter o balão no ar todos em conjunto.
  
- c. Passar o balão ao colega (em roda)
  - . Objetivo: trabalhar a socialização, coordenação e controlo motor.
  - . Variante cognitiva: dizer uma palavra do alfabeto ao passar o balão; mudar de direção.
  
- d. Equilíbrio com o balão no dorso da mão (em pé e com apoio se possível ou sentado)
  - . Estimular a coordenação e o equilíbrio dinâmico.
  
- e. Apertar o balão entre as pernas (sentado)
  - . Ativar os músculos adutores e tronco.
  
- f. Jogo da cor – resposta motora ao estímulo verbal
  - . Objetivo: erguer o balão da cor solicitada, com os braços acima da cabeça.
  - . Adaptação: para participantes com limitações motoras, pode levantar apenas uma mão, ou mover o balão à frente do tronco.
  
- f. Jogo coletivo com bastões ao som da música.

- . Objetivo: cada participante segura num bastão de cartão. Ao som de música animada os balões são lançados ao ar e os participantes devem usar apenas os bastões para manter os balões em movimento, evitando que toquem no chão.

#### 0. Relaxamento (5 minutos)

- . Objetivo: induzir o retorno à calma, promover sensação de bem-estar e finalização da sessão.
  - . Inspiração nasal profunda e expiração oral lenta;
  - . Massagem leve nas mãos com o balão (como estímulo sensorial);
  - . Música calma e palavras de reforço positivo.



**Referências Bibliográficas:**

- Cunha, M. M., Santos, A. L., & Costa, C. M. (2022). Intervenções do enfermeiro de reabilitação na reabilitação respiratória: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21112. <https://doi.org/10.12707/RV21112>
- Ferreira, M. L., Correia, A. M., & Pinto, F. S. (2021). O papel do enfermeiro especialista em reabilitação no envelhecimento ativo em contexto institucional. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 35–41. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.123>
- Garcia-Molina, R., Fernández-García, Á. I., & Valenza, M. C. (2023). Physical exercise programs to prevent frailty and improve functional health in older adults: An updated systematic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 31(2), 227–239. <https://doi.org/10.1123/japa.2022-0132>
- Martínez-Velilla, N., Sáez de Asteasu, M. L., Ramírez-Vélez, R., Zambom-Ferraresi, F., & Izquierdo, M. (2022). Group-based exercise interventions in long-term care settings: Impact on physical and psychosocial outcomes in older adults. *Age and Ageing*, 51(7), afac101. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac101>
- Mendonça, G. V., Silva, R. A., & Moreira, A. (2022). Physiological adaptations to exercise in the elderly: A review of contemporary evidence and practical applications. *European Review of Aging and Physical Activity*, 19(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s11556-022-00278-0>
- Moreira, T., Teixeira, L., & Mendes, F. (2020). Reabilitação funcional de idosos em contexto de cuidados continuados: O contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20109. <https://doi.org/10.12707/RV20109>
- Rodrigues, J. M., Silva, C. F., & Cardoso, D. (2021). Intervenções do enfermeiro de reabilitação na promoção da funcionalidade em idosos institucionalizados: Revisão sistemática. *Journal of Aging and Innovation*, 10(1), 45–58.
- Silva, J. A., & Monteiro, D. R. (2023). Atividades lúdicas como estratégia de reabilitação funcional em idosos: Um olhar da enfermagem de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem Geriátrica*, 5(2), 72–80.
- World Health Organization. (2021). Decade of healthy ageing: Baseline report. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

## Apêndice VIII – Folheto Informativo ERPI Dona Ana – Fratura da Anca: Cuidados a Ter

**Não esquecer**

- Não cruzar as pernas;
- Utilizar sempre uma cadeira com apoios de braços;
- Nunca sentar em cadeiras baixas;
- Não fazer rotação do membro intervençionado nem da anca;

**Sinais de alerta:**

- Dor intensa;
- Temperatura da pele;
- Alteração da cor da pele e sensibilidade;
- Edema;
- Rotação exagerada;
- Encurtamento;
- Queda.



Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu

**Trabalho elaborado por:**  
Catarina Emanuela do Vale Batista  
Sara Matias Alliot Madeira



**Residência Sênior Dona Ana**

**Contactos**

Santana D'Azinha 6300-200, Guarda

Telf-271 227 132  
Telm-963 565 830

residenciasenior.ana@gmail.com



**FRATURA DA ANCA**

Guia de cuidados a ter

**Não deve:**

- Fazer rotação interna ou externa do membro inferior operado (rodar/ virar);
- Fazer adução além da posição neutra (a perna "mã" não pode cruzar com a outra perna);
- Fazer flexão da anca mais de 90º- deve escolher cadeiras mais altas.



**Posicionamento no leito:**



- 1 Almofada entre as pernas;
- 2 Decúbito lateral, apenas sobre o lado são;
- 3 Decúbito dorsal- almofada por baixo das pernas manter o membro intervençionado em posição neutra ou ligeira abdução. Ter em atenção não realizar rotação.



**Levante:**



Saída pelo lado são:

- doente em decúbito dorsal;
- flexão dos joelhos 70º, com almofada entre eles;
- Rodar em bloco sobre o lado são.

Deve realizar força no cotovelo contra a cama e tirar as pernas para fora cama num movimento em simultâneo.

Sempre com almofada entre as pernas.

Deve fazer sempre carga no membro são e rodar sobre este.

Para deitar deve realizar os mesmos passos de forma inversa.



## Apêndice IX – Procedimento Interno – Terapia Inalatória



### PROCEDIMENTO INTERNO

#### Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios

Data de Elaboração: Janeiro 2025

Data de Revisão: Janeiro 2029

I

#### Siglas e Abreviaturas

CE - Câmara Expansora

DPI- *Dry powder inhalers*

pMDIs- *Pressurized metered dose inhaler*

SMI - *Soft mist inhaler*

#### Objetivo

Padronizar e otimizar o uso correto de dispositivos inalatórios pelo doente respiratório, garantindo a eficácia do tratamento.

Promover a segurança do doente, minimizando os efeitos adversos decorrentes do uso inadequado dos dispositivos inalatórios.

Capacitar a equipa multidisciplinar a identificar e corrigir erros comuns na técnica inalatória, contribuindo para a diminuição da agudização da doença e consequente hospitalização.

#### Fundamentação

Nas doenças respiratórias a via inalatória é a via de eleição e apresenta muitas vantagens, nomeadamente, o rápido início de ação pela deposição direta do fármaco no pulmão e a obtenção de efeitos terapêuticos com doses menores das utilizadas por via sistémica, com a consequente redução de efeitos secundários. No entanto, para se obterem resultados terapêuticos é necessário uma prescrição e utilização correta dos dispositivos de inalação.

A incorreta aplicação da técnica inalatória determina a falta de controlo da doença respiratória crónica, com consequências na qualidade de vida do doente, aumento da frequência de episódios de urgência e internamento, deterioração da função pulmonar e agravamento dos custos em termos globais.

A técnica inalatória é fundamental para a eficácia da terapêutica.

A técnica inalatória deve ser ensinada, revista e demonstrada, por qualquer profissional de saúde, em cada contato com a pessoa, quer seja na consulta, no internamento ou em episódio de urgência. Deve monitorizar a adesão à terapêutica inalatória; pedir a demonstração da técnica inalatória pelo utente/cuidador; ensinar/rever da técnica inalatória, com reforço do ensino sobre os itens não demonstrados.

Deve instruir a pessoa a trazer os seus dispositivos de inalação e câmara expansora, se for o caso, em todas as consultas, quando recorre ao serviço de urgência, e internamento para se proceder à revisão e treino da técnica inalatória.

## Aplicação:

Serviço de Pneumologia do Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

## Responsabilidades

Qualquer profissional de saúde competente, médicos, farmacêuticos, enfermeiros e técnicos de cardiopneumologia que contacte com o doente respiratório.

## Definições

A Via inalatória é um dos meios usados para a introdução de fármacos no organismo, utilizando para tal as vias respiratórias.

Definimos então “terapêutica inalatória” como a utilização inalada para administração em forma de aerossóis de fármacos, que podem ter finalidade diagnóstica e terapêutica.

Os medicamentos mais frequentemente usados são os broncodilatadores Beta2-agonistas e anticolinérgicos e os anti-inflamatórios (corticosteroides). Noutras situações clínicas específicas são também usados antibióticos, mucolíticos, soro hipertónico, soro fisiológico, antifúngicos e iloprost.

Quando prescrito mais que um fármaco seguir a seguinte ordem de administração: broncodilatadores Beta2-agonistas seguido de anticolinérgicos e por fim, após um intervalo de 5 a 10 minutos, administrar os anti-inflamatórios (corticosteroides).

Os dispositivos de administração inalatória têm como principal objetivo a deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores para se obter os seus efeitos terapêuticos. A deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores é influenciada por uma variabilidade de fatores. Estes relacionam-se com as características anatómicas das vias aéreas, as propriedades aerodinâmicas das partículas do aerossol, o padrão ventilatório, a própria técnica de inalação executada pelo doente, a existência de doenças subjacentes, particularmente de processos obstrutivos.

A seleção do dispositivo inalatório adequado a cada doente deve ter em conta as particularidades do mesmo: idade, capacidade cognitiva, capacidade inspiratória, condições económicas e preferência. E sempre que possível, deve ser prescrito o mesmo tipo de dispositivo para os diferentes fármacos.

Os dispositivos disponíveis para a terapêutica inalatória incluem:

- Inalador pressurizado doseável - Pressurized metered dose inhaler (pMDIs), que podem ser utilizados isoladamente ou em associação com câmaras expansoras (com máscara ou bucal, de acordo com o tamanho, idade e preferência do doente);
- Inalador de Pó Seco - Dry powder inhalers (DPI);
- Inalador de névoa suave - soft mist inhaler (SMI);
- Sistemas de nebulização em casos específicos.


A via bucal deve ser sempre privilegiada, já que a respiração nasal condiciona uma diminuição em 50% da percentagem de fármaco que iria atingir o pulmão.

Os erros da técnica inalatória são frequentes, independentemente do dispositivo inalatório utilizado. Conhecer os erros mais frequentes na técnica inalatória por parte do doente, irá contribuir para melhorar a técnica e conseqüente controlo da doença e sua exacerbação.

## 1 - Tipos de Dispositivos

### 1.1 - Inalador pressurizado doseável (pMDI) - *Pressurized metered dose inhaler*

O pMDI é um dispositivo de pequenas dimensões, pressurizado, que liberta uma mistura de dose fixa de fármaco (um ou dois fármacos) e propelente através de uma válvula de dose controlada. Pode conter isoladamente ou em associação um broncodilatador e/ou um anti-inflamatório esteroide.

Técnica de inalação com pMDI
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
5. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;
6. Efetuar uma expiração lenta;
7. Colocar o bucal na boca, sem obstruir com a língua e selar os lábios à volta, evitando a saída de ar;
8. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;
9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;
10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);
11. Realizar uma expiração forçada;
12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir;
13. Repetir os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas. No fim voltar a colocar a tampa no inalador.
Notas: 1-Se tiver sido prescrito mais de uma inalação (“puff”), aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação e repetir novamente todos os passos; 2-Atender ao contador de doses, quando este existe, para aquisição de nova embalagem. 3- Quando novo e após um intervalo de tempo superior a sete dias sem utilização do MDI, devem ser desperdiçadas 3-4 ativações.


### 1.2- Inalador pressurizado doseável com câmara expansora (CE)

### Quando optar por câmara expansora?

Sempre que não é possível coordenação ou há mau desempenho da técnica inalatória.

#### Vantagens da CE

- Maior percentagem de fármaco depositado no pulmão;
- Menor concentração de produto na orofaringe;
- É universal para todos os inaladores pMDI e até SMI


#### Higienização:

- Antes da higienização é necessário ler as instruções do fabricante de cada CE.
- No internamento a CE deve seguir o circuito de esterilização.
- No domicílio, deve-se desmontar todas as peças possíveis e, 1 vez por semana, colocá-las em recipiente com água morna e detergente suave, durante 15 minutos. Passá-las por água limpa, sacudir e deixar secar ao ar ambiente, sem limpar. Após cada tratamento, no caso de ter sido utilizada a máscara, esta deve ser lavada com água morna e detergente e seca. No caso de utilização de bucal basta limpar com lenço de papel.

pMDI com Câmara Expansora com bucal e inalação única (indicado na falta de coordenação mão/pulmão)
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma e adaptar a CE;
5. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;
6. Efetuar uma expiração lenta;
7. Colocar o bucal na boca, sem obstruir com a língua e selar os lábios à volta, evitando a saída de ar;
8. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
9. Iniciar a inspiração lenta e profunda pela boca;
10. Suster a inspiração 5-10 seg;
11. Expirar lentamente.

pMDI com Câmara Expansora com bucal (falta de coordenação e incapacidade de sustentar a inspiração)
1. Repetir passos 1 ao 8 da tabela anterior;
9. Inspirar e expirar através da CE 4 ciclos respiratórios.

pMDI com Câmara Expansora com Máscara (crianças até 4-5 anos e adultos não colaboradores)
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma e adaptar a CE;





5. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;
6. Adaptar a máscara nariz/boca de forma a evitar fugas;
7. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
8. Contar 5-10 ciclos respiratórios, comprovando que a válvula se moveu (duração aproximada no adulto de 30 segundos ou 5 inspirações na idade pediátrica).
Notas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nas câmaras expansoras com apito, se ouvir o som do apito é indicativo de que está a inspirar demasiado rápido;</li> <li>2. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face se utilizar máscara.</li> <li>3. Quando prescrito mais de uma inalação, desadapte o bucal ou afaste a máscara e aguarde, pelo menos, 30 seg. antes de repetir nova inalação. No fim voltar a colocar a tampa no inalador.</li> <li>4. A CE deverá ser substituída ao fim de 1 ano.</li> </ol>


### 1.3 - Inaladores de pó seco (DPI) - *Dry powder inhalers*



Os inaladores de pó seco (DPIs) libertam os fármacos em forma de pó seco (sem propelente). Para a sua ativação é requerido um débito inspiratório mínimo variável consoante as características técnicas dos dispositivos. Para se conseguir a desagregação do pó em partículas respiráveis, é necessário uma inspiração profunda e inalação rápida, forçada e constante. Existem muitos DPI para inalação de broncodilatador ou de anti-inflamatório esteroide, isoladamente ou em associação no mesmo dispositivo. Relativamente ao número de dose do fármaco, os DPI podem ser unidose, em que o fármaco está armazenado em capsulas de pó com uma única dose ou multidose, em que o fármaco se encontra num reservatório com múltiplas doses.

Técnica de inalação com DPI
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador;
3. Preparar o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI;
4. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional);
5. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar;
6. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca;
7. Suster a respiração durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (criança);
8. Expirar lentamente;

9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador;
10. Repetir os passos 3, 4, 5, 6, 7 e 8 para novas inalações, caso tenham sido prescritas. Esperar entre 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação;
11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade bucal e/ou bochechar com água e deitar fora.
Notas: 1-Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem; 2-Não realizar a expiração forçada com o inalador na boca; 3-Não guardar o inalador na casa de banho; 4-Não lavar o inalador com água ou limpar com pano húmido; 5-Depois de cada utilização limpar o bucal com lenço de papel.

Dispositivos DPI	Preparação
 <p>Aerolizer®</p>  <p>Breezhaler®</p>  <p>Handihaler®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retirar a tampa do dispositivo e abri-lo;</li> <li>2. Colocar a cápsula do interior do dispositivo;</li> <li>3. Fechar o dispositivo;</li> <li>4. Apertar as patilhas de forma a perfurar a cápsula e soltar;</li> </ol> <p>Nota: Não perfurar várias vezes a capsula.</p>
 <p>Diskus®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deslizar a tampa do dispositivo;</li> <li>2. Rodar a palheta;</li> <li>3. A dose está carregada.</li> </ol> <p>Nota: Fechar a tampa até ao fim. Débito inspiratório de 20-30L/min.</p>

 <p>Elipta®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deslizar a tampa do dispositivo até ouvir um clique;</li> <li>2. A dose está carregada.</li> </ol> <p>Nota: Não tapar a grelha de ventilação</p>
 <p>Easyhaler®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agitar energicamente 3 a 4 vezes;</li> <li>2. Apertar a parte superior do dispositivo até ouvir um clique e retirar o dedo;</li> <li>3. A dose está carregada;</li> <li>4. Retirar a tampa.</li> </ol> <p>Nota: Débito inspiratório de 28L/min.</p>
 <p>Genuair®</p> <p>Novolizer®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o reservatório dentro do dispositivo (no caso do Novolizer);</li> <li>2. Pressionar a parte superior do aparelho para carregar a dose, irá aparecer a cor verde numa janela;</li> <li>3. Pronto a inalar;</li> <li>4. Cada inalação bem executada fará a janela ficar vermelha.</li> </ol> <p>Nota: caso a janela não mude de cor, não fica disponível a nova dose;</p> <p>Débito inspiratório de 35-50L/min.</p>
 <p>Turbohaler®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retirar a tampa do dispositivo;</li> <li>2. Rodar a base duas vezes em ambos os sentidos, até ao limite, para carregar a primeira dose;</li> <li>3. Nas restantes vezes roda-se apenas uma vez a base em ambos os sentidos, ouvindo um clique;</li> <li>4. Dose pronta a ser inalada.</li> </ol> <p>Nota: Débito inspiratório de 30-60L/min.</p>

 <p>Spiromax®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o inalador na vertical, com a tampa na parte inferior;</li> <li>2. Abrir a tampa até ouvir um clique;</li> <li>3. A dose está carregada.</li> </ol>
 <p>Twisthaler®</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retirar a tampa do dispositivo;</li> <li>2. Inalação pronta;</li> <li>3. Verificar se o contador de doses e a seta que existe na tampa estão alinhados;</li> <li>4. Se a tampa voltar a ser colocada sem a inalação ser feita a dose é desperdiçada;</li> <li>5. Para fechar o dispositivo rodar a tampa no sentido dos ponteiros do relógio.</li> </ol> <p>Nota: Deve se verificar se o contador de doses e a seta se encontram alinhados.</p> <p>Débito inspiratório de 28L/min.</p>

#### 1.4 - Inaladores de névoa suave (SMI)- *Soft mist inhaler*

O único disponível em Portugal é o Respimat®. Este dispositivo utiliza a energia mecânica gerada por um sistema de mola que ao ser acionado gera uma nuvem do fármaco que é libertada de forma lenta e apresenta maior duração comparativamente ao aerossol libertado por outros dispositivos, melhorando assim a quantidade de fármaco depositada nas vias respiratórias.

Tabela 4 - Técnica de inalação com SMI

Técnica de inalação com SMI	
1.	Rodar o tronco transparente para a direita (seta)
0.	Abrir a tampa
0.	Expirar lenta e profundamente (idealmente até à capacidade de reserva funcional);
0.	Selar os lábios, ajustando-os à volta do bucal enquanto se inspira lenta e profundamente, pressione o botão de libertação de dose e continue a inspirar lentamente, o máximo que conseguir;
0.	Suster a respiração 10 segundos;
0.	Expirar lentamente;
0.	Repetir todos os passos para administração da segunda inalação.
Notas:	

1. É necessário a montagem do cartucho antes da utilização do dispositivo
2. Antes da primeira utilização e sempre que não o utilizar por um período superior a 7 dias, desperdiçar 3 a 4 doses;
3. Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem;
4. Em caso de necessidade, pode ser utilizado com CE.



Respimat®

### **Bibliografia**

- Hardwell, A., Barber, V., Hargadon, T., McKnight, E., Holmes, J., & Levy, M. L. (2011). Technique training does not improve the ability of most patients to use pressurised metered-dose inhalers (pMDIs). *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group*.
- Norma Direção Geral da Saúde “Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma”. Nº 010/2017 de 26/06/2017, Lisboa.
- Norma Direção Geral da Saúde “Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia”. Nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizado em 18/12/2013, Lisboa
- Pessôa, C., Mattos, M., Alho, A., Fischmann, M., Haerdy, B., Cortes, A., et al (2019). Erros mais frequentes na técnica inalatória de pacientes com asma brônquica em tratamento em hospital terciário. *Creative Commons: São Paulo*.

## Apêndice X – Folhetos Informativos

### Sinais de alerta:



- ✓ - Febre persistente.
- ✓ - Dor intensa ou desconforto na perna ou na barriga da perna.
- ✓ - Alteração da cor da pele;
- ✓ - Alteração da sensibilidade e temperatura da pele
- ✓ - Edema (Inchaço) do pé, anca, perna ou coxa.
- ✓ - Uma perna mais curta que a outra.
- ✓ - Rotação exagerada para dentro ou para fora.
- ✓ - Quedas.



### Recomendações:

Não exceder os 90º de flexão da anca.



Percorra diariamente pequenas distâncias.

Evite caminhadas longas; Não fique longos períodos de pé.



Utilize as canadianas durante 6 semanas pelo menos, ou até nova indicação médica.

Controle o seu peso.

Evitar pisos acidentados e molhados. Para apanhar objetos do chão segure-se e mantenha a perna operada esticada para trás, dobrando a perna não operada.

Andrade, L. (2012). Prótese Total de Anca – Guia para o utente e cuidadores. <http://www.ics.guarda.pt/pt/pt/protese-total-de-anca>  
 Direção geral da Saúde (2012). Prótese Total de Anca. Norma nº 014/2012. <http://www.dgs.gov.pt/pt/pt/protese-total-de-anca>  
 Barros, C. (2008). Reabilitação na Artroplastia Total de Anca. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. <http://www.ics.guarda.pt/pt/pt/protese-total-de-anca>  
 Moreira, P., Palma, M., Vieira, J. & Ruiz, M. (2011). A Prótese Subtotal de Anca. <http://www.ics.guarda.pt/pt/pt/protese-total-de-anca>




## Prótese total da anca

### Guia de cuidados a ter em casa


Contacto: 271 200 800  
 E-mail: [ics.guarda@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:ics.guarda@ulsguarda.min-saude.pt)  
 Morada: Av. Rainha Dona Amélia, s/n – Parque da Saúde da Guarda – 6300 858 Guarda




### Posicionamento na cama:



- 1- Almofada entre as pernas (desde a coxa ao pé);
- 2- Para dormir de lado, apenas sobre o lado não operado



- 3- Para dormir virado para cima, coloque uma almofada por baixo das pernas, para manter uma posição neutra e evitar rotações.



(atenção ao movimento de rodar a perna).

### Levantar da cama:


- 1 - Sair pelo lado não operado;
- 2 - De barriga para cima, dobrar os joelhos (70º) com uma almofada entre eles;
- 3 - Rodar em bloco para o lado não operado;
- 4 - Realizar força no cotovelo contra a cama e tirar as pernas em simultâneo para fora da cama (não esquecer, sempre com almofada entre as pernas);
- 5 - Deve ficar algum tempo sentado na beira da cama;
- 6 - Deve fazer carga na perna não operada e rodar sobre esta;
- 7 - A perna operada faz contacto com o chão, sem carga;
- 8 - Se for para sentar, a cadeira deve estar à cabeceira da cama.

### Ao deitar:

Realizar os mesmos passos, mas de forma inversa.

### Para sentar:

- 1 - Estar o mais próximo da cadeira;
- 2 - Dobrar a perna não operada;
- 3 - Esticar a perna operada e sentar;
- 4 - Se a cadeira tiver apoio de braços apoiar as mãos.



### Para levantar:

- 1 - Sentar-se um pouco à frente da cadeira com as costas direitas;
- 2 - Manter a perna operada esticada;
- 3 - Fazer força na perna não operada e levantar.

- Utilizar sempre que possível, uma cadeira com apoio de braços;
- Não cruzar as pernas;
- Nunca se sentar em cadeiras baixas (se necessário, colocar uma almofada para elevar o assento).

### Flexão/extensão do ombro:



- Sente-se numa cadeira, com os pés bem apoiados no chão
- Segure uma lata de conserva/garrafa de água/haltere em cada mão.
- Comece com as mãos apoiadas nas coxas
- Levante os braços em direção ao teto
- Depois baixe os mesmos, de forma a descansar sobre as coxas

### Elevações na cadeira:

- Sente-se numa cadeira, com os pés bem apoiados no chão.
- Apoie as mãos no apoio de braços da cadeira.
- Estique os cotovelos ao mesmo tempo que eleva as nádegas da cadeira



### Movimentos Proibidos



- Não exceder os 90° de flexão da anca
- Não cruze as pernas ou junte os joelhos.
- Evitar rotações da perna operada durante a marcha
- Não deve fazer rotação da anca;
  - As viragens na cama devem ser executadas sem torções do tronco sobre a bacia;



Anacleto, L. (2022). Prótese Total da Anca – Guia para o utente e cuidadores. <https://www.ucsul.pt/pt/medicina/2022/09/01/pt-protese-total-da-anca-orientacao-utente/>  
 Direção Geral da Saúde (2018). Artroplastia Total da Anca: Norma nº 014/2018. <https://www.dgs.gov.pt/pt/medicina/2018/04/01/artroplastia-total-da-anca-norma-n-014-2018>  
 Barros, C. (2018). Reabilitação na Artroplastia Total da Anca. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. <https://www.ics.up.pt/pt/medicina/2018/04/01/artroplastia-total-da-anca-reabilitacao>  
 Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. & Ruiz, M. (2021). A Pessoa Submetida a Prótese Parcial de Anca. Boletim de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 10(4), 87-102. <https://doi.org/10.21848/1645-8932.2021.1004.087-102>

## Prótese total da anca



### Exercícios terapêuticos

Vamos melhorar e recuperar o movimento. Otimizar o funcionamento da nova articulação. Promover a independência e qualidade de vida.

Contacto: 271 200 800  
 E-mail: [ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt)  
 Morada: Av. Rainha Dona Amélia, s/n – Parque da Saúde da Guarda  
 – 6300 858 Guarda



### Flexão/extensão do ombro:



- Sente-se numa cadeira, com os pés bem apoiados no chão
- Segure uma lata de conserva/garrafa de água/haltere em cada mão.
- Comece com as mãos apoiadas nas coxas
- Levante os braços em direção ao teto
- Depois baixe os mesmos, de forma a descansar sobre as coxas

### Elevações na cadeira:

- Sente-se numa cadeira, com os pés bem apoiados no chão.
- Apoie as mãos no apoio de braços da cadeira.
- Estique os cotovelos ao mesmo tempo que eleva as nádegas da cadeira



### Movimentos Proibidos



- Não exceder os 90° de flexão da anca
- Não cruze as pernas ou junte os joelhos.
- Evitar rotações da perna operada durante a marcha
- Não deve fazer rotação da anca;
  - As viragens na cama devem ser executadas sem torções do tronco sobre a bacia;



Anacleto, L. (2022). Prótese Total da Anca – Guia para o utente e cuidadores. <https://www.ucsul.pt/pt/medicina/2022/09/01/pt-protese-total-da-anca-orientacao-utente/>  
 Direção Geral da Saúde (2018). Artroplastia Total da Anca: Norma nº 014/2018. <https://www.dgs.gov.pt/pt/medicina/2018/04/01/artroplastia-total-da-anca-norma-n-014-2018>  
 Barros, C. (2018). Reabilitação na Artroplastia Total da Anca. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. <https://www.ics.up.pt/pt/medicina/2018/04/01/artroplastia-total-da-anca-reabilitacao>  
 Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. & Ruiz, M. (2021). A Pessoa Submetida a Prótese Parcial de Anca. Boletim de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 10(4), 87-102. <https://doi.org/10.21848/1645-8932.2021.1004.087-102>

## Prótese total da anca



### Exercícios terapêuticos

Vamos melhorar e recuperar o movimento. Otimizar o funcionamento da nova articulação. Promover a independência e qualidade de vida.

Contacto: 271 200 800  
 E-mail: [ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt)  
 Morada: Av. Rainha Dona Amélia, s/n – Parque da Saúde da Guarda  
 – 6300 858 Guarda



### Esquema de ingestão hídrica:

- ✓ O esquema de ingestão hídrica pretende proporcionar uma ingestão correta às suas necessidades a nível da função dos rins
- ✓ Segundo as recomendações, a ingestão de líquidos (água/chás/gelatinas/sopas/etc.) nunca deve ser inferior a 1.2L/dia que pode adotar um esquema semelhante ao apresentado:

Horário da ingestão	Quantidade de líquidos a ingerir
<b>Ao acordar</b> (Entre as 6-9 horas)	Ingerir cerca de 100 ml de Água
<b>Pequeno-Almoço</b> (Primeira das 9 horas)	Ingerir cerca de 200 ml de Leite ou Café ou Chá
<b>Meio da manhã</b> (Entre as 9-12 horas)	Ingerir cerca de 300 ml de Água ou leite ou Suplementos Alimentares
<b>Almoço</b> (Entre as 12-15 horas)	Ingerir cerca de 200 ml de Sopa ou Alimentos ricos em água + 200 ml de Água
<b>Lanche</b> (Entre as 15-18 horas)	Ingerir cerca de 100 ml de Água + 200 ml de Leite ou Café ou Chá
<b>Jantar</b> (Entre as 18-21 horas)	Ingerir cerca de 200 ml de Sopa ou Alimentos ricos em água + 100 ml de Água

- ✓ Não deve acumular a ingestão de líquidos perto do horário de esvaziamento: o organismo não tem oportunidade de eliminar urina na mesma proporção de líquidos.
- ✓ No final da tarde, mais precisamente após o jantar, atendendo às características de cada pessoa, deve fazer restrição hídrica, para evitar excesso de eliminação noturna o objetivo de não ficar algaliado durante a noite e não prejudicar o sono.



### Material disponível:

- ✓ Existem diversos dispositivos disponíveis para a realização do auto esvaziamento vesical.
- ✓ Contudo, nem todos os dispositivos são adequados para si, pelo que, os profissionais de saúde se encontram disponíveis para o ajudar a perceber qual o mais indicado às suas necessidades.

Em caso de qualquer dúvida, deve contactar o seu médico.



Contacto: 271 200 800

E-mail: [ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt)

Morada: Av. Rainha Dona Amélia, s/n – Parque da Saúde da Guarda – 6300-858 Guarda

Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebral. <https://repositorioinfocab.com/wp-content/uploads/2018/09/guia-de-bom-pratica-de-cuidados-de-enfermagem-c3a0-pessoa-com-traumatismo-vertebral-modular.pdf>

## Reeducação vesical



### Auto esvaziamento vesical



### Algalição intermitente / Auto esvaziamento:

- ✓ A algalição intermitente / auto esvaziamento consiste num procedimento utilizado para esvaziar a bexiga de forma regular, recorrendo a um cateter descartável
- ✓ É uma abordagem eficaz para quem tem dificuldade em armazenar urina ou esvaziar a bexiga.
- ✓ É um procedimento com técnica limpa, simples, rápida e indolor.
- ✓ O número de esvaziamentos ao longo do dia depende de pessoa para pessoa, da ingestão de líquidos e de acordo com a indicação médica
  - ✓ Devem realizar-se de 4/4 horas (presença de volumes <400ml, existe necessidade de encurtar o intervalo entre esvaziamentos).
- ✓ Se os volumes residuais que apresenta se tornarem consistentemente inferiores a 50ml, deve passar a realizar um esvaziamento após a primeira micção da manhã e um esvaziamento após a última micção do dia.

### Algalição intermitente / Auto esvaziamento:

#### ♂ No Homem

A posição para realizar o esvaziamento deve ser aquela na qual se sinta mais confortável e preferencialmente sentado

- 1 Lave as mãos com água e sabão.
- 2 Escolha uma posição confortável para realizar a algalição, e de seguida, dispa a roupa.
- 3 Lave a área genital com compressas e soro.
- 4 Lave também o meato urinário, puxando o prepúcio para trás e lave-o com compressas e soro.

- 4 Abra a embalagem da sonda, retire-a tendo sempre o cuidado para não tocar diretamente na haste.
- 5 Levante o pénis ligeiramente para cima com a mão não dominante. Com a sua mão dominante, introduza lentamente a sonda pelo meato urinário, enquanto respira suave e profundamente. Sem pressionar muito, avance a sonda até a urina aparecer.
- 6 Coloque a extremidade inferior da sonda dentro do urinol ou da sanita. Caso a sonda esteja conectada a um saco coletor, não precisa de se preocupar em estar perto de uma sanita/urinol.
- 7 Assim que a urina deixar de sair, retire a sonda de forma lenta e suave. Descarte a sonda no lixo. Nunca a deite pela sanita.
- 8 Se não for circuncidado, deve colocar o prepúcio por cima da glande e lavar novamente a extremidade do pénis com compressas e soro.
- 9 Termine, lavando as mãos com água e sabão.

#### ♀ Na Mulher

A posição que deve adotar deve ser confortável e adequada para si. Para ser mais fácil, pode usar um espelho de péna ou outro tipo de espelho que facilite a visualização da região genital.

Nas ilustrações seguintes, pode visualizar algumas posições a adotar para o procedimento.)

- De pé com uma das pernas no tampo da sanita e com auxílio do espelho de péna.
- Sentada na sanita com espelho na borda.
- Numa cadeira de rodas em frente à sanita.
- Sentada na cama com as pernas afastadas e os joelhos fletidos.
- Sentada sobre a tampa da sanita com um saco coletor conectado à sonda.



- 1 Lave as mãos com água e sabão
- 2 Escolha uma posição confortável e em seguida, dispa a roupa de forma a expor a região genital.
- 3 Se tiver ao seu dispor, coloque um espelho de péna preso à sua coxa.
- 4 Abra a embalagem da sonda.
- 5 Com a sua mão não dominante, afaste os grandes lábios.
- 6 Lave a área genital bem como o meato de cima para baixo, com compressas e soro.
- 7 Pegue na sonda com a mão livre e insira no meato com um movimento seguro e suave até que apareça urina. Certifique-se que a extremidade inferior da sonda é direcionada para a sanita ou recipiente adequado, caso esteja adaptada a um saco coletor, não tem de se preocupar.
- 8 Assim que a urina deixar de sair, retire a sonda de forma lenta e suave e limpe novamente o meato com uma compressa.
- 9 Descarte a sonda no lixo. Nunca a deite pela sanita. Termine lavando as mãos com água e sabão.



## Objetivos:



Promover a participação social e adoção de estilos de vida saudáveis.

- ✓ Manter/melhorar a capacidade funcional;
- ✓ Melhorar a coordenação motora e prevenir o risco de quedas;



- ✓ Aumentar a amplitude de movimentos.

- ✓ Melhorar a capacidade de realização das atividades de vida diárias.



## Recomendações:

- ❑ Realize os exercícios propostos ao seu ritmo, de acordo com a sua sensação de esforço;

Demasiado Leve	1	
Muito Leve	2	
Muito Leve - Leve	3	
Leve	4	
Leve-moderado	5	
Moderado	6	
Moderado-intenso	7	
Intenso	8	
Muito intenso	9	
Exaustivo	10	

- ❑ Opte por locais frescos, arejados e com boa iluminação;
- ❑ Se for ao ar livre, escolha as horas de menos calor e com sombra.

Direção Geral de Saúde (DGS) - Anteprojeto Total da Área - Norma nº 014/2013  
<https://www.dgs.gov.pt/pt/pt/atividade-fisica/atividade-fisica-2013/atividade-fisica-2013.html>

Direção Geral de Saúde (DGS) - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física  
<https://www.dgs.gov.pt/pt/pt/atividade-fisica/atividade-fisica-2013/atividade-fisica-2013.html>

Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. & Loureiro, M. (2020). Reabilitação Cardio-respiratória e Fundamentos para a Prática (2a ed.). Alameda do Rio, Portugal: Lucidacta - Editora Editora

## Exercícios de Equilíbrio e Força Muscular



Informação para o utente/cuidador

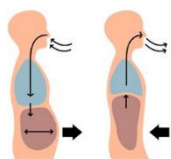
Contacto: 271.200.800

E-mail: [ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:ucc.guarda@ulsguarda.min-saude.pt)

Morada: Av. Rainha Dona Amélia, s/n - Parque da Saúde da Guarda  
 - 6300-858 Guarda



- ❑ É importante iniciar com um correto controlo da respiração.



- ✓ Encha o peito de ar pelo nariz lentamente;
- ✓ Deite o ar fora, pela boca, a soprar lentamente também;

Sentado, com as mãos apoiadas, realize a flexão plantar e retome a posição inicial. Qu fique na ponta dos pés e volte à posição inicial

Séries \_\_\_\_\_

Repetições \_\_\_\_\_



Sentado numa cadeira com as mãos apoiadas suba o joelho em direção ao peito e desce.

Séries \_\_\_\_\_

Repetições \_\_\_\_\_



Levantar e sentar de uma Cadeira com ou sem apoio de braços

Séries \_\_\_\_\_

Repetições \_\_\_\_\_

Em pé, com as mãos apoiadas, afaste e junte a perna, alternadamente.

Séries \_\_\_\_\_

Repetições \_\_\_\_\_



Em pé, com as mão apoiadas, dobre o joelho para trás e estique. Qu dobre o joelho em direção às nádegas e volte à posição inicial.

Séries \_\_\_\_\_

Repetições \_\_\_\_\_



Em pé, com os braços apoiados, dobre os joelhos levemente e levante.

Séries \_\_\_\_\_

Repetições \_\_\_\_\_



## Apêndice XI – Folha de Registo/Avaliação ECCI Guarda/Manteigas

NOME:	
ATIVIDADE PROFISSIONAL:	IDADE:

DATA DE ENTRADA: __/__/__
DIAGNÓSTICO:
ALERTAS:

DIA	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
<b>Autocuidados</b>	Capacidade: - Banho O - Higiene O - Transferir-se O - Alimentar-se O - Eliminação O - Marcha O	Capacidade: - Banho O - Higiene O - Transferir-se O - Alimentar-se O - Eliminação O - Marcha O	Capacidade: - Banho O - Higiene O - Transferir-se O - Alimentar-se O - Eliminação O - Marcha O	Capacidade: - Banho O - Higiene O - Transferir-se O - Alimentar-se O - Eliminação O - Marcha O	Capacidade: - Banho O - Higiene O - Transferir-se O - Alimentar-se O - Eliminação O - Marcha O
<b>Levante</b>					
<b>Controlo Ventilatório</b>					
<b>Mobilizações MS's</b>					
<b>Treino de Força MS's</b>	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Cicloergómetro O Outros O
<b>Mobilizações MI's</b>					
<b>Treino de Força MI's</b>	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Pedaleira O Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Pedaleira O Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Pedaleira O Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Pedaleira O Cicloergómetro O Outros O	Banda elástica O Halteres O ( __ Kg) Pedaleira O Cicloergómetro O Outros O
<b>Marcha</b>	Estática O Em plano O (Aux.Marcha O) Minutos: ____ Pausas: ____ (Min )	Estática O Em plano O (Aux.Marcha O) Minutos: ____ Pausas: ____ (Min )	Estática O Em plano O (Aux.Marcha O) Minutos: ____ Pausas: ____ (Min )	Estática O Em plano O (Aux.Marcha O) Minutos: ____ Pausas: ____ (Min )	Estática O Em plano O (Aux.Marcha O) Minutos: ____ Pausas: ____ (Min )
<b>Degraus</b>	__	__	__	__	__
<b>Equilíbrio</b>	Estático O Dinâmico O	Estático O Dinâmico O	Estático O Dinâmico O	Estático O Dinâmico O	Estático O Dinâmico O
<b>Teste/ Exercícios de Deglutição</b>					
	Desenho/Pintura O Música O	Desenho/Pintura O Música O	Desenho/Pintura O Música O	Desenho/Pintura O Música O	Desenho/Pintura O Música O



ADMISSÃO: ___/___/___		Reavaliação: ___/___/___		Reavaliação: ___/___/___				
<b>PARÂMETROS VITAIS</b>								
PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização –	PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo –	PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização –	PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização –	PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização –	PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização –			
<b>ESCALA DE BORG (1-10)</b> <small>Percepção subjetiva de esforço</small>								
1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - <del>Leve</del> O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O	1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - <del>Leve</del> O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O	1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - <del>Leve</del> O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O	1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - <del>Leve</del> O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O	1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - <del>Leve</del> O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O	1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - <del>Leve</del> O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O			
<b>ESCALA DE FORÇA MUSCULAR (0-5)</b> <small>Medical Research Council</small>								
	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
- Abdução do ombro - Flexor do cotovelo - Extensor do punho - Flexores do quadril - Extensores do joelho - Dorsiflexores tornozelo - Flexores plantares tornozelos			- Abdução do ombro - Flexor do cotovelo - Extensor do punho - Flexores do quadril - Extensores do joelho - Dorsiflexores tornozelo - Flexores plantares tornozelos			- Abdução do ombro - Flexor do cotovelo - Extensor do punho - Flexores do quadril - Extensores do joelho - Dorsiflexores tornozelo - Flexores plantares tornozelos		
<b>ESCALA DE TINETTI (0-28)</b> <small>Avaliação de equilíbrio e marcha</small>								
Pontuação:		Pontuação:		Pontuação:				
<b>MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (MIF) (18-126)</b> <small>Avaliação funcional: cuidado pessoal, controle de esfínteres, mobilidade, comunicação e cognição-social</small>								

Pontuação:	Pontuação:	Pontuação:
<b>ESCALA DE GUSS (0-20)</b> <i>Avaliação do compromisso da deglutição, distinguir grau de severidade e recomendar intervenções</i>		
Pontuação: Recomendação (SNG/consistência):	Pontuação: Recomendação (SNG/consistência):	Pontuação: Recomendação (SNG/consistência):
<b>MINI MENTAL STATE TEST (0-30)</b> <i>Avaliação da função cognitiva e déficit cognitivo em doentes com demência</i>		
Pontuação: Resultado (com/sem déficit cognitivo):	Pontuação: Resultado (com/sem déficit cognitivo):	Pontuação: Resultado (com/sem déficit cognitivo):
<b>ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH (0-5)</b> <i>Avaliação do grau de espasticidade muscular em utente com lesão neurológica</i>		
Membro(s) superior:  Membro(s) inferior:	Membro(s) superior:  Membro(s) inferior:	Membro(s) superior:  Membro(s) inferior:
<b>GONIOMETRIA</b> <i>Manual de goniometria – Medição dos ângulos articulares</i>		
<b>TESTE DE AVALIAÇÃO DA DPOC (0-40)</b> <i>COPD Assessment Test – Ventilação. Limpeza das vias aéreas</i>		
Pontuação:	Pontuação:	Pontuação:

<b>Oxigenoterapia de Longa duração</b>			
		Não__	
		Sim__	
O2__ L/min    Horas:__			
<b>Ventilação Mecânica Não Invasiva</b>			
		Não__	
		Sim__	
Parâmetros Ventilatórios: _____			
<b>Inaloterapia</b>			
		Não__	
		Sim__	
		Inalador Pressurizado doseável__	
		Inalador Pressurizado com câmara expansora__	
		Inalador de Pó seco__	
		Inalador de Névoa Suave (soft mist inhaler)__	
Terapêutica/Posologia: _____			
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tosse</b></li> </ul>			
		Não__	
		Sim__	
		Eficaz:	
		Não__	
		Sim__	
		Tipo:	
		Seca__	
		Produtiva__	
		Irritativa__	
		Mista__	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Expetoração</b></li> </ul>			
		Não__	
		Sim__	
<u>Tipo:</u>	<u>Consistência:</u>	<u>Odor:</u>	<u>Quantidade:</u>
Serosa__	Fluída__	Inodora__	Escassa__
Mucosa__	Viscosa__	Fétida__	Reduzida__
Purulenta__	Semi-espessa__		Moderada__
Hemoptóica__	Espessa__		Abundante__
Hemoptise__			
Pseudomembranosa__			

## Apêndice XII – Estudos de Caso

### ESTUDO DE CASO I

#### 1. Identificação da Pessoa

Nome: J.M.S.

Idade: 77 anos

Sexo: Masculino

Diagnóstico principal: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) GOLD 3

#### 2. Antecedentes Pessoais e História Clínica

Histórico de tabagismo (40 anos-maço, cessação há 10 anos), hipertensão arterial controlada, dislipidemia. Diagnosticado com DPOC há 8 anos. Internamentos anteriores por exacerbações da DPOC, última há 1 ano.

#### 3. Medicação do Domicílio

- Tiotrópio 1x/dia
- Salbutamol inalador SOS
- Ramipril 5 mg 1x/dia
- Atorvastatina 20 mg 1x/noite

#### 4. Ocorrências Durante Internamento

Internado por exacerbação da DPOC, com necessidade de oxigenoterapia e antibioterapia endovenosa. Apresentou episódios de dispneia em repouso e mobilidade reduzida. Iniciado plano de reeducação funcional respiratória.

#### 5. Situação Habitacional e Social

Vive num lar de idosos com apoio permanente. Participa em atividades ocupacionais com frequência reduzida devido à limitação física. Tem apoio familiar esporádico.

#### 6. Encaminhamento Após Alta

Encaminhado para seguimento em consulta de pneumologia e plano de continuidade de reabilitação respiratória com enfermeiro de reabilitação no lar.

#### 7. Avaliações

Escala de Glasgow: 15 (sem alteração do estado de consciência)

Escala Medical Research Council (MRC) – Força Muscular: Grau 4/5 membros superiores e inferiores

Escala de Tinetti – Equilíbrio: 17/28 (risco moderado de queda)

Avaliação Respiratória: FR 22 cpm, uso de músculos acessórios, SpO2 91% em ar ambiente

Avaliação das AVD's – MIF: 86 (dependência mínima)

Domínio	Atividade	Pontuação (1 a 7)
Autocuidados	Alimentação	7
Autocuidados	Higiene pessoal	6
Autocuidados	Banho	5
Autocuidados	Vestir parte superior	4
Autocuidados	Vestir parte inferior	5
Autocuidados	Utilização do WC	4
Controlo de esfínteres	Controlo urinário	5
Controlo de esfínteres	Controlo intestinal	5
Mobilidade	Transferência: cama/cadeira/cadeira de rodas	5
Mobilidade	Transferência: sanita	5
Mobilidade	Transferência: banho/duche	5
Locomoção	Marcha/cadeira de rodas	4
Locomoção	Escadas	3
Comunicação	Compreensão	4
Comunicação	Expressão verbal	5
Cognição social	Interação social	5
Cognição social	Resolução de problemas	5
Cognição social	Memória	4

## Plano de Cuidados

Data: 11/06/2025

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Ventilação (comprometida)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar sinais vitais e SpO2 regularmente</li> <li>- Posicionar em semi-Fowler para facilitar a expansão pulmonar</li> <li>- Realizar exercícios de controlo ventilatório</li> <li>- Assegurar ambiente livre de fumos e poluentes</li> <li>- Administrar oxigenoterapia conforme prescrição</li> </ul>	Melhoria das trocas gasosas, SpO2 estabilizada em 93-94% sem O2, redução de episódios de dispneia.
Limpeza das vias aéreas (ineficaz)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar tosse eficaz</li> <li>- Ensinar técnicas de expectoração (<i>huffing</i>)</li> <li>- Hidratar o doente adequadamente</li> <li>- Utilizar inaloterapia conforme prescrição</li> <li>- Avaliar ruídos respiratórios regularmente</li> </ul>	Expectoração reduzida, diminuição de ruídos adventícios, respiração eficaz.
Movimento muscular (diminuído)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar exercícios de fortalecimento muscular diário</li> <li>- Promover mobilização ativa assistida</li> <li>- Estimular a participação em atividades físicas adequadas</li> <li>- Avaliar força muscular com MRC semanalmente</li> </ul>	Ganho de força muscular para 4+/5 (MRC), aumento da mobilidade e independência
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sinais de fadiga durante esforço</li> <li>- Propor atividades graduadas com pausas frequentes</li> <li>- Implementar técnicas de respiração durante esforço</li> <li>- Monitorizar parâmetros respiratórios antes e após esforço</li> </ul>	Melhoria na capacidade funcional, maior tolerância à atividade sem dispneia intensa.

Avaliação: Aumento da tolerância ao esforço, melhoria da SpO<sub>2</sub> (94% sem O<sub>2</sub>), independência melhorada nas AVD's.

## **ESTUDO DE CASO II**

### **Identificação da Pessoa**

Sexo: Feminino

Idade: 74 anos

Diagnóstico Médico: Pneumonia bacteriana com derrame pleural bilateral

### **Antecedentes Pessoais e História Clínica**

História de hipertensão arterial controlada com medicação, diabetes mellitus tipo 2 em tratamento oral, ex-tabagista (30 maços/ano, cessação há 8 anos), antecedente de infecções respiratórias recorrentes no inverno. História clínica recente de febre, tosse produtiva, dispneia progressiva e dor torácica bilateral.

### **Medicação Habitual (domicílio)**

- Metformina 850 mg 2x/dia
- Losartan 50 mg 1x/dia
- Sinvastatina 20 mg à noite
- Ácido acetilsalicílico 100 mg 1x/dia

### **Situação Social e Habitacional**

Reside sozinha num apartamento no 2º andar com elevador. Filhos vivem na mesma cidade e visitam regularmente. Independente nas atividades de vida diária antes do episódio atual. Reformada, com rede de apoio familiar e comunitária.

### **Encaminhamento após alta**

Após alta hospitalar, encaminhamento para reabilitação respiratória no ginásio da fisioterapia hospitalar em contexto de ambulatório, seguimento em consulta de pneumologia e apoio domiciliário para fisioterapia respiratória, através da ECCL.

### **Avaliação Detalhada**

- Escala de Glasgow: 15/15 (Consciente, orientada, sem défice neurológico aparente)
- Medical Research Council (MRC) – 5/5 e 5/5 (membros superiores/membros inferiores)
- Escala de Tinetti: 18/28 (Risco moderado de quedas)

- Avaliação respiratória: FR 28 cpm, uso de musculatura acessória, tiragem intercostal leve, expansibilidade torácica reduzida bilateralmente, saturação de O<sub>2</sub> 88% em ar ambiente, auscultação: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, crepitações finas difusas nas bases.
- Raio-X inicial: opacidades bilaterais em bases pulmonares com derrame pleural bilateral
- Análises relevantes: leucocitose (15.200/mm<sup>3</sup>), PCR 18 mg/dL, glicemia 142 mg/dL
- Gasimetria arterial relevantes: pH 7.35; PaO<sub>2</sub> 58 mmHg; PaCO<sub>2</sub> 46 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 25 mmol/L; SatO<sub>2</sub> 89%
- Escala de Borg: 5 (dispneia moderada a intensa ao esforço mínimo)
- Índice de Barthel: 65/100 (dependência moderada nas AVDs)

### Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação Final
Dispneia presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a respiração (tipo de ventilação, padrão respiratório, amplitude, simetria, ritmo e sinais ou sintomas de dificuldade respiratória);</li> <li>- Monitorizar a Fr e SpO<sub>2</sub>;</li> <li>- Instruir e treinar técnica de posicionamento adequado (técnica de Descanso e relaxamento e correção postural);</li> <li>Instruir, treinar e incentivar técnicas de RFR: consciencialização e controlo da respiração, com técnica de dissociação dos tempos respiratórios e expiração com os lábios semicerrados (2 séries de 10 repetições), reeducação diafragmática com resistência de 1kg (2 séries de 10 repetições);</li> <li>-Ensinar sobre gestão do ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia.</li> </ul>	Melhoria das trocas gasosas, SpO <sub>2</sub> estabilizada em 93-94% com O <sub>2</sub> , redução de episódios de dispneia.
Expetorar ineficaz, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar e estimular o reflexo de tosse;</li> <li>Instruir e treinar técnicas de RFR: abertura costal global, manobras acessórias como a vibrocompressão torácica (2 vezes por dia durante 15 minutos);</li> <li>-Ensinar sobre a tosse (finalidade, fases e os mecanismos desencadeadores);</li> <li>-Ensinar sobre as vantagens de uma tosse bem executada;</li> </ul>	Expetoração facilitada, diminuição de ruídos adventícios, respiração mais eficaz. Apenas com acessos de tosse seca, pouco frequente.

	<p>-Instruir e treinar técnica de tosse dirigida e assistida (aplicada no final do programa de RFR, durante 5 minutos, series de 5 repetições consoante tolerância);</p> <p>-Incentivar a tossir;</p> <p>-Vigiar a expectoração;</p> <p>-Supervisionar a ventilação;</p> <p>-incentivar a ingestão de líquidos;</p> <p>-Instruir e treinar a administração de terapêutica inalatória;</p>	
Ventilação comprometida	<p>-Avaliar a respiração;</p> <p>-Monitorizar a FR e SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-Auscultar o tórax;</p> <p>-Avaliar sinais de compromisso da ventilação (ruídos adventícios e alterações dos tempos inspiratório e expiratório);</p> <p>-Avaliar alterações na mobilidade da Caixa torácica (amplitude, deformidades);</p> <p>-Instruir e treinar técnica de posicionamento adequado (técnica de Descanso e relaxamento e correção postural);</p> <p>-Instruir, treinar e incentivar técnicas de RFR: consciencialização e controlo da respiração com técnica de dissociação dos tempos respiratórios e expiração com os lábios semicerrados, reeducação diafragmática e reeducação costal global com bastão (2 séries de 10 repetições);</p> <p>-Treinar terapia de posição (a cada duas horas); espirometria de incentivo (10 repetições, 3x/dia);</p>	Melhoria na troca gasosa, SpO <sub>2</sub> estabilizada em 95% sem oxigenoterapia.
Intolerância à atividade	<p>-Avaliar a intolerância à atividade;</p> <p>-Avaliar o conhecimento e instruir sobre hábitos de exercícios e técnica de conservação de energia;</p> <p>- Ensinar na gestão dos períodos de atividade e de repouso;</p> <p>-Informar e treinar com equipamento adaptativo para o exercício;</p> <p>-Instruir e treinar técnicas de posição de Descanso e relaxamento e de excitação Músculo-articular;</p> <p>-Planear o repouso;</p> <p>-Supervisionar a resposta ao exercício.</p>	Melhoria na capacidade funcional, maior tolerância à atividade sem dispneia intensa.

### **Avaliação Final**

Após implementação do plano de cuidados, a doente apresentou melhoria da saturação de O<sub>2</sub> (94% em ar ambiente), redução da frequência respiratória para 20 cpm, expectoração mais eficaz, redução da dispneia (Borg 3), e aumento da tolerância à atividade, conseguindo realizar marcha no corredor com pausas.

## Apêndice XIII – Formação de Cuidados de Enfermagem ao Doente com AVC



**Objetivo Geral:** Elucidar sobre o papel fundamental do Enfermeiro na abordagem e recuperação do doente com Acidente Vascular Cerebral.

**Objetivos Específicos:**

- ✓ Elucidar sobre a problemática do Acidente Vascular Cerebral em Portugal;
- ✓ Relembrar a importância da intervenção do Enfermeiro, na recuperação do doente com Acidente Vascular Cerebral;

Fases	Conteúdos	Método	Meios auxiliares	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introduzir o tema: Cuidados de Enfermagem ao doente com Acidente Vascular Cerebral;</li> </ul>	Expositivo oral		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contextualização estatística;</li> <li>✓ Conceito de AVC;</li> <li>✓ Fatores de risco Cardiovasculares;</li> <li>✓ Tipos de AVC;</li> </ul>	Expositivo oral	Computador Televisão Diapositivos Bibliografia	45 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados de Enfermagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral;</li> </ul>			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese final</li> </ul>	Expositivo oral		

## Acidente Vascular Cerebral

- O **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** é considerado atualmente a **principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal**.
- **A cada hora, três portugueses sofrem um AVC sendo que um deles não sobrevive** e metade dos sobreviventes ficarão com sequelas incapacitantes (SPMI, 2021).



## Acidente Vascular Cerebral

	Número de óbitos			Proporção de óbitos		
	2022	2023	Variação	2022	2023	Diferença
	N.º	N.º	%	%	%	p.p.
Doenças do aparelho circulatório	32 996	30 059	-8,9	26,5	25,4	-1,1
<u>Doenças cerebrovasculares</u>	9 616	<u>9 177</u>	-4,6	7,7	7,8	0,0
Doença isquémica do coração	6 826	6 414	-6,0	5,5	5,4	-0,1
Enfarte agudo do miocárdio	3 908	3 664	-6,2	3,1	3,1	0,0
Tumores malignos	27 836	28 166	1,2	22,4	23,8	1,4
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	4 410	4 490	1,8	3,5	3,8	0,2
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	3 597	3 639	1,2	2,9	3,1	0,2
Doenças do aparelho respiratório	12 114	13 110	8,2	9,7	11,1	1,3
Pneumonia	4 488	5 042	12,3	3,6	4,3	0,7
Doença COVID-19	7 769	2 526	-67,5	6,2	2,1	-4,1

Fonte: INE, Óbitos por causas de morte.

## Acidente Vascular Cerebral

---

- Disfunção neurológica de início súbito **cujos sintomas persistem durante e após 24 horas.**
- É causado por uma alteração vascular que **promove a interrupção do fluxo sanguíneo para uma área específica.**

Neves e Guimarães, 2015.



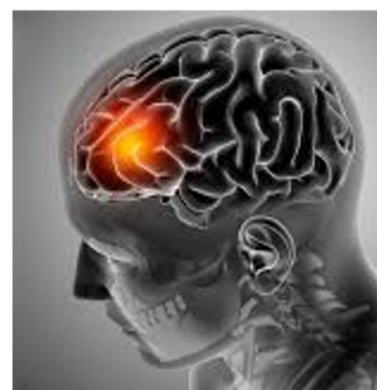
## Acidente Vascular Cerebral

---

É uma síndrome clínica caracterizada por:

- **sinais e sintomas neurológicos deficitários, de instalação aguda**, secundários à perda focal de função cerebral, **causada por um distúrbio na circulação cerebral.**

Portugal Angels Nurses Task Force, 2025.

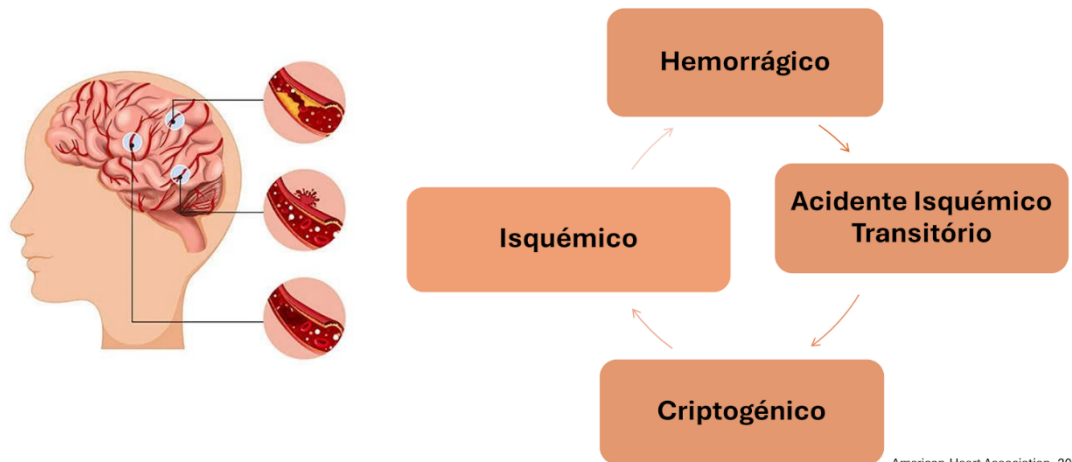


## Fatores de risco



Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Ordem dos Enfermeiros2023.

## A American Stroke Association classifica



American Heart Association, 2018



Ao longo de todo o caminho de uma pessoa com AVC, **os enfermeiros são os profissionais com o maior número de interações e em maior proximidade.**

Deles **depende grande parte do sucesso no tratamento** e na transmissão de conhecimento e competências aos sobreviventes e seus familiares.

Portugal Angels Nurses Task Force, 2025



No sentido de **restituir a máxima funcionalidade possível** e qualidade de vida, o enfermeiro deve **recorrer a diversas estratégias, que deverão ser sempre adaptadas à condição** de saúde do doente:

- **Abordagem pelo lado afetado;**
- Integração do lado afetado no esquema corporal;
- **Incentivar a facilitação cruzada e a automobilização;**
- **Estimular a sensibilidade** do lado afetado;
- Prestar atenção **ao ambiente desse lado;**
- **Posicionamento em padrão antiespástico.**

Vieira e Sousa, 2016; DGS, 2010; Menoita et al., 2012).

## O correto posicionamento é imprescindível para:

Manter a **funcionalidade, conforto** o bem-estar e a qualidade de vida;

Manter a integridade das funções corporais:

função da pele.

do sistema músculo-esquelético (amplitudes, força muscular e o movimento e postura global).

Prevenir problemas **cardiorespiratórios**, e ainda regular o sistema gastrointestinal.

Prevenir a perda de massa muscular, encurtamentos musculares, **contraturas e deformidades articulares**

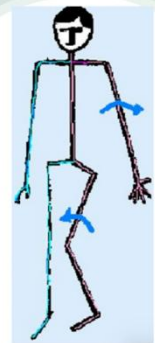
Prevenir o edema e lesões cutâneas.

Afonso A. et al., 2020.

## Padrão Antiespástico

- Manter o **alinhamento da cabeça com o corpo**;
- Protração da omoplata;
- **Alongamento do tronco do lado afetado**;
- **Rotação externa** e a redução da articulação escapulo-umeral;
- **Extensão do cotovelo em supinação**;
- **Extensão do punho e dedos em abdução**;
- Protração da pélvis;
- **Rotação interna e flexão do membro inferior**;
- **Flexão do tornozelo com eversão e dorsiflexão do pé**.

Pinto E. et al., 2022.



## Decúbito Dorsal

- Apoiar os **braços em extensão ao longo do corpo** em almofadas, **desde os ombros até às mãos, com os dedos em extensão e abdução**;
- **Almofadas pequenas debaixo dos joelhos e dos tornozelos.** As pernas podem estar separadas ou então colocar uma almofada no meio dos joelhos;
- **Pés em contato com uma superfície de apoio,** de forma a que estes **não fiquem pendentes** (almofada ao fundo da cama).

Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).



## Decúbito Lateral sobre o Lado Afetado

- **Libertar o braço afetado, trazendo o ombro para a frente** (atenção ao conforto);
- Colocar uma **almofada nas costas, de modo a respeitar o alinhamento corporal**;
- Apoiar a perna não afetada, ligeiramente fletida, sobre uma almofada;
- **Perna afetada ligeiramente fletida no joelho.**

Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).



## Decúbito Lateral sobre o Lado Sã

- Trazer o **ombro do braço são para a frente, libertando-o;**
- Colocar uma almofada nas costas, de modo a respeitar o alinhamento corporal;
- **Apoiar ao braço e a perna afetados sobre almofadas, ligeiramente em flexão.**

Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).



## Rolar para o lado são



- ✓ Fletir a perna afetada **até apoiar o pé na cama;**
- ✓ Colocar o **braço afetado sobre o tronco;**
- ✓ **Auxiliar a rodar a partir da bacia e do ombro;**
- ✓ Posicionar corretamente o tronco em relação às pernas;
- ✓ **Não permitir** que o ombro e anca rodem para a frente.



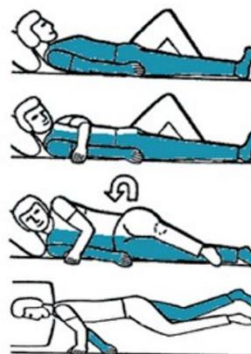
- ✓ **Envolver com o braço, toda a cintura escapular, suportando a coluna cervical;**
- ✓ Colocar o outro **braço por baixo dos joelhos;**
- ✓ Iniciar o **rolar com elevação/rotação do tronco;**
- ✓ Elevar a pessoa até à posição de sentado com as pernas para fora da cama.

Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).

## Rolar para o lado afetado

- Incentivar a fletir a perna sã até apoiar o pé na cama;
- Rolar a perna fletida sobre a perna em extensão, com ajuda do braço sã;
- Rolar até à posição lateral;
- Certificar que o peso do corpo não fica sobre o ombro afetado;

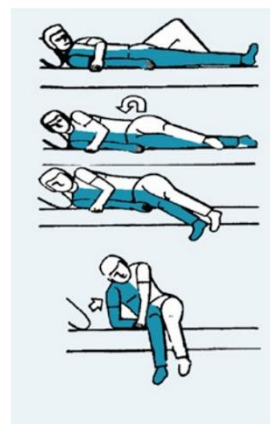
Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).



## Sentar na cama

- Incentivar a fletir a perna sã até apoiar o pé na cama e colocar o braço não afetado sobre o tronco;
- Rolar o tronco até à posição lateral com ajuda do braço e perna sã;
- Apoiar a **mão sã na cama**;
- Trazer as pernas para fora da cama;
- Iniciar a elevação do tronco com apoio do cotovelo e mão aberta do braço afetado, até atingir a posição de sentado.
- Quando sentada, a pessoa deve ser incentivada a colocar as mãos na cama (se necessário, estabilizar o membro superior afetado em extensão).

Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).



## Semi-sentado e sentado na cadeira de rodas



- Almofada atrás das costas;
- Encostar bem a anca à almofada;
- Apoiar os cotovelos em almofadas com a mão afetada aberta sobre a almofada; (Atenção aos ombros, pois estes não podem estar elevados);
- Almofada pequena debaixo dos joelhos e tornozelos.

- Ficar bem sentado, com a anca bem encostada à cadeira;
- Apoiar o braço afetado numa almofada/tabuleiro/mesa;
- Pés bem apoiados no chão/pedais;



Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).

## Transferência com ajuda



- ✓ Colocar uma mão na anca e a outra mão ao nível das costas, envolver o tronco estabilizando ambos os braços;



- ✓ Estabilizar a perna a nível do joelho e pé com os seus joelhos e pés;

- ✓ Chegar a pessoa para o bordo da cama/cadeira até os pés estarem assentes no chão;



- ✓ Inclinir o tronco para a frente e elevar até à posição de pé;

- ✓ Solicitar a deslocação da perna sã no sentido da transferência;

- ✓ Sentar lentamente a pessoa na cadeira/sanita;

- ✓ Certificar que se encontra bem encostada e com os pés bem assentes nos pedais/chão;



- ✓ Posicionar o braço afetado, recorrendo a almofadas/Tabuleiro na cadeira ou entrelaçando as mãos se estiver na sanita.

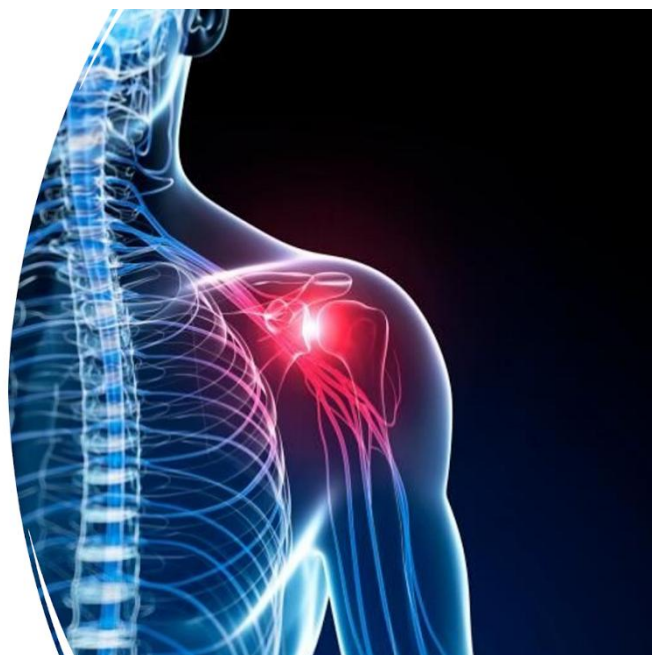


Afonso A. et al., 2020; Medicina Física e de Reabilitação HFF, 2023).

## Ombro Doloroso

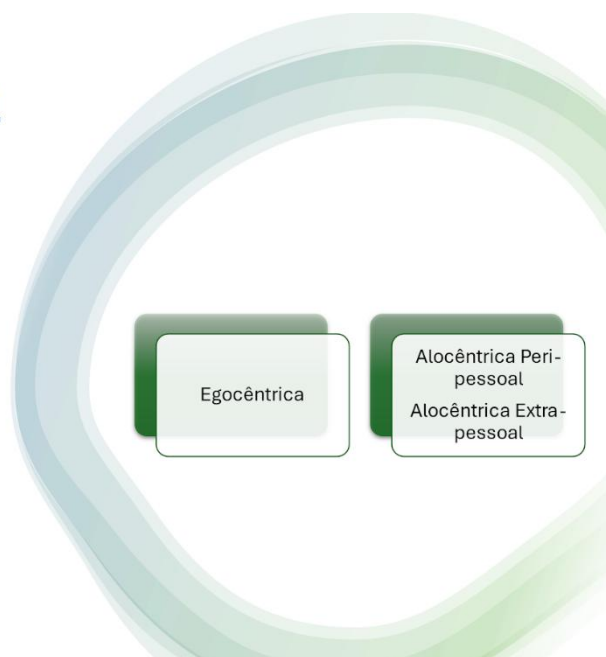
- Esta dor pode aparecer duas semanas após o AVC;
- Mais frequente entre o segundo e quarto mês após o evento;
- Normalmente **resulta de lesões do ombro**: de músculos, tendões ou mesmo fraturas;
- **Atenção ao ombro durante os posicionamentos:**
  - Evitar movimentos rápidos e bruscos com o braço;
  - Não puxar o braço;
  - Repousar o mesmo o mais direito possível.

Neves e Barbosa, 2016).



## Negligência Unilateral

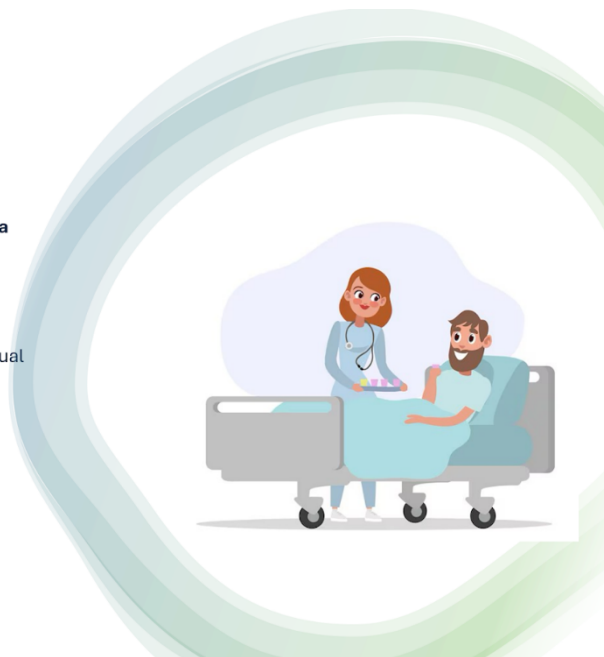
- **Incapacidade de responder a estímulos do lado contralateral da lesão cerebral**, sendo mais evidente nas fases iniciais pós AVC. ICN, 2019
- Sinais de negligência unilateral na **realização das AVDs e atividades funcionais**;
- **Diminuição/incapacidade de perceber estímulos do lado contralateral da lesão** (diminuição da sensibilidade). Ribeiro, 2021.



## Negligência Unilateral Estimulação da percepção sensorial

- **Abordar pessoa preferencialmente pelo lado afetado, numa perspectiva multisensorial;**
  - Otimizar o ambiente em que a pessoa está inserida, com a disposição do mobiliário;
- **Varrimento Visual:** encorajar a pessoa a explorar o campo visual negligenciado realizando tarefas nesse lado.
- **Terapia de movimento induzido por restrição** (suspensão braquial/ligadura);
- **Auto-mobilização;**
- **Facilitação cruzada com o lado não afetado do corpo.**

Ribeiro, 2021.



## Deglutição Comprometida

A **disfagia orofaríngea** a par com fatores como a **diminuição da força muscular, negligência visual espacial, anorexia e higiene bucal insuficiente** podem contribuir para um **declínio do estado nutricional**.

Portugal Angels Nurses Task Force, 2025.

## Deglutição Comprometida – Sinais de Alerta

Reflexo velopalatino diminuído/ausente;

**Aumento do tempo de deglutição;**

**Acumulação involuntária de alimento na cavidade oral;**

Ausência de encerramento dos lábios na deglutição;

**Alteração da voz (voz húmida) após a deglutição;**

**Sialorreia;**

**Tosse até 3 minutos após a deglutição;**

Alteração do estado de consciência e ausência de controlo cefálico.

Ribeiro, 2021.



### Deglutição Comprometida – Escala de Guss

#### *GUSS Gugging Swallowing Test*

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

#### **Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto**

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

## Deglutição Comprometida – Escala de Guss

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

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

## Deglutição Comprometida – Estratégias Compensatórias

### ➤ Posicionamento adequado da pessoa durante e após a refeição;

- Estabilidade postural, simetria e mobilidade são a base para asincronizados movimentos orais (coordenação de deglutição/respiração);
- Correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades;
- Quando o braço não tem qualquer movimento, deve ficar apoiado na mesa, desde o cotovelo até à mão aberta;
- Quando o braço tem pouco movimento deve ser apoiado ao nível do cotovelo e da mão, ajudando a sustentar a colher;
- Pés bem apoiados no chão;



Nos casos em que não é possível efetuar levante, inclinar a cabeceira entre 60-80°.

Ribeiro, 2021.



# Deglutição Comprometida – Estratégias Compensatórias

## ➤ Posturais:

- Flexão anterior do pescoço;
- Rotação da cabeça para o lado afetado;
- Manobra de deglutição dupla.

## ➤ Sensoriais:

- Frio;
- Sabor ácido;
- Incremento de volume;
- Pressão da colher sobre a língua.



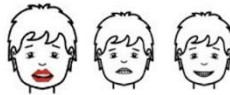
Ribeiro, 2021.

# Deglutição Comprometida Estratégias Compensatórias

Incentivar e treinar exercícios da amplitude de movimentos e fortalecimento muscular.

Ribeiro, 2021.

## DENTES



## MANDÍBULA



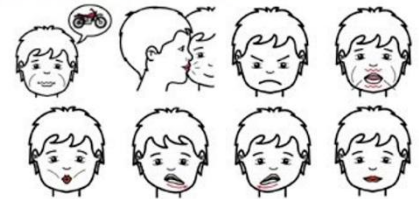
## BOCHECHAS



## LÍNGUA



## LÁBIOS



## Deglutição Comprometida – Aspetos a Considerar



A colher deve ser dirigida de baixo para cima;



Alimento direcionado para a parte média da língua.



Assegurar um ritmo pausado e o controlo do ambiente.



Reforçar a promoção da higiene oral.



Promover uma alimentação por mão própria ou conduzir o movimento da mão.



Instruções verbais curtas e simples.



Após cada refeição administrar água de modo a promover a limpeza de resíduos alimentares e reforçar a hidratação;



Providenciar equipamento adaptativo.

Ribeiro, 2021.

## Técnicas de Comunicação



**Ambiente calmo, sem ruído** para facilitar a concentração;

**Promover a confiança na capacidade de comunicar;**



Frases curtas, claras e diretas;

Estratégias de **repetição e reforço positivo;**



**Incentivar o uso de meios não verbais facilitadores:** escrita ou desenho;

Exercícios de treino da capacidade linguística: **repetir palavras ou nomear objetos;**

Portugal Angels Nurses Task Force, 2025.

## Promoção do Autocuidado



- Assistir no andar pelo lado afetado.**
- Prestar especial atenção à regulação da temperatura da água.**
- Instruir e treinar o tomar banho, adaptando à mão afetada da pessoa uma esponja.**
- A condução terapêutica permite uma interação com o ambiente.**
- Aprendizagem e experiências podem produzir uma expansão da representação cortical.**

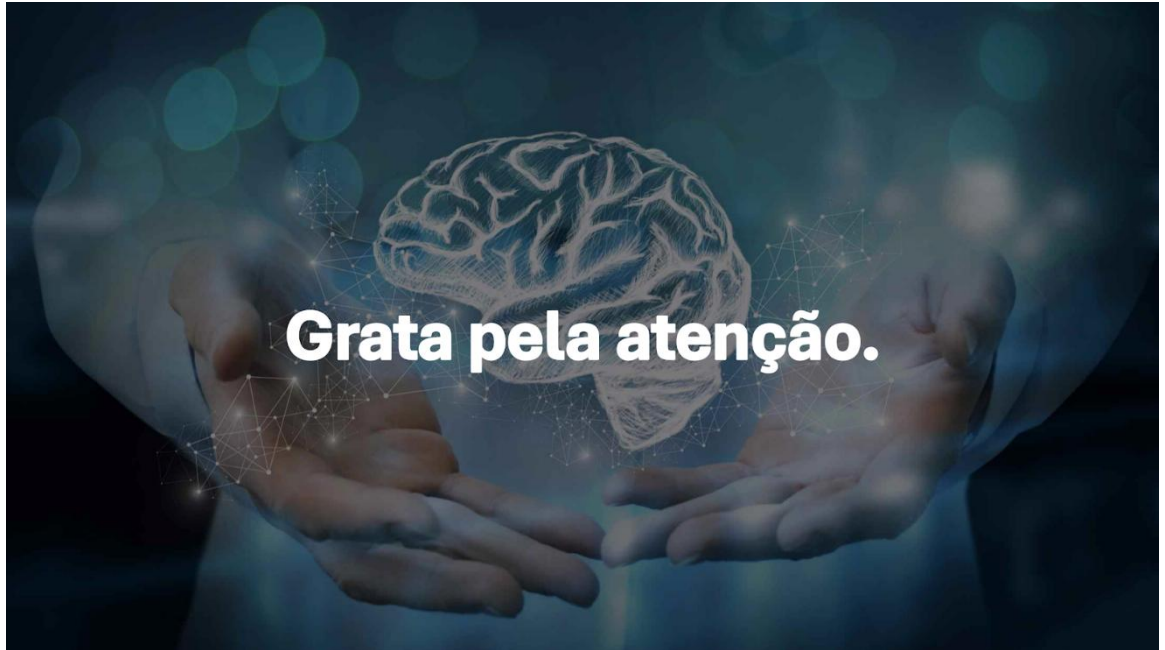
## Promoção do Autocuidado

A reeducação dos padrões de **movimento deve ser o mais próximo possível da normalidade, sem esforço associado** e sempre com condução de movimento;

A pessoa com AVC **deve receber treino em AVD's adaptado** às necessidades individuais;

As **atividades terapêuticas repetitivas** facilitam a aprendizagem, por serem situações do cotidiano, **constituindo um exercício cognitivo-motor**;

**Conscientização do doente e cuidador da relação entre défices e risco de queda.**



## Referências Bibliográficas

- American Heart Association [AHA] (2018a). Types of Strokes. America: American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>
- American Heart Association [AHA] (2018b). Ischemic Stroke. America: American Stroke Association.
- American Heart Association [AHA] (2018c). Hemorrhagic Stroke (Bleeds). America: American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/hemorrhagic-strokes-bleeds>
- American Heart Association [AHA] (2018d). Cryptogenic Stroke or Stroke of Unknown Cause America: American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/cryptogenic-stroke>
- American Heart Association [AHA] (2018e). TIA (Transient Ischemic Attack) America: American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/tia-transient-ischemic-attack>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos. Lisboa: Lidel.
- Duarte A. (2020). Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado o - contexto domiciliário. <http://hdl.handle.net/10400.29/35208>
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência, editor. Loures.
- Neves, A., & Barbosa, A. (2016). Ombro Doloroso do Hemiplégico: Da Prevenção ao Tratamento. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 28(2), 29-34.
- Neves, M., Figueiredo, M., Guimarães, L., (2015). Qualidade de Vida e Grau de Independência Funcional em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociência, Lavras*, v. 24, p. 1-17.
- Pinto, E. et al. (2022). Posicionamentos em padrão antispástico: olhar sobre as práticas dos enfermeiros em contexto hospitalar. RPER
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação – concepções e práticas*. Lidel.
- Silva, D.N et al. (2019). Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral [AVC]: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (S.L.), v. 36, p. 2156.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Ordem dos Enfermeiros (2023). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao utente com Patologia Cardiovascular*.
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI] (2021). O AVC é a Principal Causa de Morte e Incapacidade em Portugal. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Steiner T. The angels. (2015). *AcuteNetworks striving for Excellence in Stroke initiative*. CNS.
- Vieira C. & Sousa L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta;
- Vitela P, Rowley HA. (2017). Brain ischemia: CT and MRI techniques in acute ischemic stroke. *Eur J Radiol*. 96(May), p.162-72.
- Wannamaker R, Buck B, Butcher K. (2019). Multimodal CT in Acute Stroke. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 19(9).

## Apêndice XIV – Instrumento de Extração de Dados

<b>Título da Revisão</b>	<b>A eficácia da Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação para a Melhoria da Deglutição Comprometida na Pessoa com AVC Isquêmico</b>	
<b>Questão</b>	Quais as intervenções implementadas por enfermeiros de reabilitação para melhorar a deglutição comprometida na pessoa com AVC isquêmico, e qual a evidência disponível quanto à sua eficácia?	
<b>Crítérios de inclusão (PCC)</b>	<b>População</b>	Pessoas adultas com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico com disfagia
	<b>Conceitos</b>	Intervenções de reabilitação da deglutição realizadas por enfermeiros de reabilitação
	<b>Contexto</b>	Qualquer contexto de cuidados de saúde (hospitalar, comunitário, centros de reabilitação)
<b>Estudo 1</b>		
<b>Autor/es</b>	Oliveira, A. R. de S., Araujo, T. L. de, Carvalho, E. C. de, Costa, A. G. de S., Cavalcante, T. F., & Lopes, M. V. de O.	
<b>Título</b>	Construction and validation of indicators and respective definitions for the nursing outcome Swallowing Status.	
<b>Ano de Publicação</b>	2015	
<b>País de Origem</b>	Brasil	

<b>Objetivos</b>	Desenvolver indicadores e respectivas definições conceptuais e operacionais do desfecho NOC 'Swallowing Status' e validar a sua utilização clínica por enfermeiros em pessoas após AVC.
<b>Metodologia/Métodos</b>	Estudo metodológico
<b>Fontes de pesquisa utilizadas</b>	B-On
<b>Interpretação desenvolvida</b>	<p><b>Intervenção (avaliação por enfermeiros):</b> utilização de um instrumento fundamentado no <i>Nursing Outcomes Classification</i> (NOC) para avaliar o estado de deglutição, considerando duas condições distintas: (i) presença de definições conceptuais e operacionais para cada indicador; (ii) ausência dessas definições (formato original do NOC). Os indicadores analisados incluíram: <i>levar o alimento à boca, controlo postural da cabeça e pescoço, integridade das estruturas mastigatórias, capacidade de manter o conteúdo oral na cavidade bucal, elevação laríngea, desconforto durante a deglutição do bólus, esvaziamento oral após a deglutição, ocorrência de tosse, regurgitação e aspiração respiratória.</i></p> <p><b>Instrumentos e métricas:</b> validade de conteúdo aferida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com recurso a peritos; reprodutibilidade avaliada através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI); comparação de medianas por meio do teste de Friedman; determinação da Diferença Mínima Importante (MID) para análise de variações intra e intergrupo.</p>
<b>Nível de evidência alcançado (se aplicável)</b>	Level 5.b – Expert consensus
<b>Contributos para a questão de revisão</b>	A integração de definições conceptuais e operacionais nos indicadores do desfecho NOC <i>Swallowing Status</i> demonstrou um aumento significativo na consistência e precisão das avaliações de deglutição efetuadas por enfermeiros em pessoas com AVC. A

	utilização destas definições é fortemente recomendada, uma vez que reforça a fiabilidade da avaliação clínica e favorece o planeamento precoce e adequado de intervenções de (neuro)reabilitação.
<b>Estudo 2</b>	
<b>Autor/es</b>	Aryanti, D., & Masfuri.
<b>Título</b>	Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan Intervensi Keperawatan Oral Motor Exercise Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi: Laporan Kasus
<b>Ano de Publicação</b>	2023
<b>País de Origem</b>	Indonésia
<b>Objetivos</b>	Analisar a aplicação da intervenção de treino motor oral (Oral Motor Exercise, OME) por enfermagem e o seu efeito na função de deglutição.
<b>Metodologia/Métodos</b>	Estudo de caso
<b>Fontes de pesquisa utilizadas</b>	B-On
<b>Interpretação desenvolvida</b>	<p><b>Intervenção de enfermagem (treino motor oral – OME):</b> realização de exercícios dirigidos à mobilidade e à força da língua, lábios e mandíbula, com o objetivo de reabilitar a fase oral da deglutição e de fornecer suporte à fase faríngea. <b>Frequência/dose:</b> uma vez por dia, durante 10 minutos, ao longo de 6 dias consecutivos.</p> <p><b>Medidas complementares de segurança:</b> estratégias de prevenção de aspiração, nomeadamente posicionamento em semi-Fowler durante a alimentação e manutenção dessa posição por 30 a 45 minutos após a mesma; ajuste postural da cabeça (<i>head turn</i>) no momento da ingestão.</p> <p><b>Instrumentos de avaliação:</b> na admissão, foi utilizada a triagem com o <i>Massey Bedside Swallowing Screen</i> (MBSS); a avaliação de</p>

	resultados recorreu ao <i>Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagic Stroke</i> (RAPIDS).
<b>Nível de evidência alcançado (se aplicável)</b>	Level 4.d – Case study
<b>Contributos para a questão de revisão</b>	A implementação diária, breve (10 minutos) e estruturada de treino motor oral, conduzida por enfermagem, esteve associada à melhoria clínica da função de deglutição e a um aumento da pontuação no RAPIDS em um doente com AVC isquémico e disfagia. Os autores sugerem a integração desta intervenção em protocolos assistenciais e em normas operacionais para doentes com disfagia orofaríngea.
<b>Estudo 3</b>	
<b>Autor/es</b>	Liu, Z.-Y., Zhang, X.-P., Mo, M.-M., Ye, R.-C., Hu, C.-X., Jiang, M.-Q., & Lin, M.-Q.
<b>Título</b>	Impact of the systematic use of the volume–viscosity swallow test in patients with acute ischaemic stroke: a retrospective study.
<b>Ano de Publicação</b>	2020
<b>País de Origem</b>	China
<b>Objetivos</b>	Avaliar o impacto da utilização sistemática do V-VST, face ao teste de deglutição com água de 30 mL (WST), sobre resultados clínicos (pneumonia associada ao AVC, necessidade de sonda nasogástrica, custo e internamento).
<b>Metodologia/Métodos</b>	Observacional, retrospectivo, comparativo (pré-pós intervenção).
<b>Fontes de pesquisa utilizadas</b>	ProQuest
<b>Interpretação desenvolvida</b>	<b>Intervenção de enfermagem:</b> implementação protocolada de rastreio de disfagia à beira-leito.

- **Período pré-V-VST:** realização sistemática do *Water Swallow Test* (WST, 30 mL).

- **Período V-VST:** aplicação inicial do WST; em casos de resultado positivo (níveis II–V), execução protocolada do *Volume–Viscosity Swallow Test* (V-VST) por duas enfermeiras especialistas clínicas da unidade, com monitorização concomitante dos sinais vitais.

**Descrição dos instrumentos:**

- **WST (30 mL):** classifica em cinco níveis (I = negativo; II–V = positivo), fornecendo orientação dietética ou indicação de sonda nasogástrica para níveis III–V.
- **V-VST:** administração sequencial de bólus de 5, 10 e 15 mL com três consistências (líquida, néctar e pudim); avaliação de sinais de segurança (tosse, alteração da voz, dessaturação  $\geq 3\%$ ) e de eficácia (competência da vedação labial, presença de resíduos orais/faríngeos, deglutições múltiplas). Este teste permite recomendações individualizadas de volume/viscosidade para alimentação segura e, quando indicado, prescrição de alimentação por sonda.
- **Outras variáveis:** definição de pneumonia associada ao AVC (SAP) com base em critérios clínicos, laboratoriais e imagiológicos; registo da utilização de alimentação por sonda, duração do internamento, custos hospitalares e variáveis clínicas; gravidade neurológica determinada pelo *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS).

<b>Nível de evidência alcançado (se aplicável)</b>	Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study
<b>Contributos para a questão de revisão:</b>	A aplicação sistemática do V-VST como método de rastreio à beira-leito em doentes com AVC isquémico agudo permitiu identificar volumes e viscosidades seguras, orientando a adaptação dietética. Esta abordagem esteve associada a menor incidência de pneumonia associada ao AVC e a uma redução na necessidade de utilização de sonda nasogástrica, em comparação com a aplicação isolada do WST. Não foram encontradas diferenças significativas relativamente à duração do internamento ou aos custos hospitalares. O V-VST é, assim, proposto como ferramenta preferencial de rastreio clínico para apoiar decisões relacionadas com a alimentação segura.
<b>Estudo 4</b>	
<b>Autor/es</b>	Immovilli, P., Rota, E., Morelli, N., Marchesi, E., Terracciano, C., Zaino, D., Ferrari, G., Antenucci, R., & Guidetti, D.
<b>Título</b>	Diagnostic accuracy of a bedside screening tool for dysphagia (BSTD) in acute stroke patients.
<b>Ano de Publicação</b>	2021
<b>País de Origem</b>	Itália
<b>Objetivos</b>	Avaliar a validade concorrente e a acuidade diagnóstica de uma ferramenta simples de rastreio de disfagia à beira-leito ( <i>Bedside Screening Tool for Dysphagia – BSTD</i> ), aplicada por enfermeiros, na identificação do risco de disfagia em doentes com acidente vascular cerebral (AVC) agudo.
<b>Metodologia/Métodos</b>	Estudo Prospetivo de validade diagnóstica
<b>Fontes de pesquisa utilizadas</b>	PubMed

<p><b>Interpretação desenvolvida</b></p>	<p><b>Intervenção realizada por enfermeiros:</b> aplicação do <i>Bedside Screening Tool for Dysphagia</i> (BSTD), composta por: Avaliação do nível de alerta, capacidade para manter posição sentada e competências linguísticas; Observação de assimetrias faciais e análise de movimentos orofaciais (sorriso, exposição dentária, protrusão lingual, gesto de beijo, abertura/fecho da boca) para exclusão de apraxia; Monitorização contínua através de oximetria de pulso; Deglutição de três colheres de água (5 mL cada). A presença de tosse, voz húmida e/ou dessaturação de oxigénio <math>\geq 4\%</math> em pelo menos uma tentativa determinava a classificação como disfagia; Em situações de indicação nutricional, o procedimento era repetido com água espessada (sem alteração da classificação para efeitos do estudo).</p> <p><b>Instrumentos de avaliação (padrão de referência):</b> avaliação clínica realizada por Terapeuta da Fala, em condições de cegamento relativamente ao resultado do enfermeiro; realização de fibroendoscopia da deglutição (<i>FEES</i>) sempre que indicada ou perante discordância entre avaliações.</p>
<p><b>Nível de evidência alcançado (se aplicável)</b></p>	<p>Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs</p>
<p><b>Contributos para a questão de revisão:</b></p>	<p>O BSTD, quando aplicado por enfermeiros treinados, evidenciou elevado desempenho diagnóstico e um valor preditivo negativo de 100%, revelando-se um rastreio sensível e seguro para a identificação de disfagia em doentes com AVC agudo. Este instrumento mostrou utilidade na orientação de decisões sobre</p>

	ingestão oral até à avaliação especializada pelo Terapeuta da Fala. Os autores recomendam a sua utilização precoce, reservando a realização de avaliação endoscópica ou videofluoroscópica para situações selecionadas.
<b>Estudo 5</b>	
<b>Autor/es</b>	Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I.
<b>Título</b>	Rehabilitation Nursing Program for People with impaired swallowing in the context of stroke: exploratory study
<b>Ano de Publicação</b>	2023
<b>País de Origem</b>	Portugal
<b>Objetivos</b>	Analisar os efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação, desenvolvido por enfermeiros especialistas em reabilitação, na reeducação funcional da deglutição na pessoa com AVC.
<b>Metodologia/Métodos</b>	Quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo
<b>Fontes de pesquisa utilizadas</b>	B-On
<b>Interpretação desenvolvida</b>	<p><b>Intervenção (Programa de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com deglutição comprometida, aplicado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – EEER):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reeducação da função motora orofacial (~10 minutos):</b> exercícios dirigidos a lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas.</li> <li>• <b>Estimulação sensório-motora (~10 minutos):</b> utilização de diferentes sabores e volumes, estimulação térmica e tátil, bem como técnicas de massagem.</li> <li>• <b>Reeducação funcional respiratória (~10 minutos):</b> treino dos músculos respiratórios; técnicas para otimizar a ventilação, o padrão respiratório e a mecânica ventilatória;</li> </ul>

	<p>manutenção da permeabilidade das vias aéreas; ensino e treino da tosse voluntária e da tosse dirigida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estratégias compensatórias e facilitadoras da deglutição (tempo variável, implementadas durante alimentação/treino):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ adaptação da consistência alimentar mediante uso de espessantes e dietas modificadas (mole, pastosa, triturada);</li> <li>○ adaptação postural (flexão cervical, rotação cervical para o lado afetado, inclinação lateral para o lado não afetado);</li> <li>○ aplicação de manobras facilitadoras da deglutição, conforme avaliação clínica individual.</li> </ul> </li> <li>• <b>Higiene oral:</b> realizada duas vezes por dia.</li> </ul> <p><b>Instrumentos de avaliação e resultados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gugging Swallowing Screen</i> (GUSS, versão portuguesa), administrado à admissão e à alta, para avaliar a gravidade da disfagia e o risco de aspiração.</li> </ul>
<b>Nível de evidência alcançado (se aplicável)</b>	Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study
<b>Contributos para a questão de revisão</b>	A implementação, ao longo do internamento, de um programa estruturado de Enfermagem de Reabilitação conduzido pelo EEER associou-se a melhoria da capacidade de deglutição na maioria das pessoas após AVC. Verificou-se relação entre maior gravidade neurológica (NIHSS) e maior comprometimento da deglutição. O estudo reforça o papel do EEER na avaliação precoce, na aplicação de intervenções específicas e na prevenção de complicações.
<b>Estudo 6</b>	
<b>Autor/es</b>	Huang, Y.-T., Tang, C.-C., Chung, C.-C., & Chung, C.-H.

<b>Título</b>	Effects of oral care combined with neuromuscular electrical stimulation on clinical outcomes in the acute phase of acute ischemic stroke: a pilot randomized controlled trial.
<b>Ano de Publicação</b>	2025
<b>País de Origem</b>	Taiwan
<b>Objetivos</b>	Testar a viabilidade e os efeitos clínicos de cuidados orais estruturados combinados com estimulação elétrica neuromuscular (NMES) sobre a função de deglutição e a ocorrência de pneumonia associada ao AVC (SAP) no período agudo do AVC isquêmico.
<b>Metodologia/Métodos</b>	Randomized controlled trial.
<b>Fontes de pesquisa utilizadas</b>	B-On
<b>Interpretação desenvolvida</b>	<p><b>Intervenções (realizadas por enfermagem, duas vezes por dia durante 5 dias, iniciadas ≤48 horas após o AVC):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grupo A – Cuidados orais estruturados:</b> protocolo composto por preparação/posicionamento sentado; avaliação oral; escovagem dentária segundo a técnica de Bass (2 minutos, com pasta fluoretada &gt;1000 ppm); limpeza dos dois terços anteriores da língua; hidratação e remoção de detritos.</li> <li>• <b>Grupo B – Cuidados orais + NMES:</b> procedimentos idênticos ao Grupo A, acrescidos de estimulação elétrica neuromuscular (NMES) após cada sessão de cuidados orais. Foram colocados quatro elétrodos transversalmente acima e abaixo do osso hióide; equipamento <i>VitalStim®</i>, frequência de 80 Hz, largura de pulso de 300 µs, 30 minutos por sessão; intensidade ajustada gradualmente em incrementos de 0,5 mA até ao nível máximo confortável.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grupo C – Controlo (cuidados habituais):</b> educação verbal diária sobre higiene oral, sem implementação de cuidados orais estruturados ou supervisionados.</li> </ul> <p><b>Instrumentos e medidas de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ROAG – Revised Oral Assessment Guide</b> (8 domínios; pontuação entre 8–24; valores mais elevados correspondem a pior saúde oral).</li> <li>• <b>GUSS – Gugging Swallowing Screen</b> (0–20; valores mais elevados indicam melhor capacidade de deglutição; inclui recomendações dietéticas associadas).</li> <li>• <b>Gravidade neurológica:</b> avaliada através da <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS) e do <i>National Institutes of Health Stroke Scale</i> (NIHSS).</li> <li>• <b>Desfecho secundário:</b> incidência de pneumonia associada ao AVC (SAP), definida segundo critérios do <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (CDC) e confirmada por avaliação médica.</li> </ul>
<p><b>Nível de evidência alcançado (se aplicável)</b></p>	<p>Level 1.c – RCT</p>
<p><b>Contributos para a questão de revisão</b></p>	<p>Os cuidados orais estruturados, isoladamente ou combinados com estimulação elétrica neuromuscular (NMES), quando iniciados até 48 horas após o AVC isquémico e conduzidos por enfermagem, mostraram-se exequíveis e seguros. Evidenciaram benefícios clínicos precoces na deglutição (GUSS) e na saúde oral (ROAG), com potencial redução da pneumonia associada ao AVC (SAP) face aos cuidados habituais. O grupo submetido a cuidados orais + NMES apresentou as maiores melhorias; contudo, o estudo não dispõe de poder estatístico para estabelecer superioridade entre intervenções. São necessários ensaios multicêntricos, cegos e com avaliação instrumental (videofluoroscopia – VFSS e</p>

	fibroendoscopia – FEES) para confirmar a eficácia e a custo-efetividade.
<b>Estudo 7</b>	
<b>Autor/es</b>	Smith, E. E., Kent, D. M., Bulsara, K. R., Leung, L. Y., Lichtman, J. H., Reeves, M. J., Towfighi, A., Whiteley, W. N., & Zahuranec, D. B.
<b>Título</b>	Effect of dysphagia screening strategies on clinical outcomes after stroke: A systematic review for the 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke.
<b>Ano de Publicação</b>	2018
<b>País de Origem</b>	Estados Unidos da América
<b>Objetivos</b>	Determinar se a implementação de protocolos/estratégias de rastreio de disfagia reduz pneumonia, morte ou dependência após AVC.
<b>Metodologia/Métodos</b>	Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (RCTs).
<b>Fontes de pesquisa utilizadas</b>	B-On
<b>Interpretação desenvolvida</b>	<p><b>Intervenções analisadas:</b> estratégias de rastreio/triagem da disfagia e intervenções de melhoria da qualidade, maioritariamente conduzidas por equipas de enfermagem geral em unidades de AVC.</p> <p><b>Resumo das intervenções e instrumentos nos ensaios clínicos aleatorizados (ECA) incluídos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>QASC</b> (<i>cluster-ECA</i>, 19 unidades): intervenção multidomínio “fever, sugar, swallowing”, que integrou formação de enfermagem e aplicação do <i>Acute Screening of Swallow in Stroke or TIA</i> (ASSIST) por enfermeiros previamente avaliados em exame de competência.</li> <li>• <b>Miles et al.</b> (<i>ECA individual</i>): comparação entre avaliação clínica padrão isolada ou combinada com teste do reflexo</li> </ul>

da tosse (nebulização de ácido cítrico) como complemento do rastreio.

- **Rai et al.** (*cluster-ECA* por enfermarias): implementação de via clínica para AVC com inclusão de ecrã de deglutição local (nível de consciência, força da voz/tosse, ingestão de água e de alimentos moles locais), associada a ações de educação dirigidas a profissionais de saúde, doentes e cuidadores.

**Instrumentos referidos:** ASSIST; teste do reflexo da tosse; ecrãs de deglutição locais com prova de água e observação clínica.

**Número de estudos incluídos:** 3 ECA.

- **QASC** (n = 1126, 19 unidades): observou-se redução do desfecho composto morte ou dependência (mRS  $\geq 2$ ) no grupo intervenção (42% vs 58%; p = 0,002). Não se registaram diferenças significativas na incidência de pneumonia por aspiração (2,1% vs 2,7%; p = 0,82) ou na mortalidade isolada (3,7% vs 5,3%; p = 0,36).
- **Miles et al.** (n = 311): a adição do teste do reflexo da tosse não reduziu a ocorrência de pneumonia confirmada aos 90 dias (26% vs 21%; OR ajustado 1,7; p = 0,38) nem a mortalidade (14% vs 20%; OR ajustado 0,7; p = 0,23).
- **Rai et al.** (n = 162; elevado risco de viés): verificou-se menor necessidade de ventilação mecânica (7,8% vs 17,6%; OR 0,39; p = 0,05) e menor mortalidade aos 90 dias (7,8% vs 20%; p = 0,02) no grupo intervenção; observou-se ainda tendência não significativa para menor incidência de pneumonia (6,5% vs 15,3%; p = 0,10).

	<b>Meta-análise:</b> não realizada devido ao número insuficiente de estudos e heterogeneidade entre eles.
<b>Nível de evidência alcançado (se aplicável)</b>	Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)
<b>Contributos para a questão de revisão</b>	A evidência disponível proveniente de ensaios clínicos aleatorizados (ECA) permanece insuficiente para concluir que a aplicação de protocolos específicos de rastreio da disfagia reduza a incidência de pneumonia, mortalidade ou dependência após AVC. O maior ECA incluído (QASC) demonstrou benefício na redução do desfecho composto morte/dependência no âmbito de uma intervenção multidomínio liderada por enfermagem, mas não evidenciou impacto na ocorrência de pneumonia. O efeito isolado do rastreio da disfagia não pôde, assim, ser determinado. São necessários estudos prospectivos, idealmente <i>cluster</i> -aleatorizados, que comparem métodos padronizados de rastreio com desfechos clínicos robustos.