SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS ENFERMEIROS | **Nº 38** | **JUL-SET 2026** | ISSN 2184-2035

a+ua



Renascer 2.0

Editorial por Miguel Vasconcelos, Presidente da SRNOE

Enfermagem de Reabilitação: criar valor hoje, preparar o futuro

Luís Gaspar

Do que fazemos ao que conseguimos demonstrar

Olga Ribeiro

Boas práticas em Enfermagem de Reabilitação

Salomé Sobral

FICHA TÉCNICA: Boletim Informativo da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros. **Diretor** Miguel Vasconcelos. **Coordenação** Gabinete de Comunicação Imagem do Norte. **Redação** Comissão Editorial da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros. **Conceção Gráfica** Graficamares, Lda. **Periodicidade** Trimestral

SmartLunch
Tel.: 212 434 510
E-mail: smartlunch@sapo.pt

Visiduo
Rua de Timor, 31, r/c E
4710-505 S. Vicente, Braga
Tel.: 253 195 750
913 322 764
E-mail: geral@visiduotica.com

Casas da Assureira
Lugar da Assureira
4960-026 Castro Laboreiro
Tel.: 933 207 383
962 714 030
938 336 531
E-mail: casasdassureira@gmail.com

Mimo Natura
Av. Dr. Porfírio da Silva, 135
4715-044 Braga
Tel.: 914 279 200
917 312 450
E-mail: geral@mimonatura.pt

Sopro Jewellery
Rua Sociedade Nacional
dos Fósforos, 68
4150-037 Porto
E-mail: info@soprojewellery.com

CONSULTE AS VANTAGENS DOS PROTOCOLOS EM:
https://www.ordemenfermeiros.pt/plus-enfermeiro-mais-benef%C3%ADcios/
ou através de:

sabia que?

apoio jurídico

A SRNOE disponibiliza consultoria jurídica, por marcação prévia, aos seus membros. Para usufruir deste serviço, contacte-nos através do mail: smorte@ordemenfermeiros.pt

parque grátis

Pode vir à Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros e deixar o carro na Garagem David & Filhos, situado na Rua da Constituição, 238 sem custos.

Para mais informação faça scan ao Código QR





Renascer 2.0

Há momentos em que a vida muda sem pedir licença. Há imprevistos que não desaparecem quando termina o tratamento. Há tratamentos que salvam mas não devolvem vida.

A pessoa até pode estar estabilizada e, ainda assim, não conseguir voltar a fazer aquilo que fazia antes. É aqui que começa a reabilitação e é por isso que a vejo como uma segunda oportunidade de vida. Reabilitar é recuperar e adaptar. É devolver autonomia sempre que possível, ajudar a pessoa a encontrar novas formas de fazer o que fez sempre e permitir que continue, o mais autónoma possível, a sua própria vida.

Enquanto escrevo este editorial, começa a finalizar-se o Orçamento de Estado para 2027 e eu questiono-me se é desta que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação serão considerados, não só pelo que retorno social que geram, mas pela despesa que evitam. Não me cansarei de repetir que as métricas pelas quais se avaliam os enfermeiros estão mal dimensionadas, porque se olha ao acto e não à quebra de necessidade assistencial. Mas a verdade é que ao recuperarmos funcionalidade, reduzimos dependência e capacitamos para o autocuidado. Precisamos é de conseguir demonstrá-lo.

Há, evidentemente, um impacto económico que não podemos ignorar. Prevenir complicações, reduzir dependências evitáveis e, em determinados contextos, diminuir reinternamentos ou utilização não programada dos serviços significa também utilizar melhor os recursos disponíveis.

Mas o futuro da reabilitação não está apenas em recuperar o que se perdeu. Na verdade, está em antecipar a perda funcional, intervir mais cedo, garantir continuidade e produzir conhecimento capaz de demonstrar aquilo que fazemos e a diferença que fazemos.

Quando falo em Renascer 2.0, é porque não queremos levar o doente ao ponto onde estava. Queremos que encontre uma nova forma de viver, com aquilo que ficou, com aquilo que recuperámos e com aquilo que ainda podemos conquistar.

Esta edição da Atua parece ser sobre reabilitação. Mas é sobre autonomia, futuro e capacidade de continuar a viver.

Miguel Vasconcelos
Presidente da SRNOE

> **DEVOLVER AUTONOMIA SEMPRE QUE POSSÍVEL, AJUDAR A PESSOA A ENCONTRAR NOVAS FORMAS DE FAZER O QUE FEZ SEMPRE**

Ordem dos Enfermeiros
NORTE

Rua Latino Coelho, n.º 352
4000-314 PORTO
Tel.: 225072710
srnorte@ordemenfermeiros.pt



LUÍS GASPAR

Enfermagem de Reabilitação: criar valor hoje, preparar o futuro

Falar sobre o papel da Enfermagem de Reabilitação no sistema de saúde não pode limitar-se unicamente a reafirmar a importância da especialidade. Entre enfermeiros, isso acrescenta pouco. Conhecemos as nossas competências e sabemos o contributo que podemos dar perante situações que comprometem a funcionalidade, o autocuidado e a autonomia das pessoas. A discussão que importa fazer é outra: ***Onde cria a Enfermagem de Reabilitação valor, o que perde o sistema quando não utiliza adequadamente esse valor e que evolução precisamos de assumir nos próximos anos?***

Em 2024, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 24,3% da população residente em Portugal e o índice de envelhecimento atingia 192,4 idosos por cada 100 jovens. Vivemos mais anos e sobrevivemos a situações clínicas cada vez mais complexas. Esse progresso coloca-nos perante uma realidade incontornável: tratar a doença ou estabilizar uma situação clínica não significa, necessariamente, recuperar ou preservar a capacidade da pessoa para viver a sua vida. É nesse espaço que a Enfermagem de Reabilitação tem um papel particularmente relevante. Portugal precisa cada vez mais de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, o problema é que o sistema ainda não os integra com a consistência que essa necessidade exige.

O principal contributo da Enfermagem de Reabilitação está na forma como ajuda a pessoa a lidar com as consequências da doença ou da limitação funcional, preservando o maior grau possível de autonomia. Na minha perspetiva, isso faz-se sempre em duas dimensões que não podem ser separadas: a gestão de sinais e sintomas que interferem com a funcionalidade e o bem-estar e a capacitação da pessoa e da família para compreenderem a situação e aprenderem a geri-la com mais segurança e autonomia. É essa articulação que dá sentido à nossa prática clínica. Não se trata apenas de prevenir complicações ou de melhorar uma função específica, embora isso seja essencial. Trata-se também de ajudar a pessoa a readquirir capacidades, a adaptar-se àquilo que mudou e a manter um papel ativo na sua própria vida. Quando isso é conseguido, os ganhos são muito concretos: melhor controlo da situação clínica, mais segurança, maior autonomia no autocuidado, melhor mobilidade, menos dependência evitável e mais confiança para viver com a condição de saúde. É isso que, a meu ver, melhor traduz **o valor da Enfermagem de Reabilitação**. É aqui que criamos valor. Mas criar valor não basta; precisamos de o tornar visível e mensurável. Se promovemos funcionalidade, temos de a avaliar. Se reduzimos dependência, precisamos de demonstrar essa evolução. Se capacitamos para o autocuidado, importa perceber aquilo que a pessoa passou efetivamente a conseguir fazer. Se procuramos prevenir complicações ou perda funcional, precisamos também de conhecer o resultado dessa intervenção. Esta não é apenas uma exigência científica. É uma questão de maturidade profissional. Uma especialidade não se afirma apenas por aquilo que faz, mas tam-

bém pela capacidade de demonstrar o valor que acrescenta.

Existe, contudo, um ponto que exige maior clareza na forma como exercemos e organizamos os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação: temos de deixar de considerar normal que competências especializadas sejam permanentemente diluídas na resposta indiferenciada. Isso acontece quando o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é sistematicamente afastado da sua intervenção especializada para responder às necessidades gerais das equipas. Mas acontece também quando intervenções especializadas começam a ser entendidas como um conjunto de tarefas que podem ser executadas indiferenciadamente, bastando que tenham sido previamente prescritas pelo EEER. Aqui importa sermos claros: delegar a execução de uma intervenção não é delegar uma competência especializada. Prescrever uma intervenção especializada para ser executada por outrem não transforma quem a executa num enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, nem é suposto que o faça. Os referenciais da especialidade admitem que determinadas atividades que concretizam intervenções de Enfermagem de Reabilitação sejam suscetíveis de delegação, mas estabelecem uma condição essencial: a supervisão do EEER. E essa supervisão não é um detalhe.

Um programa de Enfermagem de Reabilitação não é uma folha de exercícios nem uma sucessão de procedimentos previamente definidos. Pressupõe avaliação, interpretação da situação da pessoa, definição de objetivos e decisão sobre a intervenção mais adequada. E a decisão clínica não termina quando começa a execução: a resposta da pessoa exige observar, interpretar e ajustar a intervenção. É nesse processo que se expressa a diferenciação clínica do especialista. A articulação entre enfermeiros especialistas e enfermeiros de cuidados gerais é indispensável e desejável. Existem atividades cuja continuidade pode ser assegurada por outros enfermeiros, desde que tal seja adequado, devidamente enquadrado e supervisionado. Mas complementaridade não significa indiferenciação. Esta não é uma discussão corporativa. É uma discussão sobre qualidade dos cuidados e sobre a utilização adequada das competências existentes no sistema.

Precisamos de dar maior consequência às competências da prescriçao, especialmente dos produtos de apoio. O EEER avalia a funcionalidade, a mobilidade, o equilíbrio e a marcha, identifica necessidades, seleciona produtos de apoio, ensina e treina a sua utilização e avalia os resultados. Não faz sentido que todo este processo de avaliação e decisão especializada não possa ter consequência direta na prescrição efetiva. A seleção e prescrição de produtos de apoio integra as competências reconhecidas ao EEER. O desafio está em garantir que essa competência encontra tradução efetiva nos circuitos de acesso e financiamento. Não se trata de reivindicar território profissional. Trata-se de coerência clínica. Se temos competência para avaliar a necessidade, selecionar o produto adequado, capacitar para a sua utilização e avaliar os resultados, importa que o sistema dê consequência a essa competência e evite circuitos que apenas atrasam uma resposta necessária. Maior autonomia implica, naturalmente, maior responsabilidade. Prescrever significa avaliar, decidir, fundamentar, acompanhar e responder pelos resultados dessa decisão. É precisamente por isso que a operacionalização efetiva desta competência deve ser entendida como aprofundamento da diferenciação clínica e não apenas como aquisição de uma nova prerrogativa profissional.

> **O PRINCIPAL CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO ESTÁ NA FORMA COMO AJUDA A PESSOA A LIDAR COM AS CONSEQUÊNCIAS DA DOENÇA OU DA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, PRESERVANDO O MAIOR GRAU POSSÍVEL DE AUTONOMIA**

A transição de cuidados é também um dos desafios que temos pela frente. A mudança de contexto não deveria interromper o percurso de reabilitação. Os objetivos definidos, os ganhos alcançados, as limitações ainda existentes e as necessidades de continuidade devem acompanhar a pessoa ao longo dessa transição. Outro desafio é a pré-habilitação, enquanto expressão de uma intervenção que se antecipa a situações potencialmente geradoras de perda funcional. A recuperação funcional e a promoção da autonomia continuarão a ser dimensões centrais da especialidade, mas precisamos também conseguir intervir mais cedo e com maior continuidade. Significa identificar precocemente situações de risco de declínio funcional, antecipar consequências previsíveis dos processos de saúde e doença e intervir antes que determinadas limitações se traduzam em dependência acrescida. Significa reforçar a presença e a intervenção da Enfermagem de Reabilitação nos cuidados de saúde primários, no domicílio e na comunidade, sem perder a diferenciação construída no contexto hospitalar.

O futuro da especialidade depende daquilo que o sistema está disponível para reconhecer e organizar, mas depende igualmente da forma como nós próprios a exercemos. Não podemos pedir diferenciação e acomodar-nos a práticas indiferenciadas. Não podemos reclamar autonomia sem assumir a responsabilidade que acompanha a decisão autónoma. Não podemos defender o valor da nossa intervenção sem avaliar resultados. Não podemos falar de prática baseada na evidência sem contribuir para produzir essa evidência. E não devemos aceitar como inevitável a diluição de competências especializadas apenas porque, num determinado momento, essa é a solução organizacional mais simples. A Enfermagem de Reabilitação tem hoje maturidade científica, profissional e regulamentar suficiente para fazer uma discussão diferente: já não apenas sobre reconhecimento, mas sobre valor, resultados, autonomia e futuro.

Mais do que continuarmos a afirmar que a Enfermagem de Reabilitação é necessária, precisamos de demonstrar onde faz diferença, assegurar que as suas competências são verdadeiramente utilizadas e antecipar as necessidades que o sistema de saúde nos vai colocar. O desafio dos próximos anos é claro: garantir que a Enfermagem de Reabilitação está onde é necessária, intervém quando pode fazer mais diferença e consegue demonstrar o valor que acrescenta.◆

Do que fazemos ao que conseguimos demonstrar: o futuro da investigação em enfermagem de reabilitação



ENTREVISTA

OLGA RIBEIRO

Quando olhamos para o percurso da investigação em Enfermagem de Reabilitação em Portugal, em que ponto nos encontramos?

Diria que estamos num momento de transição particularmente importante. Na última década fizemos um percurso muito relevante de consolidação da Enfermagem de Reabilitação. Investimos na sistematização do processo de tomada de decisão clínica, na clarificação dos focos de atenção, na identificação dos diagnósticos, na prescrição e implementação das intervenções e na avaliação dos resultados. Temos hoje maior capacidade para explicitar aquilo que fazemos, porque fazemos, como fazemos e quais os resultados que pretendemos alcançar. Esse percurso era absolutamente necessário. Não podemos investigar de forma consistente aquilo que ainda não conseguimos conceptualizar, sistematizar e medir.

Também do ponto de vista da investigação fizemos um caminho importante. Tem sido expressiva a realização de estudos descritivos e exploratórios, estudos qualitativos, estudos de caso e diferentes modalidades de síntese da evidência. Estes desenhos tiveram, e continuam a ter, um papel fundamental. Permitiram conhecer melhor as populações, compreender as experiências das pessoas e dos cuidadores, caracterizar fenómenos, clarificar conceitos, sistematizar intervenções, explorar resultados e identificar problemas relevantes para a prática profissional. Mas a maturidade que alcançámos coloca-nos agora uma exigência adicional: precisamos demonstrar o valor produzido pela intervenção especializada de Enfermagem de Reabilitação.

Se já conseguimos explicitar melhor aquilo que fazemos, qual deve ser agora o passo seguinte na investigação?

Precisamos de evoluir progressivamente de uma investigação orientada para descrever aquilo que fazemos para uma investigação capaz de responder, com maior robustez, a uma pergunta aparentemente simples, mas decisiva: que diferença produz aquilo que fazemos? Esta passagem da descrição da atividade para a demonstração do valor parece-me um dos principais desafios da investigação em Enfermagem de Reabilitação nos próximos anos.

Sabemos que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação avalia a pessoa, reconhece alterações e necessidades que sustentam a formulação dos diagnósticos, estabelece objetivos, planeia e implementa intervenções e reavalia continuamente os resultados. Sabemos também que a sua intervenção está intencionalmente orientada para a otimização da função, a reeducação e a readaptação funcional, a capacitação, o autocuidado, a independência, a autonomia, a prevenção de complicações e a participação social. O desafio científico está agora em demonstrar em que medida determinados programas ou intervenções produzem esses resultados e qual a magnitude e a duração dos efeitos obtidos.

O referido impõe aumentar a investigação orientada para a eficácia, efetividade e valor das intervenções de Enfermagem de Reabilitação. Isto implica comparar intervenções, acompanhar resultados ao longo do tempo, utilizar amostras adequadamente dimensionadas e definir previamente resultados que sejam clinicamente

relevantes e coerentes com o core da especialidade. Precisamos, por exemplo, de perceber se um determinado programa estruturado de Enfermagem de Reabilitação melhora efetivamente a funcionalidade, a independência no autocuidado, a autonomia ou a participação; se reduz complicações, dependência, reinternamentos ou utilização não programada dos serviços de saúde; se melhora a qualidade de vida; se os ganhos se mantêm depois de terminado o programa; para que pessoas produz melhores resultados; e em que contextos é possível reproduzir esses resultados.

E temos de garantir que aquilo que medimos traduz efetivamente a nossa intervenção. Se o core da especialidade está na funcionalidade, no autocuidado, na capacitação, na adaptação, na independência, na autonomia e na participação, estes domínios têm de estar claramente representados nos outcomes da investigação. Não podemos limitar a avaliação dos nossos programas a indicadores que, embora importantes, poderão não traduzir aquilo que especificamente acrescentamos através dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Que tipos de estudos precisamos, então, de desenvolver nos próximos anos?

Não existe um desenho de investigação adequado a todas as perguntas. O ponto de partida deve ser sempre a questão de investigação, e é ela que deve determinar a opção metodológica. Por isso, defender a necessidade de estudos com maior robustez não significa desvalorizar a investigação qualitativa, os estudos descritivos, os estudos de caso ou as revisões da literatura. Todos respondem a perguntas diferentes e todos podem ser indispensáveis. No entanto, quando a pergunta é sobre o efeito de uma intervenção, precisamos de investir mais em estudos concebidos especificamente para responder a essa questão. Neste domínio, os ensaios clínicos aleatorizados e controlados devem ter maior expressão na investigação em Enfermagem de Reabilitação, sempre que sejam ética, metodológica e operacionalmente adequados.

Uma vez que a concretização de estudos experimentais nem sempre é viável, os estudos quasi-experimentais, com avaliação pré e pós-intervenção e múltiplos momentos de seguimento, continuarão a assumir um papel fundamental. Também precisamos de mais estudos prospetivos e longitudinais, capazes de acompanhar a evolução da funcionalidade, do autocuidado, da autonomia e da participação ao longo do tempo.

Há ainda outro desafio: aumentar a dimensão e a diversidade das amostras. Muitos problemas relevantes dificilmente poderão ser respondidos, através de estudos realizados num único contexto. Precisamos, consequentemente, de mais investigação multicêntrica, capaz de envolver diferentes instituições, contextos assistenciais e populações, aumentando a robustez e a possibilidade de generalização dos resultados.

Para além disso, não basta saber se uma intervenção funciona. Precisamos de compreender como e por que razão funciona, para quem funciona e em que circunstâncias. É aqui que os métodos mistos podem ter uma contribuição particularmente interessante, articulando a avaliação quantitativa com a compreensão das experiências das pessoas, cuidadores e profissionais.

E há uma área que considero igualmente importante para a demonstração do valor: a avaliação económica. Num contexto de recursos limitados, demonstrar que determinado programa produz melhores resultados é fundamental, mas perceber os recursos necessários para produzir esses resultados poderá ser determinante para a tomada de decisão e para a expansão dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Portanto, não se trata de substituir os desenhos que utilizámos até agora por ensaios clínicos. Trata-se de construir projetos de investigação progressivos e complementares: compreender o fenómeno; identificar as necessidades; desenvolver a intervenção; estudar a sua viabilidade; avaliar a eficácia e a efetividade; compreender a experiência das pessoas; estudar a implementação; e avaliar a sustentabilidade e o valor produzido. É essa continuidade que permitirá passar de estudos isolados para verdadeiras linhas de investigação.

Esta evolução exige também novas competências de investigação nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação?

Sem dúvida. Durante muitos anos investimos, justificadamente, no desenvolvimento das competências clínicas especializadas. Temos de continuar a fazê-lo. Contudo, a maturidade de uma especialidade exige que o aprofundamento das competências clínicas seja acompanhado pelo desenvolvimento de competências de investigação.

É particularmente significativo que a Organização Mundial da Saúde inclua a investigação como um dos domínios do seu Rehabilitation Competency Framework. Nesse domínio estão contempladas duas competências nucleares: integrar a evidência na prática e contribuir para o fortalecimento da evidência em reabilitação. O modelo tem ainda uma característica particularmente interessante: organiza estas competências por diferentes níveis de proficiência. Isto significa reconhecer que nem todos os profissionais têm de desempenhar exatamente o mesmo papel. Nos níveis iniciais, espera-se que o profissional utilize evidência na tomada de decisão e participe, de forma orientada, em atividades de investigação. Nos níveis mais avançados, espera-se capacidade para avaliar criticamente a evidência, utilizar diferentes metodologias, disseminar conhecimento e iniciar ou supervisionar atividades de investigação.

> **O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AVALIA A PESSOA, RECONHECE ALTERAÇÕES E NECESSIDADES QUE SUSTENTAM A FORMULAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, ESTABELECE OBJETIVOS, PLANEIA E IMPLEMENTA INTERVENÇÕES E REAVALIA CONTINUAMENTE OS RESULTADOS**

Esta perspetiva permite ultrapassar a ideia de que investigar é uma atividade exclusiva da academia. Pela proximidade diária à pessoa, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação está numa posição privilegiada para identificar problemas clinicamente

relevantes, questionar práticas, reconhecer necessidades sem resposta e perceber quais os resultados que verdadeiramente importam às pessoas.

Que lugar devem a inovação e a inteligência artificial ocupar na investigação em Enfermagem de Reabilitação?

A inovação deve assumir um lugar cada vez mais relevante na agenda de investigação em Enfermagem de Reabilitação. Os desafios demográficos e epidemiológicos, o aumento das doenças crónicas, a sobrevivência com diferentes níveis de compromisso funcional e a necessidade de garantir continuidade dos cuidados exigem que procuremos novas formas de responder às necessidades das pessoas, sem perder aquilo que constitui a essência da especialidade.

Neste sentido, fruto da ampliação das possibilidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, existem várias áreas que justificam investigação: telereabilitação e modelos híbridos de acompanhamento; realidade virtual e aumentada; robótica; dispositivos vestíveis e sensores; aplicações móveis; jogos terapêuticos e outras tecnologias imersivas; intervenções digitais de educação e capacitação; e, cada vez mais, a inteligência artificial.

A investigação recente em reabilitação mostra uma expansão destas tecnologias, mas evidencia simultaneamente a necessidade de avaliações clínicas mais robustas e realizadas em contextos reais.

A inteligência artificial abre novas possibilidades de investigação, nomeadamente no apoio à personalização dos programas de Enfermagem de Reabilitação, à adaptação das intervenções à evolução da pessoa, à promoção da adesão, à capacitação para o autocuidado, à monitorização do desempenho funcional e ao acompanhamento à distância. Mas estas possibilidades constituem, acima de tudo, novas perguntas de investigação.

Mais do que perguntar se conseguimos utilizar determinada tecnologia, deveremos perguntar: esta solução melhora os resultados da pessoa? Promove maior funcionalidade, autonomia, autocuidado e participação? Aumenta a adesão ao programa de reabilitação? Facilita a continuidade dos cuidados? É acessível a diferentes populações? Acrescenta valor relativamente às estratégias atualmente utilizadas? Não basta, portanto, desenvolver ou adotar uma inovação. É necessário avaliar a sua viabilidade, usabilidade, aceitabilidade, segurança, eficácia, efetividade e implementação em contextos reais. A inovação que interessa à Enfermagem de Reabilitação não é, necessariamente, a tecnologicamente mais sofisticada. É aquela que resolve um problema relevante, acrescenta valor aos cuidados e contribui para melhores resultados para a pessoa.

Mas, para produzir investigação de maior qualidade, basta desenvolver competências nos enfermeiros? Que condições precisamos de criar para que a investigação aconteça?

Este é, provavelmente, um dos aspetos mais importantes quando pensamos no futuro.

Não podemos defender que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação devem investigar mais e melhor sem discutir as condições em que trabalham. O desenvolvimento da investigação não depende exclusivamente das competências, da disponibilidade ou da motivação individual. Depende também dos ambientes de prática profissional que as organizações conseguem criar.

Por isso, precisamos de acrescentar à discussão sobre ambientes de prática profissional positivos uma dimensão que considero fundamental: a capacidade do ambiente para potenciar investigação, inovação e utilização do conhecimento. Esta dimensão é particularmente importante, porque os próprios Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação identificam a falta de tempo, as cargas de trabalho elevadas e as dificuldades de acesso à investigação como barreiras à sua utilização.

Acima de tudo, precisamos de consolidar a aproximação entre contextos clínicos e academia. Não numa lógica em que a academia produz e a clínica recebe, mas numa verdadeira parceria: as perguntas emergem também dos contextos; os projetos são coconstruídos; os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação participam na investigação; e o conhecimento regressa aos contextos para ser utilizado e avaliado.

Precisamos igualmente de superar a fragmentação da investigação. Estudos isolados, com amostras pequenas e circunscritos a uma única organização dificilmente responderão a algumas das questões mais relevantes para o desenvolvimento da especialidade. O futuro deverá passar pela criação e consolidação de redes de investigação multicêntricas, nacionais e internacionais, organizadas em torno de linhas prioritárias da Enfermagem de Reabilitação, capazes de agregar massa crítica, harmonizar intervenções e resultados, aumentar a dimensão das amostras e promover investigação clínica de maior alcance.

> *Talvez seja, por isso, esta a principal mensagem para o futuro: já demos passos muito importantes para sistematizar, fundamentar e tornar visível aquilo que fazemos. A próxima etapa é demonstrar, através de investigação cada vez mais robusta, colaborativa e clinicamente relevante, o valor que aquilo que fazemos acrescenta à vida das pessoas. E esse valor terá de ser demonstrado naquilo que verdadeiramente define a Enfermagem de Reabilitação: na funcionalidade que se recupera ou preserva, na independência que se promove, na autonomia que se reconstrói, no autocuidado que se torna possível, nas complicações que se evitam, nas transições que se tornam mais saudáveis, na participação que se recupera e na qualidade de vida que se acrescenta...*

Quando conseguirmos demonstrar estes resultados de forma consistente, em diferentes contextos e com investigação de elevada qualidade, não estaremos apenas a produzir mais investigação. Estaremos a produzir melhor investigação! Investigação capaz de transformar a prática, sustentar decisões clínicas e organizacionais, orientar o desenvolvimento da especialidade e tornar cada vez mais inequívoco o contributo da Enfermagem de Reabilitação para as pessoas, para as organizações e para os sistemas de saúde. ◆



Salomé
Sobral

Boas práticas em **Enfermagem de Reabilitação**



Autor:

Salomé Sobral
Serviço de Neurocirurgia,
ULSSA

Falar de boas práticas em Enfermagem de Reabilitação requer, antes de mais, reflexão sobre o próprio significado de reabilitar. O conceito de reabilitação tem vindo a ampliar-se, incorporando uma visão que ultrapassa a ideia de restauração ou recuperação da função. Centrada na pessoa, a reabilitação é atualmente entendida como um processo e uma estratégia orientados para a otimização da funcionalidade, integração social, autonomia e qualidade de vida. É um conceito emergente, que transcende a soma das suas partes e cuja compreensão não se esgota na enumeração das intervenções que o constituem (Wade, 2021). Tem como objetivo maximizar a capacidade da pessoa para viver, trabalhar e aprender (World Health Organization, 2020).

É nesta conceção que se integra a Enfermagem de Reabilitação, uma área especializada que acompanha a pessoa nos vários níveis de cuidados e ao longo do ciclo de vida, orientando-se para a maximização do seu potencial e para a participação ativa no próprio projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A complexidade do cuidar em reabilitação convoca perspetivas conceptuais que permitem ao enfermeiro olhar para a pessoa nas diversas dimensões da sua experiência e orientar a intervenção. Estes referenciais constituem uma base teórica que fundamenta o cuidado de reabilitação, contribuindo para a compreensão e abordagem dos problemas reais e potenciais que interferem com as atividades de vida (Roper et al., 2001), para o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado (Orem, 2001), para o acompanhamento dos processos de transição decorrentes das mudanças na condição de saúde (Meleis, 2010) ou para a promoção de um Bem Viver (Vargas et al., 2023).

Mas o que significa, afinal, uma boa prática em Enfermagem de Reabilitação? A resposta não parece residir apenas naquilo que o enfermeiro faz, mas também na forma como pensa, sustenta as suas decisões e atribui sentido à sua intervenção. A prática baseada na evidência constitui uma dimensão essencial de uma Enfermagem de Reabilitação que se pretende fundamentada e capaz de responder às necessidades concretas das pessoas. Num estudo realizado com enfermeiros de reabilitação, Mitro et al. (2022) identificaram barreiras à transferência do conhecimento científico para a prática clínica, relacionadas com a falta de tempo protegido, a carga de trabalho e o acesso à informação.

A opinião expressa no presente artigo é da responsabilidade exclusiva da autora.

Em reabilitação, o princípio fundamental da tomada de decisão baseada na evidência é o que alcança o melhor resultado para a pessoa. Esta abordagem assenta em modelos de racionalidade, nos quais as decisões são orientadas pela fiabilidade da evidência disponível, integrando sempre os objetivos individuais, o contexto, a comunicação efetiva e o trabalho em equipa (Novak et al., 2021; Wade, 2020).

Esta perspetiva evidencia que a qualidade da decisão não depende apenas do conhecimento individual, mas também da capacidade de integrar diferentes saberes e competências, numa lógica de mobilização coletiva do saber especializado. Em contextos de reabilitação, a complexidade das necessidades da pessoa torna particularmente relevante a colaboração entre profissionais, assente na partilha de informação, na complementaridade dos contributos e no reconhecimento da sua interdependência (Doornebosch et al., 2022).

A Organização Mundial da Saúde, através do Rehabilitation Competency Framework, reconhece a competência em reabilitação como multidimensional, organizada em cinco domínios: prática, profissionalismo, aprendizagem e desenvolvimento, gestão e liderança e investigação. Embora os profissionais de reabilitação se diferenciem pelos seus saberes, funções e responsabilidades, o referencial identifica competências transversais a toda a força de trabalho em reabilitação, que sustenta o exercício nos diferentes domínios. Assim, na diversidade dos saberes especializados, reconhece-se um conjunto de competências partilhadas que favorece a sua articulação e a construção de respostas colaborativas (World Health Organization, 2020).

Esta lógica de complementaridade estende-se à própria equipa de enfermagem. O conhecimento especializado do enfermeiro pode contribuir para integrar a reabilitação na prática diária da equipa, através, por exemplo, de programas de mobilidade precoce, estimulação cognitiva, treino do autocuidado ou gestão da eliminação, ampliando as oportunidades de reabilitação para além da sua intervenção direta. Esta dimensão é também reconhecida pela Association of Rehabilitation Nurses (2015), que atribui ao enfermeiro de reabilitação um papel de educador no desenvolvimento de competências da equipa, através da orientação, formação contínua e mentoria, promovendo a aplicação da evidência à prática clínica. Esta condição é corroborada num estudo qualitativo realizado num hospital de reabilitação, onde a mentoria emergiu como um fator facilitador, destacando-se o contributo dos enfermeiros de reabilitação na orientação e no apoio a colegas generalistas, através da partilha de conhecimento e experiência, contribuindo para a qualidade dos cuidados (Shirozhan et al., 2022).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação constituem um instrumento essencial para a melhoria contínua e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada. Abrangem diferentes dimensões da qualidade dos cuidados, nomeadamente a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Definido o campo de ação, importa tornar visíveis os resultados em saúde alcançados. Contudo, em reabilitação, demonstrar esses ganhos nem sempre é simples, uma vez que as mudanças podem ocorrer em diferentes dimensões sem correspondência nas medidas utilizadas. O'Connor (2020) salienta que, para as pessoas, os ganhos da reabilitação são frequentemente percebidos na participação e na qualidade de vida, enquanto muitas das medidas utilizadas pelos profissionais continuam a privilegiar a avaliação da função e da atividade.

De igual forma, uma revisão recente de Widge et al. (2026), que analisou os resultados em saúde e as medidas utilizadas na reabilitação de adultos com lesão neurológica, identificou lacunas na sua avaliação, não tendo sido encontradas medidas para alguns domínios considerados significativos para as pessoas, como a acessibilidade dos ambientes e as questões atitudionais. Estes dados evidenciam um desfasamento entre os resultados que se consideram importantes e aquilo que os instrumentos utilizados conseguem efetivamente captar.



Função, atividade, participação e qualidade de vida correspondem a dimensões distintas e não podem ser assumidas como expressões equivalentes de um mesmo resultado. A escolha do instrumento deve, por isso, ser coerente não apenas com o resultado que se pretende demonstrar, mas com o construto que se pretende avaliar. Se boas práticas em Enfermagem de Reabilitação significam intervir sobre aquilo que é significativo para a pessoa, também a avaliação dos resultados deve procurar tornar visível e medir aquilo que para ela tem significado.

> OS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CONSTITUEM UM INSTRUMENTO ESSENCIAL PARA A MELHORIA CONTÍNUA E UM REFERENCIAL PARA A REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA ESPECIALIZADA



Referências bibliográficas

Association of Rehabilitation Nurses. (2015). *What Does a Rehabilitation Nurse Educator Do?* Retrieved 27.09.2026 from https://rehabnurse.org/about/roles/rehab-nurse-educator

Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A., & Achterberg, W. P. (2022, May). Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc,* 23(5), 764-777.e762. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.028

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* (S. P. Company, Ed.).

Mitro, J. P., Pomeroy, J. M. L., Osman, S., Matta, V., Cai, C., Garfinkel, S., & Weinstein, A. A. (2022, May-Jun 01). Access, Utilization, and Implementation of Research Among Rehabilitation Nurses: A Qualitative Study. *Rehabil Nurs,* 47(3), 99-108. https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000367

Novak, I., te Velde, A., Hines, A., Stanton, E., Mc Namara, M., Paton, M. C. B., Finch-Edmondson, M., & Morgan, C. (2021, 2021-October-05). Rehabilitation Evidence-Based Decision-Making: The READ Model [Mini Review]. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, Volume 2 - 2021.* https://doi.org/10.3389/fresc.2021.726410

O'Connor, R. J. (2020). The economic benefits of rehabilitation for neurological conditions. In V. Dietz, N. S. Ward, C. Kennard, V. Dietz, N. S. Ward, C. Kennard, V. Dietz, & N. S. Ward (Eds.), *Oxford Textbook of Neurorehabilitation* (pp. 0). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780198824954.003.0003

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, (2015). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, (2019). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (Mosby, Ed.).

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney (C. Editores, Ed.).

Shirozhan, S., Arsalani, N., Seyed Bagher Maddah, S., & Mohammadi-Shahboulaghi, F. (2022, 2022-August-11). Barriers and facilitators of rehabilitation nursing care for patients with disability in the rehabilitation hospital: A qualitative study [Original Research]. *Frontiers in Public Health, Volume 10 - 2022.* https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.931287

Vargas, C. P., Schoeller, S. D., Zuchetto, M. A., & Martins, M. M. (2023). REHABILITATION NURSING: METHODOLOGICAL CONSTRUCTION. *Texto & Contexto - Enfermagem, 32*.

Wade, D. T. (2020, May). What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clin Rehabil, 34(5),* 571-583. https://doi.org/10.1177/0269215520905112

Wade, D. T. (2021, Dec). Defining rehabilitation: An exploration of why it is attempted, and why it will always fail. *Clin Rehabil, 35*(12), 1650-1656. https://doi.org/10.1177/02692155211028018

Widge, S., Zidan, A., Kwok, A., Azhdar, M., Kalis, S., Dennett, L., & McCabe, E. (2026, Jul 17). A scoping review of outcome and outcome measure sets for adults with spinal cord injury, stroke, and traumatic brain injury. *J Rehabil Med, 58*, jrm45634. https://doi.org/10.2340/jrm.v58.45634

World Health Organization. (2020). *Rehabilitation Competency Framework,*. https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation-competency-framework

VI ENCONTRO CIENTÍFICO

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

25 DE NOVEMBRO

Entre Turnos e Transferências:

O Desafio da Enfermagem na Urgência Moderna

INSCRIÇÕES
BALCÃO ÚNICO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



Teatro Municipal de Vila do Conde
28 de outubro - 09h00

Ordem dos Enfermeiros
NORTE