



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO  
COM A PESSOA COM COMPROMISSO  
CARDIORRESPIRATÓRIO - AUTOCUIDADO E BEM-  
ESTAR**

**REALIZADO POR:  
RAFAELA PEREIRA**



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

---

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA COM  
COMPROMISSO CARDIORRESPIRATÓRIO - AUTOCUIDADO E BEM-ESTAR**

---

**Análise Crítico - Reflexiva de aquisição de Competências**

**RAFAELA MARIA SEMÊDO SALVADINHA PEREIRA  
ORIENTAÇÃO: PROFESSORA MESTRE SANDY SEVERINO**

**Oeiras, 2025**

*“Being emotionally present to the other” (Swanson, 1993, p.162).*

## **AGRADECIMENTOS**

Às minhas três Marias, as estrelas mais brilhantes da minha vida, pelo seu olhar carinhoso, pelo seu sorriso e pelo seu abraço de ternura e compaixão.

Aos meus pais, Manuela e Francisco, pelo seu amor e dedicação incondicional.

Ao meu marido, Miguel Eduardo, pelo seu humor que revitaliza a cada novo desafio e a toda a minha família.

À minha estimada Professora Sandy Severino, por toda a sua orientação, ensino, ternura e testemunho de um profissionalismo ético-deontológico inigualável, por todo o seu acompanhamento no caminho de cuidados transformadores pela Enfermagem de Reabilitação, premiados pela excelência, qualidade e segurança, centrados numa relação de parceria com a pessoa, família e comunidade. Grata a todos os professores da ESSATLA e enfermeiros que me acompanharam neste mestrado.

À minha querida Enfermeira Responsável Margarida pelo seu exemplo de profissionalismo, coragem e delicadeza. Grata a todas as pessoas que trabalham comigo pela sua ajuda incondicional.

À minha querida Dra. Lucinda pelo seu testemunho de força, vitalidade e tranquilidade.

À Dona Esmeralda pela sua ajuda académica incansável e a todos os funcionários da ESSATLA e das instituições que integrei nos estágios clínicos.

Às minhas amigas Ana Adelaide, Patrícia, Marta, Linda e Cláudia por todos os sorrisos partilhados, pela força e gentileza no percurso trilhado.

A todos aqueles que cruzaram o meu caminho neste mestrado...

A minha humilde gratidão, destacando aqui as pessoas que se encontravam internadas aquando dos meus estágios clínicos e com quem tive a oportunidade de partilhar planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação direcionados a cada projeto de saúde.

E por fim, ao meu gato.

## RESUMO

Um Relatório de Estágio Profissionalizante pretende-se claro com capacidade para espelhar os conhecimentos adquiridos, enquadrado numa especialização profissional. Este trabalho procura demonstrar um aprofundamento de conhecimentos integrais com capacidade de mobilização de questões complexas, mediante uma análise crítico-reflexiva.

**Objetivo:** Descrever o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências de mestre, sendo o objetivo específico descrever o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório na promoção do autocuidado e do bem-estar.

**Metodologia:** O processo metodológico foi suportado numa análise crítico-reflexiva relativa ao desenvolvimento e aquisição de competências espelhado no desenvolvimento do relatório de estágio profissionalizante. Com a realização de um relato de caso no contexto da comunidade e outro no contexto hospitalar com a demonstração de um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório na promoção do autocuidado e do bem-estar.

**Resultados:** Aquisição de competências comuns, específicas e de mestre na demonstração de um conhecimento especializado na mobilização de uma realidade complexa com resolução de dilemas ético-deontológicos, promoção da qualidade e gestão de cuidados com produção científica relevante. Com demonstração de ganhos em saúde na potencialização da funcionalidade, na capacitação do autocuidado e na promoção do bem-estar.

**Conclusão:** Uma reflexão crítico-reflexiva possibilita um processo ímpar na aquisição e desenvolvimento de competências. Os trabalhos desenvolvidos pretendem refletir através de metodologia científica, a aquisição de competências, assim como de ganhos em saúde na potencialização da funcionalidade, na capacitação do autocuidado e na promoção do bem-estar.

**Descritores:** Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado; Bem-Estar; Compromisso Cardiorrespiratório; Competências.

## **ABSTRACT**

A Professional Internship Report is intended to be clear and capable of reflecting the knowledge acquired, within a professional specialization. This work seeks to demonstrate the ability to mobilize complex issues, through a critical-reflective analysis.

**Objective:** Describe the development and acquisition of common skills of the specialist nurse, specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and master's skills, with the specific objective being to describe the Rehabilitation Nursing care plan in training with people having cardiorespiratory compromise in promoting self-care and well-being.

**Methodology:** The methodological process was supported by a critical-reflexive analysis regarding the development and acquisition of skills reflected in the development of the professional internship report. By carrying out a case report in the community context and another one in the hospital with the demonstration of a Rehabilitation Nursing care plan with the person having cardiorespiratory compromise in promoting self-care and well-being.

**Results:** Acquisition of common, specific and master's skills to demonstrate specialized knowledge in mobilizing a complex care reality with resolution of ethical-deontological dilemmas, promotion of quality and management of care with relevant scientific production. With demonstration of health gains in Rehabilitation Nursing care plans by enhancing functionality, in enabling self-care and in promoting well-being.

**Conclusion:** A critical-reflexive reflection enables a unique process in the acquisition and development of skills. The work carried out aims to reflect through scientific methodology, the acquisition of skills, as well as the health gains in the enhancement of functionality, in the training of self-care and in the promotion of well-being.

### **Descriptors:**

Rehabilitation Nursing; Self-care; Well-being; Cardiorespiratory Compromise; Skills.

## ÍNDICE

Introdução .....	12
1. Enquadramento do Contexto Clínico .....	14
1.1. Contexto Comunitário .....	14
1.2. Contexto Hospitalar .....	18
2. Enquadramento Concetual .....	24
2.1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Orem .....	28
2.2. Teoria das Transições, de Meleis .....	29
2.3. Teoria do Cuidar, de Swanson .....	31
2.4. Conhecimento, Capacitação, Autoeficácia e Literacia .....	32
2.5. A Promoção do Autocuidado e do Bem-Estar .....	34
2.6. A Pessoa Idosa com Compromisso Cardiorrespiratório .....	37
2.7. A Pessoa com Compromisso Cardiorrespiratório: Técnicas de Gestão de Energia... ..	47
2.8. O Cuidado Centrado com a Pessoa, Família e Comunidade .....	49
2.9. O Cuidado Centrado com a Pessoa com Compromisso Cardiorrespiratório .....	52
3. Análise Crítico-Reflexiva das Competências .....	60
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	61
3.2. Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	68
3.3. Competências de Mestre .....	73
4. Análise SWOT .....	75
Conclusões .....	82
Referências Bibliográficas .....	84
Apêndices .....	C
Apêndice 1 - Relato de Caso Clínico - Contexto Hospitalar .....	ci

Apêndice 2 - Indicadores NOC - Técnicas de Gestão de Energia.....	cliii
Apêndice 3 - Folheto Final - Técnicas Gestão de Energia.....	cliv
Apêndice 5 - Poster - Técnicas Gestão de Energia .....	clvi
Apêndice 5 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Hospitalar - Parte I.....	clvii
Apêndice 6 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Hospitalar - Parte II .....	clxv
Apêndice 7 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Hospitalar - Parte III .....	clxviii
Apêndice 8 - Relato de Caso Clínico - Contexto Comunidade.....	clxix
Apêndice 9 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Comunidade.....	cxc
Apêndice 10 - Poster Científico - Relato de Caso Clínico na comunidade .....	cxciv
Anexos .....	cxcv
Anexo 1 - Certificado - <i>Blended Intensive Programme</i> .....	cxcvi
Anexo 2 - Certificado - <i>CINAHL Complete</i> .....	cxcvii
Anexo 3 - Certificado de Presença Ordem dos Enfermeiros I .....	cxcviii
Anexo 4 - Certificado de Presença Ordem dos Enfermeiros II .....	cxcix
Anexo 5 - Certificado de Presença Ordem dos Enfermeiros III .....	cc
Anexo 6 - Certificado de Presença Congresso Internacional .....	cci
Anexo 7- Certificado de Apresentação de Poster .....	ccii
Anexo 8 - Certificado de apresentação de sessão em Contexto Hospitalar .....	cciii
Anexo 9 - Comprovativo de aceitação para publicação, artigo científico I.....	cciv
Anexo 10 - Comprovativo de aceitação para publicação, artigo científico II.....	ccv
Anexo 11 - Comprovativo de submissão, artigo científico III.....	ccvi

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Cuidado Centrado com a Pessoa, Família e Comunidade - Enfermagem de Reabilitação .....	79
---	----

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES** - Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACSM** - *American College of Sports Medicine*
- AHA** - *American Heart Association*
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- AVD** - Atividades de vida diária
- BIP** - *Blended Intensive Programmes*
- Bpm** - Batimentos por minuto
- CFTR** - *Cystic Fibrosis Transmembran Conductance Regulator*
- CIER** - Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação
- CIF** - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CIPE®** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS** - Direção Geral da Saúde
- DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- EE** - Enfermeiro Especialista
- EEER** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- EMER** - Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação
- EP** - Estágio Profissionalizante
- ER** - Enfermagem de Reabilitação
- ESSATLA** - Escola Superior de Saúde Atlântica
- FEp** - Fração de ejeção preservada
- FEr** - Fração de ejeção reduzida
- FEV<sub>1</sub>** - Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo
- FVC** - Capacidade Vital Forçada
- GOLD** - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*
- IC** - Insuficiência Cardíaca
- ICN** - *International Council of Nurses*
- Kg** - Quilograma
- LCADL** - *London Chest Activity of Daily Living*

**LMERT** - Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

**MER** - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**MET** - *Metabolic Equivalent Task*

**MIF** - Medida de Independência Funcional

**min** - minuto

**ml** - mililitros

**mMRC** - *modified Medical Research Council*

**NER** - Núcleo de Enfermagem de Reabilitação

**NOC** - *Nursing Outcomes Classification*

**O<sub>2</sub>** - Oxigénio

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PNLSCC** - Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

**PNPAF** - Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física

**PNSD** - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**PQCEER** - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

**RC** - Reabilitação Cardíaca

**RCC** - Relato de Caso Clínico

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RNAO** - *Registered Nurses' Association of Ontario*

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RR** - Reabilitação Respiratória

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**SWOT** - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

**TAS** - Técnico Auxiliar de Saúde

**TDAE** - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

**UC** - Unidade Curricular

**UE** - União Europeia

**ULS** - Unidade Local de Saúde

**UMD** - Unidade Multidisciplinar de Dor

Enfermagem De Reabilitação na capacitação com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório - autocuidado e bem-estar

**UMDR** - Unidade Média de Duração e Reabilitação

**VO<sub>2</sub>** - Volume de Oxigénio consumido por minuto

**WHO** - *World Health Organization*

## Introdução

No âmbito da Unidade Curricular, Estágio Profissionalizante (EP) inserida no 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), foi proposta a realização de um Relatório de Estágio Profissionalizante (REP) que explanasse as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), assim como as competências de mestre, englobando a pessoa, a família, o grupo e a comunidade, numa equipa de saúde transdisciplinar. Este relatório enquadra-se numa Linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e foi elaborado segundo as normas da *American Psychological Association* (7ª edição).

Este REP inicia-se com uma descrição sumária dos contextos clínicos por onde a Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação (EMER) integrou, tanto a nível da comunidade, como a nível hospitalar. Nesta parte existe a identificação dos seus recursos físicos, humanos, metodologias de trabalho, dinâmicas organizacionais, processos de investigação e formação contínua.

O trabalho passa por um enquadramento concetual, onde são definidos os principais conceitos empregues, são fundamentadas as temáticas e as intervenções implementadas durante todo o processo formativo, assim como são enquadradas as teorias de enfermagem e fundamentada a sua escolha e o seu recurso.

Sublinha-se neste REP as competências específicas do EEER, onde reside um pensamento crítico e especializado relativo à complexidade das intervenções que emergiram no EP e ao recurso dos instrumentos de recolha de dados empregues relativamente à sua validade, fiabilidade, responsividade e eficácia.

Ressalva-se a importância de uma seleção adequada dos instrumentos de colheita de dados com os requisitos necessários, caracterizando-se em instrumentos válidos, fiáveis e responsivos, no sentido de permitirem considerações pertinentes e verdadeiras a nível da comunidade científica (Sousa, et al., 2021).

Segue com uma análise, *strengths, weaknesses, opportunities and threats* (SWOT) e termina com as considerações finais, onde é realizada uma síntese, com relevo na descrição dos

ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) desenvolvidos pela EMER.

O EEER enquanto detentor de uma especialidade multidisciplinar, detém competências para cuidar de pessoas e famílias com doença aguda e/ou crónica, capacitar para a reinserção da pessoa na comunidade, maximizar a sua funcionalidade e promove a capacitação com a pessoa do autocuidado e do bem-estar (Regulamento n.º 392/2019).

O objetivo geral deste REP é: Descrever o desenvolvimento de aquisição de competências: comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre. O objetivo específico deste relatório é: Descrever o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório na promoção do autocuidado e do bem-estar.

A metodologia deste relatório foi realizada através de uma reflexão crítico-reflexiva e do mapeamento do estado do conhecimento do EEER na capacitação com a pessoa idosa e a família na promoção do autocuidado e do bem-estar, enquadrado na realização de dois relatos de casos clínicos (RCC) numa abordagem qualitativa, descritiva. A realização de um RCC permite aferir uma das primeiras linhas de evidência científica (Das & Singh, 2021).

Estes RCC foram suportados pela *checklist CARE* (Equator, 2024). Preconizou-se em todo o processo metodológico uma análise crítico-reflexiva relativa ao desenvolvimento e aquisição de competências pela EMER de competências comuns do EE, de competências específicas do EEER e de competências de mestre. Para a realização destes trabalhos foram pedidas as autorizações devidas à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, (ESSATLA) assim como às pessoas que participaram nos RCC, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, tendo sido estes pedidos aceites.

A pesquisa do estado do conhecimento suportou-se num mapeamento da melhor evidência da literatura científica disponível, preferencialmente nos últimos cinco anos no motor de busca *EBSCO*® e em sede de biblioteca.

## 1. Enquadramento do Contexto Clínico

“Striving to understand an event as it has meaning in the life of the other”  
(Swanson, 1993, p.162).

O contexto clínico vivenciado pela EMER incluiu uma *práxis* clínica efetiva na área comunitária e na área hospitalar a nível da ER. A estudante passou na área comunitária, por uma unidade de média duração e reabilitação (UMDR) na área da região de Lisboa, com a oportunidade de participar também num programa de erasmus, na Polónia. A nível hospitalar, passou por um serviço de medicina maioritariamente e pelo centro de referência da fibrose quística e da unidade multidisciplinar da dor (UMD) numa unidade local de saúde (ULS) na área da região de Lisboa.

Estas vivências são suportadas no intuito do desenvolvimento de competências comuns do EE, competências específicas do EEER e competências de mestre a pessoas adultas e idosas e famílias, mediante os processos cardiorrespiratório, neurológico e motor, promovendo o autocuidado e o bem-estar. A oportunidade de integrar vários contextos clínicos e dois países diferentes, com equipas clínicas diferenciadas e motivadas, foram vivências promotoras de uma experiência teórico-prática enriquecedora, pautadas num cuidar de ER humanizado, centrado com a pessoa, família e comunidade.

### 1.1. Contexto Comunitário

Em contexto comunitário a EMER teve a oportunidade de estagiar numa UMDR e participar num programa de erasmus BIP (Blended Intensive Programmes) na Polónia no total de 231 horas de contacto, de estágio.

O contexto clínico experienciado pela EMER em contexto da comunidade encontra-se inserido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A génese desta rede constituiu-se pelas necessidades de saúde e sociais demonstradas da população idosa portuguesa com dependência funcional e dos seus familiares, assim como pelo aumento progressivo das doenças crónicas incapacitantes emergentes no país (Decreto-Lei n.º 101/2006, 116/2021).

A RNCCI preconiza unidades e equipas de cuidados, com parcerias públicas, sociais e privadas, financeiramente sustentáveis, almejando uma resposta eficaz, composta por recursos humanos adequados. Sustentada pelo objetivo geral de proporcionar cuidados a pessoas que estejam em situação de dependência (Decreto-Lei n.º 101/2006; 116/2021).

Dos objetivos específicos da RNCCI, destaca-se a melhoria das condições de vida e de bem-estar, assim como a promoção contínua da qualidade dos cuidados prestados às pessoas em situação de dependência e às suas famílias (Decreto-Lei n.º 101/2006).

A realização de cuidados continuados integrados é assegurada por uma série de unidades de internamento onde se encontram as UMDR. Estas têm um tempo de internamento essencialmente superior a trinta dias e inferior a noventa dias consecutivos. Os profissionais alocados nestas unidades proporcionam cuidados de enfermagem permanentes; cuidados médicos diários; cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional, terapia da fala e apoio psicossocial (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Estas unidades compõem-se por um espaço físico próprio, com profissionais de saúde comprometidos, que proporcionam cuidados a pessoas com necessidades de recuperação de um processo agudo ou de descompensação de um processo patológico crónico, com perda transitória de capacidade ou potencialmente recuperável. Com uma articulação contínua com o hospital (Decreto-Lei n.º 101/2006).

A equipa transdisciplinar que a EMER integrou é formada por enfermeiros (dentro dos quais têm quatro EEER), médicos, vários técnicos (psicóloga, assistente social, fisioterapeutas, assistente operacional, terapeuta da fala), engenheira alimentar e assistente espiritual. Na sua missão destaca-se a prestação de cuidados diferenciados e humanizados à pessoa e família em fase de transição. Nos seus objetivos destacam-se o compromisso de prestar cuidados de saúde segundo as melhores práticas clínicas às pessoas em processo de reabilitação, numa perspetiva integral, promovendo a participação no plano de cuidados, em ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor da autonomia e bem-estar. As visitas têm um papel importante nesta UMDR e têm à sua disposição espaços físicos cativantes de reunião com as pessoas que estão internadas.

Da observação pela EMER, as pessoas internadas na UMDR apresentam maioritariamente incapacidade física, com potencial de reabilitação e preparação para a gestão da doença crónica, do autocuidado e processo de alta com o foco de atenção na pessoa, família e comunidade.

Na UMDR, o EEER recorre a vários diagnósticos de ER com recurso a vários instrumentos e escalas de medida como é o exemplo da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), do Índice de Barthel, do Índice de *Lawton & Brody*, da Escala de *Ashworth* Modificada, e da *Modified Medical Research Council* (mMRC) (com diferentes parametrizações na avaliação da dispneia e da força muscular) (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A equipa de enfermagem nesta UMDR também recorre ao Índice de Bem-Estar da Organização Mundial de Saúde-5 (WHO, 2024c).

Na UMDR que a EMER integrou destacam-se os projetos de intervenção: programa de treino e memória, reabilitação cognitiva e funcional, grupos de diálogo e expressão, atividades lúdicas, mobilidade global, reuniões comunitárias, grupos de autorrepresentação, laboratório de atividades de vida diária, mente ativa em corpo ativo, metodologia *Snoezelen*, estimulação linguística e cuidar de quem cuida (Lavajo & Faria, 2018).

### **Programa Intercultural de Erasmus**

No contexto do estágio na comunidade, houve a oportunidade pela EMER, em ingressar num programa de erasmus na Polónia, Programa BIP, "*Intercultural differences in perceiving the human body through reflection on body posture and body-mindfulness*", com sessões on-line e presenciais na *University of Applied Sciences* em *Tarnów*, sendo as aulas presenciais durante os dias de 20 a 24 de maio de 2024.

Este programa foi delineado com o intuito de:

- Analisar e comparar a diferenciação cultural, na perspetiva da postura corporal e significados nos vários contextos culturais;
- Identificar a relevância do conhecimento da postura corporal no bem-estar;
- Refletir criticamente no que diz respeito à postura corporal;
- Promover a empatia e o respeito nas diferentes culturas.

Neste programa, cada pessoa teve a possibilidade de analisar e comparar como as diferentes culturas compreendem e analisam o corpo humano, focando em temas como a postura corporal e o seu significado multicultural. Houve um investimento na aquisição de conhecimento e técnicas que permitem realizar avaliações de postura corporal importantes para o bem-estar pessoal. O ingresso neste programa foi rico em indicadores de sensibilidade cultural, sustentado numa comunicação intercultural eficaz, na compreensão pessoal e interpessoal, no respeito das crenças, ideias, emoções e culturas dos vários intervenientes.

Como nos diz Kjölstad e colaboradores (2022) o conhecimento da consciência corporal não está só condicionado pelas experiências individuais (que influenciam e afetam as nossas relações e comportamentos), mas também está relacionado com as normas culturais, sendo importante trabalhar todos estes fatores para a promoção efetiva da saúde nos diferentes contextos da sociedade.

Todo o programa foi rico numa comunicação eficaz, preenchida de empatia e sensibilidade para com cada pessoa, tanto na sua vida pessoal, académica como profissional. O entendimento do ser humano torna-se subtil e ferramentas como o conhecimento da sua postura corporal e da sua comunicação verbal/não verbal serão créditos válidos para a criação de uma relação terapêutica de compromisso, respeitando todos os princípios legais e ético-deontológicos de cada país.

Como refere Klussman e colaboradores (2021) a conexão pessoal com o grupo geralmente acarreta sentimentos de pertença e de bem-estar.

Durante o período na Polónia houve a oportunidade de cada pessoa participar em vários *workshops* práticos relativos ao conceito de postura corporal e a sua correta avaliação com trabalhos individuais e de grupo, apelando a dinâmicas interativas que contribuíssem para o desenvolvimento de uma interpretação válida e correta relativa à postura corporal das diversas culturas e a uma consciência apurada relativa à postural corporal pessoal. Houve a possibilidade de integrar cenários de dramatização em grupo, apelando a uma consciência corporal aperfeiçoada e sensível a nível intercultural.

**Na reflexão crítico-reflexiva do programa destaque:**

- A aula teórico-prática na análise corporal da postura de todos os elementos da turma, com um trabalho escrito das vantagens e desvantagens da postura características e específica de cada um. Com trabalho de grupo apresentado em ambiente de sala de aula. Na consciencialização da postura corporal são expostas algumas posturas viciosas, de defesa, de dor, outras posturas de doenças ou cirurgias prévias, entre outras. Neste trabalho conseguiu-se construir uma dinâmica enriquecedora de análise que permitiu desenvolver um conhecimento mais profundo relativo à postura corporal;

- A aula teórico-prática relacionada com o toque terapêutico, neste espaço houve a oportunidade da consciencialização do toque, da textura da pele e da resistência que este poderia impactar no outro. A maneira como o profissional de saúde toca, a maneira como a pessoa centro dos cuidados de saúde sente o toque, são reflexões de extrema importância onde por vezes nas rotinas do dia-a-dia dos cuidados de saúde passam despercebidas.

Destaca-se a importância da consciencialização do recurso a estratégias para melhorar a postura corporal, tais como, a promoção da atividade física, uma dieta alimentar otimizada, um padrão de sono adequado, a relevância positiva de realizar pausas diárias, assim como de aproveitar tempo livre de qualidade e permitir conhecer as suas próprias emoções, bem como adquirir estratégias para lidar com momentos de stress.

**1.2. Contexto Hospitalar**

O EP a nível hospitalar teve lugar numa ULS, num serviço de medicina, na UMD com uma passagem de 2 dias e pelo centro de referência nacional da fibrose quística de 2 dias igualmente, na região da área de Lisboa, tendo um período total de 300 horas de contacto.

A formação das ULS foi das maiores reformas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) desde a sua génese. Nestas imprime-se uma prestação de cuidados integrada na comunidade e no hospital, abarcando os agrupamentos de centros de saúde (ACES), os hospitais e os centros hospitalares, acautelando a continuidade da prestação de cuidados (Decreto-Lei n.º 102/2023). O SNS foi criado em Portugal em 1976, com responsabilidade do Estado

Português em garantir os direitos e deveres sociais dos cidadãos e é tendencialmente gratuito e dotado de estatuto próprio (Decreto-Lei n.º 52/2022).

A ULS que a EMER integrou detém mais de duas dezenas de unidades funcionais de cuidados de saúde primários com cerca de 345 mil utentes na sua área de influência, com mais de sete mil profissionais alocados (ULS, 2024). A sua missão passa por promover a saúde e bem-estar mediante uma gama de intervenções que visam proteger e promover, prevenir e tratar a incapacidade e/ou doença, de acordo com as expectativas e especificidades da população englobando uma série de recursos, *stakeholders* e vários setores (Decreto-Lei n.º 52/2022; ULS, 2024).

A sua visão abrange o desenvolvimento sustentável, suportada numa cultura que promove a inovação, a investigação, a transformação, a segurança, a qualidade dos cuidados, a responsabilização social e a formação (Decreto-Lei n.º 52/2022, Despacho nº 9390/2021; ULS, 2024).

Desde 1968 que se encontra expresso em decreto-lei, no artigo 96º que competia à enfermagem em contexto hospitalar, geral ou especializada, cuidar em harmonia das pessoas, mediante as suas intervenções interdependentes e autónomas, sustentadas nos princípios legais e ético-deontológicos da profissão, sendo já expresso nessa época a nível dos objetivos hospitalares, a importância dos cuidados de reabilitação (Decreto-lei n.º 48357).

A Enfermagem abarca a sua disciplina e profissão na área das ciências da saúde, tem percorrido um caminho sustentado num corpo científico próprio e autónomo, espelhando um aumento gradual de diferenciação pelos seus profissionais, em áreas diversas como a investigação, sendo a enfermagem uma ciência que responde adequadamente a cuidados mais especializados e complexos da saúde (Regulamento n.º 613/2022).

O serviço de medicina da ULS da qual a EMER integrou dispunha de 22 camas, com quatro quartos de quatro camas, dois quartos de isolamento com uma cama. Com 3 EEER, 2 com funções de chefia, mais um EEER que está alocado aos turnos da manhã e da tarde. Este elemento encontrava-se normalmente fora da escala de cuidados gerais de enfermagem e centrava-se nos cuidados especializados de ER à pessoa, à sua família e comunidade. Esta

equipa transdisciplinar é constituída por vários profissionais, tais como enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde (TAS), médicos, nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeutas, assistentes ocupacionais, capelão entre outros.

O EEER norteia a sua *práxis* de cuidados de enfermagem mediante planos de cuidados e programas de reabilitação, com recurso a meios e instrumentos centralizados na pessoa orientados na promoção do autocuidado e do bem-estar, na capacitação para a reinserção social e na potencialização da funcionalidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Pontes & Santos, 2023; Regulamento n.º 392/2019).

Da observação realizada pela EMER, as patologias que se destacam no serviço, caracterizam-se por doenças do foro cardiorrespiratório, infeções respiratórias, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), derrame pleural, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e também doenças neurológicas, metabólicas, oncológicas, entre outras, numa pessoa com uma multiplicidade e complexidade de doenças pré-existentes.

Em 2020, 36% das pessoas com 65 anos e daí em diante, relataram 2 doenças crónicas ou mais, dentro dos países da União Europeia (UE) (European Union, 2022).

Portugal é dos países da UE em que a esperança média de vida é maior, mais de quatro em cada dez adultos portugueses sofrem de uma doença crónica, no entanto a prática de exercício físico nos adultos está entre as mais baixas da UE (European Commision, 2021). Neste panorama temos como metas essenciais emanadas pelo Plano Nacional de Saúde, pela Direção Geral da Saúde (DGS) a redução da carga de doença, assim como proporcionar cuidados com mais qualidade (DGS, 2022a).

### **Unidade Multidisciplinar de Dor**

A EMER teve a possibilidade de integrar um estágio de observação na UMD de dois dias em outubro de 2024. Esta unidade pertence ao serviço de anestesiologia e realiza cerca de 3 mil consultas clínicas por ano, com grande expressão na área oncológica. Tem como missão a promoção para a capacitação funcional e a qualidade de vida das pessoas com dor crónica (ULS, 2024).

Os destinatários desta consulta são pessoas com dor crónica pertencentes à ULS, internados ou em ambulatório, ou referenciados por outras instituições de saúde, já submetidos a investigação clínica e com tratamento ineficaz. A equipa de saúde é constituída por enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social, dietista e técnicos auxiliares de saúde (ULS, 2024).

A definição da dor pode ser compreendida através da experiência subjetiva e multifatorial da pessoa, sendo que esta pode ser um sintoma desencadeante de alterações a vários níveis da pessoa, como o físico e o psíquico (Pires, et al., 2021). A gestão da dor é um direito da pessoa e um dever do profissional de saúde, sendo a sua monitorização um pilar essencial dos cuidados de saúde (Pires, et al., 2021).

A integração deste estágio pela EMER tinha como intuito aprofundar o rigor da monitorização efetiva da dor na pessoa com doença aguda e/ou crónica na construção de planos de ER mais específicos e personalizados com a pessoa. Com cuidados de ER mais humanizados, sensíveis e diferenciados à referência da mesma. Neste período houve a oportunidade da EMER de acompanhamento da EEER numa consulta da dor e acompanhamento da equipa da UMD, na unidade de transição inscrita recentemente nesta unidade, que responde ao acompanhamento de pessoas submetidas a cirurgia, com alta probabilidade de virem a desenvolver quadros de dor após a cirurgia. A EMER teve a oportunidade de acompanhar a equipa pelos vários serviços da ULS (ULS, 2024).

A passagem da EMER pela UMD refletiu-se em cuidados mais personalizados e específicos à pessoa. Particularidades como a distinção da dor em repouso e em movimento, por vezes fazem toda a diferença no plano de cuidados de ER. Se a pessoa tiver dor em movimento os cuidados podem estar condicionados e a intervenção do EEER pode passar pela referência, garantindo a otimização do plano de cuidados e o respeito pelo projeto de saúde da pessoa.

### **Centro de Referência Nacional da Fibrose Quística**

No contexto do EP, houve a oportunidade em ingressar um estágio de observação de 2 dias no mês de outubro de 2024 no centro de referência nacional da fibrose quística, no acompanhamento da intervenção do EEER. Com o intuito de identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da ER em pessoas com patologia do foro respiratório como é o caso da fibrose quística, conhecer programas de reabilitação respiratória (RR) de capacitação e treino realizados por uma equipa de saúde experiente de forma presencial ou em telerreabilitação.

O centro de referência da fibrose quística encontra-se na ULS em que integrei o estágio hospitalar. Congrega dois centros: o centro pediátrico e o centro de adultos. Desde 2017 que é reconhecido pela DGS como centro de referência a nível nacional (Despacho n.º 6669/2017; ULS, 2024). A sua missão passa por cuidados especializados ao mais alto nível, garantindo a qualidade e a segurança, no sentido de promover a melhoria da capacidade de prognóstico da doença e assegurar a melhor qualidade de vida possível das pessoas que segue ao longo do ciclo vital, assegurando todos os princípios legais e ético-deontológicos (ULS, 2024). Este centro encontra-se dotado de uma equipa de saúde experiente que envolve enfermeiros, médicos de várias especialidades, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de cardiopneumologia e outros (ULS, 2024).

A fibrose quística tem registado uma diminuição a nível nacional do número de internamentos e óbitos, registando em 2022, apenas um óbito em internamento feminino entre os 60 e 74 anos (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023). Esta é uma doença multissistémica, crónica, genética e hereditária, transmitida de forma autossómica recessiva, devido a mutação de um gene que codifica a síntese da proteína *Cystic Fibrosis Transmembran Conductance Regulator* (CFTR) conduzindo uma insuficiência mucociliar, traduzindo-se em muco espesso, obstrução das vias aéreas e acumulação de bactérias como a *Pseudomonas Aeruginosa* (Castellani et al., 2018). Provoca infeção crónica da via aérea evoluindo para bronquiectasias e conseqüentemente fibrose pulmonar (Castellani et al., 2018; DGS, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

De entre as várias atividades do centro, neste estágio pude acompanhar a EEER na: reunião multidisciplinar de fibrose quística com a presença da enfermeira, coordenadora do centro de adultos, outras médicas, nutricionista, psicóloga, consultas no âmbito do programa de ensino e treino de técnicas de drenagem brônquica (com dispositivos oscilatórios como o *SIMEOX*<sup>®</sup>) e de RR e de terapêutica nebulizada (como o *I-neb AAD System*<sup>®</sup>) e consultas no âmbito do programa integrado de telerreabilitação, recorrendo à plataforma de telemedicina reconhecida pela Entidade Reguladora da Saúde.

A RR permite através de uma série de exercícios e técnicas adequadas, com os dispositivos adequados melhorar a força muscular e a tolerância ao exercício, melhorar a capacidade funcional, melhorar a parte emocional, melhorar o conhecimento e a autoeficácia, aumentar a capacitação para a autogestão, reduzir o número de internamentos, reduzir os gastos em saúde e reduzir os sintomas de dispneia e o cansaço (Claro Casado, et al., 2022).

Os objetivos dos programas de RR vão ao encontro das necessidades e expectativas das pessoas e estão presentes nas diretrizes internacionais e nacionais, no manual de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros. Estes objetivos caracterizam-se por minimizar a sintomatologia apresentada pela pessoa (no caso da pessoa com fibrose quística denota-se o aumento exacerbado de expectoração), maximizar a capacidade para o exercício físico, promover a autonomia da pessoa, aumentar a participação social, aumentar a qualidade de vida e efetuar mudanças a longo prazo promotoras de bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Neste período de estágio foi nítido que o EEER é o elemento da equipa transdisciplinar em que a sua intervenção é crucial na capacitação do conhecimento e das várias técnicas realizadas pela pessoa com fibrose quística, na melhoria a nível respiratório, com melhoria do seu bem-estar e reinserção na sociedade (Regulamento n.º 392/2019).

## 2. Enquadramento Concetual

“Sustaining faith in the other’s capacity to get through an event or transition and face a future with meaning” (Swanson, 1993, p.162).

Em Portugal a evolução demográfica expressa-se por um aumento significativo do índice de envelhecimento da população portuguesa, o número de pessoas idosas é cada vez maior. Simultaneamente a este fenómeno, assiste-se a uma cronicidade e complexidade de doenças nos contextos clínicos (DGS, 2022a; Resolução da Assembleia da República nº 14/2024). Este panorama impõe que o SNS continue a aumentar o acesso e a eficácia na prestação de cuidados de saúde, com modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, garantindo o foco nas pessoas, família e comunidade (Decreto-Lei n.º 102/2023).

Uma articulação entre os cuidados sociais e os cuidados de saúde apontam para benefícios significativos na qualidade refletida nos cuidados, assim como na satisfação da pessoa e família. Um paradigma centrado com a pessoa, dotado de cuidados integrados constatou-se mais rentável e eficiente na gestão das doenças crónicas (Barreira, et al., 2023).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define enfermagem como a profissão de saúde que se suporta no objetivo de prestar cuidados de enfermagem ao ser humano durante todo o ciclo vital, são ou doente, e aos grupos populacionais em que ele está integrado, de maneira a manter, melhorar e/ou recuperar a saúde e alcançar a máxima funcionalidade tão célebre quanto possível (Lei n.º 8/2024).

No entendimento do conceito de enfermagem torna-se essencial abordar o metaparadigma, desenhado primeiramente por Fawcett, explanando os quatro conceitos centrais, com origens que remontam a Florence Nightingale, sendo estes: a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem (Rocha & Martins, 2024).

O metaparadigma pode ser definido como a componente mais abstrata do enquadramento concetual de uma disciplina, um paradigma pode ser definido como uma representação de

um conjunto de teorias, regras e métodos confirmados pela comunidade científica (Rocha & Martins, 2024). Estes quatro conceitos são dinâmicos e estão suportados nos modelos concebidos pelas teóricas de enfermagem (Rocha & Martins, 2024).

Estes conceitos foram adotados pela OE aquando do enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em 2001 (Ordem dos Enfermeiros, 2012; Rocha & Martins, 2024).

Define-se pessoa como um ser social, dotado de comportamentos intencionais e processos não intencionais, sendo os primeiros suportados pelos seus valores, crenças, desejos individuais e os segundos suportados pelas suas funções fisiológicas (influenciadas pela sua condição psicológica, pelo seu bem-estar e pelo seu conforto). Esta interligação relacional explana a pessoa como um ser uno, indivisível, com dignidade e direito à autodeterminação (Cardoso & Brito, 2024b; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Cada pessoa é influenciada nos seus comportamentos pelo ambiente em que se enquadra e se desenvolve ao longo do seu ciclo vital (Cardoso & Brito, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Swanson (1993) apresenta outra definição onde pessoa é considerada como um ser único em processo constante de transformação, mediante os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, condicionada pela sua herança genética, espiritual e livre.

O conceito de pessoa alvo do centro de cuidados do EEER, pode-se desdobrar em dois conceitos pessoa com necessidades especiais ou com atividade limitada, incapacidade pessoa com deficiência. Do primeiro conceito entende-se por ser uma pessoa que ao longo do ciclo vital, se encontra impossibilitada de realizar independentemente sem ajuda de terceiros, atividades humanas básicas ou tarefas. O segundo conceito define-se pessoa que por origem congénita ou adquirida de perda ou anomalia com repercussão das suas funções e/ou estruturas do corpo apresenta barreiras específicas que em concordância com o meio lhe pode limitar ou dificultar a atividade ou a participação com condições de igualdade relativamente aos demais (Deodato, 2023; Internacional Council of Nurses, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A definição de saúde pode ser entendida simultaneamente como um estado e uma condição mental individual com processos onde se insere o sofrimento, o conforto, o bem-estar, o

espiritual. Nesta representação e percepção mental torna-se subjetiva, a saúde, traduz-se assim num processo dinâmico ao longo do ciclo vital (Cardoso & Brito, 2024b; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Realça-se que a saúde pode ser entendida pela capacidade da pessoa de desempenhar as suas funções, a sua capacidade de adaptação ao meio e a sua busca pelo eu eudemonístico, pela procura ética da felicidade e do julgamento crítico pela positiva (Swanson, 1993).

O ambiente é definido como o contexto em que cada pessoa vive ao longo do seu ciclo de vida, mediante fatores humanos, físicos, económicos, culturais e organizacionais, influenciando os estilos de vida, repercutindo-se no conceito de saúde. Esta ligação do conceito de pessoa e ambiente influencia o conceito de saúde (Cardoso & Brito, 2024b; Ordem dos Enfermeiros, 2012). O ambiente reflete-se assim num contexto que influencia e é influenciado pela pessoa (Swanson, 1993).

Destaca-se o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), desde a sua elaboração em 1996, que define claramente as intervenções da profissão: estas podem ser autónomas e/ou interdependentes.

- As intervenções autónomas são realizadas pelos enfermeiros, mediante a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, baseadas nas respetivas qualificações profissionais, referentes aos vários domínios de intervenção (Lei n.º 8/2024).

- As intervenções interdependentes são realizadas mediante as suas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais, no alcance de um objetivo comum, suportadas em planos de ação previamente elaborados e integrados pelas equipas multiprofissionais. Este profissional deve assegurar o respeito pela sua autonomia, responsabilidade de decidir sobre a sua implementação, garantindo a continuidade de cuidados e a avaliação dos resultados, mediante as suas competências e qualificações profissionais (Lei n.º 8/2024).

No âmbito das suas intervenções, estes profissionais podem recorrer a todas as técnicas e meios que considerem adequados e em relação aos quais reconheçam possuir o conhecimento necessário e apropriado, na *práxis* das melhores intervenções, suportados na

melhor evidência, identificando os recursos adequados, em função das necessidades e problemas existentes (Lei n.º 8/2024).

Os cuidados de enfermagem podem estar subjacentes a intervenções interdependentes ou a intervenções autónomas, sendo que as primeiras resultam da tomada de decisão de outros profissionais, no entanto a sua implementação é da responsabilidade do enfermeiro (por exemplo a prescrição de terapêutica) e as segundas são resultado da decisão clínica do profissional de enfermagem, sendo da sua responsabilidade a decisão e a implementação (Ordem dos Enfermeiros, 2012; Petronilho & Machado, 2024).

Os cuidados de enfermagem podem ser definidos como o exercício profissional do enfermeiro, centralizado na relação interpessoal entre si e a pessoa, família ou comunidade. Nesta relação interpessoal existe entre ambas as partes a partilha de um quadro de valores, crenças e desejos, sendo que o enfermeiro se encontra regido pelo seu código deontológico e por todos os parâmetros legais e ético-deontológico da profissão. A relação terapêutica é facilitada, quando o enfermeiro foca os seus cuidados na promoção do projeto de saúde que a pessoa vive e almeja. A Profissão de enfermagem procura promover em todo o ciclo vital da pessoa, a prevenção da doença e a promoção de processos de readaptação, como a satisfação das atividades de vida, adaptação funcional através de processos de capacitação. (Cardoso & Brito, 2024b; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Torna-se importante definir *práxis* neste REP, na medida que este conceito se distingue de prática, pois encerra em si um processo de reflexão e uma tomada de consciência na realização dos cuidados de enfermagem (Chinn, et al., 2022).

Os cuidados de enfermagem podem também ser entendidos, como uma arte que subscrevem uma realidade para lá do visível e explanam uma série de momentos singulares e específicos de conexão de encontro com a outra pessoa (Chinn, et al., 2022).

Destaca-se neste REP, o paradigma da integração, que teve início nos anos 50 com a sua distinção do modelo biomédico e com a orientação dos cuidados para a pessoa (em todas as suas dimensões biopsicossocial-espiritual e cultural), ressalva-se a Teórica Dorothea Orem.

Evidencia-se também o paradigma da transformação, com início nos anos 70, em que os cuidados são dirigidos à pessoa, à família ao grupo e à comunidade e são prestados em parceria, com referência aqui a Teórica Afaf Meleis e Kristen Swanson (Queirós, 2024; Rocha & Martins, 2024).

O enquadramento concetual da disciplina de enfermagem pode encontrar definição dos seus conceitos basilares, como os já referidos no metaparadigma, em seis escolas de pensamento: a escola das necessidades, escola da integração, escola dos efeitos desejados ou dos resultados, escola da promoção da saúde, escola do ser humano unitário e escola do cuidar (Rocha & Martins, 2024).

As Grandes Teorias constituem-se na sua composição pela definição dos conceitos mais abstratos, não necessitando de aplicação prática destes, descrevendo a experiência humana de uma forma mais abrangente e abstrata (Rocha & Martins, 2024). As Grandes Teorias explanam os objetivos e os conceitos mais amplos de um conjunto de fenómenos relevantes dentro de uma disciplina (Chinn, et al., 2022; Rocha & Martins, 2024).

As Teorias de Médio Alcance constituem-se de âmbito mais restrito, gerais e simples. Estas preocupam-se com o foco concetual de uma teoria para conceitos clinicamente representativos, orientadas pelo domínio da sua disciplina própria. Este tipo de teoria explica uma articulação coerente de um conjunto de conceitos que pretendem explicar e descrever as relações de um fenómeno específico (Chinn, et al., 2022; Meleis, 2018; Rocha & Martins, 2024).

### **2.1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Orem**

Neste REP, a EMER suporta-se na Teoria do Défice de Autocuidado (TDAE) de Dorothea, Orem.

Orem define o autocuidado como um processo que permite à pessoa continuar a vida mediante requisitos necessários (ar, água, alimentos...) e a manutenção da integridade humana. Neste engloba as ações que permitem garantir as condições humanas internas e externas para manter e promover a saúde, assim como o desenvolvimento em todo o ciclo

vital. O autocuidado também engloba as ações com foco na prevenção, alívio, cura e/ou controlo de situações adversas reais ou potenciais à saúde e ao bem-estar (Orem, 2001).

A TDAE engloba três teorias que se interligam, a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2023, 2024).

O autocuidado definido por Orem, pode também ser entendido por uma série de atividades que promovem o desenvolvimento de cada pessoa, que são iniciadas e continuadas dentro de espaços de tempos específicos, tendo como propósitos a conservação da vida, assim como do bem-estar (Orem, 2001; Ribeiro, et al., 2021). As necessidades de cada pessoa podem implicar défices no domínio do autocuidado e a identificação antecipada dos profissionais de saúde (destacando-se neste REP os EEER) torna-se essencial (Orem, 2001; Ribeiro, et al., 2021).

Na teoria dos sistemas de Enfermagem existe a diferença entre aquilo que a pessoa pode realizar e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado, sendo que esta diferença pode ser categorizada em sistema totalmente compensatório (a pessoa não se consegue envolver no autocuidado, encontrando-se socialmente dependente de outras pessoas para a sua sobrevivência, saúde e bem-estar), sistema parcialmente compensatório (constata-se quando o enfermeiro realiza intervenções para compensar as limitações na funcionalidade da pessoa, o cuidar é aceite por esta com cariz compensatório), ou sistema de apoio-educação (a pessoa tem capacidade para o autocuidado necessita de apoio, orientação, ambiente facilitador de aprendizagem e instrução por parte do enfermeiro) (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2023; Ribeiro, et al., 2021).

## **2.2. Teoria das Transições, de Meleis**

A Teoria das Transições de Afaf Meleis foi escolhida pela EMER para dar suporte a este REP.

Uma teoria de médio alcance define-se por uma junção coerente de conceitos que almejam explicar e descrever as relações de um fenómeno específico (Meleis, 2018).

A Teoria das Transições de Meleis mostra-se facilitadora no entendimento dos processos de saúde, centrando-se nas respostas humanas às transições, composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedade); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade), padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e terapêutica de enfermagem (Meleis, 2010; Sousa, et al., 2020).

As transições traduzem-se pelas experiências humanas, caracterizadas por um conjunto de respostas ao longo do ciclo vital, condicionadas pelos fatores pessoais, sociais e ambientais, expectativas e percepções, conhecimentos, habilidades e modificações (Cardoso & Brito, 2024b).

A transição é uma passagem de um estado estável para outro estado estável mediado por processos de mudança, dinâmicos, correspondendo a marcos de viragem, sendo traduzida a partir desse mesmo processo e/ou de resultados finais (Meleis, 2010; Sousa, et al., 2020).

Dependendo da sua natureza, relativamente ao tipo, podem ser classificadas: situacional (mediante uma situação e/ou local), desenvolvimento (ao longo de todo o ciclo de vida), saúde/doença (processo entre a saúde/doença) e organizacionais (contexto). Com ênfase neste REP nos processos de saúde/doença (Meleis, 2010; Silva, et al., 2019).

As pessoas experienciam processos complexos de mudança ao longo do ciclo de vida e compete ao enfermeiro esta identificação antecipada, compreendendo a vulnerabilidade em que a pessoa se encontra, promovendo um nível máximo de independência, pretendendo chegar a indicadores de resultado como os de mestria e de bem-estar (Meleis, 2018; Silva, et al., 2019).

A teoria de Meleis explana a transição da pessoa no seu período de saúde/doença com potencial resultado para aquisição de mestria e de bem-estar. Esta teoria destaca-se pela sua relevância na consciencialização da pessoa sobre a nova condição de saúde (que poderá ser geradora de alteração na funcionalidade e de dependência do autocuidado) (Meleis, 2018; Petronilho, et al., 2021). Uma transição saudável explana-se na existência de mestria nos comportamentos e sentimentos associados correspondendo a um novo papel de identidade e de bem-estar (Cardoso & Brito, 2024b; Meleis et al., 2000).

Na Teoria das Transições, um dos objetivos é inspirar e facilitar processos saudáveis e explanando os cuidados, em intervenções de enfermagem, que suportam processos saudáveis, assim como comportamentos de resultados saudáveis (Meleis, 2015).

Esta teoria centra os seus cuidados na pessoa, família, comunidade, suportada por um paradigma de transformação promove a consciencialização da pessoa, a reformulação de significados, a mestria no desempenho de novas competências através do conhecimento, capacidade e autoeficácia e a integração atempadamente fluida de nova identidade (Cardoso & Brito, 2024b).

O EEER suportado pelo seu quadro de competências traduz as terapêuticas de enfermagem e os indicadores de processo, no contexto da capacitação da pessoa para lidar com a transição e respetivos ensinamentos e treinos que são delineados e implementados por este numa relação de parceria com a pessoa, inserido na equipa de saúde (Sousa, et al., 2020).

A Terapêutica de Enfermagem definida por Meleis explana uma intencionalidade na ação profissional e nos cuidados de enfermagem. Esta intenção assegura uma consciência focada e direcionada a um propósito do cuidar (Meleis, 2018; Petronilho, et al., 2021).

### **2.3. Teoria do Cuidar, de Swanson**

A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson é caracterizada pelos cinco processos do cuidar com origem num método fenomenológico: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença, pressupondo o alcance do bem-estar da pessoa, onde este é entendido na sua plenitude física, mental e espiritual (Swanson, 1991, 1993, 2015).

Nos vários processos do cuidar, pode-se entender em cada um como: o conhecer envolve o entendimento da pessoa e família de acordo com as suas próprias realidades e significados, sem fazer pré-juízos ou pré-conceitos. O estar com a pessoa, requer ao enfermeiro estar emocionalmente presente no momento único da relação terapêutica de partilha de emoções, sentimentos, vivências, num processo em que esta perceba que as suas preocupações são alvo da melhor consideração no seu plano de cuidados, suportado na melhor relação profissional. O fazer por, corresponde a intervenções como o conforto,

antecipação nos cuidados, proteção e promoção da dignidade, substituindo a pessoa exclusivamente quando esta não consegue realizar o autocuidado por si e realizá-lo como a própria pessoa o faria. O possibilitar, entende-se pelo acompanhamento da pessoa pelo enfermeiro na potencialização em ultrapassar da melhor forma uma transição ou evento desconhecido, caracterizando-se pelo capacitar, informar, treinar, explicar, permitir, validar, permitir o *feedback*. O manter a crença, consiste na confiança do enfermeiro na pessoa e na sua capacidade em ultrapassar as transições o melhor possível e encarar um futuro com significado (Mendes, 2021; Swanson 1991, 1993).

O cuidar é caracterizado pela compaixão, partilha, conforto, antecipação, conhecimento, presença (Mårtensson, et al., 2020; Swanson, 1993). Destacando-se o estar presente num momento singular, único e específico em que o EEER tem a oportunidade de criar com a pessoa momentos de cuidado sustentados pelo alcance da potencialização da sua funcionalidade e capacitação para o autocuidado.

#### **2.4. Conhecimento, Capacitação, Autoeficácia e Literacia**

Na promoção de uma relação efetiva e eficiente, cuidados de enfermagem válidos e adequados com a pessoa, família e comunidade, torna-se relevante o escrutínio adequado dos conceitos: conhecimento, autonomia, empoderamento, capacitação, autoeficácia e literacia.

O conhecimento é um processo individual, que pode ser composto pelo conhecimento empírico (a ciência da enfermagem, gerado pela investigação, sistemático, reproduzível, fatural), conhecimento estético (a arte da enfermagem, engloba a conexão com a experiência humana que é única em cada instante, interpretativo, contextual, intuitivo, subjetivo), conhecimento pessoal (incorpora a experiência e concretização da pessoa na prática, uso terapêutico do eu) e o conhecimento ético (abarca o que é correto e errado eticamente, avaliação do que é bom, valioso e desejável face a normas, interesses de conflitos e princípios (Cardoso & Brito, 2024a; Chinn, et al., 2022).

O conceito de autonomia torna-se claro, na etimologia da sua palavra – auto (si mesmo) e nomos (palavra grega para leis e normas) e na ideia original de Kant na competência da vontade humana, do Homem, de dar a si mesmo a sua própria lei, autogovernança (Nunes, 2024). O conceito de autonomia reporta-se à autogovernança e auto-orientação da pessoa (ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Uma pessoa autónoma reflete-se na expressão da sua vontade empregue nos vários aspetos da sua vida (Melo, 2024).

O empoderamento relaciona-se com a autonomia relativamente ao conhecimento (Sousa, et al., 2020). O processo de empoderamento permite a emancipação da pessoa, traduzindo-se na promoção da autonomia, acesso a medidas terapêuticas adequadas mediante os vários recursos disponíveis (Sousa, et al., 2020).

A capacitação envolve um processo multidimensional, na área das ciências da educação, que abarca o conhecimento, a decisão e a ação (Reis & Bule, 2023; Sousa, et al., 2020). Os processos de capacitação traduzem-se em adaptações possivelmente progressivas em conjunto com as alterações que ocorrem durante o ciclo vital (Sousa, et al., 2020).

A capacitação da pessoa entendida à luz da Teoria das Transições de Meleis torna-se efetiva quando a pessoa passa a executar a atividade de vida diária (AVD) e uma forma autónoma, que pode ser refletida por indicadores de resultado, com possíveis ganhos de mestria e integração fluida da identidade (Sousa, et al., 2020).

A autoeficácia define-se pela crença na pessoa em ter a capacidade para uma determinada tarefa, uma pessoa com autoeficácia está mais motivada, mais resiliente ao fracasso, maior desempenho e com ganhos no bem-estar pessoal (ICN, 2019; Petronilho, 2024).

No Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC), cresce a importância do desenvolvimento de estratégias que promovam a literacia em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis, no sentido de garantir resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida e o bem-estar (DGS, 2023).

A Literacia em Saúde é um instrumento de promoção de saúde, suportado na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), como um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, no sentido de promover e manter a saúde (DGS, 2023). A motivação conjugada com estas quatro competências com contextos facilitadores, são peças fundamentais para o julgamento crítico adequado da pessoa e uma escolha consciente, informada na adoção de estilos de vida saudáveis, bem como cuidados de saúde eficazes, seguros promotores do bem-estar ao longo do ciclo de vida vital (DGS, 2023).

A natureza ontológica do cuidado de enfermagem espelha uma lógica imersa entre o enfermeiro e a pessoa com as suas potencialidades e vulnerabilidades, nesta relação terapêutica de parceria e promoção do conhecimento, da autonomia, do empoderamento, da capacitação, da autoeficácia e da literacia revelam-se peças chave para a pessoa atingir a mestria, a potencialização da funcionalidade, a capacidade para o autocuidado e para o bem-estar (DG, 2023; Petronilho, 2024).

## **2.5. A Promoção do Autocuidado e do Bem-Estar**

O conceito de Autocuidado é entendido na perspetiva da OE com suporte no conceito da OMS e da CIPE® e das teóricas que suportam este REP, Orem, Meleis e Swanson.

Segundo a OMS o autocuidado reflete-se numa das abordagens mais promissoras e cativantes, ressaltando no processo de cuidar, a substituição da pessoa aquando última necessidade (WHO, 2022). A OMS define autocuidado na capacidade da pessoa em promover e manter a saúde e prevenir e lidar com a doença, sendo que neste processo, nalgum momento a pessoa precise de recorrer aos profissionais de saúde (WHO, 2024a).

Autocuidado é definido pelo *browser* da CIPE® pelo Internacional Council of Nurses (ICN) como a atividade realizada pela pessoa, no sentido de tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional (ICN, 2019).

O entendimento de bem-estar é definido à luz dos conceitos da OMS, sendo entendido como algo positivo, subjetivo e pessoal mediante a condição experiencial vivenciada por

cada pessoa (WHO, 2023, 2024a). A OMS integra uma visão positiva da saúde que explana o bem-estar físico, mental, psicológico, emocional, espiritual e social. (WHO, 2023).

O bem-estar define-se num construto multidimensional, no sentido de alcançar uma vida positiva pode ser entendido como equivalente à qualidade de vida e à satisfação da pessoa. Expressa-se em resultados abarcando uma série de domínios como a alegria, o comprometimento, a vitalidade, o propósito, a tranquilidade e a calma (WHO, 2024a).

O conceito de bem-estar pode ser aplicado à pessoa, mas também às sociedades, abrangendo a qualidade de vida e a capacidade da pessoa e da sociedade de contribuição para o mundo (WHO, 2024a).

O bem-estar é uma vivência subjetiva, uma experiência de totalidade onde a pessoa adquire processos de integração e transformação. A pessoa entendida na sua totalidade, compreendida através da sua espiritualidade, dos seus pensamentos, emoções, inteligência, criatividade, relacionamento, feminilidade, masculinidade, sexualidade, entre outros. O processo de cura, entendido, como um processo de restabelecer o bem-estar, incluindo a libertação da dor interior, deliberar novos significados e experienciar uma sensação de totalidade renovada (Swanson, 1993).

Cuidar da saúde e do bem-estar é determinante para autonomia das pessoas, sendo a sua manutenção, a reabilitação e a recuperação das situações de doença essencial. A elevada carga de doença requer cuidados integrados, com capacitação das pessoas e dos cuidadores (Resolução da Assembleia da República nº 14/2024).

Na parametrização do bem-estar podem ser utilizadas várias escalas e instrumentos de medida, sendo que recorri no estágio na comunidade ao Índice de Bem-Estar Mental OMS-5 preconizado pela OMS, este questionário é utilizado na UMDR onde estagiei e apliquei-o no RCC na comunidade. Apliquei também o Índice de Bem-Estar Pessoal de Pais-Ribeiro & Cummins (2008), no RCC a nível hospitalar, sendo solicitada a autorização ao autor.

Na avaliação do Índice de Bem-Estar Mental OMS-5 preconizado pela OMS, a pessoa responde a perguntas relacionadas com o nível de alegria, disposição, calma, tranquilidade, energia e repouso (WHO, 2024c).

Na avaliação do Bem-Estar Pessoal, o Índice de Pais-Ribeiro & Cummins (2008) encontra-se validado para a população portuguesa. Este questionário integra perguntas relacionadas com a satisfação pela vida, saúde, conquistas, relações, segurança, comunidade e futuro (*International Wellbeing Group, s.d.; Pais-Ribeiro & Cummins, 2008*). Este Índice insere uma escala de *likert* onde a pessoa responde de 0 a 10, o seu grau de satisfação. Em que 0 significa que se sente totalmente insatisfeito e 10 significa que se sente totalmente satisfeito. No meio da escala está o 5 que significa neutro (nem satisfeito nem insatisfeito) (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), definidos em 2015, constituem-se num alicerce e explanam os indicadores desses mesmos padrões e monitorização sistemática da qualidade dos cuidados. Da análise dos PQCEER pretende-se identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A ER constitui-se na área de intervenção da enfermagem de excelência e referência, que reflete a sua *práxis* na prevenção, recuperação e habilita de novo a pessoa que ficou condicionada por uma doença súbita ou descompensação de uma doença crónica que provoquem um défice a vários níveis (cognitivo, motor, sensorial, da alimentação, da eliminação, da sexualidade), destacando-se a nível cardiorrespiratório neste REP.

Nos PQCEER, nos cuidados gerais, o EEER assume a promoção de um cuidado de excelência relativo ao bem-estar e ao autocuidado:

- As intervenções de enfermagem são suportadas na responsabilidade das decisões que o enfermeiro assume, nos cuidados que pratica e nos que delega;
- A referenciação das realidades problemáticas identificadas para outros profissionais, mediante os mandatos sociais dos vários profissionais abrangidos no processo dos cuidados de saúde.

Nos PQCEER, nos cuidados especializados, o EEER assume a promoção de um cuidado de excelência relativo ao bem-estar e ao autocuidado:

- A identificação, antecipada, dos problemas reais ou potenciais da pessoa, relativamente os quais o EEER tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de ER;
- A análise com a pessoa e família das alterações da funcionalidade, definindo em conjunto as melhores estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir, no sentido de promover a autonomia e a qualidade de vida;
- O EEER assume a prescrição das melhores intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- A adequada seleção e prescrição de produtos de apoio;
- O ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, promovendo a máxima capacidade funcional da pessoa;
- A elaboração de planos de cuidado e/ou programas, a seleção e prescrição de intervenções de ER para prevenção do risco de alteração da funcionalidade;
- A capacitação (ensino, instrução e treino) com a pessoa e família relativamente às técnicas que promovam o autocuidado e assegurem a continuidade dos cuidados;
- O EEER assume a implementação das intervenções de ER suportadas na melhor *práxis* baseada na evidência.
- O EEER assume a supervisão das técnicas que concretizam as intervenções de ER que este profissional delega de acordo com os princípios definidos no REPE;
- A referenciação de cuidados especializados para as outras especialidades, mediante as problemáticas identificadas e o perfil de competências de cada especialidade;
- A capacitação com a pessoa e família na promoção do bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

## **2.6. A Pessoa Idosa com Compromisso Cardiorrespiratório**

A pessoa idosa é definida pela OMS a partir dos 60 anos nos países em desenvolvimento e a partir dos 65 anos nos países desenvolvidos, sendo que o envelhecimento saudável permite

o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional permitindo o bem-estar, um processo que ocorre ao longo de todo o ciclo vital (Resolução da Assembleia da República n.º 14/2024; WHO, 2024b). Em Portugal o conceito de pessoa idosa é definido a partir dos 65 anos ou mais (DGS, 2017).

No cuidar da pessoa idosa, as doenças crónicas assumem-se na atualidade como um desafio, sendo essencial as políticas de saúde e os serviços correspondentes refletirem esta preocupação (Barreira, et al., 2023).

A pessoa idosa atravessa um período que deve ser foco de atenção, mediante intervenções que previnam e atrasem as perdas, potenciem ganhos e capacitem para a adaptação, para que sejam experienciadas vivências de um processo de envelhecimento saudável, ainda que condicionado pela carga da doença crónica. A importância do EEER na transição de vida neste processo de saúde/doença na potencialização da funcionalidade e capacitação para o autocuidado torna-se de extrema relevância (Meleis, 2018; Reis, et al., 2021).

O processo de envelhecimento pode ser definido como um aumento gradual, progressivo e caracterizado por alterações fisiológicas e declínio funcional ao longo do ciclo vital, levando a um possível aumento da vulnerabilidade e da carga de doenças (Izquierdo, et al., 2024).

A pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório pode apresentar limitações claras no autocuidado, sendo que o EEER inserido numa equipa transdisciplinar tem um papel fundamental no processo de transição da pessoa com a elaboração de planos de cuidados pertinentes e específicos (Couto, et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Zhou, et al., 2022).

A realidade de um internamento prolongado associado à atividade física insuficiente está relacionado com a redução da funcionalidade da pessoa idosa, cinco dias de repouso no leito podem provocar uma perda de massa muscular na ordem de 1 quilograma (kg) (Sousa, et al., 2024). O que neste contexto se destaca numa intervenção essencial do EEER de prevenção de complicações.

No compromisso cardiorrespiratório torna-se relevante definir a dispneia e a fadiga. Sendo que o primeiro conceito caracteriza-se, segundo o *browser* da CIPE® por um processo comprometido do sistema respiratório relativamente à entrada e saída de ar nos pulmões, falta de ar associado a carência de oxigénio no sangue circundante com possível desconforto e ansiedade pela pessoa (ICN, 2019). Pode ser dividida em dispneia em repouso (falta de ar quando a pessoa se encontra em repouso e numa posição confortável) e dispneia funcional (falta de ar associada à atividade física, exemplo no andar) (ICN, 2019).

O segundo conceito, a fadiga, segundo o *browser* da CIPE® caracteriza-se por uma emoção com compreensão negativa, normalmente associada a sentimentos de diminuição da força ou resistência, cansaço mental com capacidade física reduzida para a atividade (ICN, 2019).

O compromisso cardiorrespiratório tem um impacto tanto nos processos corporais, como nos processos psicológicos, emocionais e sociais (Couto et al., 2021). Nos processos corporais este compromisso pode estar ligado a doenças pulmonares (obstrutivas/restritivas), doenças cardíacas (como a insuficiência cardíaca ou cirurgias major) ou relacionados com os outros sistemas como o musculoesquelético e o neurológico que podem acarretar situações de imobilidade (Couto, et al., 2021).

O compromisso cardiorrespiratório pode acarretar repercussões claras na independência da pessoa e da sua família, sendo que o EEER inserido numa equipa transdisciplinar tem um papel fundamental no processo de transição desta. A intervenção deverá incidir numa avaliação sistemática da história clínica: passando pela história atual (descrição da situação atual, situação aguda ou crónica, sintomas presentes (exemplo: dispneia, tosse, expectoração, toracalgia), fatores precipitantes dos sintomas, fatores que melhoram os sintomas e impacto dos sintomas no dia-a-dia); história pregressa (doenças diagnosticadas, cirurgias prévias e história de internamentos anteriores); regime terapêutico (terapêutica atual, história de reações adversas/alergias, inaloterapia, oxigenoterapia e ventiloterapia); história familiar (antecedentes relevantes no âmbito da patologia respiratória e dados comportamentais e psicossociais (fatores de risco ocupacionais, consumo de tabaco ou

drogas ilícitas, ocupação de tempos livres) (Couto, et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Na reabilitação com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório existe a necessidade de uma avaliação abrangente com aplicação de planos de cuidados/ programas de reabilitação coordenados e direcionados, abarcando uma avaliação do estado clínico físico, psicológico, emocional e espiritual completo, com orientações nutricionais adequadas e programas de exercício adequados a nível intra-hospitalar (Zhou, et al., 2022).

A pessoa idosa com insuficiência cardíaca (IC) e DPOC apresenta duas patologias que traduzem um elevado número de mortalidade, com internamentos recorrentes, com um grande impacto na sua saúde, na família e na comunidade (DGS, 2022a; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023;Infarmed, 2022).

### **A Pessoa com Insuficiência Cardíaca**

A IC em Portugal é um problema de saúde pública, tem expressão num elevado número de pessoas, com internamentos recorrentes e elevado número de morbilidade e mortalidade (Infarmed, 2022). Apresenta elevados custos nos cuidados de saúde, condicionando a vida da pessoa, da família e da comunidade, com mais incidência em pessoas com mais de 60 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Riet, et al., 2016).

A IC caracteriza-se por um conjunto complexo e crónico de sintomas típicos como a dispneia, a fadiga e o edema maleolar, onde também se pode encontrar sinais de elevação da pressão jugular, roncos pulmonares, edema periférico e terceiro som cardíaco S<sub>3</sub> (ritmo galope) (Farghaly, et al., 2022; McDonagh et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A IC apresenta como causas possíveis uma anomalia da estrutura e/ou da função cardíaca, que pode conduzir a um débito cardíaco desajustado às necessidades metabólicas do organismo em repouso ou em movimento (AHA, 2024; McDonagh et al., 2021; Novo, et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No retrato da IC, a funcionalidade do coração pode estar comprometida por dois mecanismos, a redução da ejeção do sangue sob pressão para a aorta e tronco pulmonar, por depressão da contractilidade miocárdica ou o esvaziamento inadequado do reservatório venoso que transporta sangue para o coração, por comprometimento do enchimento e relaxamento ventriculares (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Esta também pode ser classificada segundo a disfunção ventricular: sistólica ou fração de ejeção reduzida (FER); e diastólica ou fração de ejeção preservada (FEp), definidas em termos da alteração da arquitetura ventricular (tamanho, forma da cavidade e espessura da parede) (McDonagh et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O tratamento da IC com medidas não farmacológicas, a reabilitação cardíaca (RC), vem a ganhar terreno com as novas *guidelines* emanadas tanto a nível internacional, como por exemplo, pela *American College of Sports Medicine* (ACSM) e pela *American Heart Association* (AHA) como a nível nacional com as diretrizes emanadas pela OE.

Antigamente as pessoas com insuficiência cardíaca a nível hospitalar eram cuidadas no leito com exercício físico restrito, no entanto com o desenvolvimento científico do conceito de RC, a promoção do tratamento não farmacológico é considerada gradualmente mais relevante e com ganhos em saúde significativos com diretrizes clínicas consistentes (Zhou, et al., 2022).

### **A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**

A DPOC apresenta-se em Portugal como uma das grandes causas que leva a pessoa a apresentar necessidade de ventilação no internamento hospitalar (DGS, 2022a; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023).

A DPOC define-se como uma condição pulmonar heterogénea, caracterizada por sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse, expectoração) com processos inflamatórios, sendo que também pode apresentar alterações na musculatura esquelética. Neste quadro sintomatológico a pessoa pode apresentar intolerância à atividade física, isolamento social e redução da qualidade de vida (Claro Casado, et al., 2022; GOLD, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

A DPOC é uma doença com possível tratamento e prevenção, comum e frequentemente mal diagnosticada. O diagnóstico é confirmado pela realização de espirometria com obstrução ao fluxo aéreo não totalmente reversível, numa relação do volume expiratório forçado no primeiro segundo ( $FEV_1$ ) e a capacidade vital forçada (FVC) (relação  $FEV_1/FVC$  inferior a 70 %) após realização de broncodilatadores, de acordo com a classificação da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) 1,2,3,4 (GOLD, 2024; Machado, et al., 2024).

A DPOC resulta num conjunto de interações mediante os fatores genéticos da pessoa e o ambiente (exemplo exposição ao tabagismo) (GOLD, 2024; Machado, et al., 2024). Os mecanismos presentes na pessoa com DPOC, mediante processos de respostas inflamatórias agravadas que conduzem ao aumento da espessura das paredes das vias aéreas, que também podem estar relacionados com fatores genéticos (Alves et al., 2023; GOLD, 2024; Pereira, et al., 2020).

Os principais objetivos na gestão adequada da pessoa com DPOC, de acordo com os pressupostos da GOLD (2024) são: a redução da sintomatologia e das exacerbações, tanto pelas medidas farmacológicas, como pelas medidas não farmacológicas. A vacinação é altamente recomendada mediante os programas de vacinação de cada país, assim como os programas de cessação tabágica e RR (GOLD, 2024).

### **Reabilitação Cardíaca e Reabilitação Respiratória**

A intervenção do EEER com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório, na área da reabilitação cardíaca RC e da RR é de importante relevância no sentido que este profissional, mediante o seu quadro de competências, possibilita a capacitação da pessoa com compromisso cardiorrespiratório para o maior nível de autonomia e funcionalidade, permitindo uma reinserção na comunidade mais facilitada e adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Regulamento n.º 392/2019).

Tanto na RC como na RR este profissional suporta-se nos requisitos de segurança e qualidade, inserido na equipa transdisciplinar, mediante as suas competências específicas, constitui-se nas equipas como elemento de referência, na medida que detém a melhor evidência científica disponível e constrói planos de cuidados (concebe, implementa, avalia e monitoriza) individualizados e personalizados às expetativas e necessidades da pessoa com

compromisso cardiorrespiratório (Ordem dos Enfermeiros, 2020, 2018a; Regulamento n.º 392/2019).

Torna-se essencial a definição de atividade física, assim como de exercício físico. O primeiro conceito é entendido neste REP como todo o movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que produza gasto de energia (Novo et al., 2021). O segundo conceito é definido como uma categoria da atividade física que é programada/planeada, estruturada e repetitiva, no sentido de melhorar ou manter um ou mais componentes da forma física, do rendimento físico ou da saúde (Novo et al., 2021).

A nível do Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), a melhor evidência científica reúne um conjunto de doenças crónicas do foro cardiovascular (exemplo IC), pulmonar (exemplo DPOC), metabólico, psiquiátrico, neurológico, oncológico e musculoesquelético, para as quais a prática de atividade física constitui um coadjuvante terapêutico relevante (DGS, 2020).

A RR, combinada com o tratamento farmacológico, é o tratamento mais benéfico a nível custo-efetivo na gestão das doenças crónicas respiratórias destacando neste REP a DPOC (DGS, 2024).

Ressalva-se que as pessoas com doença respiratória crónica em estádios mais avançados da sua doença encontram-se na maioria do seu tempo no domicílio, apresentando comportamentos de sedentarismo com impacto no seu bem-estar. Independentemente da gravidade, os níveis de atividade física são gradualmente inferiores ao longo do ciclo vital, verifica-se nas pessoas com maior comprometimento da função respiratória maior expressão de sedentarismo. A inatividade física pode ser contextualizada num ciclo vicioso que leva à diminuição da função respiratória, intolerância ao esforço, fraqueza muscular, fadiga, dispneia e conseqüentemente mais expressão de inatividade física (DGS, 2024).

Dentro das intervenções farmacológicas ressalva-se a oxigenoterapia com o objetivo de corrigir a hipoxemia e aliviar a dispneia, poderá ser usada: na oxigenoterapia de longa duração, na insuficiência respiratória crónica; na oxigenoterapia adjuvante de ventiloterapia; oxigenoterapia de deambulação, na hipoxemia desencadeada/agravada com o esforço; oxigenoterapia de curta duração, na hipoxemia transitória que ocorre em situações

agudas/subagudas (por exemplo na pessoa com exacerbações da DPOC) e oxigenoterapia paliativa (DGS, 2024).

Nas intervenções não farmacológicas a RR constitui-se num plano de cuidados altamente recomendado, transversal a todos os graus de severidade de DPOC, com melhorias na capacidade funcional e controlo de sintomatologia e melhorias na qualidade de vida e bem-estar (GOLD, 2024).

Os programas de RC são uma peça fundamental no plano de cuidados da pessoa com compromisso cardiovascular. Preconiza-se o envolvimento e acompanhamento da pessoa, família e comunidade em programas de RC, assim como no acompanhamento em consulta da especialidade, no sentido de promover a eficaz gestão da IC (tratamento não farmacológico e tratamento farmacológico com otimização terapêutica) (Novo, et al., 2020).

A RC traduz-se no tratamento não farmacológico, que traz benefícios claros para a pessoa e ganhos em saúde mediante intervenções personalizadas (Aldhahir, 2022; Cavalheiro, et al., 2021; Lv, 2022; McDonagh, et al., 2021).

Assim como a RR consiste em intervenções não farmacológicas com benefícios claros no tratamento da DPOC, com planos de cuidados específicos e personalizados a cada pessoa (Alves & Grilo, 2022; Bernardes, et al., 2023; Pereira, et al., 2020; Rodrigues, et al., 2021).

Tanto a RR como a RC à pessoa com compromisso cardiovascular pressupõem uma correspondência com os princípios e orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, com *guidelines* da ACSM, da AHA e da GOLD. Suportado no acrónimo de treino FITT-VP (Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo de exercício, volume e Progressão), os critérios para a progressão e volume do mesmo, considerados pela Ordem dos Enfermeiros ainda se encontram pouco claros pelo que a personalização do plano é de extrema relevância pela equipa de saúde (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A intensidade pode ser determinada por vários parâmetros objetivos e/ou subjetivos. Os objetivos: como a frequência cardíaca de treino, o volume de oxigénio consumido por minuto ( $VO_2$ ) e o Metabolic Equivalent Task (MET) ou método do equivalente metabólico (Novo, et al., 2021, ACSM, 2022). Nos parâmetros subjetivos podemos encontrar a percepção

subjetiva de esforço, que é avaliada pela escala de *Borg* modificada (*Borg*, 1982; Novo, et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Sublinha-se neste REP o MET caracterizado por uma maneira padronizada de descrever a intensidade absoluta de uma variedade de atividades (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Verdelho & Santa-Clara, 2021). Um MET é a unidade de medida que caracteriza a quantidade de oxigénio (O<sub>2</sub>) gasto por kg de peso corporal num minuto (min) por cada pessoa em repouso, ou seja, é igual a 3,5 mililitros (ml) de O<sub>2</sub>/kg/min e equivalente a 1 quilocaloria/Kg/hora. Torna-se relevante perceber que quanto maior é a intensidade física maior é o nível de MET. Este apresenta os seguintes intervalos de intensidade: intensidade baixa: inferior a 3 MET, intensidade moderada de 3 a 6 MET e intensidade vigorosa superior a 6 MET (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O sedentarismo pode ser encarado como qualquer atividade que envolva um gasto energético de 1,5 MET, em que a pessoa se encontra normalmente na posição sentada, reclinada ou deitada (Izquierdo, et al., 2024).

O treino aeróbio caracteriza-se pela realização de exercícios que requerem gasto de oxigénio para a produção de energia, sendo exemplo, o treino de marcha, potenciando tanto as capacidades pulmonares como a cardiovascular, preconizado ser iniciados em atividades de intensidade ligeira e progredindo para exercícios com duração cada vez mais prolongada, tolerada pela pessoa (Lopes, et al., 2020).

A prática de exercício físico é preditor de um aumento da capacidade funcional, sendo que a estrutura dos programas de RC pode esquematicamente distinguir-se em Fase I (intra-hospitalar), fase II (extra-hospitalar precoce – ambulatório) e a Fase III (extra-hospitalar tardia – manutenção) (Lopes, et al., 2020).

Na monitorização da intensidade do treino intra-hospitalar da pessoa não deve ser superior a 30 batimentos por minuto (bpm) nem ultrapassar os 120 bpm e através da escala de *Borg* Modificada – Avaliação da Perceção Subjetiva de Esforço, (ACSM, 2022; Lopes, et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Os pressupostos de segurança no início e progressão da marcha da pessoa são: ausência de dor isquêmica durante 8 horas, sem elevação das enzimas (creatina quinase e troponinas), ausência de sinais de IC descompensada, ausência de alterações de ritmo cardíaco durante 8 horas (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Vermelho & Pestana, 2021). A RC na IC, na fase I preconiza iniciar-se nas primeiras 12 a 24 horas ou assim que possível, o exercício deverá ser imediatamente suspenso se instabilidade tensional, intolerância ao esforço como dor torácica, dispneia, tonturas, palpitações, hipersudorese, alterações eletrocardiográficas relacionadas com isquemia, arritmias ventriculares ou auriculares significativas, bloqueio auriculoventricular de 2º ou 3º grau, pressão arterial diastólica igual ou superior a 110 mmHg ou diminuição da pressão arterial sistólica superior a 10 mmHg durante o exercício, não sendo menos importante a frequência cardíaca durante o exercício executado pela pessoa não ser superior entre 20 a 30 batimentos por minuto nem ultrapassar os 120 bpm, entre outras monitorizações realizadas pelo EEER (ACSM, 2022; Lopes, et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Vermelho & Pestana, 2021).

A nível hospitalar a RC na pessoa com IC deve incidir em dois tempos completamente distintos, no primeiro tempo em que o repouso impera, até estabilização clínica da pessoa e no segundo tempo deve incluir a capacitação nas AVD e nas técnicas de gestão de energia (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Na capacitação nas AVD deve incluir três tempos diferentes: o início, o pico e o final do esforço, permitindo a recuperação da pessoa. No primeiro tempo, realiza-se o aquecimento e pode incluir os exercícios respiratórios. Realiza-se o aquecimento e pode incluir alongamentos, exercícios respiratórios e exercícios isométricos/mobilização, exercícios musculoesqueléticos com o objetivo de aumentar a tolerância ao esforço. No segundo tempo, exercícios aeróbios realizados mediante as AVD: Higiene Pessoal (banho na cama, cadeira sanitária) representa 1,5 a 2 METS; Ir ao sanitário (arrastadeira, cadeira-sanitária) representa 1,5 a 2,5 MET; Andar em superfície plana representa 2 a 3,3 MET, exercícios dos membros superiores e tronco sem resistência 2,5 a 3 METS e subir/descer escadas a partir de 3 MET. Exercícios aeróbios realizados mediante as AVD: higiene pessoal, sentar, transferências para o cadeirão e para o leito, levante, treino de marcha e de escadas. Intervenção higiene pessoal: banho na cama, banho no chuveiro com cadeira sanitária, banho no chuveiro;

exercícios dos membros superiores e tronco; Eliminação: dispositivo, na fralda, na arrastadeira/urinol, na cadeira sanitária, na casa de banho; andar com ou sem dispositivo em superfície plana e subir escadas: um lanço de escadas (12 degraus), descer um lanço de escadas, subir um ou mais lanços de escadas. O treino de marcha no internamento preconiza-se a sua realização em piso plano regular entre 25 a 50 metros com um aumento progressivo de 10 a 15 minutos por dia, tendo como meta 150 a 200 metros. Num terceiro tempo a recuperação o relaxamento com a redução do movimento e retorno aos parâmetros vitais basais (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Vermelho & Pestana, 2021). Nesta fase de RC preconiza-se intensidades baixas (Vermelho & Pestana, 2021).

O treino em escadas deve iniciar-se com 5 degraus e aumentar progressivamente 3 a 5 degraus por dia tendo como meta 20 degraus antes da alta clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Caso não seja possível a deambulação pode recorrer-se a dispositivos como o cicloergómetro ou pedaleira na impossibilidade de monitorização constante ou em situações do foro neurológico, ortopédico ou outras (Ordem dos Enfermeiros, 2020, 2023). Na monitorização da pessoa, o EEER, no foco intolerância à atividade, destacam-se as estratégias de gestão de energia, já referidas como técnicas fundamentais (Couto, et. al, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

### **2.7. A Pessoa com Compromisso Cardiorrespiratório: Técnicas de Gestão de Energia**

A intervenção do EEER com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório, com recurso às estratégias de gestão de energia, permite planos de cuidados de ER mais personalizados, sensíveis e dirigidos à pessoa que refere dispneia e fadiga, mediante um cuidar especializado da pessoa, com potencialização da sua funcionalidade e maior capacidade para o autocuidado na reunião da melhor evidência científica disponível aceite pela comunidade académica (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2020; Regulamento n.º 392/2019).

Apesar dos benefícios claros da atividade física, existe a evidência que a maioria das pessoas (mais de 50%) com doença respiratória crónica tendem a ser inativas, com estilos de vida sedentários. Verifica-se como principais barreiras à prática de atividade física: a motivação, o

tempo e/ou interesse, os sintomas associados à doença e a severidade da mesma (DGS, 2024).

A implementação de planos de cuidados personalizados e específicos torna-se numa gestão eficaz suportada numa atuação multifacetada através de uma avaliação profunda da pessoa e das suas características e especificidades. A integração da atividade física que a pessoa tolera nas rotinas diárias torna-se peça fundamental combinada com um ambiente cativante, seguro, motivador com processos de capacitação eficazes e eficientes com adaptação dos espaços físicos com intuito da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar (DGS, 2024).

Estas técnicas caracterizam-se por estratégias que permitem nas AVD que haja uma redução da fadiga e da dispneia e o menor gasto de energia possível (Couto, et al., 2021; Gaspar & Martins 2018).

As técnicas de gestão de energia enquadram-se na componente educacional dos programas de RC e RR, sendo o EEER um elemento fundamental pela sua implementação a nível intra-hospitalar, estas permitem uma *práxis* direta nas AVD (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2020). Com enfoque pela GOLD (2024) na RR e da ACSM (2022) na RC.

Na melhor evidência científica consultada encontraram-se alguns princípios gerais relatados por diversos autores para a capacitação com a pessoa para o autocuidado, proporcionando uma gestão adequada do controlo da perceção da fadiga e do controlo da dispneia na realização das AVD no quotidiano (Couto, et al., 2021; Couto, 2021; Gaspar & Martins, 2018; Gomes & Ferreira, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018;). Estes princípios podem ser enumerados no controlo e consciencialização da respiração (quando inspira realiza o movimento que cansa menos e quando expira realiza o movimento que cansa mais); na alternância de tarefas (a pessoa realizar as tarefas com intensidade mais baixa intercalando com as atividade mais intensas, sendo estas últimas realizadas no período que a pessoa sente menos fadiga), o repouso no momento certo, antes de iniciar uma tarefa organizar todo o material, relativamente à gestão do espaço, preferir arrumar os objetivos nos locais de mais fácil alcance para a pessoa, os acessos deverão encontrar-se desimpedidos e livres,

sem obstáculos que dificultem o andar da pessoa, entre outros (Amaral & Dias, 2021; Couto, et al., 2021; Couto, 2021; Gaspar & Martins, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Os indicadores da Classificação dos Resultados em Enfermagem, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) relativos ao conhecimento da pessoa de acordo com as técnicas de gestão de energias são: atividade física e suas restrições, atividades adequadas (mediante métodos adequados), fatores que potenciam e diminuem o gasto energético, limitações, estratégias para equilibrar atividade e repouso, métodos de identificação de atividade e monitorização da frequência cardíaca, exercícios efetivos de respiração, postura corporal adequada, técnicas de simplificação do trabalho, uso correto de dispositivo de apoio e recursos na comunidade. Estes são avaliados através de uma escala de *likert* de 1 a 5. Em que corresponde: 1 - nenhum conhecimento, 2 - conhecimento limitado, 3 - conhecimento moderado, 4 - conhecimento substancial e 5 - conhecimento vasto (Moorhead, et al., 2024).

A família apresenta-se aqui com um papel essencial no suporte da pessoa para a promoção na aquisição do conhecimento e da capacitação nas AVD e do bem-estar. Estas muitas vezes apresentam exaustão, por ser uma doença crónica e complexa sendo aqui a intervenção do EEER fundamental (Loureiro, et al., 2023).

## **2.8. O Cuidado Centrado com a Pessoa, Família e Comunidade**

O conceito de família evoluiu ao longo do tempo e as pessoas representadas podem advir de processos biológicos, sociais, psicológicos e jurídicos (Correia, et al., 2023). O conceito de família neste REP engloba as pessoas significativas e/ou cuidadores formais ou informais, sendo que a premissa da sua inclusão nos planos de cuidados de enfermagem é mandatária (Wright & Leahey, 2009).

O plano de cuidados com a pessoa, família e comunidade é suportado no paradigma da transformação e os cuidados realizados emergem de uma relação de parceria entre o EEER e a pessoa e família (Rocha & Martins, 2024; Queirós, 2024). Os cuidados de enfermagem são otimizados no enquadramento da família e a sua integração no plano de cuidados é de

relevância assumida, com destaque da sua participação para as intervenções que promovem alterações de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O enfermeiro encontra desde cedo no seu código deontológico, no artigo 110º, da humanização de cuidados, a premissa do cuidar da pessoa e da família (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Mendes, 2021).

Segundo Correia e colaboradores (2023) a parceria de cuidados com a família é um contributo para a promoção da qualidade de cuidados, sendo que se torna necessário uma expressão efetiva deste fenómeno nos registos de enfermagem o que por vezes ainda não se verifica. A associação da ideia da família, como fator potencial de mais carga de trabalho e insegurança nos cuidados ainda se encontra presente na ideia dos enfermeiros, no entanto a premissa da sua inclusão proporcionar cuidados seguros, humanizados e com qualidade, paulatinamente vem ganhando expressividade.

A família de acordo com o nível de proximidade à pessoa detém um conhecimento válido que pode ser veículo efetivo na prestação de cuidados de saúde com mais carisma e humanidade, pelo seu conhecimento da singularidade e especificidades da pessoa (Mendes, 2021).

Ressalva-se o cuidado centrado com a pessoa e família, encarando a pessoa como um ser único, a inclusão da família torna-se assim essencial para alcançar planos de cuidados promotores de saúde (RNAO, 2015).

Na busca permanente pela excelência do cuidar, o EEER procura maximizar o bem-estar da pessoa assim como da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Premeia-se a construção de planos de cuidados de ER efetivos dirigidos à pessoa e à família que promovam o bem-estar e ganhos em saúde (Bright, et al. 2024; Raposo et al., 2020; Woldringl et al., 2023).

Englobar a família, tendo em conta as crenças, os valores e as capacidades da pessoa contribui para cuidados de enfermagem direcionados para o aumento da satisfação e do bem-estar (Pestana, 2023).

A comunicação entre a equipa de saúde, a pessoa idosa e a família preconiza-se calibrada ao entendimento de todas as partes, no sentido de cuidados efetivos, de qualidade, seguros e direcionados às necessidades de literacia e capacitação (Beattie, et al., 2024; DGS, 2023).

Os planos de cuidados são construídos na sustentação das necessidades e expectativas da pessoa idosa e da sua família, para a prevenção dos reinternamentos hospitalares da pessoa com IC, são necessários cuidados de saúde multidisciplinares, com equipas de saúde hospitalares treinadas com pontes eficazes com os cuidados na comunidade, com uma linguagem comum do ponto de partida ao ponto de chegada (Shiota, et al., 2021).

A IC tem um impacto significativo a nível psicológico e socioeconómico para a pessoa idosa, família e comunidade (Shiota, et al., 2021). O EEER encontra aqui uma intervenção fulcral no acompanhamento da pessoa e da família, proporcionando na inclusão desta, planos mais sensíveis, humanos, seguros e com qualidade.

Em internamentos cada vez mais curtos, mediante algumas políticas e com a população cada vez mais envelhecida, a segurança da transição dos cuidados do hospital para a comunidade torna-se fundamental (Baixinho, et al., 2021; Resolução da Assembleia da República n.º 116/2021, n.º 101/2006).

Os cuidados de ER sensíveis a uma transição segura dos cuidados de saúde para a comunidade são indicadores de qualidade, sendo os profissionais e serviços de saúde e sociais suportados num trabalho em rede com sinergias adequadas de forma assegurar uma transição segura e eficaz da pessoa para a comunidade (RNAO, 2023).

É uma boa prática que os prestadores de cuidados de saúde e sociais colaborem com as pessoas e a sua rede de apoio antes, durante e após uma transição de cuidados, de forma a garantir cuidados seguros e transições eficazes (RNAO, 2023).

No cuidado centrado com a pessoa, família e comunidade ressalva-se a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria do Cuidar de Swanson e o seu suporte neste REP, explanando uma enfermagem informada advogada numa transição efetiva de saúde/doença com uma monitorização incisiva e precisa nos processos do cuidar (Meleis, et al., 2000; Mendes, 202; Swanson, 1991,1993).

## **2.9. O Cuidado Centrado com a Pessoa com Compromisso Cardiorrespiratório**

A realização do plano de cuidados de ER inicia-se por uma avaliação detalhada, de modo a construir objetivos com acurácia, estabelecendo um plano coerente, com sentido tanto para a pessoa e família como a todos os elementos da equipa transdisciplinar (Marques-Vieira, et al., 2023).

Nos planos de cuidados de ER, o modelo das transições de Meleis, assim como a Teoria do TDAE de Orem constituem-se de grande importância para os EEER, no sentido que estes proporcionam um encadeamento de excelência nos processos de transição e mecanismos estruturantes dos cuidados de saúde que proporcionem bem-estar e uma maior independência no autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Petronilho, et al., 2021; Pontes & Santos, 2023; Regulamento n.º 392/2019).

Na pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório, os focos do EEER traduziram-se nos processos corporais (ventilação comprometida, dispneia e intolerância à atividade), precedidos pelos processos intencionais como é o caso do foco da adesão ao regime de exercícios pela pessoa e família. Os focos do autocuidado destacam-se como pilar nos cuidados do EEER. Estes cuidados almejam um processo de capacitação de aprendizagem efetiva, promovendo comportamentos de adaptação, na melhor gestão da doença e potencialização da funcionalidade na realização das AVD (Couto, et al., 2021; Petronilho, et al., 2021).

O EEER na busca diária pela excelência de cuidados assume a promoção do autocuidado e do bem-estar, possibilita a maximização e potencialização da funcionalidade e planeia antecipadamente uma reinserção de qualidade e segurança da pessoa na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Nos cuidados centrados com a pessoa e seguros, a preocupação do EEER na prevenção de quedas é essencial, suportando-se nas melhores orientações, mediante plano de cuidados de ER que explanem o conhecimento da pessoa e a sua perceção de risco, o nível de motivação, ensinar, instruir, capacitar, mediante uma forma sensível e personalizada, com enfoque numa linguagem positiva, negociar com a pessoa o seu projeto de saúde e apoiar a

autogestão, com o envolvimento da família e da comunidade e com o recurso a dispositivos auxiliares necessários (Ordem dos Enfermeiros, 2023; RNAO, 2017).

A identificação precoce dos problemas reais e/ou potenciais da pessoa, bem como a prescrição das suas intervenções específicas, mediante os diagnósticos de ER, contribuem para aumentar o bem-estar e a realização/supervisão adequada das AVD. A prescrição para otimizar a função cardiorrespiratória, a seleção do dispositivo de apoio adequado, a conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos adequados específicos e personalizados às particularidades de cada pessoa e família integram o padrão de cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Destaca-se na implementação consciente do cuidado focado no bem-estar, um cuidar de enfermagem avançado, que permita cuidados abrangentes que englobem a pessoa num todo (corpo, mente e espírito), integrando modalidades terapêuticas promotoras de bem-estar, como é o caso da musicoterapia e da terapia pelo humor (Sousa & Marques-Vieira, 2021).

### **Instrumentos de Avaliação de Enfermagem de Reabilitação**

Torna-se relevante na escolha do instrumento de avaliação para determinada função este permitir extrair uma série de valores válidos dessa mesma função (Sousa, et al., 2023). Na qualidade métrica dos instrumentos de avaliação torna-se relevante para que estes possam traduzir dados com a reprodutibilidade e responsividade adequada, no sentido de prevenir o possível enviesamento. Para avaliar a reprodutibilidade recorre-se à fiabilidade interna, fiabilidade intra observador e fiabilidade interobservador (Sousa, et al., 2023).

Em contexto clínico a utilidade de um instrumento depende das suas propriedades métricas, estas podem ser psicométricas ou clinicométricas. A verificação da qualidade dos instrumentos torna-se essencial para a relevância dos resultados, sendo esta parametrização essencial em particular para o EEER neste contexto (Sousa, et al., 2023).

A EMER recorreu a uma série de escalas e instrumentos específicos mobilizados pelos EEER com a parametrização dos cuidados com recurso aos instrumentos: a LCADL; a MIF; a mMRC - questionário de dispneia; Escala de *Borg* modificada - avaliação da dispneia e a Escala de *Borg* modificada - avaliação da perceção subjetiva de esforço e o Índice de Bem-Estar Pessoal.

A mMRC preconiza-se na avaliação da pessoa com DPOC (DGS, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018b); A dispneia deve ser avaliada através da mMRC, numa pontuação  $\geq 2$  é considerada elevada (DGS, 2019).

A escala de *Borg* modificada, sendo que esta pode assumir vários nomes secundários dependendo do sintoma que está a ser avaliado. A escala foi utilizada para avaliar a dispneia e a fadiga, estas escalas foram impressas e plastificadas após validação do contexto de estágio e do contexto académico e foram um recurso essencial na parametrização da pessoa relativamente aos sintomas mencionados (*Borg*, 1982; Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2020).

Na avaliação da pessoa com compromisso cardiorrespiratório a nível funcional recorreu-se neste EP à avaliação da LCADL, sendo esta escala validada para a população portuguesa, com DPOC e recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, um instrumento válido e reprodutível, revelando-se numa ferramenta para avaliar a limitação da pessoa com DPOC para realizar as AVD (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Pitta, et al., 2008).

A LCADL constitui-se num questionário com cinco itens de avaliação, abarcando vários domínios como o cuidado pessoal, o cuidado doméstico, a atividade física e o lazer. Nesta avaliação a pessoa atribui um valor de 0 a 5 e o valor total da pontuação pode variar entre os 0 e os 75 (Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Pitta, et al., 2008).

Recorreu-se também à MIF, sendo esta recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, a nível da intervenção da RC e da RR (Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2018a, 2020). Esta escala tem como objetivos: o diagnóstico do grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos ou idosos. Suporta-se na avaliação do desempenho da pessoa e na sua necessidade para determinados requisitos para o autocuidado, mediante as necessidades da pessoa para uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Durante todo o contexto clínico da EMER, tanto a nível comunitário como hospitalar houve a monitorização diária da dor, utilizada a escala numérica de 1 a 10 preconizada pela DGS (DGS, 2003).

Este REP encontra-se suportado no *browser* da ontologia, da Ordem dos Enfermeiros (s.d.), no plano de cuidados, apresentou-se os seguintes diagnósticos de ER com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório, nomeadamente com IC e DPOC, destacando as intervenções para o conhecimento e a capacitação com a pessoa. Com os focos: ventilação, dispneia, intolerância à atividade e autocuidado: alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, erguer-se, sentar-se, transferir-se, vestir-se/despir-se, virar-se e andar.

**Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação no plano de cuidados com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório:**

- 1) Ventilação Comprometida;
- 2) Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia;
- 3) Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios respiratórios;
- 4) Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios;
- 5) Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios;
- 6) Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade;
- 7) Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício.

Estes diagnósticos encontram-se no RCC realizado durante o EP com o título "*Cuidados de Enfermagem De Reabilitação com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – autocuidado e bem-estar*" (Apêndice 1). Ao longo do internamento da pessoa foram levantados determinados diagnósticos de ER, correspondendo a uma série de objetivos, intervenções, avaliações e reajustes do plano de cuidados específico e personalizado à pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório e família.

**Indicadores, Recursos e Metas**

Na parametrização dos ganhos em saúde, são necessários indicadores mensuráveis de um fenómeno, num determinado tempo e espaço. Estes demonstram uma monitorização

efetiva e eficiente, permitem a identificação dos cuidados e percecionam áreas de oportunidade de melhoria (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Destaca-se a relevância emanada pela Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) suportada no modelo de *Donabedian*, recomenda os indicadores de estrutura, processo e resultado (RNAO, 2023). Estes também se encontram espelhados nos PQCEER (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Destacam-se neste REP, os indicadores de estrutura (exemplos; recursos humanos, recursos materiais e estrutura organizacional, englobam o ambiente físico e organizacional dos prestadores de cuidados), de processo (referem-se à relação prestador/pessoa, exemplo: ao modo como os cuidados são prestados, acolhimento da pessoa, sistemas de informação, entre outros) e de resultado (resultam dos próprios objetivos dos cuidados, exemplos: ganhos em conhecimento, ganhos em capacidade, percentagem dos resultados positivos na capacitação, percentagem de infeções, entre outros) (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; RNAO, 2023; Vilela, et al., 2024).

Na monitorização e avaliação dos cuidados de enfermagem encontram-se explanados os ganhos em saúde sensíveis ao estado, comportamento ou perceção variável e mensurável da pessoa e que é alvo das intervenções de enfermagem suportadas nos planos concebidos por estes profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Através das referências bibliográficas apresentadas neste REP, de uma população portuguesa envelhecida com uma grande carga de doenças, com estilos de vida sedentários, desmitificar e desconstruir o ciclo vicioso descrito pela DGS (2024) da inatividade física e intolerância ao esforço, a EMER recorreu às técnicas de gestão de energia, recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018a, 2020), pela GOLD (2024) e pela ACSM (2022), com os objetivos de aumentar o conhecimento e a capacitação com a pessoa idosa para a gestão do regime de exercícios.

A mensuração do estado basal da pessoa permite ao EEER parametrizar de forma mais clara e objetiva o significado da sua intervenção. Torna-se relevante a utilização por estes profissionais, caso seja pertinente no contexto da sua intervenção a NOC, no sentido não só de uma melhor perceção do estado de conhecimento da pessoa, mas de deixar explícitos os

resultados dos cuidados especializados de ER dentro da equipa transdisciplinar (Ribeiro & Ventura, 2021).

Neste EP foi utilizada a tabela da NOC espelhando os indicadores de enfermagem para avaliação do conhecimento da pessoa antes e depois acerca das técnicas de gestão de energia (Moorhead, et al., 2024). Esses indicadores encontram-se especificados na Tabela Indicadores da NOC relativos ao conhecimento da pessoa com compromisso cardiorrespiratório - Técnicas de Gestão de Energia – RCC, no apêndice 2, assim como os resultados obtidos pela pessoa do RCC realizado pela EMER no âmbito do EP, numa avaliação basal ao 3º dia de internamento e uma avaliação final ao 9º e último dia de internamento.

Os indicadores neste REP emergiram das escalas e dos instrumentos aplicados, assim como dos expressos pela NOC. Verificou-se a implementação no EP da LCADL, da MIF, da mMRC - questionário de dispneia, da Escala de *Borg* modificada - avaliação da dispneia, da Escala de *Borg* modificada - avaliação da percepção subjetiva de esforço e do Índice de Bem-Estar Pessoal, mobilizados no potencial da pessoa na aquisição de conhecimento, de capacidade e de autoeficácia. Na parametrização correta das escalas e instrumentos mais adequados encontra-se a possibilidade de explicar os ganhos em saúde e os cuidados sensíveis de ER.

Durante o período de EP foram mobilizados diversos recursos, no sentido do desenvolvimento de competências pela EMER, sendo a equipa transdisciplinar fundamental, tanto a equipa de saúde (EEER, enfermeiros generalistas, médicos, assistente social, nutricionista, fisioterapeutas, entre outros) como o capelão e a equipa de voluntários, equipamentos como dispositivos médicos (bastão, fitas, pedaleira, cadeira sanitária, andador, *shaker*, entre outros) e material didático para utilização à cabeceira da pessoa, como a Escala de *Borg* e a realização de um folheto.

A elaboração do folheto foi suportada na intervenção preconizada no *browser* da ontologia, da Ordem dos Enfermeiros, relativamente ao diagnóstico: potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios. Com as intervenções específicas: avaliar a evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios, ensinar sobre exercício físico, ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico, ensinar sobre

autogestão do regime de exercício através de informoterapia à pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório.

A metodologia para a realização deste folheto enquadrou-se no mapeamento da literatura realizada no RCC no levantamento das necessidades sentidas pelas pessoas internadas no serviço de medicina. Teve também suporte no artigo realizado por Rosendo e Santiago (2017), aquando da sua validação de instrumentos informativos. O folheto realizado pela EMER adquiriu várias versões, sendo a sua construção esquematizada em etapas: 1ª Etapa - revisão da melhor literatura disponível relativa à temática com preferência nos últimos 5 anos; 2ª Etapa - a construção propriamente dita com a definição de conceitos claros para a população a que se destinava (pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório e família), com os pressupostos de uma linguagem simples e organização estrutural adequada; 3ª Etapa - a revisão pela equipa de saúde (enfermeiros, 4 EEER, médicos) em que todas as sugestões foram validadas e 4ª Etapa - a leitura pelas pessoas e familiares do serviço de medicina da ULS, em que todas as sugestões foram validadas igualmente. O folheto ficou entregue aos EEER do serviço, sendo que posteriormente a equipa poderá continuar o processo de validação. A realização de todo este processo foi inscrito nos meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2024.

O folheto tem como título – “Técnicas de Gestão de Energia para a Pessoa que Sente Cansaço Fácil”, com o slogan “*Respirar e Mexer com mais Consciência, Viver com mais Energia*”. As referências bibliográficas encontram-se num *Quick Response Code*, promovendo um melhor acesso da população à informação através dos meios tecnológicos, promovendo a literacia em saúde nos pressupostos do PNLSCC. As imagens foram criadas pela EMER no programa da *Microsoft* de inteligência artificial e foram validadas após a sua criação, tanto pela equipa de saúde como pelas pessoas alvo dos cuidados de ER e famílias. O folheto encontra-se em apêndice 3. O nome da enfermeira gestora do serviço (EEER) e dos 2 EEER orientadores da EMER encontram-se salvaguardados por questões de confidencialidade, sendo este procedimento de confidencialidade espelhado em todo o REP. Neste contexto foi realizado um poster para ficar exposto no serviço da ULS, referente à intervenção do EEER relativamente às técnicas de gestão de energia (Apêndice 4).

As metas neste EP corresponderam aos processos de desenvolvimento de competências comuns do EE, competências específicas do EEER e de mestre. Assim como a construção diária de planos de cuidados de ER personalizados e específicos às particularidades de cada pessoa e família, internadas no serviço de medicina da ULS com a supervisão e orientação dos EEER em contexto clínico e em contexto acadêmico.

### 3. Análise Crítico-Reflexiva das Competências

“Facilitation the other’s passage through life transitions and unfamiliar events” (Swanson, 1993, p. 162).

O conceito de competência pode ser entendido como algo objetivo, na medida que pode ser medido e avaliado, compreende responsabilidade, flexibilidade, autonomia, capacidade de assumir iniciativas e de ultrapassar novas situações, engloba o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser (Marques, et al., 2024). O processo da humanização de cuidados focados na qualidade e na segurança, traduz a crescente preocupação dos profissionais de saúde na pessoa como centro dos seus cuidados (Marques, et al., 2024).

Revela-se atualmente de uma forma cada vez mais nítida a necessidade pela pessoa, família e comunidade dos cuidados de ER especializados, sendo estes, um direito incontestável ao nível dos cuidados de saúde (Pestana, 2023a). A definição de competência para a profissão de enfermagem é de extrema relevância, pois possibilita uma reflexão acerca do seu conteúdo funcional, o seu escrutínio permite uma maior monitorização dos cuidados prestados, especificar os níveis de exigência e de responsabilidade, orientar os padrões de avaliação, facilitar a descrição dos objetivos formativos, estruturar as carreiras profissionais dentro das organizações, mobilidade, entre outros (Pestana, 2023a).

Numa sociedade onde o nível de expectativa e exigência é cada vez maior torna-se necessária uma constante atualização e investimentos na saúde, os enfermeiros, destacando os EE desempenham um papel fundamental na garantia da qualidade e segurança em saúde, assim como na supervisão, liderança e gestão (Sales & Pestana, 2024).

Numa sociedade onde o panorama nacional é de uma população envelhecida com uma esperança média de vida em progressivo aumento, perspectiva-se um conseqüente aumento das pessoas com incapacidade nos contextos clínicos (Branco, 2023; Pestana, 2023a). Destaca-se o EEER como elemento necessário e os seus cuidados de extrema relevância,

onde se poderão criar oportunidades de visibilidade, numa sociedade que se pretende esclarecida pela literacia em saúde.

O enfermeiro de cuidados gerais centra-se numa relação terapêutica em contexto da prática clínica numa parceria estabelecida entre a pessoa, família e comunidade, no respeito pelas capacidades da mesma, mediante processos de tomada de decisão com uma abordagem sistémica e sistemática, sendo as suas competências caracterizadas pelos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da prestação e gestão dos cuidados e do desenvolvimento contínuo profissional (Regulamento n.º 190/2015).

Para atribuição do título de EE, o enfermeiro necessita da verificação das competências da sua especialidade e da verificação de um conjunto de competências comuns inerentes a todos os contextos da prática clínica e dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019).

A análise crítica e reflexiva das competências do EEER encontra-se suportada neste trabalho pela TDAC de Orem, pela Teoria das transições de Meleis e pela Teoria do Cuidar de Swanson. Tanto a primeira como a segunda estão suportadas nos padrões de qualidade dos cuidados especializados de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). O suporte acrescido neste REP na teoria de Swanson (1991,1993) deveu-se a uma identificação profissional, académica e pessoal da EMER na impregnação dos cuidados de ER, onde o estar com a pessoa se torna foco na promoção do autocuidado e bem-estar, sendo a teoria de médio alcance que em conjunto com a teoria das transições e a TDAC melhor representaram a realidade complexa vivenciada no EP.

Para atribuição do título de EE, o enfermeiro necessita da verificação das competências da sua especialidade e da verificação de um conjunto de competências comuns inerentes a todos os contextos da prática clínica e dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019).

### **3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Este EP foi rico em experiências de aprendizagem e aquisição de competências. Entende-se por competências comuns todas as competências partilhadas por todos os EE (Regulamento n.º 140/2019). Entende-se por competências específicas a demonstração pelo profissional de saúde de um elevado grau de adequação num processo que decorre das respostas

humanas de vida e dos problemas de saúde, num campo bem delimitado por cada especialidade (Regulamento n.º 140/2019).

Os domínios das competências comuns do EE, integram e estão definidas legalmente em:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

### **Na responsabilidade profissional, ética e legal**

A Ética abarca a reflexão do ser humano sobre o seu agir, suportando-se em valores e princípios que validem as suas decisões, escolhas e comportamentos (Deodato, 2023). Esta impulsiona a uma reflexão pelos cuidados de ER íntegros, dignos e humanos, impulsionando o EEER a uma reflexão pessoal na sua relação de parceria terapêutica (Deodato, 2023).

Sublinha-se neste REP os 5 princípios da bioética como pilares na relação terapêutica e de parceria entre o EEER com a pessoa. Relativamente ao princípio da beneficência define-se como um dever de fazer o bem e o princípio da não-maleficência define-se como o dever de não fazer o mal, e/ou não causar dano. O respeito pelo princípio da autonomia entendido aqui à luz do conceito de liberdade já definido anteriormente e o princípio da justiça, define-se relativamente a situações iguais haver um entendimento parecido e situações diferentes entendimentos diferentes. Por último o princípio da vulnerabilidade definido neste REP mediante o exemplo de a pessoa que recorre aos cuidados de saúde centralizar em si só, uma situação de fragilidade (Nunes, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O respeito pela autonomia da pessoa consagrado constitucionalmente, suportado pelos princípios legais e ético-deontológicos da profissão de enfermagem espelha-se numa relação de parceria de cuidados, tendo como meta o projeto pessoal de vida de cada um (Nunes, 2024). Neste REP ressalva-se o suporte teórico na teoria de Swanson (1993) que nos define saúde e retrata a busca de cada um pelo seu eu eudemonístico, na procura de uma vida boa.

Destaca-se neste REP, o respeito do EEER pelo direito à autodeterminação, assumindo este profissional o dever de informar a pessoa relativamente aos cuidados de ER e entender a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (Lei n.º 8/2024). Ressalva-se o dever deste profissional em obter consentimento da pessoa para os cuidados de ER, bem como perceber a intenção desta no envolvimento da família no seu projeto de saúde (Deodato, 2023). Tendo sido a postura adotada pela EMER ao longo dos contextos clínicos.

Ressalva-se neste REP o artigo 88º relativo à excelência do cuidar em enfermagem e o artigo 89º relativo à humanização dos cuidados, ambos presentes no código deontológico e são considerados como a bússola orientadora no suporte dos cuidados de enfermagem e nos cuidados de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Destaca-se no EP realizado pela EMER a garantia e promoção de cuidados de ER suportados nos valores da ética e da deontologia com a defesa dos direitos da pessoa e família nos cuidados de saúde, cuidados com empatia, compaixão (ICN, 2021). A reflexão continua da estudante, numa *práxis* de cuidados diária, mediante situações complexas e inesperadas num panorama de carga de doença elevado com a necessidade de uma sensibilidade apurada, inscrita na subtileza dos momentos vivenciados supervisionados pelos EEER orientadores.

Com desenvolvimento e aquisição das competências comuns ao nível deste domínio, inscrito nos processos de pedido de consentimento à comissão de ética da ESSATLA, com pedido de consentimento ao autor do Índice de Bem-Estar Pessoal, com envolvimento no processo formativo, de investigação na partilha das melhores práticas académicas com um diálogo inscrito na ética e na deontologia. Com a tradução da teoria das unidades curriculares apresentadas no MER em processos efetivos teórico-práticos.

A sincronia entre a mobilização dos saberes com fundamento na autonomia, responsabilidade e liberdade, suportado nos pilares legais e ético-deontológicos, mediado não só por processos de conhecimentos ou capacidades, mas pela sua mobilização no momento específico das vivências dos cuidados de saúde e dos seus dilemas e confrontos, com expressão da competência na ordem do saber-mobilizar (Nunes, 2024). A EMER

inscreveu as intervenções num conhecimento, suportado no saber-ser (princípios legais éticos e deontológicos da profissão), saber-saber (melhor evidência científica partilhada entre a comunidade académica), saber-fazer (uma *práxis* fundamentada nos modelos teóricos recomendados pela disciplina nas melhores recomendações nacionais e internacionais inscritas nas organizações de cuidados) e saber-mobilizar (numa sinergia subtil na combinação entre todos os saberes impressa na realidade de cuidados de ER nos contextos clínicos).

### **Melhoria contínua da qualidade**

A capacidade do EEER refletir sobre a prática acarreta mais responsabilidade e conhecimento, urge assim a necessidade de uma *práxis* baseada nas melhores e mais recentes evidências científicas, numa constante melhoria da resposta às situações complexas que surgem nos contextos clínicos, traduzindo cuidados personalizados e humanizados às particularidades de cada pessoa (Chinn, et al., 2022; Marques, et al., 2024).

A qualidade dos cuidados dirigidos à pessoa como ser holístico, multidimensional, acarreta a aquisições de conhecimentos, aptidões, motivação, capacidade de análise reflexiva e competências diversas nos vários contextos de saúde (Marques, et al., 2024). A intencionalidade na *práxis* do EEER focado na conceção dos cuidados com todo o seu conhecimento técnico-científico, humano e social, mediado por processos de transição experienciados pela pessoa e família torna-se essencial na promoção do bem-estar (Petronilho, et al., 2021).

Branco (2023) fala-nos das equipas de ER criativas, com elementos criativos, com ideias novas com suporte nos fundamentos da profissão, com cuidados baseados na melhor *práxis* científica, com equipas que detenham os canais de comunicação adequados, com um contacto com o exterior efetivo e eficiente, com planos de cuidados flexíveis e personalizados às especificidades de cada pessoa, família e comunidade, com mecanismos de investimento na formação e investigação que correspondam a um caminho trilhado de excelência, de humanismo, suportado pelo bem-estar pessoal e social.

Os cuidados de saúde atualmente requerem recursos humanos e tecnológicos de uma enorme complexidade e diferenciação, tornam-se em desafios diários para os seus profissionais na garantia da qualidade e da segurança (Sales & Pestana, 2024). Ressalva-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), onde se destaca neste REP o envolvimento da pessoa e da família e um trabalho colaborativo da equipa com a criação de sinergias entre todos os elementos e a procura da melhor evidência científica disponível (DGS, 2022b).

O sistema de saúde centraliza a sua atenção nas pessoas, famílias e comunidade, adequando os seus recursos qualificados num trabalho de equipa em rede adequado às reais e potenciais necessidades da população, mediado por cuidados integrais que concedam mais literacia em saúde e mais segurança, com projetos inovadores, numa aposta na telemedicina e acompanhamento à distância, numa relação de parceria entre a pessoa alvo dos cuidados e os profissionais de saúde, destacando-se os ER como elos de ligação em todo o processo e ciclo vital da pessoa (Dias, 2024).

Durante o EP a EMER teve um desenvolvimento académico em contextos de saúde com qualidade de referência nacional, onde teve a oportunidade de conhecer programas de reabilitação de ER na capacitação e treino realizados por uma equipa de saúde experiente num centro de referência nacional, de forma presencial ou em telerreabilitação. Onde o acompanhamento à distância é realizado já nos melhores pressupostos de qualidade, segurança e confidencialidade mediado por profissionais experientes.

### **Gestão dos cuidados**

A gestão e a supervisão dos cuidados adquirem atual relevância nos cuidados de saúde, assumindo o EE um papel de destaque nas equipas transdisciplinares, na incorporação da melhor evidência científica nos modelos de cuidados, no acompanhamento, na monitorização e na avaliação de resultados (Páscoa & Rosário, 2024).

A valorização das competências no domínio da gestão dos cuidados nos contextos de saúde tem vindo a ser impulsionada pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, em conjunto com a OE. São colocados vários desafios diários aos enfermeiros

gestores relativos ao aprimoramento constante de competências cognitivas, técnicas, relacionais, mediadas por uma gestão articulada fundamentada em capacidades de liderança (Pontes & Santos, 2023).

A gestão pressupõe um olhar inovador mediada por momentos de reflexão, de construção de cuidados com a máxima qualidade alcançável, mediante um conjunto de dimensões, tais como, o planejamento, a organização de cuidados, a supervisão, a orientação, avaliação e coordenação dos mesmos (Páscoa & Rosário, 2024).

Para ser eficaz o gestor deve possuir competências caracterizadas pela previsão de necessidades e gestão de pessoas, otimização e promoção no desenvolvimento de competências, previsão e garantia dos meios adequados necessários aos cuidados e antecipação e gestão de riscos (Páscoa & Rosário, 2024).

O aumento da complexidade e da exigência de cuidados associado à necessidade de um número efetivo de enfermeiros condiciona a segurança e a qualidade dos cuidados com orientações nacionais e internacionais no cumprimento das dotações seguras nomeadamente dos enfermeiros, sendo que os melhores rácios estão associados a menos infeções nos cuidados de saúde (pneumonia, infeções urinárias, entre outras), menos efeitos adversos (por exemplo: risco de quedas), menor taxa de reinternamento, menos acidentes de trabalho, pessoas mais satisfeitas, menor intenção de mudar de trabalho, entre outros (Dias, 2024).

Os enfermeiros gestores a nível hospitalar são dotados de capacidade profissional e motivação na gestão dos serviços ou unidades centradas nos cuidados de saúde integrados, transformadores, associados a redes de especialidades e a centros de referência e a redes europeias com partilha de experiência, tecnologia e protocolos (Dias, 2024).

A EMER teve a experiência de passar tanto pela UMDR, como por um serviço de medicina, como pela UMD e pelo centro de referência da fibrose quística com momentos de observância da melhor *práxis* nos contextos clínicos impulsionadas também estas por

enfermeiros gestores que espelham as melhores orientações nacionais e internacionais nos momentos concretos da relação de parceria EEER, pessoa, família e comunidade.

Teve também a experiência tanto no estágio na comunidade como no hospitalar de partilhar reflexões com os enfermeiros gestores alocados a cada contexto com tradução na melhor gestão dos recursos, sendo que ambos eram EEER.

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O EE desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e suporta a sua *práxis* clínica especializada na melhor evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

A prática baseada na evidência, ou seja, a decisão que o EEER imprime nos seus cuidados traduz um processo suportado na sua experiência clínica, nos recursos disponíveis, na melhor evidência científica e nas expectativas/preferências da pessoa alvo dos seus cuidados (Pereira, 2023). Esta mesma *práxis* é defendida pelo ICN (2021), assim como uma relação entre o enfermeiro e a pessoa, onde se destaca neste REP, uma relação de parceria ancorada em processos de empatia, respeito, dignidade e compaixão.

Os enfermeiros especialistas têm consciência que as suas decisões têm implicações diretas nos resultados e níveis de cuidados disponibilizados às pessoas, famílias e comunidade alvo das suas intervenções especializada (Pestana, 2023b). Os resultados são reflexos nos cuidados realizados e um dos objetivos é compreender como essas intervenções vão impactar ao nível da segurança e da qualidade de cuidados (Pestana, 2023b).

Numa sociedade paulatinamente mais esclarecida e exigente torna-se imperativo que os enfermeiros documentem os cuidados realizados, os seus diagnósticos, as intervenções e os resultados para que seja possível espelhar dentro da organização e fora dela a qualidade das equipas de enfermagem e das suas intervenções (Pestana, 2023b). Sublinha-se a realização de 3 artigos científicos realizados pela EMER.

A identificação antecipada e correta das necessidades dos cuidados e a sua adequada prescrição são fundamentais numa lógica suportada pelas necessidades das pessoas, com o

desafio transversal da continuidade de cuidados, trilhando caminhos onde a comunicação entre as organizações seja efetiva, segura e pertinente, suportada por sistemas de informação que correspondam às necessidades reais de todos os seus intervenientes (Sousa & Oliveira, 2024).

Portugal a nível organizacional e operacional pouco se tem debruçado relativamente à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) mediante as linhas orientadoras da OMS. Esta classificação remete-nos para a promoção de uma forma abrangente e integrativa de abordar a funcionalidade e incapacidade onde a pessoa interage com o ambiente circundante (Pestana, 2023b).

O recurso à CIPE® permite aos enfermeiros a uniformização de informação de cuidados com um grau de clareza passível de verificação científica e reconhecimento pela academia (Pestana, 2023b). A ontologia de enfermagem encontra-se suportada numa linguagem CIPE®, abarcando um modelo semântico de referência com a participação da OE, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e dos colégios da especialidade (Sousa & Oliveira, 2024).

A decisão do EEER considera-se sustentada quando emerge da informação documentada a nível dos cuidados de ER suportada nos PQCEER, numa linguagem CIPE®. A ER tem sido sucessivamente desafiada a dar visibilidade aos seus cuidados em efetividade e qualidade dos mesmos baseados em registos clínicos claros, concisos, válidos e robustos que evidenciem o processo de tomada de decisão do EEER (Pestana, 2023b).

### **3.2. Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

O EP realizado foi caracterizado diariamente por situações de oportunidade e desafios de aprendizagem e aquisição de competências específicas, tanto pelas equipas de saúde nos contextos clínicos motivadas que espelhavam nos seus cuidados uma *práxis* baseada na melhor evidência, como pela missão organizacional quer da UMDR quer pela ULS e principalmente pelas pessoas, família e comunidade alvo dos cuidados de ER.

Os domínios das competências específicas do Enfermeiro EEER integram e estão definidas legalmente em:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos clínicos;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção na sociedade;
- Potencializa ao máximo a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;

No desenvolvimento das competências específicas, destaca-se a elaboração pela EMER de planos de ER, desenvolvidos ao longo de todo o REP (Regulamento n.º 392/2019).

Os planos de cuidados de ER neste EP foram focados com as pessoas internadas no serviço de medicina da pessoa e famílias, individualizados às suas expectativas e especificidades, com a monitorização constante da dor em doença aguda e ou crónica. Foram suportados no *browser* da ontologia da OE imersos numa linguagem CIPE® e NOC (ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, s.d.). Com os instrumentos de avaliação selecionados mediados pela sua responsividade, validade e fiabilidade, com os dispositivos médicos adequados mediante as especificidades da pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2023; Sousa, et al., 2021).

### **Na competência do cuidar**

O EEER aprofunda a compreensão do metaparadigma da sua profissão e escrutina os seus conceitos, permitindo cuidados na promoção do bem-estar, assim como no respeito pelos princípios legais e ético-deontológicos da profissão. A compreensão das interligações entre os conceitos de pessoa, saúde, cuidados de enfermagem e ambiente, influenciada por um contexto e tempo específico, são contributos essenciais na promoção de uma relação com cuidados de ER humanizados, seguros e com qualidade (Porcelis Vargas, et al., 2024).

As unidades de competência relativas ao cuidar de ER espelham-se na avaliação, monitorização da funcionalidade e diagnóstico das alterações que causam limitações da atividade e incapacidades, conceção dos planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com promoção do autocuidado e do bem-estar, nos

processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, implementação das intervenções de ER com destaque neste REP a nível cardiorrespiratório e avaliação destas com tradução nos cuidados sensíveis (Regulamento n.º 392/2019).

Claro Casado e colaboradores (2022) espelham no seu artigo os ganhos em saúde dos planos de cuidados de ER à pessoa com DPOC, com exacerbações recentes, os ganhos em saúde na redução das readmissões hospitalares, a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, a melhoria da tolerância ao exercício.

A EMER verificou no Índice de Bem-Estar aplicado, a melhoria da pessoa relativa à sua satisfação com a saúde e uma melhoria da tolerância ao esforço espelhado na pessoa do RCC, avaliações cada vez mais otimizadas na MIF, LCADL, mMRC - questionário da dispneia e na Escala de *Borg* modificada - avaliação da dispneia e a Escala de *Borg* modificada - Avaliação da Perceção Subjetiva de Esforço, estes resultados encontram-se espelhados no RCC.

A EMER procurou realizar diagnósticos de ER antecipados e precoces junto dos EEER orientadores mediante as respostas humanas desadequadas da pessoa a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD traduzindo-se nos planos de cuidados de ER diários realizados no EP, assim como no RRC. Houve a identificação das necessidades de intervenção, no sentido de otimizar e/ou reeducar a função nos níveis descritos anteriormente. Com realce na avaliação do impacto que a alteração da capacidade funcional representa no bem-estar pessoal da pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório com ênfase na funcionalidade e na autonomia, com a parametrização dos resultados traduzidos no Índice de Bem-Estar Pessoal, na LCADL e na MIF (Regulamento n.º 392/2019).

Como nos refere Goes e colaboradores (2023) a satisfação da pessoa revela-se um indicador importante para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Este indicador foi espelhado na parametrização realizada no Índice de Bem-Estar Pessoal, onde a pessoa

apresentou melhorias relativamente ao grau de satisfação com a sua saúde, com a sua vida e com a segurança relativamente ao momento presente e ao futuro.

A componente educacional nos planos de cuidados de ER foi uma preocupação na promoção da mestria no processo de saúde/doença como nos diz Pereira e colaboradores (2020), no seu artigo com essa mesma preocupação relatada.

O recurso à teoria do Cuidar de Swanson onde se sublinha neste REP o estar com, a subtileza e a consistência da relação de parceria terapêutica que o EEER pode extrair desse momento, oportunidades de cuidado em que a pessoa e a família se sintam o centro da decisão, valorizadas e com uma voz ativa no seu plano de cuidados (Mårtensson, et al., 2020; Swanson, 1993). Onde se sublinha a competência específica do cuidar de ER com a pessoa com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo vital.

### **Na competência da capacitação**

Das unidades de competência relativas à capacitação de ER espelham-se na elaboração e implementação de planos de cuidados e/ou programas de treino nas AVD promovendo a adaptação às limitações, a maximização da autonomia e a reinserção da pessoa na comunidade

Rodrigues e colaboradores (2021) referem o impacto positivo da RR na pessoa com DPOC com avaliação da LCADL, com ganhos clínicos na diminuição das limitações na realização das AVD. Tendo sido verificado na implementação do plano de cuidados à pessoa com compromisso cardiorrespiratório, com a pessoa com DPOC e IC ganhos na LCADL.

De acordo com as competências específicas do EEER, torna-se essencial o conhecimento desta categorização, conduzindo a cuidados mais específicos e personalizados relativamente à capacitação com a pessoa e à sua maximização da funcionalidade (Orem, 2001; Regulamento n.º 392/2019; Ribeiro, et al., 2021).

A EMER procurou integrar momentos de ensino efetivo à pessoa e família relativamente às técnicas e tecnologias específicas de autocuidado, onde realizou treinos específicos de AVD, relativos à utilização de produtos de apoio, assim como de treinos inerentes à atividade e exercício físico, destacando-se neste EP o ensino relativamente às técnicas de gestão de energia. A EMER integrou experiências de ensino e supervisão na utilização de produtos de apoio, com o intuito da maximização da capacidade funcional da pessoa e na promoção de ambientes seguros (Regulamento n.º 392/2019).

### **Na competência da maximização da funcionalidade**

Das unidades de competência relativas à maximização da funcionalidade, a EMER concebeu planos de cuidados individualizados e específicos a nível motor e cardiorrespiratório, com consequentemente monitorização, avaliação e reformulação (Regulamento n.º 392/2019).

A intervenção da estudante foi suportada através da procura da melhor evidência científica encontrada e na orientação continuada pelos EEER orientadores relativamente às pessoas internadas tanto na UMDR como na ULS. Destas intervenções ressalva-se a realização do plano de cuidados realizado à pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório num contexto clínico complexo com situações imprevisíveis e de vulnerabilidade. O ensino, a instrução e o treino realizado para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, suportado nos objetivos individuais da pessoa e no seu projeto de saúde, numa relação de parceria com cuidados integrais e transformadores (Regulamento n.º 392/2019).

Sousa e colaboradores (2024) destacam estratégias promotoras da mobilidade e capacidade funcional facilmente traduzidas em contexto hospitalar, na medida que podem assentar em intervenções no autocuidado e que não requerem recursos dispendiosos, a intervenção do EEER no andar, destaca-se na pessoa com complexidade clínica e défices devidamente identificados, sendo os seus cuidados incisos na prevenção de complicações, promoção no autocuidado e maximização da funcionalidade.

No suporte na Teoria de Meleis pode-se encarar os indicadores de resultado espelhados na mestria e na reformulação de nova identidade pela pessoa (Meleis et al., 2000; Silva, et al., 2019).

Identifica-se no plano de cuidados de ER realizado com a pessoa idosa com compromisso cardiorrespiratório focado no bem-estar, o aumento do conhecimento, da capacitação e da autoeficácia para o autocuidado da pessoa, demonstrado pelos indicadores da NOC avaliados, tendo a pessoa passado de nenhum conhecimento e/ou conhecimento limitado para um conhecimento moderado.

### **3.3. Competências de Mestre**

Entende-se por competências de mestre, a aquisição de conhecimentos e capacidades de compreensão, suportados pelo quadro de conhecimentos do 1º ciclo desenvolvido e aprofundado, no campo da investigação, em situações novas, complexas, refletidas, claras sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018).

O grau de mestre relativo a uma determinada especialidade é conferido pelas instituições de ensino superior universitárias, mediante uma série de pressupostos entre eles, destacam-se neste REP:

- O desenvolvimento de atividades ao nível da formação e da investigação com qualidade intrínseca reconhecida com produção científica;
- A integração em projetos e parcerias nacionais e internacionais;
- A capacidade e o conhecimento de saber mobilizar vários saberes, assim como a capacidade de resolução de problemas em situações novas e inesperadas, enquadradas nos contextos clínicos alargados e especializados nas equipas multidisciplinares;
- O Desenvolvimento de conhecimentos integrais, com capacidade de mobilizar questões complexas e tomada de decisão suportada numa realidade refletida e baseada nos princípios sociais, legais e ético-deontológicos com capacidade de reflexão sobre as implicações dos mesmos;
- A capacidade de comunicar os resultados das suas conclusões, conhecimentos e raciocínios espelhados numa linguagem clara e sem enviesamentos

- Competências que sustentem uma aprendizagem ao longo do percurso de vida e académico da estudante que possibilitem maioritariamente um estudo autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Ressalva-se ao nível das competências de mestre a clareza com que a EMER procurou apresentar os trabalhos às equipas nos contextos clínicos, sendo que no contexto da comunidade apresentou o RCC à equipa de enfermagem e aos EEER e no contexto do EP realizou uma sessão de formação, mediante a escolha de um tema, após a recolha das necessidades de formação apresentadas pela equipa.

Houve a possibilidade de desenvolver uma comunicação clara e efetiva com a oportunidade de espelhar os conhecimentos adquiridos, onde a EMER realizou um poster científico, com o título – *“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação sensíveis ao Andar Comprometido, à Pessoa após AVC na Tónica do Bem-estar - Relato de Caso Clínico”*, apresentado no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação (CIER) com a orientação dos EEER no contexto do estágio da comunidade e dos EEER a nível académico (Apêndice 10).

Ressalva-se a procura de formação autónoma relevante e com significado no decurso do MER com a obtenção dos seguintes certificados: participação do programa BIP de Erasmus na Polónia (Anexo 1), sessão de formação online, "CINAHL Complete: Enfermagem e disciplinas relacionadas com a Saúde" (Anexo 2), nos vários webinars da OE na Plataforma digital *Cisco Webex Events*: "Enfermagem às Quintas - As ULS: Desafios e ganhos em saúde" (Anexo 3); "Terapias não farmacológicas na pessoa com dor" (Anexo 4) e "Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática" (Anexo 5). Certificado de presença no CIER (Anexo 6), certificado de apresentação do poster científico no CIER (Anexo 7) e certificado do centro de formação da ULS como formadora em serviço (Anexo 8).

Sublinha-se a realização de 3 artigos científicos e o processo de submissão a revistas, sendo que uma delas, *Seminars in Medical Writing and Education*, encontra-se indexada na SCOPUS.

#### 4. Análise SWOT

“An act of love is what it is, you know, there is no other way to describe it” (Swanson, 1990. P.72).

Para análise dos elementos que condicionam os ambientes de trabalho pode-se encontrar um modelo de análise SWOT. Este acrónimo traduzido para português significa: forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. A caracterização destes parâmetros permite alcançar a melhoria do desempenho, em que a força e a fraqueza são algo interno e as oportunidades e as ameaças são algo externo (Barbosa, et al., 2017).

Segue uma análise SWOT, onde se apresentam os pontos facilitadores e inibidores internos na aquisição do desenvolvimento de competências, assim como os fatores facilitadores externos e as barreiras externas na aquisição e desenvolvimento de competências.

Esta análise passa então por refletir sobre as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades que senti e experienciei ao longo do EP. Houve a oportunidade de aprendizagem e aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEER e de mestre. Assim como a construção diária de planos de cuidados de ER personalizados e específicos às particularidades de cada pessoa e família, internadas tanto na UMDR, como no serviço de medicina da ULS com a supervisão e orientação dos EEER em contexto clínico e em contexto académico.

Tanto no estágio na comunidade como no estágio hospitalar a EMER teve a oportunidade de partilhar a orientação com 2 EEER com experiências diferentes, motivados e com um perfil impulsionador de cuidados de ER centrados com a pessoa, família e comunidade impregnados pelo humanismo, segurança e qualidade. Em ambos os contextos de estágio, os enfermeiros gestores também eram EEER o que foi considerado benéfico para aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE no domínio da gestão.

Forças: Considero que o tempo de experiência profissional da EMER como enfermeira de cuidados gerais e o investimento na formação prévia ao ingresso da especialidade foi uma mais-valia em todo o processo formativo. A motivação sentida, com um investimento na

melhoria dos cuidados de excelência e especializados. A organização refletida de um plano de atividades centrado e em parceria com a pessoa, família e comunidade, desenvolvido junto de equipas de saúde motivadas, empenhadas em cuidados de excelência. A procura intrínseca e o planeamento organizacional realizado, aquando dos contactos com o campo de estágio a nível hospitalar e com a ESSATLA, no intuito da passagem pela UMD e pelo centro de referência nacional da fibrose quística.

A motivação sentida na investigação com a demonstração dos ganhos em saúde e dos cuidados sensíveis no plano de cuidados realizado no RCC a nível do estágio da comunidade que culminou na apresentação de um poster científico com o ingresso no CIER (Anexo 5). O anexo 5 é composto pelos certificados recebidos pela EMER na participação e apresentação do poster.

A comunicação eficaz e efetiva com todos os elementos da equipa transdisciplinar. A capacidade não só de mobilização do conhecimento saber-saber, saber-fazer e saber-ser, mas também a capacidade de mobilização de recursos com aplicabilidade num cuidado integral, transformador com planos de cuidados de ER específicos e personalizados às necessidades da pessoa com incapacidade, destacando-se a realização dos dois RCC.

Fraquezas: A dificuldade sentida pela estudante num serviço de internamento de medicina. O nível de motivação sentido pela EMER específico ao contexto do serviço, exigiu um esforço acrescido e desenvolvimento de estratégias que culminassem num projeto de trabalho que correspondesse tanto aos objetivos do EP como à construção de um percurso académico e profissional que fosse cativante, inovador e explanasse um cuidado integral e transformador com a pessoa no centro dos cuidados. O cansaço físico sentido na procura de responder tanto às solicitações académicas, como às profissionais, assim como às pessoais e familiares.

Ameaças: A especificidade do contexto do serviço, os cheiros, as rotinas, as instalações e as dinâmicas num serviço de medicina. O estereótipo associado ao serviço de medicina, sendo que a tradução da realidade nem sempre corresponde às ideias enraizadas, sendo essencial a sua desmistificação, atualização e esclarecimento.

Oportunidades: Da experiência nos contextos clínicos por onde a EMER passou tanto a nível comunitário como hospitalar surgiram várias oportunidades.

Relativamente ao campo de estágio na comunidade a estudante participou, não só nas várias atividades da equipa de saúde, como reuniões de equipa, conferência familiar com a pessoa e os familiares incluídos, reuniões com as instituições na comunidade, em parceria com a pessoa no melhor alcance do seu projeto pessoal, numa ideia panorâmica do funcionamento desenvolvido na UMDR na comunidade. Participou nas várias sessões de formação, quer na formação na escala de *Berg*, formação na escala de MIF, formação de *Snoezelen* em cuidados paliativos, passagem pela unidade de demências com contacto com o projeto “Amália”, um animal robô, uma foca branca, utilizada na relação terapêutica e de parceria com pessoas com demência.

No estágio da comunidade a estudante realizou o RCC com o título “*Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após Acidente Vascular Cerebral e Família na promoção do Autocuidado e Bem-Estar - Relato de Caso Clínico*” (Apêndice 8) e teve a oportunidade de apresentar à equipa de EEER (Apêndice 9).

Relativamente ao EP, a realização de estágios de observação, permitindo uma maior mobilização e conhecimento dos recursos da ULS. A oportunidade de ingressar e integrar equipas de saúde motivadas, destacando-se as equipas de ER motivadas e guiadas por cuidados integrais, transformadores num caminho de excelência, humanismo, qualidade e segurança.

A oportunidade da EMER ser acompanhada e orientada por EEER que fizeram saber-melhor, fazer-melhor, ser-melhor e mobilizar-melhor, cada competência comum do EE e cada competência específica do EEER, em intervenções impregnadas por cuidados humanizados, integrais, transformadores, focados na segurança e bem-estar numa relação com a pessoa, família e comunidade de parceria efetiva, orientada para o seu melhor projeto de saúde, projeto de vida.

A estudante teve a oportunidade de aplicar uma série de escalas e instrumentos específicos mobilizados pelos EEER que enriqueceu tanto a sua experiência pessoal e académica como as suas vivências na mobilização do conhecimento teórico e teórico-prático. A oportunidade da parametrização dos cuidados com recurso aos instrumentos: LCADL, da MIF, da mMRC -

questionário de dispneia, da Escala de *Borg* modificada - avaliação da dispneia, da Escala de *Borg* modificada - avaliação da percepção subjetiva de esforço e do Índice de Bem-Estar Pessoal.

A oportunidade de momentos de convívio com alguns elementos do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação (NER) da instituição, com a criação de redes de contactos e sinergias que permitem a mobilização mais efetiva dos recursos. Em instantes de partilhas científicas, no dia do ER, com apropriação informal da cultura dos cuidados de saúde da instituição, da sua história, das suas pessoas, em momentos de criação de pontes sólidas no conhecimento dos cuidados de enfermagem do passado, do presente e na construção de cuidados de ER do futuro.

No EP houve a oportunidade de realizar o planeamento, construção e realização de uma sessão de formação que integrasse as necessidades sentidas pelos profissionais do serviço e fosse transversal à temática do projeto desenvolvido. Onde o tema comum foi o bem-estar. Esta sessão foi dirigida aos enfermeiros de cuidados gerais, EEER e TAS. O título da sessão foi: *“A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na prevenção da sintomatologia das lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) sob a visão do bem-estar”*. Esta formação enquadrou-se num projeto inicial da EEER orientadora, com uma visão nos cuidados humanizados e na motivação e satisfação dos profissionais no serviço.

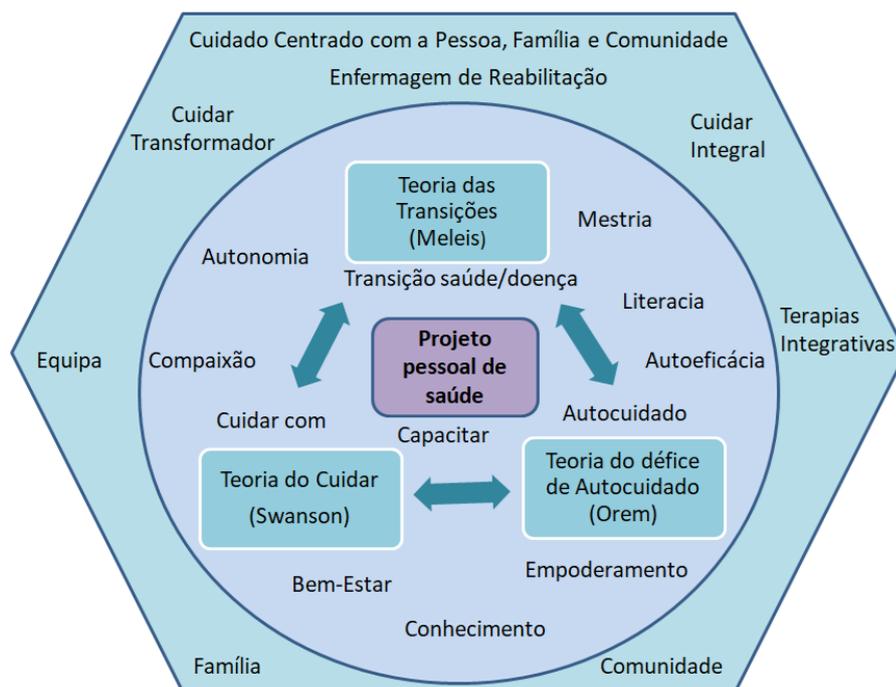
Esta formação também adquiriu várias etapas desde o levantamento de uma das necessidades de formação do serviço, ao enquadramento concetual, à construção da apresentação e à realização da sessão de formação com uma série de exercícios de alongamento alinhada com o enquadramento teórico e com os objetivos da formação, as fotografias nesta apresentação são da própria autora do REP, com o devido consentimento e cedência de imagem garantido. Neste planeamento da formação, houve o cuidado da realização de um questionário de satisfação, no sentido de monitorizar a formação, os pontos a melhorar, entre outros. Do resultado da intervenção realizada pela EMER avaliada através dos questionários, houve 100 % de respostas no valor 5 (numa escala de *likert* de 1 a

5) em todos os parâmetros. Tanto o enquadramento concetual, como a sessão de formação e o questionário encontram-se no apêndice 5, 6 e 7 respetivamente.

A oportunidade de ingressar num programa de erasmus permitiu uma reflexão frutífera conduzindo a uma consciência maior da postura corporal pessoal como fonte de informação não verbal, sendo a participação neste programa enriquecedora de uma compreensão sensível sobre cada um e sobre os outros que nos rodeiam a nível intercultural.

No RCC do EP a EMER teve a oportunidade de iniciar a construção de um diagrama que se encontra na Ilustração 1, com o título: “Cuidado Centrado com a Pessoa, Família e Comunidade - Enfermagem de Reabilitação”. Encontra-se esquematizado uma visão pessoal relativamente à relação entre o EEER, a pessoa, família, comunidade e a equipa, sustentado no suporte teórico neste REP de Orem, Meleis e Swanson, mediante as suas ligações e sinergias. No centro encontra-se a pessoa, centro dos cuidados de ER e destaca-se o paradigma da transformação e o EEER inserido numa equipa transdisciplinar numa relação de parceria de cuidados com a pessoa, família e comunidade.

Ilustração 1 - Cuidado Centrado com a Pessoa, Família e Comunidade - Enfermagem de Reabilitação



Esta triangulação nos 3 suportes teóricos, Orem, Meleis e Swanson com meta comum no resultado final da experiência vivenciada pela pessoa nos cuidados de ER pretendidos, através de processos de transição, de autocuidado e do cuidar como meta o bem-estar (Meleis, 2018; Orem, 2001; Swanson, 1993). As palavras entre as setas, cuidar, capacitar e potenciar o autocuidado representativos dos domínios das competências específicas do EEER numa fase de transição de saúde/doença da pessoa inserida numa família e numa comunidade.

Este diagrama também é suportado no metaparadigma de enfermagem onde a pessoa se encontra na procura do seu projeto pessoal de saúde, os cuidados de enfermagem no paradigma do cuidar integral e do cuidar transformador, suportados com terapias integrativas de criatividade e humor nos cuidados de saúde, o ambiente, mediante o que rodeia a pessoa e como esta o influencia e é influenciada por este, a saúde caracterizada pela melhor adaptação ao meio, pela potencialização do autocuidado e pela procura do eu eudemonístico (Meleis, 2018; Orem, 2001; Swanson, 1993).

Numa relação de parceria com a pessoa, família e comunidade, suportada em cuidados integrais e transformadores, com promoção do conhecimento, da autonomia, do empoderamento, da autoeficácia, da literacia, num cuidar com compaixão.

O conhecimento, a capacitação, a autoeficácia, o bem-estar e a mestria traduzidos nos resultados dos cuidados de ER numa relação de parceria com a pessoa no alcance do seu projeto pessoal de saúde.

Durante a realização do REP tive a oportunidade de realizar três artigos científicos: o primeiro com o título "*Rehabilitation Nursing with post-stroke patients and their families to promote well-being - Case Report*", com a orientação dos enfermeiros a nível do estágio da comunidade e dos professores a nível académico, o segundo com o título "Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility", na colaboração com vários colegas com orientação dos professores a nível académico e o terceiro com o título "Rehabilitation Nursing from the perspective of Orem, Meleis and Swanson - person, family and community" com a colaboração dos

professores a nível académico. Todos foram submetidos e aceites em revistas científicas, *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria, Seminars in Medical Writing and Education e Community and Interculturality in Dialogue* respetivamente. O comprovativo de aceitação para publicação do primeiro e do segundo artigo encontram-se no anexo 9 e 10 respetivamente, o comprovativo de submissão do terceiro encontra-se em anexo 11.

## Conclusões

Este REP foi pautado por um cuidado específico e personalizado à pessoa, família e comunidade, que correspondeu tanto à missão no campo de estágio integrado na comunidade como a nível hospitalar. Cuidados integrais de ER traduzidos na qualidade, inovação, transformação, segurança, humanismo e investigação. A pessoa no centro dos cuidados, onde as suas expectativas/motivações e bem-estar foram preocupação constante na monitorização nos planos de cuidados de ER. Considero que foi essencial esta reflexão crítico-reflexiva das competências do EEER na passagem pelo cuidado intencional, prescrito e na mobilização de conhecimentos numa realidade complexa.

O desenvolvimento das competências comuns foi um percurso de investimento, pautado pela impregnação dos cuidados de enfermagem de responsabilidade ético-deontológica e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão e desenvolvimento das aprendizagens. Considero que a intervenção do EEER, pelo seu campo de *expertise* torna-se fundamental no cuidado, na maximização da funcionalidade, na capacitação com a pessoa para reinserção na comunidade e na promoção do bem-estar.

Os cuidados de ER foram arquitetados imersos numa lógica ontológica, numa linguagem CIPE® e NOC, ancorados no PQCEER, na monitorização da satisfação da pessoa, no respeito pela autonomia, no elogio e reforço positivo constante.

Verificou-se a preocupação pela promoção da saúde, com intervenções norteadas pela literacia, na promoção do potencial de saúde com a construção e negociação de planos de cuidados em parceria, específicos e personalizados às necessidades da pessoa, família e comunidade. Na identificação da situação de saúde da pessoa e na identificação antecipada dos diagnósticos de ER adequados. Na capacitação com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório relativamente às técnicas de gestão de energia. Com tradução de indicadores dos cuidados sensíveis do EEER com a utilização da NOC e na parametrização nos instrumentos utilizados.

Na prevenção de complicações, suportado no PNSD, com a procura da identificação atempada de alterações de funcionalidade com parametrização das AVD com instrumentos

responsivos como foi o caso da LCADL e da MIF. O rigor técnico-científico humano e social impregnado nas intervenções.

Na readaptação e reeducação funcional, na construção de intervenções de ER na readaptação do domicílio (exemplo: barras de apoio, retirar tapetes, entre outras inscritas neste REP, no folheto realizado) na identificação de necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade e dos fatores facilitadores/inibidores para a realização de AVD de forma mais independente. A construção do folheto relativo às técnicas de gestão de energia, na preocupação num processo científico cativante, com *feed back* positivo recebido pela pessoa e pela família.

Na organização dos cuidados de enfermagem, ressalva-se neste REP, uma política de formação contínua, promotora de desenvolvimento profissional e da qualidade com a elaboração de sessões em serviço, tanto em contexto da comunidade como em contexto hospitalar.

A lógica dos cuidados especializados de ER mediados por um processo de avaliação, diagnóstico, implementação, monitorização, reajuste, suportados na melhor evidência científica, delineados na parametrização com recurso a instrumentos válidos, fiáveis, responsivos e eficientes. Os recursos e os instrumentos utilizados explanaram ganhos em saúde realçados nos RCC. Tanto a LCADL como a MIF, tiveram o aumento crescente de melhoria da funcionalidade. O Índice de Bem-Estar Pessoal revelou um aumento da satisfação da pessoa com doença crónica hospitalizada na fase de transição com tradução numérica do bem-estar com melhorias identificadas.

Sublinha-se o investimento na promoção do bem-estar e do autocuidado, na preocupação de uma identificação antecipada dos problemas reais e/ou potenciais da pessoa, família e comunidade, nos diagnósticos de ER levantados, nos cuidados delineados e nos instrumentos de avaliação selecionados. Com a prescrição do cuidado de ER mais adequado com a seleção de produtos de apoio apropriados, com a monitorização e registo dos mesmos.

## Referências Bibliográficas

Aldhahir, A. (2022). Nurses' Perception of, and Barriers to, Delivering Cardiopulmonary Rehabilitation for Heart Failure Patients: A National Survey in Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013586>

Alves, A., América, P., Pedrão, M., Oliveira, J., Anjos, A., Sousa, U., & Ramos, R. (2023). Qualitative approach to the main symptoms and etiological factors of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Integrative Study. *Biosciences and Health*, 1, 1-7. <https://doi.org/10.62331/2965-758X.v1.2023.36>

Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação Respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5 (1), 67-76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>

Amaral, E., & Dias, A. (2021) Capítulo IV – Reabilitação Respiratória da Pessoa com DPOC: do Hospital para o Domicílio. In Cordeiro, M. (Coord.) *DPOC. Abordagem 360º: do Hospital para o Domicílio* (pp.193-222). Sabooks

American College of Sports Medicine. (2022). Guidelines for Exercise Testing and Prescription (11<sup>a</sup> Ed.). Wolters Kluwer

American Heart Association (2024). Heart Attack and Stroke Symptoms. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure>

Baixinho, C., Santos, B., Lourenço, M. & Ferreira, O. (2021). Gestão da Transição Segura Hospital – Comunidade. In Henriques, E. (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 101-116). Sabooks

Barbosa, Cordeiro, B. Abrahão, A., Xavier, M., Carvalho, R., Carvalho da Silva, R., & Vieira, M. (2017). Educação em Saúde: o Uso da Matriz SWOT para Análise de Projetos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 11(11). 4298-304. <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201704>

Barreira, L., Paiva, A., Araújo, B., & Campos, M. (2023). Challenges to Systems of Long-Term Care: Mapping of the Central Concepts from an Umbrella Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1698. 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031698>

Beattie, J., Castiello, T. & Jaarsma, T. (2024). The Importance of Cultural Awareness in the Management of Heart Failure: A Narrative Review. *Vascular Health and Risk Management*, 20, 109–123. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S392636>

Bernardes, R., Santos-Costa, P., Paiva-Santos, F., Parola, V., Neves, H., Correia, N., & Cruz, A. (2023). Antagonistas muscarínicos, reabilitação respiratória e tolerância ao exercício em DPOC: uma revisão narrativa. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5 (1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.489>

Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in sports and exercise*, 14 (5): 377-381. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/psychophysical bases of perceived exertion.12%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/psychophysical%20bases%20of%20perceived%20exertion.12%20(1).pdf)

Branco, P. (2023). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Bright, S., Ibell-Roberts, C., Featherstone, K., Signal, N., Wilson, B., Collier, A., & Fu, V. (2024). “Physical well-being is our top priority”: Healthcare professionals’ challenges in supporting psychosocial well-being in stroke services. *Health Expectations*, 27(2). <https://doi.org/10.1111/hex.14016>

Cardoso, A., & Brito A. (2024a). A enfermagem no ambiente dos sistemas de informação em saúde. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 27-35). Lidel

Cardoso, A., & Brito, A. (2024b). Mais Enfermagem na Enfermagem. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 1-7). Lidel

Cavalheiro, A., Cardoso, J., Rocha, A., Moreira, E., & Azevedo, L. (2021). Effectiveness of Tele-rehabilitation Programs in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Health Services Insights*. 14 1-10. <https://doi.org/10.1177/11786329211021668>

Chinn, P., Kramer, M., & Sitzman, K. (2022). *Knowledge Development in Nursing Theory and Process* (11<sup>th</sup> ed.). Elsevier

Claro Casado, S. A., Cordeiro Felgueiras, S. C., Castilho Rodrigues, U. J., Rodrigues Mendes, M. E., Romão Preto, L. S., & Morais Pinto Novo, A. F. (2022). Reabilitação respiratória em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica – Protocolo de estudo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.197>

Correia, T., Martins, M., Barroso, F., Pinho, L. & Valentim, O. (2023). The Family's Contribution to Patient Safety. *Nursing Reports*. 13, 634–643. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020056>

Couto G. (2021). Capítulo III – Gestão Clínica da DPOC no domicílio. In Cordeiro, M. (Coord.) *DPOC. Abordagem 360º: do Hospital para o Domicílio* (pp.145-191). Sabooks

Couto, G., Silva, R., Mar, M., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema cardiorrespiratório. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel

Das, A., & Singh, I. (2021). How to write a case report? *Indian Dermatology Online Journal*, 12(5), 683. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.325856>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República, Série I (109) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República, Série I (215) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei n.º 116/2021, de 15 de dezembro. Diário da República, Série I (241) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/116-2021-175923961>

Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril. Diário da República, Série I  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48357-1968-274639>

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de Agosto. Diário da República, Série I (150)  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, Série I (157)  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Deodato, S. (2023). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. MarquesVieira & L. Sousa (Coords.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 35-39). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Despacho n.º 6669/2017, de 2 de agosto. Diário da República, Série II (148)  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6669-2017-107794486>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República, Série I (187)  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dias, M. (2024). Organização dos cuidados hospitalares. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 201-211). Lidel.

Direção Geral da Saúde (2017) Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Ativo e Saudável 2017-2025. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção Geral da Saúde (2019). Norma Clínica: 005/2019. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>

Direção Geral da Saúde (2020). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Disponível em: <https://noticias.ecosaude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Rel-Exerc-Fisic-SNS-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde (2022a). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em: [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)

Direção Geral da Saúde (2022b). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2021/2026. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2023). Plano Nacional de Literatura em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano Estratégico. Disponível em: <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>

Direção Geral da Saúde (2024). Manual de atividade física adaptada para pessoas com Doença Respiratória Crónica. Disponível em: [https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/manual-afadaptada\\_dcr-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/manual-afadaptada_dcr-pdf.aspx)

Equator (2024). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

European Commission (2021). Estado da Saúde na UE · Portugal · Perfil de saúde do país 2021. Disponível em: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf)

European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Farghaly, A., Fitzsimons, D., Bradley, J., Sedhom, M., & Atef, H. (2022). The Need for Breathing Training Techniques: The Elephant in the Heart Failure Cardiac Rehabilitation Room: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(22), 14694. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214694>

Fundação Portuguesa do Pulmão (2023). Observatório Nacional Doenças Respiratórias 2023. Disponível em: [https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR\\_2023.pdf](https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR_2023.pdf)

Gaspar, L. & Martins, P. (2018) Impacto de um programa de reabilitação respiratória nos autocuidados higiene, vestir-se/despir-se e andar avaliados pela escala London Chest Activity os Daily Living em pessoas com doença respiratória crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* 1 (1): 38-44. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.02.4387>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2024). Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024 Report). Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/GOLD-2024\\_v1.2-11Jan24\\_WMV.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/GOLD-2024_v1.2-11Jan24_WMV.pdf)

Goes, M., Oliveira, H., Lopes, M., Fonseca, C. Pinho, L., & Marques, M. (2023). A Nursing Care-Sensitive Patient Satisfaction Measure in Older Patients. *Scientific Reports*, 13 (1), 7607. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33805-9>

Gomes, B., & Ferreira, D. (2023). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Infarmed (2022). Relatório Público de Avaliação Jardiance (Empagliflozina). Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3368817/Relat%C3%B3rio+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+financiamento+p%C3%ABlico+de+Jardiance+%28empagliflozina%29/21f1ccc4-8a50-3289-4fab-598bfdd0eba0>

Internacional Council of Nurses (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (I. C. Nurses, Editor). Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

International Council of Nurses (2021). The ICN code of ethics for nurses. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf)

International Wellbeing Group. (s.d.). Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A) (Portuguese – Portugal). Australian Centre on Quality of Life, Deakin University. <https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-portuguese-portugal.pdf>

Izquierdo, M., de Souto Barreto, P., Arai, H., Bischoff-Ferrari, H. A., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L.-K., Coen, P. M., Courneya, K. S., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-

Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., Kritchevsky, S., Landi, F., Lazarus, N., & Liu-Ambrose, T. (2025). Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 100401. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100401>

Kjölstad, G., Gyllensten, A. & Gard, G. (2022). Body awareness in healthy subjects– a qualitative study. *European Journal of Physiotherapy*. 24, (4), 219–226. <https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1845792>

Klussman, K., Nichols, A., Curtin, N. Langer, J., & Orehek, E. (2021). Self-connection and well-being: Development and validation of a self-connection scale. *European Journal of Social Psychology*. (52) 18–45. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2812>

Lavajo, J., & Faria L. (2018) *História e Memória – As Irmãs Hospitaleiras em Portugal 1894-2018*. Paulina Editora

Lei n.º 8/2024, 19 de janeiro. Diário da República, Série I (14) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

Lopes, I, Delgado, B, Mendes, E, Preto, L., & Novo, A. (2020) Reabilitação Cardíaca na Pessoa com Doença Cardíaca não cirúrgica. In Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. & Loureiro, M. (Coord.) *Reabilitação Cardíaca Evidência e Fundamentos para a Prática* (pp. 191-200). Sabooks

Loureiro, M., Parola, V., Duarte, J., Mendes, E., Oliveira, I. Coutinho, G. Martins, M., & Novo, A. (2023). Interventions for Caregivers of Heart Disease Patients in Rehabilitation: Scoping Review. *Nursing Reports*, 13, 1016–1029 <https://doi.org/10.3390/nursrep13030089>

Lv, D. (2022). A Meta-Analysis of the Effect of Exercise Rehabilitation Care on Cardiac Function in Patients with Chronic Heart Failure. *Wiley, Hindawi*. <https://doi.org/10.1155/2022/2507680>

Machado, B., Félix, A., & Ribeiro, C. (2024). Nível de Dispneia, Atividades de Vida Diária e Autocuidado na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Estudo Descritivo. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 7 (1), 1–12. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.364>

Marques, R., Pontífice-Sousa, P., & Nené, M. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 94-98). Lidel

Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontífice-Sousa, P. (2023). Contributos para um Envelhecimento Ativo. In C. MarquesVieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 525-534). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Mårtensson, S., Hodges, E., Knutsson, S., Hjelm, C., Broström, A., Swanson, K., & Björk, M. (2020). Caring Behavior Coding Scheme based on Swanson's Theory of Caring – development and testing among undergraduate nursing students, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (35), 1123–1133. <https://doi.org/10.1111/scs.12927>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., & Lainscak, M. (2021). 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *European Heart Journal*, 42 (36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Meleis, A. (2015). Transitions Theory. in Smiff, M., & Parker, M. *Nursing Theories and Nursing Practice*. (4<sup>th</sup> Ed.). (pp.361-381). F.A. Dav. Company

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (6th ed.). Wolters Kluwer Health

Mendes, A. (2021). O Envolvimento da Família no Processo de Cuidados (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 175-186). Sabooks

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M., (2024). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Measurement of Health Outcomes* (7<sup>th</sup> Ed.). Elsevier

Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., & Preto, L. (2020) Doença Cardíaca. In Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. & Loureiro, M. (Coord.) *Reabilitação Cardíaca Evidência e Fundamentos para a Prática* (pp. 1-6). Sabooks

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 76-81). Lidel

Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*. 16 (1), 41 – 50. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/4017>

Nunes, L. (2024). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 87-93). Lidel

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Revisão e Reimpressão. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos cuidados dos Padrões de Qualidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/ Core Indicadores por Categoria de Enunciados Descrit PQ CER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core%20Indicadores%20por%20Categoria%20de%20Enunciados%20Descrit%20PQ CER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDo cumentacaoCuidEnfReabilitacao Final 2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDo%20cumentacaoCuidEnfReabilitacao%20Final%202017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória.

Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

[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 (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca. Disponível em:

<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio\\_v8\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (s.d.). Ontologia em Enfermagem. Disponível em:

<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing.

Pais-Ribeiro J., & Cummins R. (2008) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. ISPA; pp.505-508. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262270384\\_O\\_bemestar\\_pessoal\\_estudo\\_de\\_validacao\\_da-versao-portuguesa-da-escala](https://www.researchgate.net/publication/262270384_O_bemestar_pessoal_estudo_de_validacao_da-versao-portuguesa-da-escala)

Páscoa, A., & Rosário, J. (2024). Competências de gestão e supervisão dos cuidados. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 225-229). Lidel

Pereira, M., Moreira, A., Machado, P., & Padilha, J. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3 (2), 80–85. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823>

Pereira, R. (2023). Enfermagem Baseada na Evidência: um Desafio, uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-111). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Pestana, H. (2023a). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Pestana, H. (2023b). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.78-88). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Petronilho, F. (2024). O raciocínio clínico centrado na pessoa. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 291-292). Lidel

Petronilho, F., & Machado, M. (2023). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Petronilho, F., & Machado, M. (2024). Implementação dos cuidados. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 306-307). Lidel

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

Pires, R., Pedrosa, M., & Marques, M. (2021). A Gestão da Dor Aguda. In C. MarquesVieira; L. Sousa & C. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 161-171) (1ª Ed.). Sabooks Editora

Pitta, F., Probst, V., Kovelis, D., Segretti, N., Leoni, A., Garrod, R., & Brunetto, A. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 14 (1). 27-47. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30217-8](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30217-8)

Pontes, M. & Santos, A. (2023). A Gestão de serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Porcelis Vargas, C., Schoeller, S., Zuchetto, M., Martins, M., & Antunes, L. (2024). Os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para o Bem-Viver. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 7 (1)e343. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.343>

Queirós, P. (2024). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da integração. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 44-54). Lidel

Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2023). *Transitions in care and services*. (2<sup>nd</sup> Ed.). Registered Nurses' Association of Ontario

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and Family-Centred Care*. Registered Nurses' Association of Ontario

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4<sup>th</sup> Ed.). Registered Nurses' Association of Ontario

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro. Diário da República, Série I (26) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 190/2015, 23 de Abril. Diário da República, Série II (79) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio. Diário da República, Série II (85) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 613/2022, 8 de Julho. Diário da República, Série II (131) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Reis, G., & Bule, M. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. MarquesVieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Reis, G., Bule, M., Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 154-155). Lidel

Resolução da Assembleia da República nº14/2024, de 12 de janeiro. Diário da República, Série I (9) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-836495389>

Ribeiro, M. P., Oliveira, F., Fernanda, M., & Merícia, M. (2021). *Enfermagem de reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. Investigação em Enfermagem*. 47-56. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/357458612>

Ribeiro, O., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação classificações e sistemas de informação. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 58-66). Lidel

Riet, E., Hoes, A., Wagenaar, K. Limburg, A., Landman, M., & Rutten, F. (2016) Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *European Journal of Heart Failure*. 18, 242–252. <https://doi.org/10.1002/ejhf.483>

Rocha, M., & Martins, M. (2024). A Evolução do conhecimento científico em enfermagem, paradigma, filosofia, modelos e teorias de enfermagem. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 36-43). Lidel

Rodrigues, M., Marques, G., Couto, G., Marques, R., Mar, M., & Araújo, A. (2021). Lazer: um contributo da Enfermagem de Reabilitação na autonomia da pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4 (2), 64–71. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.179>

Rosendo, I., & Santiago, L. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 33(4): 244-250. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i4.12224>

Sales, L. & Pestana, H. (2024). Desenvolvimento de sistemas de qualidade e segurança. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 263-272). Lidel

Shiota, S., Kitagawa, T., Hidaka, T., Goto, N., Mio, N., Kanai, K., Naka, M., Togino, H., Mochizuki, M., Hiroyuki Ochikubo, Nakano, Y., Kihara, Y., & Kimura, H. (2021). The International Classification of Functioning, Disabilities, and Health categories rated as necessary for care planning for older patients with heart failure: a survey of care managers in Japan. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02647-3>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N. Barbosa, L., Araújo, Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, pp 35-44. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/ContributosdoreferencialtericodeAfafMeleisparaaEnfermagemdeReabilitao%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ContributosdoreferencialtericodeAfafMeleisparaaEnfermagemdeReabilitao%20(1).pdf)

Sousa, L. & Marques-Vieira, C. (2021). Terapias Integrativas na Promoção do Bem-estar. In Henriques, E. (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 837-846). Sabooks

Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R., & Marques-Vieira, C. (2021). Avaliar para Gerir a Doença Aguda: Propriedades Clinicométricas dos Instrumentos e Avaliação Económica em Enfermagem. In C. MarquesVieira; L. Sousa & C. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 31-39) (1ª Ed.). Sabooks Editora

Sousa, L., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades Psicométricas de Insrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. MarquesVieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

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 Enfermagem Reabilitação; 64-69. 3 (1).  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, P., & Oliveira, F. (2024). A enfermagem no ambiente dos sistemas de informação em saúde. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 273-289). Lidel

Sousa, S., Valente, S., Abreu, N., Lopes, M., Ribeiro, S., & Alves, E. (2024). O Impacto De Programas De Reabilitação Da Marcha No Tempo De Internamento Hospitalar – Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. 6(1) e313.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2023.313>

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle-range theory of caring. *Nursing Research*, 40, 161-166

Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 25, 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

Swanson, K. (2015). *Theory of Caring*. In Smith, M. & Parker, M. *Nursing Theories and Nursing Practise*. (4<sup>a</sup> Ed.). (pp.521-531). F.A. Davis Company

Unidade Local de Saúde (2024). Institucional; Utentes; Especialidades; Serviços de apoio; Profissionais; Comunicação; Contactos; Recrutamento. Disponível em:  
<https://www.ulssm.min-saude.p/>

Vermelho, A., & Pestana, S. (2021). Programa de Enfermagem de reabilitação cardíaca intrahospitalar. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 576 - 599). Lidel

Vilela, C., Lima, A., & Martins, M. (2024). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 157-164). Lidel

Woldringl, J., Luttik, M., Paans, W., & Gans, R. (2023). The added value of family centered rounds in the hospital setting: A systematic review of systematic reviews. *Plos one*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280142>

World Health Organization (2022). WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357828/9789240052192-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2023). Achieving well-being. A global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376200/9789240084858-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2024a). Implementation of self-care interventions for health and well-being: guidance for health systems. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378232/9789240094888-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2024b). Making older persons visible in the sustainable development Goals monitoring Framework and indicators. Disponível em: [file:///C:/Users/User/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WT7U0PUG/definicao%20de%20idoso%20who\[1\].pdf](file:///C:/Users/User/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WT7U0PUG/definicao%20de%20idoso%20who[1].pdf)

World Health Organization (2024c). The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) - Portuguese translation. Denmark: World Health Organization. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/ndice-de-bem-estar-oms-\(cinco\)-\(who-5\).pdf?sfvrsn=ed43f352\\_11&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/ndice-de-bem-estar-oms-(cinco)-(who-5).pdf?sfvrsn=ed43f352_11&download=true)

Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca LTDA

Zhou, H., Dong, A., Xu, X., Zhu, J., & Shi, B. (2022) Cardiopulmonary Rehabilitation in Elderly Patients with Heart Failure: A Prospective Cohort Study. *Journal of Healthcare Engineering*. <https://doi.org/10.1155/2022/4923007>

## **Apêndices**

## Apêndice 1 - Relato de Caso Clínico - Contexto Hospitalar



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2º Ano

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM  
COMPROMISSO CARDIORRESPIRATÓRIO, RELATO DE CASO CLÍNICO –  
AUTOCUIDADO E BEM-ESTAR**

**Professora Orientadora:**

Professora Sandy Severino

**Aluna:**

Rafaela Pereira, nº 200927246

Oeiras,

novembro, 2024

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

*"Sustaining faith in the other's capacity to get through an event or transition and face a future with meaning" (Swanson, 1993, p.162)*

Rafaela Pereira, 2024

ESSATLA

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

#### LISTA DE SIGLAS

ACSM - American College of Sports Medicine

AHA - *American Heart Association*

AVD - Atividades de vida diárias

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA - Equipa de Gestão de Alta

EMER - Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

FEp - Fracção de ejeção preservada

FEr - Fracção de ejeção reduzida

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

IC - Insuficiência Cardíaca

LCADL - *London Chest Activity of Daily Living*

MET - *Metabolic Equivalent Task* (Equivalente Metabólico)

MIF - Medida de Independência Funcional

mmHg - Milímetro de mercúrio

mMRC - *Modifed Medical Research Council*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SUG - Serviço de Urgência Geral

UC - Unidade Curricular

ULS - Unidade Local de Saúde

WHO - *World Health Organization*

Rafaela Pereira, 2024

ESSATLA

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

## Resumo

A população portuguesa atravessa um período de envelhecimento significativo, com múltiplas patologias, crónicas e complexas. A pessoa com doença cardiorrespiratória a nível intra-hospitalar apresenta-se como um desafio pela sua complexidade e incidência. A insuficiência cardíaca assim como a doença pulmonar obstrutiva crónica são patologias que diminuem a capacidade da pessoa idosa para o autocuidado, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel preponderante na sua capacitação.

**Objetivo:** Descrever os cuidados de enfermagem de reabilitação que proporcionam a otimização do autocuidado e do bem-estar da pessoa idosa, em contexto hospitalar, com compromisso cardiorrespiratório.

**Método:** A metodologia teve em consideração um mapeamento sucinto do estado do conhecimento da doença cardiorrespiratória passando pela insuficiência cardíaca e pela doença pulmonar obstrutiva crónica e pelas orientações do bem-estar enquadrado num relato de caso clínico descritivo, com a implementação das principais escalas: da Escala de *London Chest Activity of Daily Living*, da Escala de Medida de Independência Funcional, da Escala de *Borg* e do Índice de Bem-Estar Pessoal.

**Resultados:** O EEER inserido numa equipa transdisciplinar tem uma intervenção decisiva no aumento da funcionalidade e capacitação para o autocuidado e bem-estar da pessoa internada. A sua intervenção possibilita ganhos em saúde, na promoção do autocuidado e bem-estar, sendo que as escalas aplicadas traduziram esses mesmos ganhos.

**Conclusão:** Um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação dirigido às expetativas da pessoa com doença cardiorrespiratória, que seja específico e personalizado às suas especificidades potencia a funcionalidade da pessoa, promove o autocuidado e o bem-estar e traz ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Reabilitação; Bem-estar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência Cardíaca, Relato de Caso

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiopulmonar, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

**Índice**

Introdução .....	7
1. Enquadramento Conceptual .....	9
1.1 A Pessoa com Compromisso do Sistema Cardiopulmonar .....	10
1.1.1A Pessoa com Insuficiência Cardíaca .....	10
1.1.2 A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica .....	11
1.2 A importância da intervenção do EEER na Reabilitação Cardíaca e na Reabilitação Respiratória .....	11
1.3 A importância da intervenção do EEER nas Técnicas de Gestão de Energia .....	14
1.4 A importância da intervenção do EEER, na promoção do autocuidado e Bem-Estar na pessoa com compromisso cardiopulmonar .....	15
2. Plano de Cuidados do EEER à Pessoa com compromisso cardiopulmonar .....	17
2.1 Anamnese da Pessoa com compromisso cardiopulmonar .....	18
2.2 Diagnósticos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	21
3. Resultados .....	28
4. Conclusões .....	30
5. Referências Bibliográficas .....	33
Apêndice 1 - Tabela suporte bibliográfico: IC e DPOC - fadiga e dispneia .....	xli
Apêndice 2 - Tabela de suporte bibliográfico: IC e DPOC – RC e RR .....	xlili
Apêndice 3 - <i>Modifed Medical Research Council</i> – questionário dispneia .....	xliv
Apêndice 4 - Escala de <i>Borg</i> modificada – avaliação da dispneia .....	xlvi
Apêndice 5 - Escala de <i>Borg</i> modificada – avaliação da percepção subjetiva de esforço .....	xlvii
Apêndice 6 - Escala de Medida de Independência Funcional .....	xlviii
Apêndice 7 - <i>Escala London Chest Activity of Daily Living</i> .....	xliv
Apêndice 8 - Índice de Bem-Estar Pessoal .....	l
Apêndice 9 - Folheto: Técnicas Gestão de Energia – primeira versão .....	li

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Auscultação pulmonar da pessoa durante o internamento.....	20
Tabela 2 – Diagnóstico: Ventilação Comprometida: objetivos, intervenção e escalas.....	21
Tabela 3 – Diagnóstico: Ventilação Comprometida: intervenções .....	22
Tabela 4 – Exercícios Respiratórios com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório .....	23
Tabela 5 - Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia.....	24
Tabela 6 - Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios .....	25
Tabela 7 - Plano de cuidados com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório - FITT-VP	26
Tabela 8 – Plano de cuidados com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório - autocuidado.....	27
Tabela 9 – Resultados obtidos nas escalas: MIF, LCADL e Índice de Bem-Estar Pessoal .....	28

## Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – Plano de cuidados com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório.....	32
--	----

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiopulmonar, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

## Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio Profissionalizante inserida no 2º ano, do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a realização de um Relato de Caso Clínico em contexto hospitalar.

A metodologia teve em consideração um mapeamento sucinto do estado do conhecimento da doença cardiopulmonar, passando pela patologia da Insuficiência Cardíaca (IC) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e das orientações do bem-estar enquadrado num relato de caso clínico descritivo, com a implementação das principais escalas: Escala de *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL), validada para a população portuguesa (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Pitta, et al., 2008), Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), Escala de *Borg* modificada – avaliação da dispneia, a Escala de *Borg* modificada – avaliação da perceção subjetiva de esforço (Borg, 1982; Ordem dos Enfermeiros, 2016) e o Índice de Bem-Estar Pessoal validado também para a população portuguesa (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008). Estas escalas foram aplicadas a uma pessoa com doença cardiopulmonar, numa Unidade Local de Saúde a nível hospitalar durante o internamento.

A realização de um relato de caso possibilita alcançar uma das primeiras linhas de evidência científica (Singh, 2021). Este trabalho será guiado pela *checklist CARE* do *Equator*, que permite relatos de caso mais transparentes com a informação clínica mais agregada (Equator, 2024; Gagnier, 2014).

**Objetivo Geral:** Descrever cuidados de enfermagem de reabilitação que proporcionam a otimização do autocuidado e do bem-estar da pessoa idosa, em contexto hospitalar, com compromisso cardiopulmonar.

### Objetivos Específicos:

- ✓ Enquadrar conceptualmente a doença cardiopulmonar, a insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica;
- ✓ Descrever um plano de enfermagem de reabilitação com a pessoa idosa com doença cardiopulmonar a nível hospitalar;

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

- ✓ Identificar que ganhos em saúde emergiram das intervenções implementadas de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa com doença cardiorrespiratória a nível hospitalar.

A identificação da pessoa manteve-se ao abrigo do sigilo profissional e os direitos e deveres ético-deontológicos e legais foram salvaguardados. Relato de Caso Clínico sem financiamento nem conflito de interesses. Com consentimento escrito garantido. Foi também garantido autorização para a utilização do Índice de Bem-Estar Pessoal, validado para a população portuguesa e garantido o aval da comissão de ética da instituição académica.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

## 1. Enquadramento Conceptual

A população portuguesa atravessa um período de envelhecimento significativo e a cronicidade e complexidade das patologias são uma realidade presente nos contextos clínicos (Resolução da Assembleia da República n.º 14/2024). Nas instituições os enfermeiros são o grupo de profissionais, nas equipas de saúde, com maior representatividade e poder de resposta às necessidades da população (Regulamento n.º 392/2019; WHO, 2020).

O processo de envelhecimento saudável pode ser entendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no desenvolvimento e na manutenção da funcionalidade possibilitando a promoção do bem-estar, podendo ser entendido idoso uma pessoa a partir dos 60 anos (WHO, 2024).

O bem-estar é entendido pela OMS como algo positivo, inspiracional e condição experiencial de vida vivência por cada indivíduo (WHO, 2023).

Uma das escalas utilizadas para avaliação do Bem-estar na população portuguesa é o Índice de Bem-Estar Pessoal de Pais-Ribeiro & Cummins (2008). Este questionário tem 8 perguntas, sendo que a primeira é de carácter geral acerca da vida pessoal e depois mais sete relacionadas com a satisfação pela vida, saúde, conquistas, relações, segurança, comunidade e futuro. Não existe tempo limite para a pessoa responder e a sua aplicação pode ser presencial ou por telefone (International Wellbeing Group, s.d).

A segurança da transição do hospital para a comunidade de cuidados, numa população cada vez mais envelhecida torna-se fulcral a sua monitorização. As estratégias educacionais podem passar por uma comunicação efetiva, clara, como folhetos informativos. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem como um dos objetivos a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, sendo esta referenciação realizada pela Equipa de Gestão de Alta (EGA) (Baixinho, et al., 2021; Decreto-Lei n.º116/2021, n.º101/2006).

Foi elaborado por mim uma tabela de suporte bibliográfico: IC e DPOC - fadiga e dispneia que se encontra em apêndice (Apêndice 1).

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

### **1.1 A Pessoa com Compromisso do Sistema Cardiorrespiratório**

O compromisso cardiorrespiratório pode acarretar repercussões claras na independência da pessoa e da sua família, sendo que o EEER inserido numa equipa transdisciplinar tem um papel fundamental no processo de transição da pessoa com a elaboração de planos de cuidados pertinentes e específicos (Couto, et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Zhou, et al., 2022).

Neste processo torna-se importante definir a dispneia e a fadiga. A dispneia consiste num processo do sistema respiratório comprometido relativo à entrada e saída de ar nos pulmões, falta de ar associado a insuficiente oxigénio no sangue circundante com possível desconforto e ansiedade (ICN, 2019). A fadiga consiste numa emoção com conotação negativa que se encontra associado a sentimentos de diminuição da força ou resistência, cansaço mental com capacidade física reduzida para o trabalho (ICN, 2019).

#### **1.1.1A Pessoa com Insuficiência Cardíaca**

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade e acarreta elevados custos relacionados com os cuidados de saúde, sendo impactante tanto para a pessoa como para a comunidade, é mais incidente em pessoas com mais de 60 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Riet, et al., 2016). A IC em Portugal é um problema de saúde pública, abarca um elevado número de pessoas, com internamentos recorrentes e elevado número de morbilidade e mortalidade (Infarmed, 2022).

A IC pode ser definida por um síndrome complexo e crónico de sintomas típicos: dispneia, fadiga e edema maleolar, que podem ser acompanhados por sinais de elevação de pressão jugular, roncos pulmonares, edema periférico e terceiro som cardíaco S<sub>3</sub> (ritmo galope). (McDonagh et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Farghaly, et al., 2022). Esta pode ser causada por uma anomalia da estrutura e/ou da função cardíaca, levando a um débito sanguíneo desajustado às necessidades metabólicas do organismo em repouso ou movimento (AHA, 2024; McDonagh et al., 2021; Novo, et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiopulmonar, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

### 1.1.2 A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) apresenta-se em Portugal juntamente com a pneumonia, como grandes causas de necessidade de ventilação da pessoa no internamento hospitalar. Estas duas patologias representam 73% de todos os internamentos que requerem ventilação e que acarretam uma maior taxa de mortalidade e um maior gasto em cuidados de saúde (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023; Direção Geral da Saúde, 2022).

É uma doença com possível tratamento e prevenção, comum e frequentemente mal diagnosticada. O diagnóstico é confirmado pela realização de espirometria com obstrução ao fluxo aéreo não totalmente reversível, numa relação do volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV<sub>1</sub>) e a capacidade vital forçada (FVC) (relação FEV<sub>1</sub>/FVC inferior a 70 %) após realização de broncodilatadores (GOLD, 2024).

A DPOC tem origem pulmonar, de carácter obstrutivo, com processos inflamatórios, com presença ou não de expectoração, sendo que também apresenta alterações na musculatura esquelética, que podem acarretar intolerância à atividade física, isolamento social e redução da qualidade de vida (Casado, et al., 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2018). A pessoa com DPOC pode apresentar uma resposta inflamatória agravada que conduz ao aumento da espessura das paredes das vias aéreas, podendo ter uma componente genética (GOLD, 2024; Pereira, et al., 2020).

### 1.2 A importância da intervenção do EEER na Reabilitação Cardíaca e na Reabilitação Respiratória

A Reabilitação Cardíaca (RC) na insuficiência cardíaca, como tratamento não farmacológico traz benefícios claros para a pessoa e ganhos em saúde mediante intervenções personalizadas (Aldhahir, 2022; Cavalheiro, et al., 2021; Lv, 2022; McDonagh, et al., 2021). A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção com benefícios no tratamento não farmacológico da DPOC com intervenções específicas e individualizadas a cada pessoa (Alves & Grilo, 2022; Bernardes, et al., 2023; Pereira, et al., 2020; Rodrigues, et al., 2021).

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiotorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Foi elaborada também uma tabela com o resumo das intervenções presentes no manual de RC e de RR da Ordem dos Enfermeiros, cruzando as possíveis intervenções, tendo em vista uma *práxis* de qualidade e de segurança, para a pessoa com IC e DPOC (Apêndice 2).

Os requisitos de segurança e qualidade são essenciais numa *práxis* realizada pelo EEER, mediante a integração deste profissional na equipa transdisciplinar e de acordo com as suas competências específicas, constituindo-se nas equipas como elemento de referência, na medida que detém a melhor evidência científica disponível e constrói planos de cuidados (concebe, implementa, avalia e monitoriza), individualizados e personalizados às expetativas e necessidades da pessoa com compromisso cardiotorrespiratório. A intervenção do EEER, na área da RC e da RR é de extrema relevância, mediante a possibilidade de capacitação para o maior nível de independência e funcionalidade permitindo uma reinserção na comunidade mais facilitada e adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2020; Regulamento n.º 392/2019).

O treino aeróbio consiste na realização de exercícios que recorrem ao gasto de oxigénio para a produção de energia, é exemplo o treino de marcha, estes permitem potencializar as capacidades pulmonares e cardiovascular, devem ser iniciados em atividades de intensidade ligeira e duração cada vez mais prolongada (Lopes, et al., 2020). Este treino cumpre os princípios e orientações emanadas pela OE, com *guidelines da American College of Sports Medicine (ACSM)*. Suportado no acrónimo de treino FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo de exercício), não estão definidos ainda os critérios para a progressão e volume do mesmo, considerados pela OE ainda pouco claros pelo que a personalização do plano é relevante (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020). O controlo da intensidade do treino intra-hospitalar da pessoa não deve ser superior a 30 batimentos por minuto nem ultrapassar os 120 bpm e através da escala de Borg Modificada – Avaliação da Perceção Subjetiva de Esforço, (ACSM, 2022; Lopes, et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O método do equivalente metabólico (MET) caracteriza uma maneira padronizada de descrever a intensidade absoluta de uma variedade de atividades (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Verdelho & Santa-Clara, 2021;). Um MET é a unidade de medida que caracteriza a quantidade de oxigénio (O<sub>2</sub>) gasto por quilograma (Kg) de peso corporal num

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

minuto (min) por cada pessoa em repouso, ou seja, é igual a 3,5 mililitros (ml) de O<sub>2</sub>/kg/min e equivalente a 1 quilocaloria/Kg/hora. Importante perceber que quanto maior é a intensidade física maior é o nível de MET. Normalmente este apresenta os seguintes intervalos de intensidade: intensidade baixa: inferior a 3 MET, intensidade moderada de 3 a 6 MET e intensidade vigorosa superior a 6 MET (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Nesta fase de reabilitação preconiza-se intensidades baixas até 4 METS (Vermelho & Pestana, 2021).

No treino intra-hospitalar na RC da IC deve incluir três fases diferentes: o início, o pico e o final do esforço, permitindo a recuperação da pessoa. Na primeira fase, realiza-se o aquecimento e pode incluir os exercícios respiratórios. Na segunda fase, exercícios aeróbios realizados mediante as atividades de vida diárias (AVD): Higiene Pessoal (banho na cama, cadeira sanitária) representa 1,5 a 2 METS; Ir ao sanitário (arrastadeira, cadeira-sanitária) representa 1,5 a 2,5 MET; Andar em superfície plana representa 2 a 3,3 MET, exercícios dos membros superiores e tronco sem resistência 2,5 a 3 METS e subir/descer escadas 3 a 4 MET (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Vermelho & Pestana, 2021).

Na terceira fase e última é o relaxamento com a redução do movimento e retorno aos parâmetros vitais basais (Ordem dos Enfermeiros, 2020). O treino de marcha no internamento preconiza-se a sua realização em piso plano regular entre 25 a 50 metros com um aumento progressivo de 10 a 15 minutos por dia, tendo como meta 150 a 200 metros (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Nesta avaliação a monitorização deve ser constante tanto cardíaca como respiratória, a auscultação pulmonar, a monitorização da frequência cardíaca e da saturação periférica, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve ter sempre patente os sinais de interrupção do plano de cuidados. Os critérios para iniciar e progredir a marcha são: ausência de dor isquémica durante 8 horas, sem elevação das enzimas (creatina, quinase e troponinas), ausência de sinais de IC descompensada, ausência de alterações de ritmo durante 8 horas (ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Vermelho & Pestana, 2021).

O EEER centraliza os cuidados na pessoa, sendo que estes preconizam uma avaliação, definição de focos, diagnósticos e consequentemente prescreve intervenções coerentes com

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiopulmonar, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

os diagnósticos levantados, assim como avalia os resultados obtidos e reestrutura o plano de cuidados sempre que necessário (Couto, et al., 2021).

### 1.3 A importância da intervenção do EEER nas Técnicas de Gestão de Energia

A intolerância à atividade física resulta não só de um compromisso cardiopulmonar, mas também de descondicionamento muscular periférico com grandes repercussões no bem-estar e na qualidade de vida (Couto, et al., 2021; Rodrigues, et al., 2021).

As técnicas de gestão de energia permitem incorporar nas AVD estratégias que levam à redução da fadiga e da dispneia. Estas permitem a realização do autocuidado com o menor gasto de energia possível (Couto, et al., 2021; Gaspar & Martins 2018).

Foi elaborada pela EMER uma tabela com o resumo de 10 artigos com a melhor evidência científica encontrada nos últimos cinco anos. Cinco artigos relativos à IC e cinco artigos relativos à DPOC que caracterizam cada patologia quanto à fadiga e à dispneia (Apêndice 1). Foi também elaborado um folheto informativo relativo às técnicas de gestão de energia nas AVD (Apêndice 9).

As técnicas de gestão de energia integram a componente educacional dos programas de RR e RC, sendo o EEER o elemento responsável pela sua implementação a nível intra-hospitalar, com *práxis* direta nas AVD (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2020). Estas técnicas também se encontram recomendadas pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2024).

São identificadas na literatura alguns princípios gerais a ter em consideração na capacitação para o conhecimento da pessoa na realização das técnicas de gestão de energia, para o controlo da fadiga e da dispneia, na realização das AVD (Couto, 2021; Couto, et al., 2021; Gaspar & Martins, 2018; Gomes & Ferreira, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018a). São estes: o controlo da respiração (quando inspira realiza o movimento que cansa menos e quando expira realiza o movimento que cansa mais); a alternância de tarefas (realizar as tarefas que são mais leves com as que são mais cansativas durante o dia e planejar realizar as tarefas mais cansativas, no período que a pessoa se sente com mais energia); o descanso no momento certo; a organização de todo o material necessário antes da realização de uma

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

tarefa; na arrumação do espaço físico em que se encontra (arrumar os objetivos que utiliza mais frequentemente, nos locais de fácil acesso (ao nível da cintura escapular e a cintura pélvica da pessoa); a disposição da casa, com os acessos desimpedidos e livres, sem obstáculos que dificultem a marcha pelo caminho (Amaral & Dias, 2021; Couto, 2021; Couto, et al., 2021; Gaspar & Martins, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

#### **1.4 A importância da intervenção do EEER, na promoção do autocuidado e Bem-Estar na pessoa com compromisso cardiorespiratório**

A promoção do autocuidado encontra-se numa abordagem promissora e recomendada pela OMS na melhoria da saúde e do bem-estar (WHO, 2022). Na definição de autocuidado emerge o conceito de autonomia, sendo que este se reporta à auto-governação e auto-orientação da pessoa (ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O modelo das transições de Meleis e o modelo do autocuidado de Orem adquirem relevância para os EEER, na medida que estes permitem um encadeamento de excelência nos processos de transição e mecanismos estruturantes dos cuidados de saúde que proporcionem bem-estar e uma maior independência no autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Petronilho, et al., 2021; Pontes & Santos, 2023; Regulamento n.º 392/2019).

A teoria das transições de Meleis torna-se facilitadora nos processos de saúde. Este modelo centra-se nas respostas humanas às transições, destaca-se neste relato de caso clínico, os processos de saúde/doença. Todas as pessoas experienciam processos complexos de mudança ao longo do ciclo de vida e cabe ao enfermeiro ser suporte nos períodos de vulnerabilidade, promovendo um nível máximo de independência, pretendendo chegar a indicadores de resultado como os de Mestria e de bem-estar (Meleis, 2015; Silva, et al., 2019).

A pesquisa do conceito de autocuidado passou pelo referencial de Dorothea Orem, onde se caracteriza por uma série de atividades que promovem o desenvolvimento de cada pessoa que são iniciadas e continuadas dentro de espaços de tempos específicos, tendo como objetivos a conservação da vida, assim como do bem-estar (Orem, 2001; Ribeiro, et. al,

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

2021). Para esta Teórica as necessidades de cada um podem implicar défices no domínio do autocuidado e a sua identificação antecipada torna-se essencial (Orem, 2001; Ribeiro, et al., 2021).

Existe a diferença entre aquilo que a pessoa pode realizar e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado, sendo que esta diferença pode ser categorizada em sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório, ou sistema de apoio-educação (Orem, 2001; Ribeiro, et al., 2021).

De acordo com as competências específicas do EEER cabe-lhe esta categorização o mais categórica possível, no sentido do cuidado ser o mais específico e personalizado à capacitação da pessoa e à sua maximização da funcionalidade (Orem, 2001; Regulamento n.º 392/2019; Ribeiro, et al., 2021).

Este relato de caso clínico também se suporta na teoria do Cuidar de Swanson, onde os cinco processos do cuidar: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença pretendem alcançar o bem-estar da pessoa. Entendido o bem-estar em toda a sua plenitude (físico, mental e espiritual) na capacidade para o autocuidado (Swanson, 1993). O cuidar pautado pela compaixão, partilha, conforto, antecipação, conhecimento, presença, entre outros (Mårtensson, et al., 2020; Swanson, 1993).

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

## 2. Plano de Cuidados do EEER à Pessoa com compromisso cardiorrespiratório

Na elaboração do plano de cuidados de reabilitação a intervenção do EEER inicia-se por uma avaliação pormenorizada, de modo a construir objetivos com perspicácia, de modo a estabelecer um plano coerente, com sentido para a pessoa e família e a todos os elementos da equipa transdisciplinar (Marques-Vieira, et al., 2023).

Os focos de enfermagem do EEER relacionados com o compromisso cardiorrespiratório balizam-se frequentemente nos processos corporais (ventilação comprometida, limpeza das vias aéreas e intolerância à atividade), precedidos pelo processos intencionais como é o caso do foco da adesão ao regime terapêutico e sua gestão pela pessoa e ou família, sendo os focos de autocuidado aqui relevantes, assumindo estes um pilar nos cuidados do EEER, promovendo a capacitação de uma aprendizagem significativa, promovendo comportamentos de adaptação, permitindo a gestão adequada da sua doença crónica e obter o máximo de independência funcional na realização das AVD (Couto, et al., 2021; Petronilho, et al., 2021).

O EEER na procura permanente pela excelência de cuidados assume a promoção e defesa do autocuidado e do bem-estar, sendo que este possibilita a maximização e potencialização da funcionalidade. A identificação precoce dos problemas reais e/ou potenciais da pessoa alvo dos cuidados, assim como a prescrição das intervenções mediante os diagnósticos contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar as AVD. A prescrição para otimizar a função cardiorrespiratória, a seleção do dispositivo de apoio adequado a conceção de planos adequados específicos e personalizados às particularidades de cada pessoa e pessoas significativas integram este padrão (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Considera-se importante na implementação consciente do bem-estar, um cuidar de enfermagem, avançado, integrativo, que permita cuidados abrangentes que englobem a pessoa num todo (corpo, mente e espírito), integrando modalidades terapêuticas

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

promotoras de bem-estar, como é o caso da musicoterapia e da terapia pelo humor (Sousa & Marques-Vieira, 2021).

### 2.1 Anamnese da Pessoa com compromisso cardiorrespiratório

Trata-se de uma pessoa com 88 anos, género feminino, reformada, era modista. Apresentou descompensação da IC e da DPOC, provavelmente em contexto de incumprimento/insuficiência terapêutica. Deu entrada no serviço de urgência geral (SUG), trazida pelos bombeiros por quadro de dispneia e fadiga com 3 dias de evolução. Tonturas e astenia, negou tosse, febre, expetoração ou alterações gastro-intestinais ou queixas urinárias. Após ter dado entrada no SUG, foi transferida no dia a seguir, para o serviço de medicina. Resultado da radiografia de tórax demonstrou: Padrão reticulado bilateral, ligeiro apagamento do seio costofrénico à direita, sem condensações visíveis. Resultado do eletrocardiograma com ritmo de *pacings*, com frequência cardíaca de 60 batimentos por minuto, sem sinais de isquémia aguda, sendo estes dados extraídos do processo clínico informático.

As análises mantiveram-se estáveis no internamento hospitalar sempre em decréscimo dos valores que vieram alterados do SUG, onde a pessoa deu entrada (alterações a nível do peptídeo natriuretico tipo B, sem aumento dos parâmetros inflamatórios).

Alergias medicamentosas desconhecem-se. Antecedentes pessoais: IC com fração de ejeção preservada, *pacemaker* desde 2023 colocado por síndrome de bradicardia-taquicardia/fibrilhação auricular permanente, DPOC desde 2015, com oxigenoterapia de longa duração com óculos nasais a 0,5l/min desde 2024, hipertensão arterial, dislipidémia, bócio nodular, doença venosa crónica, último internamento agosto de 2024 por infeção respiratória.

No acolhimento apresenta-se com humor eutímico, refere que vive sozinha, pessoas de referência: a sobrinha C. e tem mais duas vizinhas a Dona T. e a Dona V. Reside em habitação própria, rés-do-chão de um prédio antigo sem degraus. Tem uma cozinha, um quarto, uma sala de estar e uma casa de banho, com *poliban*.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

É expectativa da Dona M. sair do internamento a andar com ou sem auxiliar de marcha e sair para o domicílio. Uma pessoa calma, criativa, uma atitude participativa e motivada.

Na avaliação cardiorrespiratória foi utilizado o questionário de dispneia (*Modified Medical Research Council (mMRC) – questionário da dispneia*) (Apêndice 3) (DGS, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018) e a escala de *Borg*, sendo que os valores da escala foram sendo monitorizados ao longo do internamento diariamente de 0 a 10. Esta escala pode adquirir vários nomes dependendo do sintoma que está a ser avaliado. A escala foi utilizada para avaliar a dispneia e a perceção subjetiva de esforço (Apêndice 4 e 5) (Borg, 1982; Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2020).

Na classificação funcional da *New York Heart Association* baseada na gravidade dos sintomas e na atividade física, a pessoa enquadrava-se na Classe III, ou seja apresentava uma restrição acentuada ao exercício, sendo que se encontrava confortável em repouso, mas o exercício inferior ao normal causava fadiga (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Os parâmetros vitais mantiveram-se: sistólica (130-110 mmHg) e diastólica (60-90 mmHg), normocárdica (60-90 batimentos por minutos). Pele e mucosas coradas e hidratadas. Edemas dos membros inferiores que foram regredindo gradualmente durante o internamento, nunca apresentaram agravamento, avaliado *Godet* positivo no segundo e terceiro dia de internamento (com *Godet* 1 + aproximadamente 2 milímetros, Ordem dos Enfermeiros (2020)), sendo que a partir do quarto dia sem apresentação do mesmo.

A avaliação da função respiratória passou pela inspeção, palpação, percussão e auscultação. Verificou-se no segundo e terceiro dia de internamento adejo nasal e recurso aos músculos respiratórios acessórios. A avaliação da auscultação pulmonar durante os dias de internamento da pessoa encontra-se na tabela 1.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Tabela 1 - Auscultação pulmonar da pessoa durante o internamento

Dias de internamento				2º		3º		4º		5º		6º		8º		9º			
Localização				E.	D.														
AP	MV	Terço Superior	Inspiração	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
			Expiração	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
		Terço Médio	Inspiração	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
			Expiração	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
		Terço Inferior	Inspiração	D	D	M	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
			Expiração	D	D	M	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	RA	Terço Superior	Inspiração	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
			Expiração	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
		Terço Médio	Inspiração	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
			Expiração	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
		Terço Inferior	Inspiração	R+	R+	R	R	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
			Expiração	R+	R+	R	R	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Legenda: M - Mantido; D - Diminuído; A - Ausentes; R - Roncos  
 AP - Auscultação Pulmonar; MV - Murmúrio vesicular; RA - Ruídos adventícios; + aumentado  
 E. - Pulmão Esquerdo; D. - Pulmão Direito

Na avaliação neurológica, a Dona M., durante o internamento manteve-se vígil, orientada no tempo, na pessoa e no espaço. Pupilas isocóricas e isoreativas. A sua atenção e memória mantiveram-se sem alterações aparentes. Em termos de linguagem, sem alterações, nomeia, repete e compreende sem limitação.

Na avaliação funcional recorreu-se à escala da MIF no segundo e nono dia, recomendado pela Ordem dos Enfermeiros e no Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2018). (Apêndice 6). Recorreu-se também à avaliação da LCADL ao segundo, quarto e nono dia, onde a pessoa passou de uma limitação quase máxima nas atividades de vida diárias para uma limitação médica. (Apêndice 7).

Na avaliação de bem-estar foi utilizado o Índice de Bem-Estar Pessoal na abordagem à pessoa idosa com doença crónica com múltiplas patologias, aqui com enfoque na IC e na DPOC. A nível do internamento hospitalar (Apêndice 8).

Durante todo o internamento foi monitorizada a dor, sendo que nunca foi referida pela pessoa, no entanto o seu registo e avaliação considera-se de extrema importância, tanto pelo bem-estar geral, como por possíveis sinais insuficiência cardíaca, como a dor torácica.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Foi utilizada a escala numérica de 1 a 10 preconizada pela DGS, sendo que a pessoa relatou durante todo o internamento uma dor 0 (DGS, 2003).

## 2.2 Diagnósticos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A realização dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação foi suportada no *browser* da ontologia, da Ordem dos Enfermeiros, neste relato de caso clínico, sendo que foram escolhidos determinados diagnósticos. Existiram outros durante o estágio profissional que foram importantes de serem levantados não se encontrando aqui presentes.

Ao longo do internamento da pessoa foram levantados determinados diagnósticos de EEER, mediante uma série de objetivos, intervenções, avaliações e escalas, encontrando-se estes expressos nas tabelas: 2,3,4,5,6,7 e 8.

Tabela 2 – Diagnóstico: Ventilação Comprometida: objetivos, intervenção e escalas

Objetivos:	Intervenção: Avaliar evolução da ventilação	Escalas
Avaliar a evolução da ventilação;	Dados: Frequência respiratória; Ritmo respiratório; Simetria do movimento respiratório; Profundidade da ventilação; Utilização dos músculos acessórios da ventilação, auscultação pulmonar	<i>mMRC – questionário dispneia;</i>  Escala de <i>Borg</i> modificada – avaliação da dispneia
	Melhorar Ventilação	LCADL  Índice de Bem-Estar Pessoal
Intervenção: Posicionar para otimização da ventilação; Oxigenoterapia; Realizar técnicas de reexpansão torácica.		
Legenda: a recolha dos dados foi realizada no segundo dia de internamento: respiração: 18cpm; regular, simétrica e superficial, com recurso aos músculos acessórios (escaleno, esternocleidomastoideu). À auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído, com roncos audíveis nas bases bilateralmente. ( <a href="https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser">https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser</a> ;Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2018a)		

Tabela 3 – Diagnóstico: Ventilação Comprometida: intervenções

Dias de internamento	Diagnóstico: Ventilação Comprometida: intervenção																	
	2º		3º		4º		5º		6º		8º		9º					
Dias de intervenção da EMER	x	Borg	Borg	Borg	x	Borg												
Posicionar para otimizar a ventilação cabeceira	Elevação da cabeceira	4	Levante para cadeirão	4	Levante para cadeirão + marcha	3	Levante para cadeirão + marcha	2	Levante para cadeirão + marcha	2	Levante para cadeirão + marcha	2	Levante para cadeirão + marcha	1				
Oxigenoterapia (litros /minuto)	2	-	2	-	1	-	0,5	-	0,5	-	0,5	-	0,5	-				
Saturação Periférica de Oxigénio (%)	96	-	95	-	96	-	95	-	96	-	96	-	96	-				
Frequência respiratória (ciclos por minuto)	18	-	16	-	16	-	14	-	12	-	12	-	12	-				
Técnica respiratória abdomino-diafragmática	✓	2	✓	1	✓	0	✓	0	✓	0	✓	0	✓	0				
Técnica de reexpansão torácica	✓	2	✓	1	✓	0	✓	0	✓	0	✓	0	✓	0				

Legenda: Em cada intervenção é avaliado na Escala de Borg, o nível de dispneia, percebido pela pessoa, sendo o primeiro valor antes da intervenção e o segundo cerca de 30 minutos depois.  
[\(https://ontologia.ordememfermeiros.pt/Browse/; Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2020\)](https://ontologia.ordememfermeiros.pt/Browse/)

Tabela 4 – Exercícios Respiratórios com a pessoa com compromisso cardiopulmonar

Exercícios Respiratórios com a pessoa com compromisso cardiopulmonar		2º	3º	4º	5º	6º	8º	9º
Dias de internamento	exercícios respiratórios							
	Controlo e dissociação dos tempos respiratórios (consciência e controlo da respiração, frequência respiratória, amplitude e ritmo, posição decúbito dorsal, almofada na poplitea).	10 ciclos	20 ciclos					
	Expiração com lábios semi-cerrados (pressão expiratória positiva, permite um maior controlo do padrão respiratório através de uma expiração prolongada).							
	Reeducação da porção posterior do diafragma (pessoa em decúbito dorsal com uma almofada na região da poplitea, o EEER coloca a mão no epigastro, a pessoa faz uma inspiração prolongada pelo nariz, com elevação do abdómen, a pressão da mão no sentido mediano cefálico, com pressão máxima do final da expiração).	10 ciclos	20 ciclos					
	Reeducação costal inferior bilateral (pessoa em decúbito dorsal, as mãos do EEER a nível do terço inferior da região antero-lateral, este acompanha o movimento fisiológico, colocando uma pressão máxima tolerada pela pessoa no final da expiração).	10 ciclos	20 ciclos					

(Couto, et al., 2021; <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/BrowseJ>; Ordem dos Enfermeiros, 2018a)

Tabela 5 - Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Foco de Atenção - Dispneia		Escalas
Objetivos:	<p>• Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia</p> <p>Intervenção: Avaliar evolução do controlo da dispneia</p> <p>Dados: conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia; adoção de comportamentos de autocontrolo da dispneia, satisfação com o autocontrolo da dispneia e disponibilidade para melhorar dispneia; Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a Pessoa a relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia</p> <p>• Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios respiratórios</p> <p>Intervenção: Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios respiratórios; Instruir exercícios respiratórios; Instruir exercícios respiratórios pela atividade física; treinar exercícios respiratórios; treinar exercícios respiratórios pela atividade física</p> <p>Dados: capacidade para executar exercícios respiratórios</p> <p>• Diagnóstico: Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios</p> <p>Intervenção: Avaliar evolução da autoeficácia para executar exercícios respiratórios</p> <p>Autoeficácia para executar exercícios respiratórios</p> <p>Intervenção: Treinar exercícios respiratórios; Treinar exercícios respiratórios pela atividade física; Analisar com a Pessoa os resultados alcançados; Elogiar o desempenho da Pessoa;</p> <p>Intervenção: Avaliar evolução da adesão aos exercícios respiratórios</p> <p>Dados: Realização dos exercícios respiratórios de acordo com a recomendação; Satisfação com a autogestão dos exercícios respiratórios e disponibilidade para melhorar</p>	<p>mMRC– questionário dispneia;</p> <p>Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia</p> <p>LCADL;</p> <p>Índice de Bem- Estar Pessoal</p>
	<p>Promover autocontrolo da dispneia</p> <p>Promover adesão ao regime de exercícios respiratórios</p>	

(<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>; Ordem dos Enfermeiros, 2016; Pais-Ribeiro & Cummins, 2008)

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Tabela 6 - Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios

Objetivos:	Escalas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover autogestão: regime de exercício;</li> <li>Assegurar continuidade de cuidados</li> </ul>	<p>• <b>Diagnóstico:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios</p> <p>Dados: tempo de exercício; padrão de exercício diário, conhecimento sobre regime de exercícios, conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios, conscientização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade, conscientização da relação entre exercício físico e o peso corporal, significado atribuído ao regime de exercícios;</p> <p>Intervenção: avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios, ensinar sobre exercício físico, ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico, ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Diagnóstico:</b> Potencial para melhorar conscientização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade</li> </ul> <p>Intervenção: Avaliar evolução da conscientização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade</p> <p>Dados: conscientização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade</p> <p>Intervenção: contratualizar com a pessoa experiência indutora da conscientização; Analisar com a pessoa a relação entre exercício físico e tolerância à atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Diagnóstico:</b> Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício</li> </ul> <p>Intervenção: Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício</p> <p>Dados: Significado atribuído ao regime de exercício</p> <p>Intervenção: Acompanhar a pessoa a analisar o significado dificultador; Avaliar evolução da autogestão do regime de exercícios</p> <p>Dados: Adoção de comportamentos de autogestão do regime de exercício; Satisfação com a autogestão do regime de exercício e disponibilidade para melhorar</p> <p>Intervenção: Iniciar referência para RNCCI</p> <p>(<a href="https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browse/">https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browse/</a>; Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Pais-Ribeiro &amp; Cummins, 2008)</p>

Tabela 7 - Plano de cuidados com a pessoa com compromisso cardiopulmonar - FITT-VP

Diagnósticos: Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios respiratórios; Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios e Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios								
Dias de intervenção da EMER	2º	3º	4º	5º	6º	8º	9º	
Aquecimento	Exercícios respiratórios	Exercícios respiratórios	Exercícios respiratórios	Exercícios respiratórios	Exercícios respiratórios	Exercícios respiratórios	Exercícios respiratórios	Exercícios respiratórios
Exercícios aeróbios	AVD leito	AVD cadeirão	AVD + passos	AVD + marcha				
Relaxamento	Posição de descanso e relaxamento: posição de cocheiro: permite o alinhamento da curvatura do diafragma e otimiza o padrão respiratório; expiração com lábios semi-cerrados, relaxamento da cintura escapular, pescoço e membros superiores.							
Frequência	Tempo de exercício: padrão de exercício diário.							
Intensidade	O treino aeróbio intervalado é o indicado, mediante as particularidades de cada pessoa (anátomo-fisiológicas) e a possibilidade de progressão gradual, com intensidade leve em internamento.							
Tempo	Iniciar com duração entre 3 a 5 minutos, com períodos de repouso de 1 a 2 minutos.							
Tipo de exercício	Em internamento, estão recomendados o treino respiratório e o treino aeróbio. Por sua vez, o treino de força muscular na RC não reúne evidências suficientes nesta fase, pelo que deverá ser iniciado após a alta. Treino aeróbio focado nas AVD e treino de marcha em piso plano e regular.							
Dispositivos	Marcha com andarilho; Oxímetro de pulso e traçado cardíaco preferencialmente, cânula nasal (óculos nasais) e fonte portátil de oxigénio.							
Escalas	Escala de Borg Modificada – avaliação da percepção subjetiva de esforço; MIF, LCADL e Índice de Bem-Estar Pessoal.							
Estratégias	Técnicas de gestão de energia: a pessoa deverá expirar na fase concêntrica do exercício e inspirar na fase excêntrica do exercício acompanhando o movimento corporal, outras técnicas presentes no folheto informativo; (Apêndice 9); Terapias Integrativas: Musicoterapia e terapia pelo humor; Reforço positivo na comunicação: elogiar, estar presente, compaixão, capacitação com a família.							
(ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2020; Pais-Ribeiro & Cummins, 2008; Sousa & Marques -Vieira, 2021;Vermelho & Pestana, 2021)								

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Tabela 8 – Plano de cuidados com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório - autocuidado

Diagnóstico: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância no autocuidado														
Promover autogestão: regime de exercício no autocuidado – Escala de Borg Modificada – avaliação da percepção subjetiva de esforço antes e após a intervenção														
Dias de intervenção da EMER	2º		3º		4º		5º		6º		8º		9º	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Escala de Borg Modificada - avaliação da percepção subjetiva de esforço	5	6	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2
Alimentar-se														
Cuidar da Higiene Pessoal	5	6	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2
Erguer-se	-	-	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2
Sentar-se	-	-	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2
Transferir-se	-	-	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2
Vestir-se / Despir-se	-	-	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2
Virar-se	-	-	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2
Andar com dispositivo (Andarilho)	-	-	+/- 2 passos (1 pausa)	+/- 5 passos (1 pausa)	+/- 5 passos (1 pausa)	25 metros (1 pausa)	50 metros (2 pausas)	60 metros (3 pausas)	100 metros (3 pausas)					
Distância e pausas														
Frequência Cardíaca	-	-	63 bpm	71 bpm	61 bpm	76 bpm	60 bpm	85 bpm	61 bpm	89 bpm	62 bpm	85 bpm	65 bpm	89 bpm
	-	-	4	5	2	3	2	3	2	2	2	2	1	3

([https://ontologia.ordememfermeiros.pt/Browse?Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2018a,2023](https://ontologia.ordememfermeiros.pt/Browse?Ordem%20dos%20Enfermeiros,%202016,%202018a,%202023))

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiopulmonar, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

### 3. Resultados

A partir da pesquisa do estado de conhecimento da pessoa com compromisso cardiopulmonar, juntamente com o relato de caso clínico desenvolvido no campo de estágio profissional, foram levantados vários diagnósticos de enfermagem de reabilitação.

Nestes diagnósticos levantados aplicaram-se determinadas escalas, sendo que na tabela 9 encontram-se esquematizados os resultados obtidos nas escalas: MIF, LCADL e Índice de Bem-Estar Pessoal

Tabela 9 – Resultados obtidos nas escalas: MIF, LCADL e Índice de Bem-Estar Pessoal

Resultados obtidos nas escalas: MIF, LCADL e Índice de Bem-Estar Pessoal							
Dias de intervenção da EMER	2º	3º	4º	5º	6º	8º	9º
Escalas utilizadas:							
MIF (Apêndice 6) score nenhuma limitação nas AVD: 126	57						103
LCADL (Apêndice 7) score nenhuma limitação nas AVD: 0	72		26				22
Índice de Bem-Estar Pessoal (Apêndice 8) score máximo de 80		48					58

No diagnóstico da ventilação comprometida da pessoa foi possível verificar-se o desmame linear de oxigênio para o nível que já estava relatado de antecedente, sem nenhum agravamento relatado durante o período de internamento. Com as várias intervenções do EEER descritas com ênfase nos exercícios respiratórios (tabela 3).

No diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia, houve a capacitação com a pessoa para uma série de exercícios respiratórios selecionados mediante as suas especificidades e particularidades, representados na tabela 4.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

A pessoa passou a ter mais conhecimento relativamente à prevenção dos episódios de dispneia que sucediam consigo.

Tanto no diagnóstico potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios respiratórios e potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios foram treinados com a pessoa a realização desses exercícios, estando demonstrado na tabela 4 e 7, com a melhoria da sua realização por parte da pessoa à medida que executava o movimento e a sua repetição. No diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercícios encontra-se representado na tabela 6 e 7 com capacitação com a pessoa sobre medidas de segurança face ao exercício físico e capacitação sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia, através do folheto realizado (Apêndice 9). No diagnóstico potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade e potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício foi contratualizada com a pessoa as intervenções que foram implementadas e a sua consciencialização da fadiga em repouso e em movimento foi sendo relatada, de acordo com a escala de *Borg*.

A pessoa no início do internamento apresentava uma dependência grave descrita na escala de MIF tendo progredido para uma dependência leve, verificou-se ao nível do autocuidado uma melhoria significativa. Ao nível da LCADL também houve um aumento gradual da independência nas AVD verificado.

Ao nível do Índice de Bem-Estar Pessoal de Pais-Ribeiro & Cummins (2008), houve a melhoria da sensação de bem-estar referida pela pessoa, com a melhoria da satisfação da condição de saúde e da segurança relativamente ao futuro. No que diz respeito ao sentimento de pertença e à satisfação nas relações pessoais, manteve-se no máximo da cotação, referindo que se sentia muito satisfeita e bem assim. Ao nível da saúde aumentou ligeiramente a satisfação de 4 para 5, tendo o internamento um período de 9 dias.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

#### 4. Conclusões

Através da revisão do estado do conhecimento tanto da Pessoa com IC como da pessoa com DPOC foi notório o destaque dos artigos encontrados relativamente à intolerância à atividade física e as repercussões no autocuidado, na funcionalidade e no bem-estar da pessoa.

A intervenção do EEER torna-se fulcral neste contexto, sendo este profissional talhado para a potencialização da funcionalidade e do autocuidado em períodos transitórios de exacerbação da doença, onde existe a perda total ou parcial da capacidade para a realização do autocuidado de forma independente.

Pontos fracos deste trabalho descreve-se a impossibilidade de colher no historial clínico da pessoa, seja no processo informático, seja diretamente com a pessoa e familiar, o estadió da DPOC, sendo que as *guidelines* apontam para a importância e relevância da sua classificação.

Nos pontos fortes, descrevem-se: a intervenção centrada com a pessoa atendendo às suas singularidades e especificidades, num relato complexo numa pessoa com elevada carga de doença. A estratificação dos parâmetros seguros na instituição relativamente às AVD, no sentido de prevenir consequências da imobilidade, promover a independência no autocuidado, o início do andar e o bem-estar. O nível de mestria da Pessoa foi potencializado, aquando da realização dos exercícios que lhe eram propostos e que foi gradualmente melhorando, mediante as suas especificidades. Os cuidados foram pautados pelos valores da ética e deontologia, da melhor evidência científica disponível e da humanização com a pessoa no centro dos cuidados.

Os diagnósticos e intervenções realizados com a pessoa com IC e DPOC, assim como as escalas utilizadas como a MIF e a LCADL permitiram avaliar a funcionalidade e determinar limitações da atividade e incapacidade. Houve a identificação das necessidades pela EMER de intervenção no sentido de otimizar a função ao nível cardiorrespiratório, assim como um plano de intervenção, inserido numa equipa transdisciplinar, com vista na potencialização do autocuidado e do bem-estar.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

A capacitação da pessoa com vista à promoção do autocuidado e bem-estar foi foco central na intervenção, com vista à reinserção social. Verificou-se a realização de treinos específicos nas AVD, com o recurso a dispositivos de apoio, como foi o caso do andarilho, assim como a sua supervisão e ensino no seu manuseio. A relação de cuidado estabelecida e as intervenções implementadas inseridas numa equipa transdisciplinar permitiram potencializar a funcionalidade da pessoa com compromisso cardiorrespiratório (Assembleia da República n.º 392/2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Houve a necessidade de recorrer na avaliação da pessoa ao nível da sua funcionalidade não só à LCADL, mas também à MIF pelo contexto intrahospitalar.

O planeamento antecipado da gestão de alta, numa realidade nacional vigente de envelhecimento da população, cronicidade de patologias e complexidade das mesmas tornou-se fulcral para assegurar a continuidade de cuidados segura, corroborando a literatura encontrada de Baixinho e colaboradores (2021). A *práxis* do EEER, inserido numa equipa transdisciplinar, permite a identificação precoce de uma série de diagnósticos pertinentes às especificidades de cada pessoa potenciando um aumento da funcionalidade e capacitação para o autocuidado e bem-estar da pessoa internada.

A referenciação para a RNCCI foi realizada pela equipa de saúde, sendo realizada a sua sinalização antecipada e visível nos diagnósticos realizados, esta referenciação foi para uma equipa comunitária, e a expectativa da pessoa foi correspondida e voltou para a sua casa a andar com dispositivo auxiliar de marcha, o andarilho.

O suporte em três modelos teóricos que têm em comum o bem-estar da pessoa cuidada verificou-se benéfico na construção de cuidados de enfermagem de reabilitação, personalizados às particularidades da pessoa, promovendo o autocuidado e o bem-estar, que ficou expresso na ilustração 1 criada pela EMER no final deste relato de caso clínico, sendo esta imagem específica deste relato de caso clínico, com o suporte metodológico descrito previamente.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Ilustração 1 – Plano de cuidados com a pessoa com compromisso cardiorrespiratório



Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

## 5. Referências Bibliográficas

Aldhahir, A. (2022). Nurses' Perception of, and Barriers to, Delivering Cardiopulmonary Rehabilitation for Heart Failure Patients: A National Survey in Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013586>

Alves, A., América, P., Pedrão, M., Oliveira, J., Anjos, A., Sousa, U., & Ramos, R. (2023). Qualitative approach to the main symptoms and etiological factors of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Integrative Study. *Biosciences and Health*, 1, 1–7. <https://doi.org/10.62331/2965-758X.v1.2023.36>

Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação Respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(1), 67–76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>

Amaral, E., & Dias, A. (2021) Capítulo IV – Reabilitação Respiratória da Pessoa com DPOC: do Hospital para o Domicílio. In Cordeiro, M. (Coord.) *DPOC. Abordagem 360º: do Hospital para o Domicílio* (pp.193-222). Sabooks

American College of Sports Medicine. (2022). *Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (11ª ed.). Wolters Kluwer

American Heart Association (2024). Heart Attack and Stroke Symptoms. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure>

Baixinho, C., Santos, B., Lourenço, M., & Ferreira, O. (2021). Gestão da Transição Segura Hospital – Comunidade. In Henriques, E. (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 101-116). Sabooks

Bernardes, R., Santos-Costa, P., Paiva-Santos, F., Parola, V., Neves, H., Correia, N., & Cruz, A. (2023). Antagonistas muscarínicos, reabilitação respiratória e tolerância ao exercício em

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

DPOC: uma revisão narrativa. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5 (1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.489>

Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in sports and exercise*. 14 (5): 377-381. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/psychophysical\\_bases\\_of\\_perceived\\_exertion.12%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12%20(1).pdf)

Casado, S., Felgueiras, S., Rodrigues, U., Mendes, E., Preto, L. S. & Novo, A. (2022). Reabilitação Respiratória em Pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Protocolo de Estudo. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.197>

Cavalheiro, A., Cardoso, J., Rocha, A., Moreira, E., & Azevedo, L. (2021). Effectiveness of Tele-rehabilitation Programs in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Health Services Insights*. 14 1-10. <https://doi.org/10.1177/11786329211021668>

Couto G. (2021). Capítulo III – Gestão Clínica da DPOC no domicílio. In Cordeiro, M. (Coord.) *DPOC. Abordagem 360º: do Hospital para o Domicílio* (pp.145-191). Sabooks

Couto, G., Silva, R., Mar, M. & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorrespiratório. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel

Decreto-Lei nº 116/2021, de 15 de dezembro. Diário da República, Série I (241) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/116-2021-175923961>

Direção Geral da Saúde (2019). NORMA CLÍNICA: 005/2019. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>

Direção Geral da Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em: [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)

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Equator (2024). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Farghaly, A., Fitzsimons, D., Bradley, J., Sedhom, M., & Atef, H. (2022). The Need for Breathing Training Techniques: The Elephant in the Heart Failure Cardiac Rehabilitation Room: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(22), 14694. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214694>

Fundação Portuguesa do Pulmão (2023). Observatório Nacional Doenças Respiratórias 2023. Disponível em: [https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR\\_2023.pdf](https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR_2023.pdf)

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2014). The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(1), 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003>

Gaspar, L. & Martins, P. (2018) Impacto de um programa de reabilitação respiratória nos autocuidados higiene, vestir-se/despir-se e andar avaliados pela escala London Chest Activity os Daily Living em pessoas com doença respiratória crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* 1 (1): 38-44. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.02.4387>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD] (2024). Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024 Report). Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/GOLD-2024\\_v1.2-11Jan24\\_WMV.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/GOLD-2024_v1.2-11Jan24_WMV.pdf)

Gomes, B. & Ferreira, D. (2023). Reeducação da Função Respiratória. In C. MarquesVieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Reimpressão (1ª ed.). Sabooks Editora

Infarmed (2022). Relatório Público de Avaliação Jardiance (Empagliflozina). Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3368817/Relat%C3%B3rio+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+financiamento+p%C3%ABlico+de+Jardiance+%28empagliflozina%29/21f1ccc4-8a50-3289-4fab-598bfdd0eba0>

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Internacional Council of Nurses (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (I. C. Nurses, Editor). Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

International Wellbeing Group. (s.d.). Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A) (Portuguese – Portugal). Australian Centre on Quality of Life, Deakin University. <https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-portuguese-portugal.pdf>

Lopes, I, Delgado, B, Mendes, E, Preto, L., & Novo, A. (2020) Reabilitação Cardíaca na Pessoa com Doença Cardíaca não cirúrgica. In Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. & Loureiro, M. (Coord.) Reabilitação Cardíaca Evidência e Fundamentos para a Prática (pp. 191-200). Sabooks

Lv, D. (2022). A Meta-Analysis of the Effect of Exercise Rehabilitation Care on Cardiac Function in Patients with Chronic Heart Failure. *Wiley, Hindawi*. <https://doi.org/10.1155/2022/2507680>

Mårtensson, S., Hodges, E., Knutsson, S., Hjelm, C., Broström, A., Swanson, K., & Björk, M. (2020). Caring Behavior Coding Scheme based on Swanson’s Theory of Caring – development and testing among undergraduate nursing students, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (35), 1123–1133. <https://doi.org/10.1111/scs.12927>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., & Lainscak, M. (2021). 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *European Heart Journal*, 42 (36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Meleis, A. (2015). Transitions Theory in Smiff, M. & Parker, M. *Nursing Theories and Nursing Practice*. (4ª Ed.). (pp.361-381). F.A. Dav. Company

Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I. & Preto, L. (2020) Doença Cardíaca. In Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. & Loureiro, M. (Coord.) *Reabilitação Cardíaca Evidência e Fundamentos para a Prática* (pp. 1-6). Sabooks

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016) Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [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 (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Ordem dos Enfermeiros (2023) Guia Orientador de Boas Práticas: Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio\\_v8\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf)

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. Mosby: A Harcourt Health Sciences Company. (6ª ed.). ISBN 0-323-00864-X.

Pais-Ribeiro J. & Cummins R. (2008) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA; pp.505-508. Disponível em:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

[https://www.researchgate.net/publication/262270384\\_O\\_bemestar\\_pessoal\\_estudo\\_de\\_validacao\\_da\\_versao\\_portuguesa\\_da\\_escala](https://www.researchgate.net/publication/262270384_O_bemestar_pessoal_estudo_de_validacao_da_versao_portuguesa_da_escala)

Pereira, M., Moreira, A., Machado, P., & Padilha, J. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3 (2), 80–85. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823>

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O Autocuidado como dimensão relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lidel;

Pitta, F., Probst, V., Kovelis, D., Segretti, N., Leoni, A., Garrod, R., & Brunetto, A. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 14 (1). 27-47. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30217-8](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30217-8)

Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio. Diário da República, Série II (85) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Resolução da Assembleia da República nº 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República, Série I (109) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Ribeiro, M. P., Oliveira, F., Fernanda, M., & Merícia, M. (2021, December 18). *Enfermagem de reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. Investigação em Enfermagem*. 47-56. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/357458612>

Riet, E., Hoes, A., Wagenaar, K. Limburg, A., Landman, M., & Rutten, F. (2016) Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *European Journal of Heart Failure*. 18, 242–252. <https://doi.org/10.1002/ejhf.483>

Rodrigues, M., Marques, G., Couto, G., Marques, R., Mar, M., & Araújo, A. (2021). Lazer: um contributo da Enfermagem de Reabilitação na autonomia da pessoa com DPOC. *Revista*

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

*Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4 (2), 64–71.

<https://doi.org/10.33194/rper.2021.179>

Santa-Clara, H. & Verdelho, A. (2021). Atividade física e exercício: de que falamos, ao certo? In Verdelho, A. & Santa-Clara, H. (Coord.) *Toca a Mexer o seu cérebro agradece*. (pp. 36-37). Lidel

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N. Barbosa, L., Araújo, Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, pp 35-44. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/ContributosdoreferencialtericodeAfafMeleisparaaEnfermagemdeReabilitao%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ContributosdoreferencialtericodeAfafMeleisparaaEnfermagemdeReabilitao%20(1).pdf)

Singh, A. (2021) How to write a Case Report?. *Indian Dermatol Online J*, 12. 683-686. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.325856>

Sousa, L. & Marques-Vieira, C. (2021). Terapias Integrativas na Promoção do Bem-estar. In Henriques, E. (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 837-846). Sabooks

Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *The Journal of Nursing Scholarship* 25 (4), 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

Vermelho, A. & Pestana, S. (2021). Programa de Enfermagem de reabilitação cardíaca intra-hospitalar. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 576 - 599). Lidel

World Health Organization (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2022). WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357828/9789240052192-eng.pdf?sequence=1>

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

World Health Organization (2024). Making older persons visible in the sustainable development Goals monitoring Framework and indicators. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376154/9789240090248-eng.pdf?sequence=1>

Wright, L., & Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família. Editora Roca LTDA

Zhou, H., Dong, A., Xu, X., Zhu, J., & Shi, B. (2022) Cardiopulmonary Rehabilitation in Elderly Patients with Heart Failure: A Prospective Cohort Study. *Journal of Healthcare Engineering*. <https://doi.org/10.1155/2022/4923007>

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 3 - *Modified Medical Research Council* – questionário dispneia

Modified Medical Research Council - questionário de dispneia					
		Dia de internamento	2º	4º	9º
1	<p><b>GRAU 1</b></p> <p>Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso."</p>				
2	<p><b>GRAU 2</b></p> <p>Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado."</p>				
3	<p><b>GRAU 3</b></p> <p>Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou Necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</p>				
4	<p><b>GRAU 4</b></p> <p>Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</p>			4	4
5	<p><b>GRAU 5</b></p> <p>Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. "Estou sem fôlego para sair de casa".</p>		5		
(DGS, 2019; GOLD, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2018a)					

Apêndice 1 - Tabela suporte bibliográfico: IC e DPOC - fadiga e dispneia

Tabela de suporte bibliográfico: IC e DPOC - fadiga e dispneia	
Insuficiência Cardíaca (IC)	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
<p>1</p> <p>Lv, D. (2022). A Meta-Analysis of the Effect of Exercise Rehabilitation Care on Cardiac Function in Patients with Chronic Heart Failure. <i>Wiley, Hindawi</i>. <a href="https://doi.org/10.1155/2022/2507680">https://doi.org/10.1155/2022/2507680</a></p> <p>A reabilitação cardíaca na insuficiência cardíaca crônica traz benefícios com redução de reinternamentos, aumento da qualidade de vida, melhoria dos sintomas de dispneia e cansaço, melhoria dos parâmetros analíticos do peptídeo natriurético tipo B.</p>	<p>Bernardes, R., Santos-Costa, P., Paiva-Santos, F., Parola, V., Neves, H., Correia, N., &amp; Cruz, A. (2023). Antagonistas muscarínicos, reabilitação respiratória e tolerância ao exercício em DPOC: uma revisão narrativa. <i>RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Acadêmica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia</i>, 5(1). <a href="https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.489">https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.489</a></p> <p>A DPOC pode definir-se em sintoma de "air trapping", que pode levar à dispneia e cansaço, segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2020)</p>
<p>2</p> <p>Aldhahir, A. (2022). Nurses' Perception of, and Barriers to, Delivering Cardiopulmonary Rehabilitation for Heart Failure Patients: A National Survey in Saudi Arabia. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>. 19 1-10. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph192013586">https://doi.org/10.3390/ijerph192013586</a></p> <p>A insuficiência cardíaca impacta na intolerância ao esforço e capacidade funcional, manifestando-se em fadiga e dispneia que frequentemente pioram ao esforço e podem levar a exacerbações e reinternamentos.</p>	<p>Casado, S., Felgueiras, S., Rodrigues, U., Mendes, E., Preto, L. S. &amp; Novo, A. (2022). Reabilitação Respiratória em Pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – Protocolo de Estudo. <i>Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação</i>, 5(2). <a href="https://doi.org/10.33194/rper.2022.197">https://doi.org/10.33194/rper.2022.197</a></p> <p>A DPOC tem origem pulmonar, com processos inflamatórios, sendo que também apresenta diversas manifestações extrapulmonares, nomeadamente na musculatura esquelética, que acarreta intolerância ao exercício físico, isolamento social e redução da qualidade de vida.</p>
<p>3</p> <p>Farghaly, A. Fitzsimons, D., Bradley, J., Sedhom, M. &amp; Atef, H. (2022). The Need for Breathing Training Techniques: The Elephant in the Heart Failure Cardiac Rehabilitation Room: A Randomized Controlled Trial. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>. 19(22), 14694. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph192214694">https://doi.org/10.3390/ijerph192214694</a></p> <p>A insuficiência cardíaca crônica pode traduzir-se num compromisso</p>	<p>Alves, A., América, P., Pedrão, M., Oliveira, J., Anjos, A., Sousa, U., &amp; Ramos, R. (2023). Qualitative approach to the main symptoms and etiological factors of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Integrative Study. <i>Biosciences and Health</i>, 1, 1–7. <a href="https://doi.org/10.62331/2965-758X.v1.2023.36">https://doi.org/10.62331/2965-758X.v1.2023.36</a></p> <p>A pessoa com DPOC para além de poder apresentar dispneia, cansaço,</p>

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

	cardiovascular (como a hipertensão arterial) e num compromisso cardiorrespiratório (como a fadiga, intolerância ao esforço e a dispneia).		silibilos, sensação de desconforto ou aperto no tórax, perda de peso, cianose, tosse e ocorrência de infecções respiratórias recorrentes, astenia muscular, entre outras.
	Cavalheiro, A., Cardoso, J., Rocha, A., Moreira, E. & Azevedo, L. (2021). Effectiveness of Tele-rehabilitation Programs in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Health Services Insights</i> . 14 1-10. <a href="https://doi.org/10.1177/11786329211021668">https://doi.org/10.1177/11786329211021668</a>		Pereira, M., Moreira, A., Machado, P., & Padilha, J. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. <i>Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação</i> , 3 (2), 80–85. <a href="https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823">https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823</a>
4	A insuficiência cardíaca está associada a um grande risco de mortalidade assim como se necessidade de hospitalização. Tem um alto impacto na capacidade funcional da pessoa assim como na redução da qualidade de vida.	4	A pessoa com DPOC pode apresentar uma resposta inflamatória agravada que conduz ao aumento da espessura das paredes das vias aéreas, sendo que conduz a um progressivo aumento do volume residual. Neste mecanismo ocorre a hiperinsuflação pulmonar, que se agrava durante o exercício físico sendo, nesse caso, denominada de hiperinsuflação dinâmica. Esta última é responsável, numa primeira fase, pela redução da capacidade para o exercício e depois pela intolerância à actividade.
	McDonagh, T. et. al. (2021) 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and Treatment of acute and chronic heart failure. <i>European Heart Journal</i> . 42, 3599-3726. <a href="https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368">https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368</a>		Rodrigues, M., Marques, G., Couto, G., Marques, R., Mar, M., & Araújo, A. (2021). Lazer: um contributo da Enfermagem de Reabilitação na autonomia da pessoa com DPOC. <i>Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação</i> , 4(2), 64–71. <a href="https://doi.org/10.33194/rper.2021.179">https://doi.org/10.33194/rper.2021.179</a>
5	A insuficiência cardíaca pode ser definida por uma síndrome de sintomas cardinais (como falta de ar, cansaço e edema do tornozelo) que podem ser acompanhados por sinais de elevação de pressão jugular, roncos pulmonares e edemas.	5	Na progressão da DPOC leva à diminuição da função pulmonar, e consequentemente à alteração das trocas gasosas e descondicionamento muscular periférico. Estes sintomas alteram a independência da pessoa nas atividades de vida diárias e provocam intolerância ao esforço devido à dispneia e à fadiga.

Apêndice 2 - Tabela de suporte bibliográfico: IC e DPOC – RC e RR

Manual de Boas Práticas Cardíacas, Ordem dos Enfermeiros 2020 –		Manual de Boas Práticas Respiratórias, Ordem dos Enfermeiros 2018 –	
1	A RC iniciada entre as 12 e as 24 horas. No treino intra-hospitalar deve incluir três fases diferentes: o início, o pico e o final do esforço, permitindo a recuperação da pessoa.	1	A RR iniciada pouco tempo após a hospitalização em pessoas com DPOC é segura, clinicamente recomendável e reduz a recorrência de hospitalizações (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação II).
2	Na primeira fase, realiza-se o aquecimento e pode incluir alongamentos, exercícios respiratórios.	2	Controlo e dissociação dos Tempos Respiratórios. Deverá ser a primeira técnica implementada na pessoa submetida a RR e consiste numa inspiração lenta e controlada pelo nariz (de acordo com o padrão respiratória da pessoa) e uma expiração lenta e controlada pela boca (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).
3	Estratégia de gestão de energia realizar o movimento mais pesado na expiração (fase concêntrica) e realizar o movimento mais leve na inspiração (fase excêntrica).	3	Técnica de relaxamento - Consiste num conjunto de técnicas que tem como objetivo reduzir a tensão psíquica e muscular (cintura escapular, pescoço e membros superiores) minimizando a sobrecarga dos músculos respiratórios, com redução da dispneia e ansiedade, e aumento do controlo respiratório e consequente ventilação mais eficaz
4	Na segunda fase, exercícios aeróbios realizados mediante as AVD: higiene pessoal, sentar, transferências para o cadeirão e para o leito, levantar, treino de marcha e de escadas.	4	A respiração com lábios semicerrados ou pressão expiratória positiva, é uma técnica que permite um maior controlo do padrão respiratório
5	higiene pessoal: banho na cama, banho no chuveiro com cadeira sanitária, banho no chuveiro; exercícios dos membros superiores e tronco; Eliminação: dispositivo, na fralda, na arrastadeira/urinol, na cadeira sanitária, na casa de banho; andar com ou sem dispositivo em superfície plana e subir escadas: um lanço de escadas (12 degraus),	5	Redução diafragmática - Melhorar o padrão respiratório, reduzir a dispneia, reduzir a ansiedade, melhoria do volume corrente, aumento da parede abdominal, reduzir a atividade da musculatura acessória, melhoria dos gases arteriais

Tabela de suporte bibliográfico: IC e DPOC – RC e RR

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiopulmonar, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

	descer um lance de escadas, subir um ou mais lances de escadas.		
6	O treino de marcha no internamento preconiza-se a sua realização em piso plano regular entre 25 a 50 metros com um aumento progressivo de 10 a 15 minutos por dia, tendo como meta 150 a 200 metros	6	Redução costal global e seletiva - melhora a mobilidade torácica e consequentemente a expansão torácica e a ventilação pulmonar (contra-indicações osteoporose grave, traumatismo torácico) com dispositivo bastão
7	O treino em escadas deve iniciar-se com 5 degraus e aumentar progressivamente 3 a 5 degraus por dia tendo como meta 20 degraus antes da alta clínica, um lance de escadas (12 degraus).	7	Técnica de correção postural. Os exercícios respiratórios que promovem a correção de assimetrias respiratórias
8	Caso não seja possível a deambulação pode recorrer-se a dispositivos como o cicloergómetro ou pedaleira na impossibilidade de monitorização constante ou em situações do foro neurológico, ortopédico, ou outras.	8	Técnicas de Gestão de Energias nas AVDS assumem um papel fundamental nos esquemas de capacitação da pessoa demonstram um alívio significativo da dispneia
9	Técnicas de Gestão de Energias nas AVDS assumem um papel fundamental nos esquemas de capacitação da pessoa demonstram um alívio significativo do cansaço (exemplo: na subida de escadas, expiração).	9	O exercício físico é atualmente considerado o pilar da reabilitação respiratória, no sentido da potencialização da função muscular e cardiopulmonar, aumentando a tolerância ao esforço de forma gradual. Numa fase inicial pode-se promover a marcha e posteriormente o treino de força e resistência mediante avaliação constante e rigorosa
(ACSM, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2020)			

ESSATLA

xliv

Rafaela Pereira, 2024

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 3 - *Modified Medical Research Council* – questionário dispneia

Modified Medical Research Council - questionário de dispneia					
		Dia de internamento	2º	4º	9º
1	<p><b>GRAU 1</b></p> <p>Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso."</p>				
2	<p><b>GRAU 2</b></p> <p>Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado."</p>				
3	<p><b>GRAU 3</b></p> <p>Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou Necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</p>				
4	<p><b>GRAU 4</b></p> <p>Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</p>			4	4
5	<p><b>GRAU 5</b></p> <p>Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. "Estou sem fôlego para sair de casa".</p>		5		
(DGS, 2019; GOLD, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2018a)					

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 4 - Escala de *Borg* modificada – avaliação da dispneia

Escala de <i>Borg</i> modificada – avaliação da dispneia	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intenso
8	
9	
10	Muito, muito intenso
(Borg, 1982; Ordem dos Enfermeiros, 2016)	

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 5 - Escala de *Borg* modificada – avaliação da percepção subjetiva de esforço

Escala de <i>Borg</i> Modificada – avaliação da percepção subjetiva de esforço	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	
10	Muito, muito intensa
(Borg, 1982; Ordem dos Enfermeiros, 2020)	

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 6 - Escala de Medida de Independência Funcional							
Autocuidado		Data		Níveis			
		28 dia	99 dia				
A - Alimentação		3	6	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Dependência modificada 5 Supervisão ou Preparação, e/ou sugestão verbal 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)		
B - Higiene Pessoal		2	3				
C - Banho (lavar corpo)		2	3				
D- Vestir metade superior		2	6				
E- Vestir metade inferior		2	6				
F - Utilização de sanita		1	3				
Controlo dos esfínteres						6 Independência modificada (material de apoio, terapêutica)	
G - Controlo vesical		1	6				
H - Controlo intestinal		6	6				
Transferências							
I - Cama, cadeira, CR		1	3				
J - Sanitário		1	3				
K - Banheira, chuveiro		1	3				
Locomoção							
L - Marcha (M) / cadeira de rodas (CR)	M	1	3				
	CR						
M- Escadas		1	3				
<b>1- Valor total motor</b>		<b>24</b>	<b>70</b>				
Comunicação							
N- Compreensão (auditiva (A)/visual (V))	A	6	6				
	V						
O- Expressão (vocal (V)/não vocal (NV))	V	7	7				
	NV						
Cognição Social							
P- Interação social		7	7				
Q - Resolução de problemas		6	6				
R - Memória		7	7				
<b>2- Valor total - cognitivo</b>		<b>33</b>	<b>33</b>				
<b>Total</b>		<b>57</b>	<b>103</b>				
<b>Legenda:</b>		De 73 a 99 pontos - Limitação moderada					
De 18 a 24 - Limitação completa		De 100 a 121 pontos - Limitação leve					
De 25 a 72 pontos - Limitação grave		De 122 a 126 pontos - Nenhuma limitação					
(Ordem dos Enfermeiros, 2016,2020)							

Rafaela Pereira, 2024

xlvi

ESSATLA

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 7 - Escala London Chest Activity of Daily Living

Escala London Chest Activity of Daily Living									
							Dia de internamento		
							2º	4º	9º
	0	1	2	3	4	5			
<b>Cuidado pessoal</b>									
Enxugar-se							5	1	1
Vestir a parte superior do tronco							5	1	1
Calçar os sapatos / meias							5	1	1
Lavar a cabeça							5	1	1
<b>Doméstico</b>									
Fazer a cama							5	2	2
Mudar o lençol							5	2	2
Lavar janelas / cortinas							5	2	2
Limpeza / limpar o pó							5	3	3
Lavar a louça							5	2	1
Utilizar o aspirador de pó / varrer							5	3	3
<b>Atividade Física</b>									
Subir escadas							5	2	1
Inclinar-se							5	2	1
<b>Lazer</b>									
Andar em casa							5	1	1
Sair socialmente							5	2	1
Falar							2	1	1
total							72	26	22
<b>Legenda</b>									
0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)									
1 – Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)									
2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)									
3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita falta de ar)									
4- Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)									
5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)									
A cada um dos itens (atividades) é atribuída uma pontuação de 0 a 5. A soma de todos os itens poderá ir de 0 (nenhuma limitação nas AVD) a 75 (máxima limitação nas AVD). Poderá obter-se um score global ou parcial de cada domínio									
(Ordem dos Enfermeiros, 2016; Pitta, et al., 2008)									

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 8 - Índice de Bem-Estar Pessoal

Índice de Bem-Estar Pessoal													
										Dia de internamento		3 <sup>o</sup>	9 <sup>o</sup>
Parte I		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1.	Pensando acerca da sua vida pessoal e das suas condições, qual o seu grau de satisfação com a sua vida em geral?											5	7
Parte II													
2.	Qual o grau de satisfação com o seu nível de vida?											5	7
3.	Qual o grau de satisfação com a sua saúde?											5	6
4.	Qual o grau de satisfação com o que está a conseguir obter da vida com o seu esforço?											4	5
5.	Qual o grau de satisfação com as suas relações pessoais?											10	10
6.	Qual o grau de satisfação com a sua segurança?											5	6
7.	Qual o grau de satisfação com o sentimento de pertença à sua comunidade (ao grupo de pertença de que faz parte)?											10	10
8.	Qual o grau de satisfação com a segurança do seu futuro?											4	7
<b>Total</b>												<b>48</b>	<b>58</b>
Legenda: Numa escala de "0" a "10", o seu grau de satisfação. "0" Significa que se sente totalmente insatisfeito: 10 significa que se sente totalmente satisfeito. No meio da escala está o 5 que significa neutro (nem satisfeito nem insatisfeito). Num score máximo de 80. (International Wellbeing Group. (s.d.). <a href="https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-portuguese-portugal.pdf">https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-portuguese-portugal.pdf</a> )													

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com compromisso cardiorrespiratório, Relato De Caso Clínico – Autocuidado E Bem-Estar

Apêndice 9 - Folheto: Técnicas Gestão de Energia – primeira versão



**Transportar objetos**

- Para pegar objetos: inclinar-se para trás, ao costar flexionar enquanto inspira, elevar o objeto enquanto expira lentamente.
- pegar objetos com as duas mãos junto ao corpo, para ganhar ou engatar deve inspirar lentamente e, em seguida, exercer a força, cessando enquanto expira.
- Utilizar se possível um cesto com rodas.

**Ajudar**

- Controlar a respiração e aumentar o ritmo;
- Inspirar primeiro e dar alguns passos enquanto expira lentamente;
- Quando andar escadas: inspirar lentamente para cima, subir sem se muito degrau enquanto expira lentamente;
- Em casa, organizar todas as tarefas ao ir andar antes de deixar para o cotidiano.

**Sexualidade**

- Planejar uma altura de relaxamento;
- Evitar após refeições;
- Evitar de manhã, especialmente antes o princípio de cada expectativa;
- Ambiente de conforto, almofadas, roupas leves, descansar se for preciso, posições com a barriga livre.



**Considerações Gerais**

- Controlar a respiração: quando o ar entra nos pulmões realize o movimento menos cansativo e quando o ar sai, o movimento mais cansativo;
- Alterar as tarefas que são mais leves com as que são mais pesadas;
- Planejar realizar as tarefas mais cansativas, no período em que se sentir mais tranquilo;
- Aprender a descansar no momento certo, quando se está numa atividade cansativa, se sentir cansado, descansar;
- Agrupar e organizar todo o material antes da tarefa;
- Ter a casa com os acessos livres, sem grandes obstáculos pelo caminho, retirar tapetes;

Em caso de dúvidas consulte um Educador Especialista em Enfermagem de Reabilitação sobre técnicas de atividades gerais que sejam tão adaptadas como isso.

**TÉCNICAS DE GESTÃO DE ENERGIA**

PARA A PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA E CARDÍACA CRÔNICA

RESPIRAR E mexer COM MAIS CONSCIÊNCIA VIVER COM MAIS ENERGIA



Revista, 2024



**Porque preciso das Técnicas de Gestão de Energia?**

Essas Técnicas facilitam a realização das atividades de vida diária, como o tomar banho, vestir, arrumar, com o menor gasto possível de energia e de consumo de oxigênio;

**A quem se destinam estas técnicas?**

A Pessoa com falta de ar (dispnéia) e cansaço crônico. Não têm contraindicações descritas e podem ser repetidas sempre que necessário;

**Resultado Esperado...**

Redução da falta de ar e do cansaço nas atividades do dia-a-dia.

*Pequenas gestões, grandes conquistas!*

**Estratégias nas tarefas do meu dia-a-dia**

**Tomar Banho**

- Preparar antes toda o material;
- Preferir assento ao banho, barras de apoio;
- Utilizar secador de cabelo longo para lavar costas e pés, água morna;
- Roupa adequada em vez de banheira e secador sentado.

**Arranjar**

- Utilizar uma escova ou pente de cabo longo;
- Escovar os dentes, fazer a barba ou pentear-se sentado ou com os cotovelos apoiados no lavatório, com o espelho em frente;

**Vestir**

- Colocar a roupa pelo lado que vai vestir;
- Facilitar roupas largas, calças antiderrapante, sem cordões ou cós elásticos;
- Vestir primeiro a metade inferior do corpo (sentado), depois a metade superior, põe-se de pé e ajustar a roupa;
- Calçar meias e sapatos, sentado com o pé em cima da perna oposta (sem calçadeiras de cabo comprido);

**Atividades Domésticas**

- Mover o ambiente arrumado;
- Usar utensílios de cabo comprido;
- Aspirar o pó, ajustar o aspirador enquanto inspira, e expira quando o aspirador;
- Não transportar manualmente os produtos de limpeza muito pesados;
- Fazer a cama de modo a minimizar as manobras de tan lido para o outro da cama (preferencialmente, faz-lo uma única vez);



**Fazer Compras**

- Preferir carrinhos de compras;
- Organizar a lista de compras;
- Colocar os produtos por grupos, promover uma arrumação fácil;

**Cuidar da roupa**

- Passar a ferro sentado e colocar a roupa ao alcance das mãos;
- Para estender a roupa, colocar a veste à altura do cotovelo. A coroa ou o estendal não devem estar acima dos ombros;

**Comer e Cozinhar**

- Preferir comidas fracionadas e com consistência adequada para si;
- Preferir comer sentado e com os cotovelos apoiados na mesa;
- Preparar e organizar antes os ingredientes;
- Cozinhar de preferência sentado, preparar a comida para várias refeições caso não esteja cozinhado;

## Apêndice 2 - Indicadores NOC - Técnicas de Gestão de Energia

Tabela: Indicadores da NOC - Técnicas de Gestão de Energia		
Avaliação pela EMER antes e após a intervenção	3º Dia	9º Dia
Atividade física recomendada	1	3
Restrições de atividade	1	3
Atividades apropriadas	1	3
Fatores que potenciam o gasto energético	1	3
Fatores que reduzem o gasto energético	1	3
Limitações energéticas	1	3
Métodos para identificar atividades de importância	1	3
Estratégias para modificar o ambiente	1	3
Estratégias para equilibrar atividade e repouso	1	3
Estratégias para gerir o stress	1	3
Técnicas de gestão de energia	1	3
Métodos para monitorizar a frequência cardíaca	1	3
Exercícios efetivos de respiração	2	3
Postura corporal adequada	1	3
Técnicas de simplificação do trabalho	1	3
Uso correto de dispositivo de apoio	2	3
Recursos comunitários para ajudar na gestão de energia	1	3
Legenda: 1 - nenhum conhecimento, 2 - conhecimento limitado, 3 - conhecimento moderado, 4 - conhecimento substancial e 5 - conhecimento vasto (Moorhead, et al., 2024)		

## Apêndice 3 - Folheto Final - Técnicas Gestão de Energia



### Transportar Objetos

- Para pegar pesos: dobrar os joelhos, as costas direitas enquanto inspira; elevar o objeto enquanto expira lentamente;
- Pegar objetos com as duas mãos junto ao corpo, para puxar ou empurrar deve inspirar lentamente e, em seguida, exercer a força necessária enquanto expira;
- Utilizar se possível um cesto com rodas.



### Considerações Gerais

- **Alternar as tarefas** que são mais leves com as que são mais pesadas;
- **Planear realizar as tarefas** mais cansativas, no período em que se sentir mais tranquilo@;
- **Aprender a descansar no momento certo**, quando está numa atividade cansativa: se sentir cansaço, descanse; e procure adotar uma **postura confortável, de relaxamento e de consciência da sua respiração** (entrada do ar e saída do mesmo);
- **Agrupar e organizar todo o material** antes da tarefa;
- **Ter a casa** com os acessos livres, sem grandes obstáculos pelo caminho, retirar tapetes.

Em caso de dúvidas contacte um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, estas técnicas são indicações gerais que depois são adequadas caso a caso.

## TÉCNICAS DE GESTÃO DE ENERGIA

PARA A PESSOA QUE SENTE CANSAÇO FÁCIL

RESPIRAR E MEXER COM MAIS CONSCIÊNCIA  
VIVER COM MAIS ENERGIA



Trabalho Realizado por:  
Alana do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSATLA  
Rafaela Pereira;  
Enfermeira Gestora: xxx  
Enfermeiros Orientadores: xxx  
Professora Orientadora da ESSATLA: Sandy Severino.

2024

Referências Bibliográficas





## Porque preciso das Técnicas de Gestão de Energia?

Estas Técnicas facilitam a realização das atividades de vida diárias, como o tomar banho, vestir, arranjar, com o menor gasto possível de energia e de consumo de oxigénio;

## A quem se destinam estas técnicas?

A Pessoas com falta de ar (dispneia) e cansaço crónico. Não têm contraindicações descritas e podem ser repetidas sempre que necessário;

## Resultado Esperado...

Redução da falta de ar e do cansaço nas atividades do dia-a-dia.  
Promoção do bem-estar!

*Pequenos gestos,  
grandes conquistas!*

## Estratégias nas tarefas do meu dia-a-dia

### Tomar Banho

- Preparar antes todo o material;
- Preferir assento no banho, barras de apoio;
- Utilizar escova de cabo longo para lavar costas e pés, água morna;
- Roupão atalhado em vez de toalha e secar-se sentado.

### Arranjar -se

- Utilizar uma escova ou pente de cabo longo;
- Escovar os dentes, fazer a barba ou pentear-se sentado ou com os cotovelos apoiados no lavatório, com o espelho em frente.

### Vestir-se

- Colocar a roupa pela ordem que vai vestir;
- Escolher roupas largas, calçado antiderrapante, sem cordões ou com elásticos;
- Vestir primeiro a metade inferior do corpo (sentado), depois a metade superior, pôr-se de pé e ajustar a roupa;
- Calçar meias e sapatos, sentado com o pé em cima da perna oposta (usar calçadeira de cabo comprido).

### Atividades Domésticas

- Manter o ambiente arejado;
- Usar utensílios de cabo comprido;
- Ao aspirar o pó, afastar o aspirador enquanto inspira, e expirar quando o aproxima;
- Não transportar manualmente os produtos de limpeza mais pesados;
- Fazer a cama de modo a minimizar as mudanças de um lado para o outro da cama (preferencialmente, fazê-lo uma única vez).



### Fazer Compras

- Organizar a lista de compras;
- Colocar os produtos por grupos, promover uma arrumação fácil;
- Preferir transportar as compras em carrinho com rodas.

### Cuidar da roupa

- Passar a ferro sentado e colocar a roupa ao alcance das mãos;
- Para estender a roupa, colocar o cesto à altura da cintura. A corda ou o estendal não devem estar acima dos ombros.

### Comer e Cozinhar

- Preferir comidas fracionadas e com consistência adequada para si;
- Preferir comer sentado e com os cotovelos apoiados na mesa;
- Preparar e organizar antes os ingredientes;
- Cozinhar de preferência sentado, preparar a comida para várias refeições caso não esteja cansado.

## Apêndice 5 - Poster - Técnicas Gestão de Energia

**Técnicas de Gestão de Energia - a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na capacitação da Pessoa com dispneia e fadiga nas AVD**



**Estado da Arte**

As técnicas de gestão de energia permitem integrar nas atividades de vida diárias (AVD) estratégias que levam à redução da fadiga e da dispneia. Estas possibilitam a realização do autocuidado com o menor gasto de energia possível (Gaspár & Martins 2018; Couto, et. al., 2021).

Estas técnicas integram a componente educacional dos programas de Reabilitação respiratória e Reabilitação cardíaca, sendo o EEER o elemento responsável pela sua implementação. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2020).

**Dispneia:** consiste num processo do sistema respiratório comprometido relativo à entrada e saída de ar nos pulmões (ICN, 2019).

**Fadiga:** consiste numa emoção que se encontra associado a sentimentos de diminuição da força ou resistência, cansaço mental com capacidade física reduzida para o trabalho (ICN, 2019).

**Referências Bibliográficas**

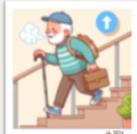


**Diagnóstico do EEER:** Potencial para melhorar conhecimento das técnicas de gestão de energia. Capacitação da Pessoa e pessoas significativas acerca das estratégias nas AVD que poderão ser adotadas:

- Higiene**
  - Preparar antes todo o material;
  - Preferir assento no banho, barras de apoio;
  - Utilizar escova de cabo longo para lavar costas e pés, água morna.
- Arranjar-se**
  - Utilizar uma escova ou pente de cabo longo;
  - Escovar os dentes, fazer a barba ou pentear-se sentado ou com os cotovelos apoiados no lavatório, como o espelho em frente.
- Vestir-se**
  - Colocar a roupa pela ordem que vai vestir;
  - Escolher roupas largas, calçado antiderrapante, sem cordões ou com elásticos;
  - Vestir primeiro a metade inferior do corpo (sentado), depois a metade superior, pôr-se de pé e ajustar a roupa;
  - Calçar meias e sapatos, sentado com o pé em cima da perna oposta (usar calçadeira de cabo comprido).
- Fazer Compras**
  - Organizar a lista de compras;
  - Colocar os produtos por grupos, promover uma arrumação fácil;
  - Preferir transportar as compras em carrinho com rodas
- Cuidar da roupa**
  - Passar a ferro sentado e colocar a roupa ao alcance das mãos;
  - Para estender a roupa, colocar o cesto à altura da cintura. A corda ou o estendal não devem estar acima dos ombros.
- Comer e Cozinhar**
  - Preferir comidas fracionadas e com consistência adequada;
  - Preferir comer sentado e com os cotovelos apoiados na mesa;
  - Preparar e organizar antes os ingredientes;
  - Cozinhar de preferência sentado, preparar a comida para várias refeições caso não esteja cansado.
- Transportar objetos**
  - Para pegar pesos: dobrar os joelhos, as costas direitas enquanto inspira; elevar o objeto enquanto expira lentamente;
  - Pegar objetos com as duas mãos junto ao corpo, para puxar ou empurrar deve inspirar lentamente e, em seguida, exercer a força necessária enquanto expira;
  - Utilizar se possível um cesto com rodas.
- Andar**
  - Controlar a respiração e moderar o ritmo;
  - Inspirar primeiro e dar alguns passos enquanto expira lentamente;
  - Quando subir escadas: inspirar lentamente parado, subir um ou mais degraus enquanto expira lentamente.
- Sexualidade**
  - Planear uma altura de relaxamento;
  - Evitar após refeições;
  - Evitar de manhã, normalmente existe a presença de mais expectoração;
  - Ambiente de conforto, almofadas, roupas leves, descansar se for preciso, posições com o diafragma livre.

**Considerações Finais**

Alternar as tarefas que são mais leves com as que são mais pesadas; Planear realizar as tarefas mais cansativas, no período em que se sentir mais tranquilo; Aprender a descansar no momento certo, quando está numa atividade cansativa: se sentir cansaço, descanse e procure adotar uma postura confortável, de relaxamento e de consciência da sua respiração (entrada do ar e saída do mesmo); Agrupar e organizar todo o material antes da tarefa; Ter a casa com os acessos livres, sem grandes obstáculos pelo caminho, retirar os tapetes.



**Conclusão**

A adequada realização das técnicas de gestão de energia nas AVD previne a intolerância à atividade física, potencializando o autocuidado e o bem-estar. Pretende-se que sejam individualizadas às particularidades e especificidades de cada um. (Couto, et. al., 2021; Rodrigues, et. al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2020).

Em caso de dúvidas contactar um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, estas técnicas são indicações gerais que depois são adequadas caso a caso.

Trabalho realizado por: Aluno do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MRE) - Rafaela Pereira Bifoneira Pereira, em colaboração com o Dr. António da Silva, do Centro de Referência em Saúde da Pessoa com Deficiência (CRSPD), 2025.

## Apêndice 5 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Hospitalar - Parte I

A intervenção do EEER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

### **Sessão de Formação** **A intervenção do EEER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), sob a visão do bem-estar**

No âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio Profissionalizante inserida no 2º ano, primeiro semestre do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, realizei um trabalho que englobasse a temática da prevenção da sintomatologia das lesões musculoesqueléticas, no âmbito do desenvolvimento de competências do EEER, com aprofundamento nas competências no domínio da formação.

Neste sentido foi desenvolvida uma pesquisa do estado do conhecimento da prevenção da sintomatologia das lesões musculoesqueléticas, abordando as principais necessidades sentidas pelos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde a nível de internamento hospitalar numa medicina, observadas pela estudante do mestrado de enfermagem de reabilitação durante os turnos da manhã em dias de semana e fim - de - semana.

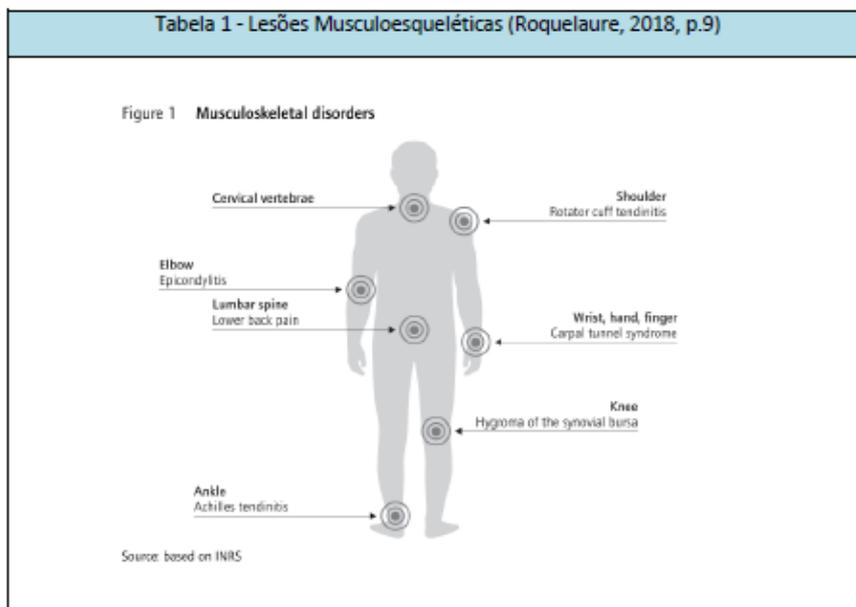
#### **Contextualização**

Os enfermeiros são o grupo de profissionais nas equipas de saúde com maior representatividade (World Health Organization, 2020; Regulamento nº 392/2019). No entanto, em Portugal, o número de enfermeiros por habitante, é menor à média da União Europeia (Direção Geral Saúde, 2022). O trabalho que desenvolvem afeta o seu bem-estar musculoesquelético (Moura, Martins & Ribeiro, 2019).

A definição das lesões musculoesqueléticas é utilizada como termo *umbrella* para as doenças periarticulares clinicamente estabelecidas dos membros e da coluna vertebral, e para os síndromes dolorosos (Roquelaure, 2018; AESST, 2019). As LMERT são alterações das estruturas corporais, tais como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos com etiologia focada no trabalho ou agravadas por este (AESST, 2024; Magalhães, et. al, 2021b). Segue imagem ilustrativa na tabela 1 da localização das lesões musculoesqueléticas.

A intervenção do EER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

Tabela 1 - Lesões Musculoesqueléticas (Roquelaure, 2018, p.9)



Os principais sintomas das lesões musculoesqueléticas são sobretudo dor, desconforto e parestesias, nas costas, no pescoço, região cervical, nos ombros, nos membros superiores, mas podem também surgir nos membros inferiores. Vão desde as dores mais ligeiras às situações clínicas mais graves que podem conduzir a situações clínicas mais graves, crónicas, incapacidade e ao absentismo (AESST, 2024; Magalhães, et. al, 2021b; Roquelaure, 2018; Soares, et al., 2022).

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são das principais queixas dos profissionais de saúde (Magalhães et. al, 2021a). A exposição dos profissionais de saúde a nível hospitalar é notória ao desgaste físico e emocional, o contacto com processos de dor e sofrimento das pessoas internadas e familiares é diário. Para além disto, vivenciam uma realidade profissional com uma carga de esforço físico considerável como é o exemplo: os posicionamentos das pessoas, os cuidados de higiene e conforto, as transferências, número de horas extraordinário, períodos prolongados de trabalho, entre outros. Estas intervenções repetidas e continuadas no tempo podem culminar no aparecimento de sintomatologia das LMERT (Magalhães et. al, 2021b; Moura, et al., 2019; Mota, et. al, 2020).

A intervenção do EEER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) categoriza a causalidade das LMERT em fatores: físicos e biomecânicos, fatores organizacionais e psicossociais, bem como fatores individuais (AESST, 2024).

Os fatores de risco físicos e biomecânicos são sobretudo ao movimento (esforço com ou sem carga sobretudo na torção ou flexão, repetitivo, acelerado), posicionamentos (permanência na mesma posição, posições incorretas ou viciosas), ambientes (com má iluminação, exposição). Os fatores de risco organizacionais e psicossociais podem incluir: trabalho exigente e pouca autonomia, poucos ou nenhuns períodos de pausa, trabalho em ritmo acelerado com introdução de novas tecnologias, trabalho por turnos e longos, intimidações, insatisfação, stress, fadiga, ansiedade. Os fatores de risco individuais podem incluir: historial clínico, capacidade física, estilos de vida e hábitos (sedentarismo, obesidade, tabagismo) (AESST, 2024).

O cuidar da outra pessoa é essencial na enfermagem, no entanto torna-se relevante neste contexto perceber que é concomitantemente necessário o cuidar do profissional em si. Numa atitude de prevenção da doença, da sintomatologia das lesões e de absentismo (Farias, et. al, 2019). A temática da saúde e bem-estar dos trabalhadores no local de trabalho é considerada uma estratégia que favorece não só os trabalhadores, mas também as organizações, contribuindo para a melhoria do desempenho (Alvo & Gouveia, 2021). Estratégias que vão ao encontro da redução do stress e fadiga, previnem erros e acidentes aumentando a segurança e a satisfação (Marques, et. al, 2021).

Uma intervenção centrada na promoção da saúde dos profissionais, como os enfermeiros suporta-se na arquitetura de programas institucionais de atualização de conhecimento relativamente ao autocuidado e à manipulação do uso de tecnologias e manutenção das relações interpessoais (Farias, et. al, 2019).

Considera-se relevante a prática de determinadas estratégias que promovam a saúde são exemplo: os equipamentos de protecção individual, a adoção de postura e posicionamentos corretos, assim como, o uso continuado das boas práticas mediante as *guidelines* atualizadas e os protocolos da instituição vigentes. Relativamente às práticas integrativas e complementares, assim como às técnicas de relaxamento, destaca-se a musicoterapia, como alívio do stress e promoção do bem-estar (Farias, et. al, 2019; AESST, 2024).

A intervenção do EEER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

#### O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER, é o elemento na equipa transdisciplinar que desenvolve intervenções que vão ao encontro da maximização das capacidades funcionais e otimização da pessoa no desempenho motor e cardiorrespiratório, neste sentido a identificação e contribuição na prevenção da sintomatologia das LMERT e bem-estar dos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde, torna-se relevante nos contextos de trabalho (Regulamento nº 392/2019; Moura, et al, 2019).

O EEER intervém nesta área através da capacitação dos trabalhadores relativamente ao conhecimento das LMERT, assim como no conhecimento para adoção de comportamentos preventivos (Magalhães, et. al, 2021). A consciencialização dos enfermeiros para a prevenção do aparecimento da sintomatologia das LMERT, torna-se essencial pela sua prevalência notória (Moura, Martins & Ribeiro, 2019).

A Ginástica Laboral visa a preparação de determinados grupos musculares, no contexto da atividade profissional com foco na prevenção da sintomatologia das LMERT e promoção de posturas corporais adequadas, perceção corporal e diminuição de encurtamento e das tensões musculares (Magalhães, et. al, 2021a).

As sessões devem ter entre 5 a 15 minutos, com intensidade leve, podendo ser realizadas no início, durante ou após o período de trabalho, sendo que os exercícios pretendem trabalhar os principais grupos musculares usados no exercício profissional. Os objetivos são: diminuir a tensão muscular, o stress, corrigir posturas incorretas, otimizar as relações interprofissionais. O espaço poderá ser o mesmo partilhado nos períodos de pausa pelos trabalhadores (Magalhães, et. al, 2021a; Farias, et. al, 2019).

Torna-se relevante a arquitetura de estratégias que sensibilizem os profissionais para esta problemática e sejam adotadas medidas eficazes para evitar ou diminuir a incidência das LMERT nos profissionais de saúde, tais como a ginástica laboral, a informoterapia e os posters informativos (Moura, et al., 2019; Magalhães, et. al, 2021a).

Os exercícios são realizados de acordo com a tolerância e capacidade de cada um, combinado com a respiração numa meta ideal de cinco vezes cada. Encontra-se na tabela 2 um exemplo possível de se adotar em contexto profissional (Magalhães, et. al, 2021a).

A intervenção do EEER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

Tabela 2 – Série de Alongamentos

 <p>1</p> <p>Incline a cabeça para a direita e esquerda alternadamente 5 vezes.</p>				 <p>2</p> <p>Rode a cabeça para a direita e esquerda alternadamente 5 vezes.</p>				 <p>3</p> <p>Eleve e baixe os ombros 5 vezes.</p>				 <p>4</p> <p>Entrelace os dedos e role os punhos para a direita e esquerda 5 vezes.</p>			
 <p>5</p> <p>Faça extensão e flexão dos dedos 5 vezes.</p>		 <p>6</p> <p>Junta as palmas das mãos e empurre para a direita e esquerda 5 vezes.</p>		 <p>7</p> <p>Faça extensão dos braços para trás, entrelaçando os dedos, alongando por 5 vezes.</p>											
 <p>8</p> <p>Faça extensão dos braços para a frente, entrelaçando os dedos, alongando por 5 vezes.</p>		 <p>9</p> <p>Faça extensão dos braços para cima, entrelaçando os dedos, alongando por 5 vezes.</p>		 <p>10</p> <p>Rode o pé para a direita e para a esquerda 5 vezes para cada lado.</p>											

Magalhães, et. al, 2021a, p.479,480

### Objetivos

- Definir conceitualmente numa abordagem sumária a prevenção da sintomatologia das LMERT;

A intervenção do EEER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

- Capacitar os enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde para o conhecimento da prevenção da sintomatologia das LMERT;
- Consciencializar os enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde para a importância da prevenção da sintomatologia das LMERT;
- Realizar uma sessão de formação aos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde sobre a prevenção da sintomatologia das LMERT;

#### **Material e Métodos**

Material: Power-point

Método: Expositivo e Participativo

Participantes/população

Enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) do serviço de medicina da ULS

Data: Dezembro de 2024

Enfermeira Gestora: xxx

Orientadores no local de Estágio: xxx

Professora Orientadora da ESSATLA: Professora Sandy Severino

Autora da Intervenção: Rafaela Pereira

A intervenção do EER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

#### Referências Bibliográficas

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (2019). Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU. <https://doi.org/10.2802/66947>

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (2024). Lesões Musculoesqueléticas. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/themes/musculoskeletal-disorders>

Alvo, I., & Gouveia, R. (2021). Ambiente de trabalho Seguro: Prevenção de Acidentes de Profissionais. In Henriques, E. (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 361-376). Sabooks;

Direção Geral da Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em: [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)

Farias, A. A. R., Cardoso, L. S., Silva, J. J. S. da, Sant'Anna, C. F., Lima, J. M., & Cezar-Vaz, M. R. (2019). The Health of Nursing Professionals: Reviewing Health Promotion Strategies / Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem: Revisando as Estratégias de Promoção à Saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(3), 828. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.828-835>

Fernandes, C., Couto, G., Carvalho, R., Fernandes, D., & Ferreira, P. (2018). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos por profissionais de saúde de um hospital em Portugal. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16 (3), 353-359. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180230>

Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, I., Capelo, J., Gonçalves, M., & Pereira, V. (2021a). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas em profissionais de saúde; "Reabilitar Quem Cuida". In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel

Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, I., Capelo, J., Silva, M., & Pereira, V. (2021b). Reabilitar quem cuida: Um projeto de ginástica laboral para profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 4 (1) 73-82. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.173>

Maques, F., Baixinho, C., Presado, H., & Cardoso, M. (2021). Biomecânica e Prevenção das Lesões Músculo-Esqueléticas ligadas ao Trabalho. In Henriques, E. (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 377-387). Sabooks.

A intervenção do EEER na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho sob a visão do bem-estar

Mota A, Silva A, Vieira, M., & Araújo C. (2020). Benefícios da Ginástica Laboral em Ambiente Hospitalar: uma Revisão Integrativa. *Revista Científica de Enfermagem*. 10 (29). 3-12. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.3-12>

Moura, M., Martins, M., & Ribeiro, O. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*. 23 (IV), 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV19035>

Regulamento nº 392/2019 de 3 de Maio. Diário da República nº85/2019 – II Série;

Roquelaure, Y. (2018). Musculoskeletal disorders and psychosocial factors at work, European Trade Union Institute, report 142. Disponível em: <https://www.etui.org/sites/default/files/EN-Report-142-MSD-Roquelaure-WEB.pdf>

Soares, D., Rodrigues, A., & Silva, F. (2022). Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com os Acidentes de Trabalho: Avaliação diagnóstica numa empresa transformadora. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*. 14. <https://doi.org/10.31252/RPSO.23.07.2022>

World Health Organization (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1>

## Apêndice 6 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Hospitalar - Parte II

**ESSATLA**  
Enfermagem de Reabilitação

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER)  
na prevenção da sintomatologia das lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)  
sob a visão do bem-estar

ULS - Serviço de Medicina

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSATLA: Rafaela Pereira  
Enfermeira Gestora: xxx  
Orientadora no local de estágio: xxx  
Professora Orientadora da ESSATLA: Professora Dandy Oliveira

dezembro, 2024

### Índice / Objetivos

- Definir conceitualmente numa abordagem sumária as LMERT;
- Identificar os principais sintomas das LMERT;
- Identificar os principais fatores de risco das LMERT;
- Ginástica Laboral, conjunto de exercícios em equipa.

### Definição das LMERT

- ✓ são das doenças relacionadas com o trabalho mais comuns, uma das principais queixas dos profissionais de saúde que afetam o bem-estar;
- ✓ são doenças periariculares clinicamente estabelecidas dos membros e da coluna vertebral e síndromes dolorosas;
- ✓ são alterações nas estruturas corporais, tais como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos com etiologia focada no trabalho ou agravadas por este.

Termo "umbrella" pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST)

(Rosswater, 2016; ASES, 2016; AESST, 2024; Magalhães, et al. 2021b; Mink, Mathis & Pflaum, 2016)

### LMERT

Figura 1 - Lesões Musculoesqueléticas (Rosswater, 2016)

são sobretudo...

**Desconforto, Dor e Parestesias:**

nas costas, no pescoço, na região cervical, nos ombros, nos membros superiores e membros inferiores.

Vão desde... os sintomas mais ligeiros a situações crónicas, incapacitantes e de absentismo.

**Principais sintomas das LMERT**

(Rosswater, 2016; ASES, 2016; AESST, 2024; Magalhães, et al. 2021b; Soares, Rodrigues & Silva, 2023)

### Fatores de Risco

- Fatores de risco físicos
- Fatores de risco biomecânicos
- Fatores de risco organizacionais
- Fatores de risco psicossociais
- Fatores de risco individuais

AESST, 2024

### Fatores de Risco físicos e biomecânicos

- Movimentos repetitivos ou com esforço;
- Peso com carga - movimentos de torção e de flexão (posicionamentos, transferências...)
- Posturas corporais incorretas e estáticas;
- Ambientes com má iluminação, temperatura, barulho;
- Trabalho em ritmo acelerado;
- Estar de pé ou sentado, na mesma posição muito tempo.

(AESST, 2021; Mink, et al. 2020; Magalhães et al. 2021b; Mink, Mathis & Pflaum, 2016)

### Fatores de Risco organizacionais e psicossociais

- Trabalho exigente e complexo com pouca autonomia;
- Períodos de pausa curtos e posturas de trabalho viciosas;
- Trabalhar a um ritmo acelerado, novas tecnologias constantes;
- Longas horas de trabalho ou turnos;
- Intimidação, assédio e discriminação no local de trabalho;
- Pouca satisfação no trabalho.

(AESST, 2024; Mink, et al. 2020; Magalhães et al. 2021b; Mink, Mathis & Pflaum, 2016; Mink, et al. 2020)

### Fatores de Risco individuais

- Historial médico;
- Capacidade física;
- Estilo de vida e hábitos (por exemplo tabagismo, falta de exercício físico).

(AESST, 2024; Mink, et al. 2020; Magalhães et al. 2021b; Mink, Mathis & Pflaum, 2016)

Prevenção da sintomatologia das LMERT

## Ginástica Laboral

conjunto de exercícios em Equipe

no contexto da atividade laboral, podendo ser realizadas antes, durante ou após

diminuir a tensão muscular e o stress

preparação dos grupos musculares usados na atividade profissional

as sessões devem ter entre 5 a 15 minutos, com intensidade leve

otimizar as relações interprofissionais

Objetivos

corrigir posturas incorretas

**Ginástica Laboral**

Preconiza-se associar exercícios respiratórios, respeitando os fatores individuais

10

ESSATLA

JACINTO, 2024; MAGALHÃES, et al., 2021a; MAGALHÃES, et al., 2021b; SILVA, et al., 2021; PEREIRA, et al., 2024

Prevenção da sintomatologia das LMERT

Inclinar a cabeça para a direita e esquerda alternadamente 5 vezes

11

ESSATLA

MAGALHÃES, et al., 2021a

Prevenção da sintomatologia das LMERT

Rode a cabeça para a direita e esquerda alternadamente 5 vezes

12

ESSATLA

MAGALHÃES, et al., 2021a

Prevenção da sintomatologia das LMERT

Eleve e baixe os ombros 5 vezes

13

ESSATLA

MAGALHÃES, et al., 2021a

Prevenção da sintomatologia das LMERT

Entrelace os dedos e rode os punhos para a direita e esquerda 5 vezes

14

ESSATLA

MAGALHÃES, et al., 2021a

Prevenção da sintomatologia das LMERT

Faça extensão e flexão dos dedos 5 vezes

15

ESSATLA

MAGALHÃES, et al., 2021a

Prevenção da sintomatologia das LMERT

Junte as palmas das mãos e empurre para a direita e esquerda 5 vezes

16

ESSATLA

MAGALHÃES, et al., 2021a

Prevenção da sintomatologia das LMERT



Faça extensão dos braços para trás, entrelace os dedos alongando por 5 vezes

Faça extensão dos braços para a frente entrelaçando os dedos, alongando por 5 vezes

17 ESSATLA (Magalhães, et al, 2021a)

Prevenção da sintomatologia das LMERT



Faça extensão dos braços para cima, entrelace os dedos, alongando por 5 vezes

18 ESSATLA (Magalhães, et al, 2021a)

Prevenção da sintomatologia das LMERT



Rode o pé para a direita e para a esquerda 5 vezes cada lado

19 ESSATLA (Magalhães, et al, 2021a)

Prevenção da sintomatologia das LMERT  
Ginástica Laboral  
conjunto de exercícios em Equipe

# Já Alongaste hoje?

20 ESSATLA

## Referências Bibliográficas

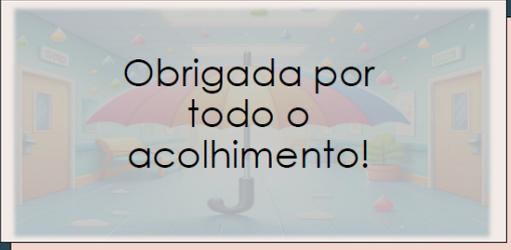


21 ESSATLA

## Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (2019). Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU. <https://doi.org/10.28069/987>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (2024). Lesões Musculoesqueléticas. Disponível em: <https://europa.eu/euro/pt/themes/musculoskeletal-disorders>
- Farias, A. et al. (2019). The Health of Nursing Professionals: Reviewing Health Promotion Strategies. *Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental Online*, 11(3), 628-635. <https://doi.org/10.9739/1115-5301.12019.v11n3.007.000>
- Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, L., Capelo, J., Gonçalves, M. & Pereira, V. (2021a). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas em profissionais de saúde: "Reabilitar Quem Cuida". In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel
- Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, L., Capelo, J., Silva, M. & Pereira, V. (2021b). Reabilitar quem cuida: Um projeto de ginástica laboral para profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4 (1) 73-82. <https://doi.org/10.30103/rper.2021.1.4.001.011>
- Alota, A., Silva A., Viegas M. & Araújo C. (2020). Benefícios da Ginástica Laboral em Ambiente Hospitalar: uma Revisão Integrativa. *Revista Científica de Enfermagem*, 10 (26), 3-12. <https://doi.org/10.4247/rper.v10i26.3-12>
- Moura, M., Martins, M. & Ribeiro, O. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 23 (IV), 121-132. <https://doi.org/10.12727/rer.v23i04>
- Roqueleura, Y. (2018). Musculoskeletal disorders and psychosocial factors at work. European Trade Union Institute, report 142. Disponível em: <https://www.etui.org/sites/default/files/2018-10/1803-20180904-1422.pdf>
- Soares, D., Rodrigues, A. & Silva, F. (2022). Lesões Musculo-esqueléticas relacionadas com os Acidentes de Trabalho: Avaliação diagnóstica numa empresa transformadora. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, 14. <https://doi.org/10.11201/rpso.v14n1.2022>

22 ESSATLA



Obrigada por todo o acolhimento!

## Apêndice 7 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Hospitalar - Parte III

Questionário - Avaliação da Formação						
<b>I – ACÇÃO DE FORMAÇÃO</b>						
Formação						
A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na prevenção da sintomatologia das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), sob a visão do bem-estar.						
Data - 13 de Dezembro de 2024						
Local - ULS - Serviço de Medicina						
Duração – 60 minutos						
Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização da escala de 1 a 5 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo Nem Discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente						
<b>II- AVALIAÇÃO GLOBAL</b>					1	2
1 - Os objetivos da formação foram adequados/claros						
2 - A duração da formação foi adequada						
3 – Correspondeu às suas expetativas						
<b>III - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO</b>						
4 - Os conhecimentos adquiridos são úteis para a sua profissão						
<b>IV – AVALIAÇÃO DO (S) FORMADOR (RES)</b>						
5 - O formador demonstrou dominar o assunto						
<b>V – SUGESTÕES/CRITICAS</b>						
<b>VI – GRUPO PROFISSIONAL (FACULTATIVO)</b>						
Aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSATLA: Rafaela Pereira Enfermeira Gestora: xxx Orientadores no local de Estágio: xxx Professora Orientadora da ESSATLA: Professora Sandy Severino <a href="https://eeagrants.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/01/Anexo8_QuestionarioAvalia%C3%A7%C3%A3o_Formandoas.pdf">https://eeagrants.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/01/Anexo8_QuestionarioAvalia%C3%A7%C3%A3o_Formandoas.pdf</a>						

## Apêndice 8 - Relato de Caso Clínico - Contexto Comunidade

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico

### Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após Acidente Vascular Cerebral e Família na promoção do Autocuidado e Bem-Estar - Relato de Caso Clínico

#### Resumo:

O bem-estar emerge nas orientações de saúde tanto a nível internacional como nacional, numa doença como o acidente vascular cerebral em que o número de casos existentes pelo mundo é altamente significativo, torna-se relevante perceber como se pode trabalhar em prol do bem-estar nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

**Objetivo:** Descrever os cuidados de enfermagem de reabilitação que promovem a funcionalidade e a capacitação no autocuidado, assim como, proporcionam bem-estar à pessoa após o evento de acidente vascular cerebral internada numa Unidade de Média Duração e Reabilitação e à sua família?

**Método:** A metodologia teve em consideração um mapeamento sucinto do estado do conhecimento do acidente vascular cerebral e do bem-estar enquadrado num relato de caso clínico descritivo, de uma pessoa internada numa Unidade de Médica Duração e Reabilitação inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados durante o primeiro mês de internamento, na região Sul de Portugal.

**Resultados:** Após a implementação de um plano de cuidados correspondente com a expectativa da pessoa e concomitante, com a monitorização do índice de bem-estar, da escala da dor e de uma série de bateria de instrumentos de avaliação, verificou-se a melhoria da recuperação funcional da pessoa, na sua independência e capacidade de autocuidado nas atividades de vida diárias.

**Conclusão:** Um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação focado no bem-estar da pessoa após evento de Acidente Vascular Cerebral, englobando a família, de acordo com as expectativas da pessoa, potenciando a recuperação funcional, traz ganhos de saúde, no aumento da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado.

**Descritores:** Bem-Estar; Enfermagem de Reabilitação; Família; Acidente Vascular Cerebral; Relato de Caso

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

### **Introdução**

O envelhecimento significativo dos portugueses e a cronicidade das doenças são uma realidade em Portugal, no entanto os indicadores que avaliam o bem-estar e a qualidade de vida após os 65 anos encontram-se em valores inferiores aos da União Europeia (Resolução da Assembleia da República nº 14/2024). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar, entendido idoso uma pessoa a partir dos 65 anos (WHO, 2024b) e define bem-estar como um construto multidimensional, uma experiência positiva, que equivale à qualidade de vida e à satisfação, na procura de um sentido de contribuição para o mundo com significado e propósito. Os resultados expressam-se em domínios como a alegria, o compromisso, o propósito, a vitalidade, a tranquilidade e a energia. O bem-estar pode ser a nível pessoal ou da sociedade (WHO 2024a).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) são o grupo profissionais que de acordo com a sua *práxis*, proporciona cuidados de saúde, mediante planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), correspondendo às expectativas da pessoa e proporcionando bem-estar e uma maior independência e/ou autonomia (Pontes & Santos, 2023; Regulamento n.º 392/2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

“A enfermagem tem o seu exercício concretizado em intervenções autónomas e, ou, interdependentes (...)” (Regulamento n.º 613/2022, p. 179). O respeito pelas capacidades, crenças, valores da pessoa e família relaciona-se com cuidados direcionados à satisfação (Pestana, 2023). Nesta procura da pessoa de sentido de contribuição, de sentido de bem-estar o EEER tem de estar desperto e realizar uma avaliação holística e integral desta, num todo global (corpo, mente e espírito), recorrendo a intervenções promotoras de bem-estar como o caso da musicoterapia (Caldeira, 2023; Sousa & Marques-Vieira, 2021).

A ER proporciona ganhos em saúde à pessoa, com cuidados especializados que vão ao encontro da satisfação da pessoa, da promoção da saúde, prevenção de complicações

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O EEER é um dos elementos dinamizadores da equipa multidisciplinar que intervém com planos de cuidados de ER especializados numa recuperação célebre com melhoria na qualidade de vida (Rocha et al., 2020).

O EEER de acordo com os seus padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER sustenta as suas intervenções guiadas pela excelência, onde maximizam o bem-estar e o autocuidado, suplementa/complementa as atividades de vida diária (AVD) em que a pessoa se encontra dependente, premeia a identificação o mais atempadamente possível dos problemas reais ou potenciais da pessoa, a sua referenciação se necessário e a prescrição de intervenções de ER, sustentadas no máximo rigor científico supervisionando as mesmas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No relatório da OMS (2021), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi a segunda principal causa de morte em 2019, sendo que em Portugal é a primeira causa (DGS, 2022). Esta patologia ocorre quando o fluxo sanguíneo para o cérebro é interrompido, pode ser dividido em dois grandes grupos, os AVC isquémicos, relacionados com o bloqueio num vaso e os AVC hemorrágicos quando existe extravasamento do sangue para o tecido cerebral, por rutura (WHO, 2021; Menoita, 2012; Raposo et al., 2020). Os sinais e sintomas do AVC dependem da área cerebral afetada, normalmente ocorrem num lado do corpo e traduzem fraqueza e perda de sensibilidade (WHO, 2021). Um sintoma comum é a dor no ombro do braço plégico ou parético, normalmente multifatorial, muitas vezes, associado à flacidez da musculatura (Correia et al., 2019).

O conceito de família engloba neste relato de caso clínico (RCC) as pessoas significativas e/ou cuidadores, sendo que é mandatório a inclusão desta nos planos de cuidados de ER, suportado em questões ético-deontológicas importantes (Wright & Leahey, 2009). Na busca permanente pela excelência do cuidar o EEER procura maximizar o bem-estar da pessoa assim como da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Premeia-se a construção de planos de cuidados de ER efetivos dirigidos à pessoa e à sua família que promovam o bem-estar e ganhos em saúde (Bright, et al. 2024; Raposo et al., 2020; Woldringl et al., 2023; Wright & Leahey, 2009).

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

Torna-se essencial a compreensão da multifatorialidade das necessidades da pessoa após evento de AVC e família numa prática de equilíbrio na concordância possível entre as necessidades e as expectativas de todas as partes envolvidas (Zawawi, et al., 2020). Com investimento na reabilitação motora com valorização dos resultados em saúde no aumento da qualidade de vida (Kwakkel, et al., 2023). Segundo Bright e colaboradores (2024) indicam que a satisfação das necessidades motoras encontram-se como fator primordial na lista de prioridades dos profissionais de saúde, no entanto a operacionalização do bem-estar nos registos diários fica muitas vezes negligenciada.

Este RCC sustentou-se no modelo teórico de Orem. Onde é definido o autocuidado, como um exercício que deve ser aprendido e propositadamente desempenhado no dia-a-dia, no funcionamento humano e no bem-estar (Orem, 2001; Hartweg, 2015). Esta teórica é recomendada na elaboração dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação pela Ordem dos Enfermeiros, com o seu modelo de autocuidado, mediante uma *práxis* com encadeamento estruturante e mecanismos eficientes e eficazes com planos de cuidados de reabilitação que respondam às expectativas da pessoa cuidada e proporcionem bem-estar e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pontes & Santos, 2023; Regulamento n.º 392/2019).

Uma intervenção focada no autocuidado encontra-se numa das abordagens mais promissoras e estimulantes, sendo que esta só deve recorrer à substituição da pessoa aquando necessidade. Autocuidado define-se, pela OMS, pela capacidade da pessoa em promover a saúde, prevenir a doença, manter a saúde e lidar com a doença, tendo a pessoa, família ou comunidade necessidade ou não de recorrer a um profissional de saúde (WHO, 2024a).

Atendendo ao enquadramento de envelhecimento atual uma das medidas criadas foi a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo que um dos seus objetivos é a promoção do bem-estar. Destacando-se neste RCC, as unidades de média duração e reabilitação (UMDR), constituídas por um espaço físico próprio, e os seus profissionais articulam-se com as instituições a nível hospitalar e da comunidade, com vista a cuidados decorrentes de recuperação, de um processo agudo ou de agudização

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

de uma doença crónica instalada, a pessoas com perda ou diminuição temporária de independência potencialmente recuperável (Decreto-Lei n.º 116/2021).

### **Metodologia**

O processo metodológico passou pela realização de um RCC descritivo, que seguiu a grelha do CARE (*case report guidelines*) da Equator (Equator, 2024). Um RCC consiste num trabalho caracterizado pelas primeiras linhas de evidência científica (Singh, 2021).

### **Anamnese**

Trata-se de uma pessoa com 65 anos, género masculino, caucasiano, carpinteiro encontrava-se no ativo. Apresentou episódio de AVC hemorrágico lenticulo-capsular e talâmico esquerdo de etiologia, em estudo provavelmente, hipertensivo. Deu entrada no serviço de urgência geral de um hospital da grande área de Lisboa, passou pela urgência e pela unidade de AVC e chegou à UMDR com 37 dias após o evento. O resultado da primeira tomografia axial computadorizada (TAC) demonstrou: "hematoma agudo lenticulo-capsular e talâmico esquerdo" sendo que realizou mais seis TAC e uma angiografia, estando nos últimos já em fase de reabsorção. Consciente e orientado nas três vertentes pessoa, espaço e tempo. Sem alterações relatadas a nível da memória e da atenção, com humor eutímico.

Alergias medicamentosas desconhecem-se. Antecedentes pessoais: ex-fumador há cerca de 25 anos, hipertensão arterial (medicada), diabetes mellitus não insulino dependente, sob antidiabéticos orais, hipertrofia benigna da próstata (medicada) e dislipidémia medicada após o evento inaugural de AVC. Casado, a sua esposa é reformada e tem 70 anos. Reside em habitação própria, moradia em rés-do-chão com 1º piso. No piso térreo, tem uma cozinha, quarto e casa de banho, a parte funcional da casa. As portas têm 80 cm. A casa de banho é espaçosa, tem *poliban* Os parâmetros vitais mantiveram-se dentro dos valores considerados normais: pressão arterial sistólica (130-110 mmHg) e diastólica (60-90 mmHg), normocárdico (60-90 batimentos por minutos), eupneico em ar ambiente, com saturações periféricas superiores a 98%,

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

com frequências respiratórias entre 12 a 20 ciclos por minutos, apirético e normoglicêmico. É expectativa do Sr. O. sair do internamento a andar e para o domicílio.

Na avaliação neurológica, englobou-se a consciência, orientação e atenção, a memória, e a linguagem. O Sr. O., durante o internamento manteve-se vígil, orientado no tempo, na pessoa e no espaço. A sua atenção e memória manteve-se sem alterações. Em termos de linguagem, com ligeira disartria, nomeia, repete e compreende sem limitação. Na avaliação dos pares cranianos foram detetadas alterações a nível do par craniano VII (parésia facial à direita completa), par craniano VIII com alterações a nível do equilíbrio dinâmico.

Na avaliação sensório-motora, englobou a sensibilidade, a espasticidade e a força muscular dos membros superiores e membros inferiores. Sendo que foi avaliado de cada lado, o segmento dos diferentes movimentos corporais. Não foi possível avaliar a amplitude articular, no entanto este parâmetro foi continuamente tido em conta nas várias mobilizações, hipostesia do hemicorpo à direita e hemiparésia do hemicorpo à direita. Equilíbrio estático preservado e equilíbrio dinâmico comprometido, deambulava em cadeira de rodas. Foram aplicadas as escalas: Modified Medical Research Council - Muscle Scale (mMRC- MS), Escala de *Ashworth* Modificada e Escala de Berg.

Na avaliação funcional foi aplicada a Escala Medida de Independência Funcional (MIF), a pessoa manteve-se continente durante o internamento, tanto a nível urinário como intestinal não necessitando de terapêutica adicional. Necessita de ajuda parcial para o autocuidado: alimentação, higiene, vestuário e arranjar-se.

Foram levantados vários diagnósticos de enfermagem de reabilitação que se encontravam comprometidos, no entanto neste relato de caso clínico destacam-se o foco do equilíbrio corporal, do andar e o autocuidado.

No foco de enfermagem, equilíbrio corporal é definido pela segurança apresentada pela pessoa relativa ao seu corpo e coordenação dos seus músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se (ICN, 2019).

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

Pode ser entendido como as reações corporais automáticas, no entanto estas podem ser realizadas num processo consciente para uso funcional, sendo que predominantemente as atividades de vida diárias (AVD) dependem também do equilíbrio (Araújo et al., 2021).

No foco de enfermagem, o andar é definido pelo ICN (2019) como o movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; que permite sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com várias velocidades, subir ou descer escadas e rampas. A marcha humana é uma atividade complexa que necessita de aprendizagem, como acontece com os bebés (Marques-Vieira & Caldas, 2023). Sendo que, em Portugal, o EEER guia muitas vezes a sua intervenção a partir dos princípios teóricos da Margaret Johnstone (Santos et al., 2020).

Quando o EEER se foca no diagnóstico do andar comprometido e desenvolve intervenções para potenciar a funcionalidade esta capacidade atua concomitantemente para uma melhor capacidade no autocuidado, sendo que potencializar o andar é uma das principais metas da reabilitação (Marques-Vieira & Caldas, 2023).

Na avaliação de bem-estar foi utilizado o Índice de Bem-Estar OMS – 5 (WHO, 2024c). Este questionário avalia o bem-estar mental numa autoavaliação realizada pela pessoa, este questionário já era aplicado pela equipa de enfermagem, na UMDR onde a pessoa estava internada. O questionário é realizado através de uma linguagem positiva e permite a identificação atempada de problemas relacionados com o bem-estar, a comparação de resultados, uma monitorização e avaliação subsequente pela equipa multidisciplinar. Este questionário não se encontra ainda validado para a população portuguesa (WHO, 2024c).

Na avaliação da dor foi utilizada uma escala de faces, sendo a sua avaliação e registo, uma intervenção primordial no processo de cuidados (DGS, 2003). A classificação de dor pelo ICN (2019), engloba um aumento de sensação corporal desconfortável, subjetiva, com alteração do tónus muscular.

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

Na avaliação do equilíbrio e do andar foi utilizada a escala de *Berg*, criada em 1992 por Katherine Berg com os objetivos de avaliar o equilíbrio (tanto estático como dinâmico) e antever o risco de queda em adultos e idosos, recomendada pela Ordem dos Enfermeiros (2016).

Na monitorização da capacidade funcional foi utilizada a MIF, criada em 1986 pela *Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc*, (Ordem dos Enfermeiros, 2016, DGS, 2011).

O plano de cuidados dividiu-se em três fases, com a duração de 32 dias, primeira fase: do Dia 1 ao Dia 10, segunda fase: do Dia 11 ai Dia 21 e na terceira fase: do Dia 23 ao Dia 23, com avaliações faseadas das Escalas: *Berg*, MIF, dor e Índice de Bem-Estar OMS - 5, entre outras não incluídas neste RCC e com os diagnósticos de ER: Equilíbrio dinâmico comprometido, andar comprometido e capacidade para o autocuidado comprometida. Suportado no *browser* da Ontologia da Ordem dos Enfermeiros (2024), numa linguagem imersa na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (ICN, 2019), assim como na seleção dos dispositivos de treino adequados (Ordem dos Enfermeiros, 2023). O EEER encontra-se inserido numa equipa de saúde multidisciplinar, onde todos os elementos são igualmente importantes para a construção de planos de cuidados personalizados e efetivos com a pessoa.

O plano de cuidados de ER a nível motor e funcional era realizado duas vezes por dia, com cerca de 30 minutos, mediante tolerância da pessoa, mais promoção da auto-gestão, mediante os critérios de segurança garantidos, suportado em técnicas integrativas do cuidar que correspondiam à musicoterapia, humor nos cuidados e elogio. Era suportado no acrónimo de treino FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo de exercício, volume e progressão) (ACSM, 2022).

Numa primeira fase foram realizados exercícios na posição de deitado/sentado, numa segunda fase exercícios de pé e numa terceira fase exercícios a andar. Nas três fases foi dado destaque à promoção de um equilíbrio seguro com promoção para o autocuidado, com monitorização da dor e do bem-estar, numa terceira fase promoção de uma marcha segura (Araújo et al., 2021; Menoita, 2012; Santos et al., 2020).

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

Segue esquematizado no quadro 1 com o título, Plano de cuidado personalizado e específico do EEER com a pessoa, os exercícios preferidos da pessoa e que tiveram uma melhor adesão: a extensão lombo-pélvica (10 vezes), os rolamentos (10 vezes), a carga no cotovelo/facilitação cruzada (10 vezes), a alternância de carga nos membros inferiores com bola suíça (10 vezes), Sentar/levantar da cadeira com apoio frontal de mãos (espaldar) (10 vezes), pedaleira com isometria (20 minutos), abdução de perna; flexão de quadril e joelho (10 vezes), treino em barras paralelas (20 minutos).

Séries de 1 a 2 vezes mediante tolerância da pessoa durante dois períodos por dia. Assim como os dispositivos de apoio aplicados mais adequados, tendo em conta as preferências da pessoa: tábua de *Freeman*; *espaldar*, pesos, caneleiras, bola suíça, pedaleira, tripé (Ordem dos Enfermeiros, 2023). E as terapias integrativas utilizadas musicoterapia, relaxamento muscular, elogiar, reforço positivo. Encontra-se no quadro 1 o plano de cuidados do ER mediante uma série de intervenções, com os exercícios preferidos da pessoa, correspondentes em cada fase.

Quadro 1. Plano de cuidado personalizado e específico do EEER com a pessoa	
Diagnóstico do EEER: Equilíbrio dinâmico comprometido	
Objetivo:	Intervenção do EEER:
Promoção da adesão: treino do equilíbrio dinâmico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidade para treinar o equilíbrio;</li><li>• Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio;</li><li>• Autoeficácia para treinar o equilíbrio;</li><li>• Significado atribuído ao treino de equilíbrio;</li><li>• Providenciar dispositivos de apoio adequados, no ginásio da UMDR.</li></ul>
Diagnóstico do EEER: Andar comprometido	
Objetivo:	Intervenção do EEER:

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

<b>Promover autonomia para andar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização sobre compromisso no andar;</li> <li>• Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar;</li> <li>• Capacidade para andar;</li> <li>• Autoeficácia para andar;</li> <li>• Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha;</li> <li>• Significado atribuído ao uso de cadeira de rodas;</li> <li>• Avaliar conhecimento do familiar sobre adaptação do domicílio para andar; Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio;</li> <li>• Providenciar material educativo, escolha dos dispositivos de apoio mais adequados;</li> <li>• Realizar uma sessão de formação para potenciar conhecimento à esposa/família relativa à adaptação do domicílio, mediante os critérios de segurança e qualidade.</li> </ul>
--------------------------------------	---

1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lombo-pélvica (10 vezes, uma série);</li> <li>• Rolamentos (10 vezes, uma série);</li> <li>• Carga no cotovelo/facilitação cruzada (10 vezes, uma série).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentar/levantar da cadeira com apoio frontal de mãos (espaldar) (10 vezes, uma série);</li> <li>• Abdução de perna e flexão de quadril e joelho (10 vezes, uma série);</li> <li>• Pedaleira com isometria (20 minutos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barras paralelas (20 minutos);</li> <li>• Treino com dispositivo auxiliar de marcha consoante tolerância da pessoa (cerca de 10 minutos).</li> </ul>

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

**Resultados:**

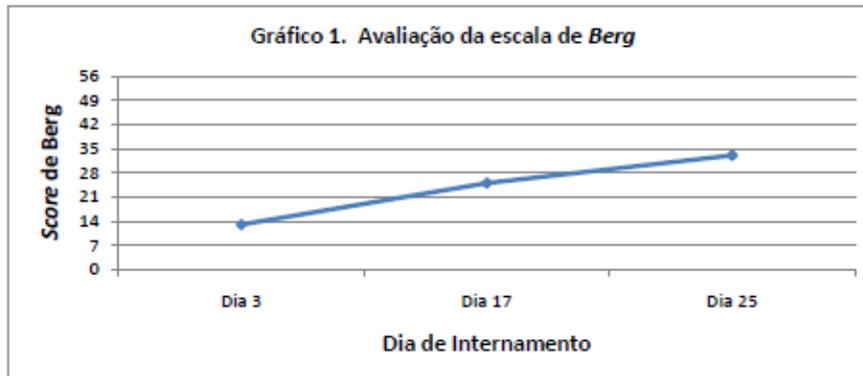
O plano de cuidados foi dividido em três etapas já referidas, com resultados apresentados sensíveis traduzidos nas escalas utilizadas. Estas foram avaliadas em determinados dias, com ganhos de saúde graduais. Apresenta-se um resumo esquemático na Tabela 1 encontra-se os resultados obtidos das escalas utilizadas Escala da dor; Escala de Berg; MIF e Índice de Bem-Estar OMS - 5.

Tabela 1. Resultados obtidos nas escalas: Dor, Berg, MIF e Índice de Bem-Estar OMS - 5																			
Dias de internamento																			
Fases do Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação																			
Dia	1	2	3	8	9	10	11	12	15	17	18	21	23	24	25	29	30	31	32
Fase	Primeira						Segunda						Terceira						
A	4	4	4	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2
B			13							25					33				
C		83					83								89				
D		15					18									21			

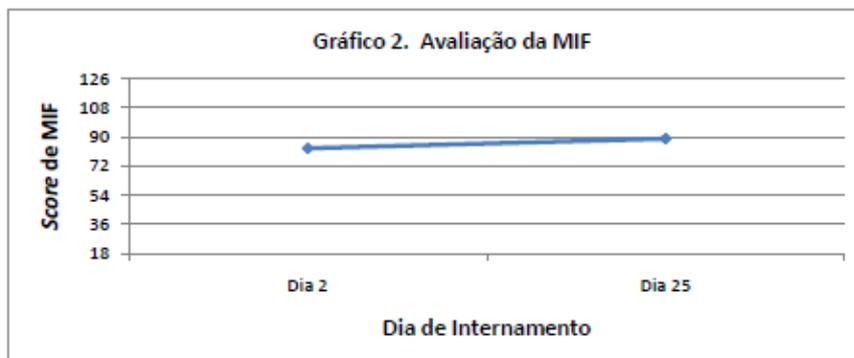
Legenda: A - (Escala da dor); B - (Escala de Berg); C - (MIF); D - (Índice de Bem-Estar OMS - 5). Score máximo em cada escala A (5); B (56); C (126) e D (25)

Ao nível dos focos: equilíbrio corporal e andar foram registados ganhos em saúde ao nível dos resultados obtidos traduzidos na escala de Berg, passando de um risco de queda elevado e equilíbrio diminuído para um risco de queda e equilíbrio moderado. A pessoa passou de um resultado final de 13 para 33. Segue o gráfico 1 que apresenta a parametrização dos resultados das avaliações da escala de Berg.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico



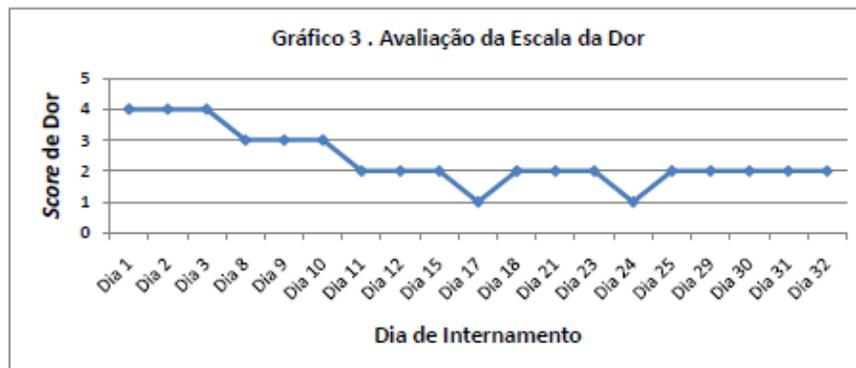
Ao nível dos focos de autocuidado: a pessoa apresentou valores na escala de MIF, onde manteve a dependência moderada nas duas primeiras avaliações, mas passou de ajuda moderada para ajuda mínima no vestir da parte superior do corpo e de ajuda máxima para ajuda moderada em vestir metade inferior do copo. Com ganhos nas transferências, mobilidade em cadeira de rodas. O gráfico 2 apresenta os resultados das avaliações da escala de MIF, com ganhos da pessoa ao nível da funcionalidade.



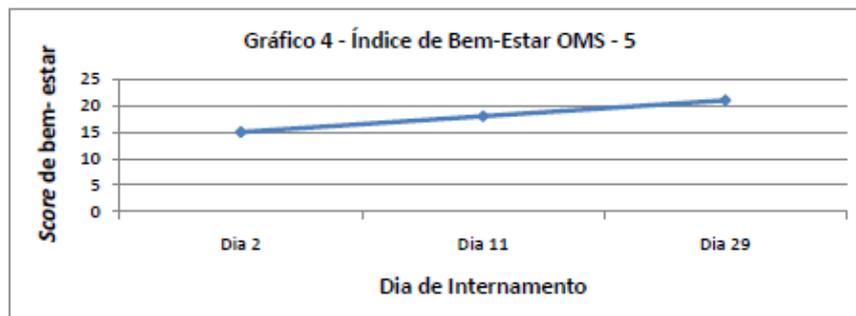
Na monitorização da escala da dor houve melhorias, a dor era reportada a nível do ombro direito, sendo que foram utilizadas várias estratégias para a redução da mesma,

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

a analgesia que tinha prescrita em esquema era administrada, nunca necessitou de terapêutica analgésica adicional. Foram realizadas atividades terapêuticas concomitantes como o relaxamento e a dissociação dos tempos respiratórios, a massagem terapêutica, a visualização guiada, a utilização de banda adesiva neuromuscular. Pode encontrar-se no gráfico 3, a avaliação da escala da dor.



Na monitorização do Índice de Bem-Estar OMS - 5, houve um crescente aumento da sensação de bem-estar, sendo que o plano de cuidados ia sendo monitorizado e repensado após cada parametrização. A tabela 2 apresenta os resultados das avaliações do Índice de Bem-Estar OMS-5 e o Quadro 3 esquematiza o questionário de autoavaliação referido pela pessoa neste RCC.



Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico

Tabela 2. Índice de Bem-Estar OMS - 5								Avaliação		
Dias de avaliação segundo o tempo de internamento da Pessoa		Todo o tempo	A maior parte do Tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas Vezes	Nunca	Dia 2	Dia 11	Dia 29
1	Senti-me alegre e bem disposto/a	5	4	3	2	1	0	2	3	4
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	5	4	3	2	1	0	4	4	4
3	Senti-me ativo/a e energético/a	5	4	3	2	1	0	2	3	4
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	5	4	3	2	1	0	5	5	5
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	5	4	3	2	1	0	2	3	4
Total								15	18	21
Instrução: Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.										
Legenda: A pontuação bruta é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Pode ter valores de 0 a 25 em que 0 representa a pior e 25 a melhor qualidade de vida possível. Para monitorar possíveis alterações no bem-estar, utiliza-se a pontuação percentual padronizada, 10% de diferença indica uma mudança significativa (WHO, 2024c: <a href="https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/ndice-de-bem-estar-oms-(cinco)-(who-5).pdf?sfvrsn=ed43f352_11&amp;download=true">https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/ndice-de-bem-estar-oms-(cinco)-(who-5).pdf?sfvrsn=ed43f352_11&amp;download=true</a> )										

O Sr. O. apresentou-se cada vez mais alegre, tranquilo e bem-disposto, quanto mais incluindo no plano de cuidados, personalizado às suas expetativas, mais energético e ativo se sentia. Perceber que no início, na avaliação da escala, o dia-a-dia da pessoa não correspondia às suas expetativas, sendo necessário ajustar o plano de cuidados, melhorando a sua descrição de bem-estar no final do RCC. O Sr. O sentia-se mais alegre e tranquilo na presença da sua família. Concomitantemente era importante o seu dia estar preenchido com exercícios que o estimulassem a nível motor. Com enfoque da intervenção do EEER para a aquisição de conhecimento e capacitação da técnica correta pela pessoa para exercícios que pudesse realizar autonomamente e em segurança. Em todos os diagnósticos levantados houve um aumento do conhecimento e da capacidade de realizar as técnicas e intervenções propostas.

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

**Discussão**

Considera-se que este RCC traduziu um pensamento conceptual de um plano de cuidados de ER centrado com a pessoa e família, enquadrado num contexto comunitário, numa UMDR. Como Bright e colaboradores (2024), expressam no seu artigo quanto mais o plano de cuidados vai ao encontro das expetativas da pessoa, monitorizando o bem-estar, os ganhos em saúde são expressos no aumento deste indicador. Sendo que, foram obtidos ganhos em saúde em todos os diagnósticos de ER levantados.

Em todos os focos levantados e consequentemente os diagnósticos, a monitorização do bem-estar, da dor, da expetativa da pessoa foram sendo equacionados. O elogio e o reforço positivo foram transversais a toda a intervenção. Com a evidência possível, neste RCC, o bem-estar, a expetativa da pessoa e a monitorização da dor, são essenciais na elaboração de planos de cuidados do EEER. Numa perspetiva de avaliação holística e integral na prespetiva dos conceitos referido anteriormente por Pestana (2023) e Caldeira (2023).

Como mencionado por Rocha e colaboradores (2020), considera-se neste RCC que a relação terapêutica, torna-se essencial, num plano de cuidados empático direcionado às expetativas e bem-estar da pessoa, alvo dos cuidados do EEER. Neste caso, falar do mar era o motor desbloqueador desta relação. A intencionalidade e o conhecimento profundo que o EEER coloca nos seus planos de intervenção, é característica única deste grupo profissional de saúde e a sua perceção tanto pelas pessoas, familiares e seus pares, torna-se essencial num mundo acelerado, onde o tempo para o toque e intervenções de bem-estar tem de ser salvaguardado.

O Sr. O. referiu que quanto mais os dias eram preenchidos com cuidados que lhe faziam sentido, mais a sua satisfação e bem-estar aumentavam. Nas pequenas coisas, passo a passo, a limitação é ultrapassada. Referiu também que quanto menor era a dor, mais motivado se sentia. Assim como referiu que quanto mais se via a mexer, mais feliz ficava. O dia estar preenchido com a presença da família e amigos era motivo de bem-estar e conforto.

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

**Pontos a melhorar:**

A capacitação na gestão da doença e capacitação de uma maior independência nas atividades de vida diária tornam-se importante para o bem-estar e ganhos em saúde (Mulligan, et al., 2019). Sendo que este relato de caso poderia ter beneficiado de mais tempo de intervenção com um possível reflexo mais representativo dos ganhos em saúde.

**Pontos Fortes:**

A relação terapêutica de parceria estabelecida, no plano de cuidados de ER, empático, sensível e personalizados à expectativa do Sr. O. e da sua família.

Um plano flexível à parametrização da funcionalidade, da capacidade do autocuidado, do bem-estar e da dor apresentada pela pessoa, na melhor gestão possível de caso, com o propósito da melhor potencialização da funcionalidade e reinserção social, com ganhos em saúde em todos os diagnósticos do EEER levantados.

Este RCC ter sido realizado numa UMDR como uma equipa multidisciplinar comprometida e efetiva no processo de cuidados. Não houve intercorrências relevantes a relatar (reinternamento hospitalar, infeções respiratórias) pelo que o plano de cuidados foi otimizado em pleno.

**Sugestões:**

Realização de um Relato de Caso Clínico pelo EEER no tempo total de internamento na UMDR e com uma escala de bem-estar validada para a população portuguesa ou realização de uma proposta de validação.

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

**Considerações Finais:**

Verificou-se aumento da funcionalidade da pessoa e da capacidade do autocuidado com ganhos em saúde. A monitorização do Índice de Bem-Estar OMS-5 permitiu neste RCC adequar o plano de cuidados do EEER, ficando este mais personalizado e centrado nas expetativas da pessoa. Corroborando com as premissas de Raposo e colaboradores (2020), na promoção efetiva de planos de cuidados integrando a pessoa e a sua família. A Pessoa teve a oportunidade de passar mais tempo do internamento com a sua família e integrar planos de cuidados personalizados e específicos às suas necessidades e preferências, esta tanto integrava as dinâmicas da instituição como estava capacitada, com conhecimento e realização correta da técnica para realizar exercícios adequados à sua situação.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico

### Referências Bibliográficas

American College of Sports Medicine. (2022). Guidelines for Exercise Testing and Prescription (11<sup>ª</sup> Ed.). Wolters Kluwer

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lidel

Bright, F., Ibell-Roberts, C., Featherstone, K., Signal, N., Wilson, B., Collier, A., & Fu, V. (2024). Physical well-being is our top priority': Healthcare professionals' challenges in supporting psychosocial well-being in stroke services. s. Health Expectations published by John Wiley & Sons Ltd, 27, 1-14. <https://doi.org/10.1111/hex.14016>

Caldeira, S. (2023). A Espiritualidade nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. MarquesVieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 41-46). Reimpressão (1<sup>ª</sup> Ed.). Sabooks Editora

Correia, S., Lavajo, M., Sousa, L., Oliveira, I., & Silveira, T. (2019). Prevenção Do Ombro Doloroso Na Pessoa Adulta Após O Acidente Vascular Cerebral: Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. S2 (27): pp. (9-21). Disponível em: <file:///C:/Users/User/Desktop/dor%20no%20ombro%20sousa.pdf>

Decreto-Lei n.º 116/2021, de 15 de dezembro. Diário da República, Série I (241) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/116-2021-175923961>

Decreto-Lei n.º 392/2019, 3 de Maio. Diário da República, Série II (85) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Decreto-Lei n.º 613/2022, 8 de Julho. Diário da República, Série II (131) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

Direção Geral da Saúde (2011) Norma Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em: [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)

Direção Geral de Saúde (2003). Dor como 5º Sinal Vital, Circular Normativa nº09/DGS. Disponível em: [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)

Equator (2024). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Internacional Council of Nurses (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (I. C. Nurses, Editor) Disponível em: [https://www.icn.ch/icnpbrowser/ICNP\\_Browser\\_|\\_ICN\\_-\\_International\\_Council\\_of\\_Nurses](https://www.icn.ch/icnpbrowser/ICNP_Browser_|_ICN_-_International_Council_of_Nurses)

Kwakkel, G., Stinear, C., Essers, B., Munoz-Novoa, M., Branscheidt, M., Cabanas-Valdés, R., Lakičević, S., Lampropoulou, S., Luft, A., Marque, P., Moore, S., Solomon, J., Swinnen, E., Turolla, A., Murphy, M., & Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding Framework. *European Stroke Journal*. 8 (4), 880-894. <https://doi.org/10.1177/23969873231191304>

Marques-Vieira, C., & Caldas, A. (2023). A relevância do Andar: reabilitar a pessoa com andar comprometido. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo de vida* (pp. 547-559). Reimpressão (1ªEd.). Sabooks Editora

Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Lusodidacta

Mulligan, H., Wilkinson, A., Chen, D., Nijhof, C., Kwan, N., Lindup, A., & Dalton, S. (2019). Components of community rehabilitation programme for adults with chronic

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

conditions: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 114–129.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.013>

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDa do sDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio\\_v8 ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2024). Ontologia. Disponível em: <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In Marques-Vieira C. & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Pontes, M. & Santos, A. (2023). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coords.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo de vida* pp. (89-100). Reimpressão (1ª Ed.). Sabooks Editora

Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (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://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.575>

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

Resolução da Assembleia da República n.º 14/2024, de 12 de Janeiro. Diário da República, Série I (9) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-836495389>

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 (1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Santos, J., Campos, C., & Martins, M. (2020). A Pessoa com AVC em Processo de Reabilitação: Ganhos com a Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação* 3 (2) 36-43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Singh, A. (2021) How to write a Case Report?. *Indian Dermatol Online J*, 12. 683-686. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.325856>

Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2021). Terapias Integrativas na Promoção do Bem-estar. In Henriques, E. (Coord.) *O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp. 837-846). Sabooks

Woldringl, J., Luttik, M., Paans, W., & Gans, R. (2023). The added value of family centered rounds in the hospital setting: A systematic review of systematic reviews. *Plos one*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280142>

World Health Organization (2021). WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/9789240027978-eng.pdf>

World Health Organization (2024a). Implementation of self-care interventions for health and well-being: guidance for health systems. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378232/9789240094888-eng.pdf?sequence=1>

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após acidente vascular cerebral e família na promoção do Autocuidado e bem-estar - relato de caso clínico**

World Health Organization (2024b). Making older persons visible in the sustainable development Goals monitoring Framework and indicators. Disponível em: file:///C:/Users/User/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WT7U0PUG/def inicao%20de%20idoso%20who[1].pdf

World Health Organization (2024c). The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) - Portuguese translation. Denmark: World Health Organization. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/ndice-de-bem-estar-oms-\(cinco\)-\(who-5\).pdf?sfvrsn=ed43f352\\_11&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/ndice-de-bem-estar-oms-(cinco)-(who-5).pdf?sfvrsn=ed43f352_11&download=true)

Wright, L., & Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família. Editora Roca LTDA

Zawawi, N., Aziz, N., Ahmad, K., & Walker, M. (2020). The Unmet Needs of Stroke Survivors and Stroke Caregivers: A Systematic Narrative Review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29 (8), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104875>

## Apêndice 9 - Sessão de Formação em Serviço - Contexto Comunidade



Passo a Passo

Bem-Estar

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após Acidente Vascular Cerebral e Família**

Relato de Caso Clínico

Professora Orientadora:  
Professora Sandy Severino  
Enfermeira Orientadora:  
XXX

Rafaela Pereira nº200027246      Julho, 2024      ESSATLA

### Índice

- Enquadramento conceptualmente da patologia do AVC;
- Relato de Caso Clínico;
- Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação personalizado à pessoa após evento de AVC e à sua família, tendo em conta a sua expectativa e bem-estar;
- Escala e dispositivos utilizados;
- Ganhos em Saúde;
- Considerações Finais.

### AVC



- ✓Principal causa de morte em Portugal em 2009 e em 2019;
- ✓A OMS divide o AVC em duas grandes grupos: isquémicos e hemorrágicos;
- ✓AVC Isquémico: existe uma obstrução na artéria, geralmente criada por um coágulo;
- ✓AVC Hemorrágico: é o mais grave, existe extravasamento do sangue no tecido cerebral, normalmente por rutura do vaso.

(Direção Geral da Saúde, 2022; WHO, 2021; Menoita, 2012)

### Relato de Caso Clínico

Pessoa com 65 anos; Carpinteiro. Casado com 2 filhos.

AVC Hemorrágico lenticulo-capsular e talâmico esquerdo

Chega à UMDR da RNCCL após 37 dias após evento

Morada própria, com boas acessibilidades

Ap: HTA  
Dislipidemia;  
DM NID;  
HBP;

Internamento Hospitalar 27 dias (SUG, UAVC); UMDR com protocolo 10 dias

Expectativa  
Sair para domicílio com capacidade para andar

Com consentimento garantido

### Avaliação Neurológica

- ✓Vigil, orientado no tempo, na pessoa e no espaço;
- ✓Atenção e Memória mantidas;
- ✓Linguagem, com ligeira disartria, nomeia, repete e compreende sem limitação.
- ✓VII (parésia facial à direita completa), VIII (alterações a nível do equilíbrio dinâmico) e X reflexo de vômito diminuído
- ✓Humor eutímico

### Avaliação, Sensorio - Motora

- ✓Sensibilidade – Hipoestesia à drt
- ✓Tónus muscular – Hipertonia distal à drt
- ✓Força Muscular: Hemiparésia do M.S.Drt e Hemiparésia do M.I.D
- ✓Equilíbrio estático mantido
- ✓Equilíbrio dinâmico alterado



### Programa de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após evento de AVC e Família

(Ribeiro et al., 2020; Santos et al., 2020; Paakkari et al., 2024; Bright, et al., 2024).

### Diagnósticos de Enfermagem do EER

Parésia da Face

- Executar técnica de estimulação: tátil e térmica;
- Exercícios Orofaciais

Espasticidade em grau reduzido

Executar técnica de mobilização passiva do hemicorpo afetado, em padrão anti-espástico (10x cada articulação) (dedos da mão, punho, cotovelo, ombro, dedos dos pés, tornozelo, joelho e coxa);

Equilíbrio dinâmico comprometido

Sentar/levantar da cadeira com apoio frontal de mãos (espaldar); alternância da carga nos membros inferiores: Bola Suíça, Tábua de Freeman

ESSATLA

### Exercícios Orofaciais



Sorriso positivo  
Falar do mar

Assimetria do sorriso notória para uma discreta assimetria, Avaliação do VII par craniano.



(Araújo et al., 2021, p. 181-182)

### Espasticidade em grau reduzido



Margaret Johnson

(Araújo, et al., 2021 p. 194)

### Equilíbrio dinâmico comprometido




(Pereira et al., 2021 p. 209-210)

### Escalas

- Escala de Berg
- Escala de MIF
- Escala de MRC modificada
- Escala de Ashworth
- Índice de Barthel
- Índice de Bem-estar

(Ordem dos Enfermeiros, 2016)

### Ganhos em Saúde no Plano de Cuidados

Ann 2024

Dia	28	29	30	4	5	6	7	8	11	13	14	17	19	20	23	25	26	27	28
Escala de Berg	1	2	3	6	9	8	11	12	15	17	18	21	23	24	25	29	30	31	32
Índice de Barthel	50								50							80			
MIF	83															89			
Índice de Bem-Estar	15						18												21



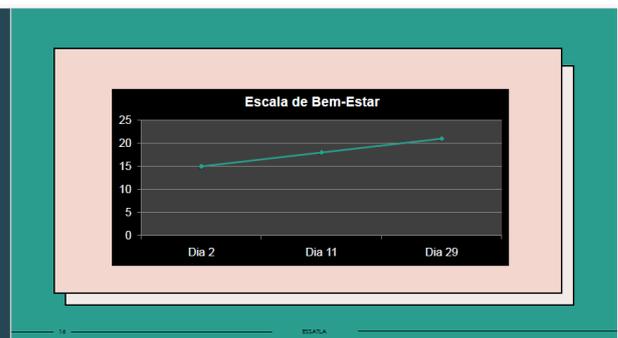
Passou de um risco de queda elevado e equilíbrio diminuído,



para um risco de queda e equilíbrio moderado.

Ganhos em saúde : Escala de Berg

15





## Apêndice 10 - Poster Científico - Relato de Caso Clínico na comunidade

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação sensíveis ao Andar Comprometido, à Pessoa após AVC na tónica do Bem-Estar - Relato de Caso Clínico -**

### Enquadramento

O **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** é a principal causa de morte em Portugal dados de 2009 e 2019. A Organização Mundial de Saúde (OMS) divide o AVC em dois grandes grupos: isquémicos e hemorrágicos.

- AVC Isquémico: existe uma obstrução na artéria, geralmente criada por um coágulo;
- AVC Hemorrágico: é o mais grave, existe extravasamento do sangue no tecido cerebral (DGS, 2022; WHO 2021; Menotta, 2012)

O **Andar** é definido como o movimento do corpo de um lugar para outro, que permite sustentar o peso do corpo com uma marcha eficaz, com várias velocidades, subir ou descer escadas e rampas (ICN, 2019).

Quando o **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER)** se foca no diagnóstico do andar comprometido e desenvolve intervenções para potenciar a funcionalidade, esta capacidade atua concomitantemente com uma melhor capacidade no autocuidado e na atividade de vida diária, sendo que potencializar o andar é uma das principais metas da reabilitação (Marques-Vieira & Caldas, 2023).

O **Bem-Estar** é entendido pela OMS como algo positivo, inspiracional e condição experiencial de vida percebida por cada indivíduo (WHO, 2023). Foi utilizado o Índice de Bem-Estar da OMS (WHO, 1998).

### Anamnese da Pessoa após AVC

Pessoa com 65 anos, género masculino, caucasiano, carpinteiro encontrava-se no ativo. Apresentou episódio de AVC hemorrágico lenticulo-capsular e talâmico esquerdo de etiologia, em estudo provavelmente, hipertensivo. Alergias medicamentosas desconhecem-se. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes mellitus não insulino dependente, hipertrofia benigna da próstata e dislipidemia medicada. Primeira Tomografia de Crânio demonstrou: hematoma agudo lenticulo-capsular e talâmico esquerdo, condicionando ligeira moldagem ventricular lateral esquerdo e do terceiro ventrículo, mas não se observam desvios da linha média.

É Expetativa da Pessoa sair do internamento a andar com ou sem auxiliar de marcha.



### Plano de Cuidados do EER centrado na Pessoa

Foco: Andar Comprometido      Diagnóstico do EER: Potencial para melhorar a capacidade para andar

- Avallar conhecimento sobre a técnica de adaptação para andar;
- Ensinar sobre técnica de adaptação para andar;
- Provisionar material;
- Treino de curta duração e várias vezes ao dia - inicialmente treino de marcha controlada, com o EER;
- Treino de marcha em barras, marcha com obstáculos, com apoio do EER;
- A pessoa realiza a técnica com o apoio do EER. Este deve abordar a pessoa pelo lado afetado e efetuar as intervenções corretas da boa prática de cuidados;
- Treino de marcha com auxílio de produtos de apoio, exemplo: tripé;
- Musicoterapia, monitorizar dor, reforço positivo;
- Avallar Escala de Berg.

(OE, 2015, OE, 2016, OE, 2023, OE, 2024; Araújo Soares, Ribeiro, Martins, 2021; Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2023)

### Metodologia

Mapeamento sucinto do estado da arte do AVC e do Bem-Estar enquadrado num relato de caso clínico descritivo pela *Check List CARE*, numa Unidade de Médica Duração e Reabilitação (UMDR) inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), numa abordagem qualitativa, durante o primeiro mês de internamento da pessoa, na região Sul de Portugal. A escala de Berg foi aplicada por dois avaliadores e o nível de Índice de Bem-estar foi referido pela pessoa. Foi realizada uma entrevista final e foram garantidas todas as questões ético-deontológicas (Equator, 2024).

### Resultados

**Ao nível do foco Andar Comprometido:** houve ganhos evidentes em saúde ao nível da Escala de Berg, passando de um risco de queda elevado para um risco de queda moderado, representado no Gráfico 1. Exemplos: Passou de ser capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas, para ser capaz de permanecer em pé independentemente se usa as mãos e passou de apoiar a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida para sentar com segurança com o mínimo de uso das mãos. Passou de um resultado final de 13 para 33.

**Ao nível do Bem-estar:** Houve um crescente aumento do nível positivo do Índice de Bem-estar. A Pessoa ia sentindo-se cada vez mais alegre e bem disposta. Quanto mais incluída no plano de cuidados, personalizado às suas expetativas, mais energética e ativa se sentia. Neste caso, era preponderante para si a inclusão da sua família.




### Conclusões

- Ganhos positivos na escala de Berg evidenciam o impacto positivo da intervenção do EER na melhoria da funcionalidade da pessoa;
- A monitorização do Bem-Estar permitiu neste Relato de Caso adequar o Plano de Cuidados, ficando este mais personalizado e centrado nas expetativas da Pessoa.

### Referências Bibliográficas



Dia	Escala de Berg										Índice de Bem-Estar									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01	13										10									
03	13										10									
05	13										10									
07	13										10									
09	13										10									
11	13										10									
13	13										10									
15	13										10									
17	13										10									
19	13										10									
21	13										10									
23	13										10									
25	33										20									

AUTORES:  
 RAFAELA PEREIRA, XXX  
 LUÍS SOUSA & SANDY SEVERINO  
 GADA/ESPINHO, 2024

## **Anexos**

**Anexo 1 - Certificado - *Blended Intensive Programme***

  Co-funded by the European Union

**CERTIFICATE**

**Rafaela Pereira**

This is to certify that .....  
*(first name and surname of student)*

a student of the Atlântica Instituto Universitári (P BARCARE01)

participated in the Blended Intensive Programme: 2022-1-PL01-KA131-HED-000062468-1  
'Intercultural differences in perceiving the human body through reflection on body posture and body-mindfulness'  
hosted by the University of Applied Sciences in Tarnow (PL TARNOW02)

Virtual component: 05/04/2024, 12/04/2024 & 31/05/2024  
Face to face from 20/05/2024 to 24/05/2024

Number of ECTS points awarded: 3

Małgorzata Kolpa, PhD (Rector)

**REKTOR**  
  
.....  
dr hab. Małgorzata Kolpa, prof. Uczelni  
*(signature)*

Tarnow, 24.05.2024  
.....  
*(place and date)*

**AKADEMIA TARNOWSKA**  
ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów  
+48 14 63 16 614, [dzw@atar.edu.pl](mailto:dzw@atar.edu.pl)

## Anexo 2 - Certificado - *CINAHL Complete*



### Anexo 3 - Certificado de Presença Ordem dos Enfermeiros I



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**RAFAELA MARIA SEMEDO SALVADINHA PEREIRA**

membro nº 61735 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - As ULS: Desafios e ganhos em saúde", realizado no dia 18 de Abril de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 18 de Abril de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

## Anexo 4 - Certificado de Presença Ordem dos Enfermeiros II



### CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**RAFAELA MARIA SEMEDO SALVADINHA PEREIRA**

membro nº 61735 desta Ordem, participou no(a) "Webinar "Terapias não farmacológicas na pessoa com dor"", realizado no(s) dia(s) no dia 2 de Julho de 2024, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 2 de Julho de 2024

Presidente do Conselho Directivo Regional

*Dora Lisa Rocha Franco*

Dora Franco

---

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribuído 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

## Anexo 5 - Certificado de Presença Ordem dos Enfermeiros III



### CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**RAFAELA MARIA SEMEDO SALVADINHA PEREIRA**

membro nº 61735 desta Ordem, participou no(a) "Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática", realizado no dia 15 de Outubro de 2024, com duração total de 02h00, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

A handwritten signature in black ink, reading 'Luís Filipe Barreira'.

Luís Filipe Barreira

---

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribuído 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

## Anexo 6 - Certificado de Presença Congresso Internacional

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: um Direito para Tod@s

**CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2024**

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que

**Rafaela Maria Semedo Salvadinha Pereira**

esteve presente no

**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2024**

que decorreu em Espinho de 05 a 07 de dezembro de 2024,

num total de 21 horas.

E apresentou:

**Poster - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação sensíveis ao Andar Comprometido, à Pessoa após AVC na Tónica do Bem-estar - Relato de Caso Clínico**

O Presidente da APER,

*Belmiro Rocha*  
(Belmiro Rocha)

**5 a 7 dezembro**  
Hotel Solverde  
Gaia/Espinho

Certificado APER 40291

## Anexo 7- Certificado de Apresentação de Poster

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: um Direito para Tod@s

**CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2024**

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que o trabalho em forma de **Poster**:

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação sensíveis ao Andar Comprometido, à Pessoa após AVC na Tónica do Bem-estar - Relato de Caso Clínico**

de

**Rafaela Maria Pereira<sup>1</sup>**; [REDACTED];  
**Luís Sousa<sup>1</sup>; Sandy Severino<sup>1</sup>**

1 - ESSATLA; 2 - UMDR da região Sul

foi apresentado no

**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2024**,  
que decorreu de **05 a 07 de dezembro de 2024** em Espinho

O Presidente da APER,

*Belmiro Rocha*  
(Belmiro Rocha)

**5 a 7 dezembro**  
Hotel Solverde  
Gaia/Espinho

Certificado APER Resumo



## Anexo 8 - Certificado de apresentação de sessão em Contexto Hospitalar

 <b>REPÚBLICA PORTUGUESA</b> <small>SAÚDE</small>	 <b>SNS</b> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 <b>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE</b> [Redacted]
---	---	---

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **RAFAELA PEREIRA**, foi formadora na sessão "Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho", que decorreu no dia 13/12/2024, com a duração de 01h, no Serviço de Medicina [Redacted] Internamento do Hospital [Redacted] Unidade Local de [Redacted] no âmbito do estágio do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**CONTEÚDOS**

- Lesões músculo-esqueléticas relacionados com o trabalho:
  - Principais sintomas
  - Fatores de risco
- Ginástica Laboral

[Redacted] 28 de janeiro de 2025

A Enfermeira Diretora

## Anexo 9 - Comprovativo de aceitação para publicação, artigo científico I

Your submission has been accepted to Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria ✕ 📄 🗑️

Caixa de entrada x



**Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria** editorial@ageditor.ar [atraves.de.srv1433.main-hosting.eu](mailto:atraves.de.srv1433.main-hosting.eu)  
para Sandy, mim

23/02/2025, 19:49 (há 2 dias) ☆ 😊 ↶ ⋮

Traduzir para português ✕

The following email was sent to Sandy Severino from Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria regarding Rehabilitation Nursing with post-stroke patients and their families to promote well-being - Case Report.

You are receiving a copy of this notification because you are identified as an author of the submission. Any instructions in the message below are intended for the submitting author, Sandy Severino, and no action is required of you at this time.

Dear Sandy Severino,

I am pleased to inform you that we have decided to accept your submission without further revision. After careful review, we found your submission, Rehabilitation Nursing with post-stroke patients and their families to promote well-being - Case Report, to meet or exceed our expectations. We are excited to publish your piece in Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria and we thank you for choosing our journal as a venue for your work.

Your submission is now forthcoming in a future issue of Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria and you are welcome to include it in your list of publications. We recognize the hard work that goes into every successful submission and we want to congratulate you on reaching this stage.

Your submission will now undergo copy editing and formatting to prepare it for publication.

You will shortly receive further instructions.

If you have any questions, please contact me from your [submission dashboard](#).

Kind regards,

Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria

## Anexo 10 - Comprovativo de aceitação para publicação, artigo científico II



Autonomous City of Buenos Aires, February 24, 2025

Dear researcher,

Through this letter, we certify the acceptance of the scientific article entitled "*Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility*", authored by *Ana Gouveia, Rafaela Pereira, Patricia Sousa, Rita Ruivo, Pedro Rodrigues, Sandy Severino, Luis Sousa*, following the peer review process in the journal *Seminars in Medical Writing and Education*.

The article has been published on the journal's website with the persistent identifier: <https://doi.org/10.56294/mw2025169>.

Once the article's layout is available on the journal's website, you are free to share the PDF on your scientific social networks, blogs, and/or institutional repositories, as the article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

*Seminars in Medical Writing and Education* is a peer-reviewed scientific journal with a double-blind review system. Its purpose is to promote the dissemination of scientific publications derived from national or foreign research.

Without further ado, on behalf of the editors of the journal, we cordially greet you and congratulate you on this academic achievement.

Sincerely,



Dr. José Alejandro Rodríguez-Pérez  
Editorial Salud, Ciencia y Tecnología  
<https://mw.ageditor.ar/index.php/mw>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3563-7303>

William  
Castillo-  
González

Firmado digitalmente por  
William Castillo-  
González  
Fecha: 2025.02.24  
01:48:51 -03'00'



## Anexo 11 - Comprovativo de submissão, artigo científico III

Thank you for your submission to Community and Interculturality in Dialogue ✕ 🖨 📧

Caixa de entrada ✕

 **Prof. Dr. William Castillo-Gonzalez** editorial@ageditor.ar através de srv1433.main-hosting.eu domingo, 16/02, 23:06 (há 4 dias) ☆ 😊 ↩ ⋮  
para mim ▾

 Traduzir para português ✕

Dear Rafaela Pereira,

Thank you for your submission to Community and Interculturality in Dialogue. We have received your submission, Rehabilitation Nursing from the theoretical perspective of Orem, Meleis and Swanson, in promoting the well-being of the aged person in the community, and a member of our editorial team will see it soon. You will be sent an email when an initial decision is made, and we may contact you for further information.

You can view your submission and track its progress through the editorial process at the following location:

Submission URL: <https://cid.ageditor.ar/index.php/cid/authorDashboard/submission/142>

If you have been logged out, you can login again with the username rafaela\_maria\_pereira.

If you have any questions, please contact me from your [submission dashboard](#).

Thank you for considering Community and Interculturality in Dialogue as a venue for your work.