



2ª EDIÇÃO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
PREVENÇÃO DE SÍNDROME DE IMOBILIDADE POR
INTERNAMENTO PROLONGADO**

REALIZADO POR:

Marlene Costa Teixeira



2ª EDIÇÃO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE SÍNDROME
DE IMOBILIDADE POR INTERNAMENTO PROLONGADO**

Marlene Costa Teixeira

Orientação: Prof. Doutor Nelson Guerra

Barcarena, 2025

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório.”

AGRADECIMENTOS:

A todas as pessoas que contribuíram e acompanharam o meu processo de desenvolvimento e crescimento académico, nomeadamente à minha equipa de trabalho, a qual me impulsionou e motivou a ingressar neste processo de aprendizagem, aos professores e colegas do curso de mestrado, pelo apoio, encorajamento e cuidado em não nos deixar desistir ao longo de todo o percurso e caminho desafiante e exigente que atravessamos. A todos os meus orientadores de estágio e respetivos orientadores supervisores, nomeadamente à enfermeira Vanda Gomes e ao enfermeiro João Oliveira, que estiveram sempre disponíveis e possibilitaram o desenvolvimento das competências de especialista e de mestre, oferecendo sempre o espaço, tempo e apoio necessários para o desenvolvimento de aprendizagem, ensino, treino e supervisão, pelo apoio nos momentos mais desafiantes, proporcionando sempre um ambiente acolhedor, seguro e de grandes oportunidades de aprendizagem, que muito contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu marido, pois sem ele, não teria sido possível ter ingressado e concluído o curso, por todo o seu apoio, resiliência, amor e companheirismo ao longo deste processo. Às nossas queridas filhas, Benedita e Íris, que graças ao seu amor incondicional e resiliência, tudo se tornou um pouco mais leve e fácil de digerir.

E principalmente, a mim, por toda a resiliência, coragem e determinação.

A todos os clientes envolvidos neste percurso académico, que permitiram o desenvolver e aperfeiçoamento das competências adquiridas, através do seu apoio, carinho, disponibilidade, paciência, confiança e entrega.

RESUMO

Enquadramento: O internamento hospitalar prolongado correlaciona-se com o desenvolvimento de baixos níveis de mobilidade (Sousa, Valente, Lopes, Ribeiro, Abreu & Alves, 2024), resultando em altos défices funcionais, interferindo diretamente com a qualidade de vida e bem-estar da pessoa.

Objetivo: Identificar a relação entre a intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) e a melhoria da capacidade funcional da pessoa em processo de transição saúde/doença, com episódio de internamento prolongado e os ganhos em saúde sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação (CEER).

Metodologia: Relatório de estágio profissionalizante descritivo, com uma abordagem qualitativa e prática reflexiva com discussão assente numa revisão sistemática da literatura e na Teoria das Transições de *Afaf Ibrahim Meleis*, com recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2020), dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2018) e aos instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (ER) (2016).

Resultados: A última evidência destaca as componentes do suporte educacional e da capacitação da pessoa (Pacheco, Alves, T. & Alves, T., 2024), como foco de atenção por parte do EEER, através do desenvolvimento de conhecimento e da aprendizagem de capacidades por parte da pessoa ao longo do seu processo de transição saúde/doença, resultando na maximização da funcionalidade e respetiva independência funcional. (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Conclusão: O EEER é classificado como o profissional de saúde com potencial em satisfazer as necessidades das pessoas portadoras de déficit funcional em processo de transição e adaptação, pelas suas competências específicas, diferenciadas e capacidade de proximidade, estabelecendo uma relação terapêutica e envolvimento no processo de saúde/doença, promovendo uma aprendizagem enriquecedora, através do desenvolvimento de comportamentos de adaptação, adesão e empoderamento da pessoa, pela aquisição de competências na autogestão da doença ou deficiência/fragilidade, com resultados na maximização da sua independência funcional, promovendo o seu bem-estar e autocuidado.

Descritores: Funcionalidade; Mobilidade; Transição; Enfermagem de Reabilitação; Capacitação.

ABSTRACT:

Framing: Prolonged hospital stays are correlated with the development of low levels of mobility (Sousa, Valente, Lopes, Ribeiro, Abreu & Alves, 2024), resulting in high functional deficits, directly interfering with the person's quality of life and well-being.

Objective: To identify the relationship between the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in improving the functional capacity of the person in the process of health/illness transition, with an episode of prolonged hospitalization and the health gains sensitive to Specialized Rehabilitation Nursing Care.

Methodology: Descriptive professional internship report, with a qualitative approach and reflective practice with discussion based on a systematic literature review and Afaf Ibrahim Meleis' Transitions Theory, using the language of the International Classification for Nursing Practice (2020), the Quality Standards for Specialized Care in Rehabilitation Nursing (2018) and data collection instruments for the documentation of specialized care in Rehabilitation Nursing (2016).

Results: The latest evidence highlights the components of educational support and person empowerment (Pacheco, Alves, T. & Alves, T., 2024), as the focus of attention on the part of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, through the development of knowledge and the learning of skills by the person throughout their health/illness transition process, resulting in the maximization of functionality and respective functional independence. (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Conclusion: The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is classified as a health professional with the potential to meet the needs of people with functional deficits in the process of transition and adaptation, due to their specific, differentiated skills and ability to be close, establishing a therapeutic relationship and involvement in the health/disease process, promoting enriching learning, through the development of behaviors of adaptation, adherence and empowerment of the person, through the acquisition of skills in the self-management of the disease or disability/fragility, with results in maximizing their functional independence, promoting their well-being and self-care. (Petronilho, Margato, C, Mendes, Areias, Margato, R & Machado, 2021).

Descriptors: Functionality; Mobility; Transition; Rehabilitation Nursing; Training.

ÍNDICE	Página
Introdução	12
1. Apreciação e análise dos contextos de estágio	16
1.1. Contexto comunitário	16
1.2. Contexto hospitalar	18
2. Enquadramento conceptual	19
3. Análise crítico-reflexiva das competências	24
3.1. Desenvolvimento de competências em contexto comunitário	26
3.2. Desenvolvimento de competências em contexto hospitalar	36
4. Análise de SWOT	47
Conclusões	49
Referências bibliográficas	52
Anexos e apêndices	59
ANEXO I – Representação dos resultados sensíveis aos CEER, assentes nos Indicadores de Processo e de Resultado, com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis	61
ANEXO II – Capacitação da pessoa em processos de transição	63
ANEXO III – Instrumentos de colheita de dados	65
ANEXO IV– Recurso comunicativo para a pessoa com afasia	78
APÊNDICE I - Folheto Educativo sobre a Doença de Parkinson	80
APÊNDICE II- Relato de Caso Clínico: Intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com instabilidade postural em movimento	82

APÊNDICE III – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com neoplasia do pulmão: caso clínico.	117
APÊNDICE IV – Folheto Informativo AVC isquémico – Regresso ao Domicílio	159
APÊNDICE V – Recurso utilizado na pessoa com AVC - NeuroBox®	161
APÊNDICE VI – Boletim Informativo Controlo da Dispneia – Regresso ao Domicílio	163
APÊNDICE VII - Folheto Informativo Ventilação Comprometida – Regresso ao Domicílio	166

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

CEER – Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação

CPNPC – Carcinoma Pulmonar de Não Pequenas Células

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EP – Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERC – Estágio de Reabilitação na Comunidade

ESSATLA – Escola Superior de Saúde da Atlântica

FCF – Fratura do Colo do Fémur

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Prestador de Cuidados

PER – Programa de Enfermagem de Reabilitação

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

PTSD – Processo de Transição Saúde/Doença

REP – Resistência Elástica Progressiva

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TENS – Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

Como estudante da Escola Superior de Saúde da Atlântica (ESSATLA), da segunda Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no segundo ano, com a intenção de obter o grau de Mestre e o título profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é proposto a elaboração do presente Relatório de Estágio Profissionalizante, integrante da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem, e da unidade Curricular Estágio Profissionalizante (EP), composto pela descrição das principais atividades desenvolvidas nos estágios realizados ao longo do respetivo curso, nomeadamente, o Estágio de Reabilitação na Comunidade (ERC), realizado no primeiro ano do curso e o EP, realizado no segundo ano, integrando uma análise crítica e reflexiva, com base no pensamento teórico da disciplina de enfermagem, com o principal objetivo de demonstrar o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e das competências específicas do EEER, assim como as competências do grau de Mestre.

O primeiro estágio, o ERC, decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrando a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e o segundo estágio, o EP, decorreu em contexto hospitalar, num serviço de Medicina e Especialidades Médicas, ambos os locais na área metropolitana de Lisboa.

No que diz respeito ao papel e ação do EEER e conforme comprova a respetiva legislação, existe, cada vez mais, a necessidade da presença e integração nas equipas multidisciplinares dos Cuidados de Saúde Primários, um profissional especializado nas respetivas unidades funcionais, uma vez que este possui competências diferenciadas para colmatar as necessidades de saúde mais complexas, que exigem uma intervenção mais especializada, que assente na mestria e na exigência da qualidade dos cuidados que são prestados, destacando o papel do EEER, uma vez que as suas ações e

intervenções vão ao encontro dos principais indicadores de qualidade delineados pelas respetivas administrações hospitalares, assim como a Satisfação do Cliente, a Promoção da Saúde, a Prevenção de Complicações, o Bem-estar e o Autocuidado, a Readaptação Funcional, a Reeducação Funcional, a Promoção da Inclusão Social e a Organização dos Cuidados de Enfermagem. (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), 2018).

O EEER é, portanto, um elemento essencial, importante e imprescindível na prestação direta de cuidados à pessoa, que vivencia um processo de transição e adaptação, desde o momento do seu internamento até à data da alta, assim como da sua reintegração na comunidade, no seu regresso a casa. Tendo sido demonstrado pela mais recente evidência e revisão da literatura, através dos resultados obtidos pela implementação dos CEER, refletidos em ganhos em saúde, nomeadamente no que diz respeito à Prevenção de Complicações, pelas consequentes alterações e declínio da funcionalidade, através das limitações nas suas atividades de vida diária (AVD) e consequentes incapacidades funcionais, tanto a nível motor, como sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, do autocuidado da alimentação, da eliminação e da sexualidade, pela redução da taxa de reinternamentos hospitalares; na Readaptação Funcional, pela maximização das capacidades funcionais da pessoa, através da melhoria da sua capacidade funcional e consequentemente do seu desenvolvimento pessoal, evidenciando uma melhoria da taxa de incidência do grau de dependência à data da alta clínica hospitalar, refletindo-se na Reeducação Funcional, pela melhoria da sua qualidade de vida, através da sua reintegração social, pela sua participação na comunidade e sociedade onde a pessoa se encontra inserida. (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018). Atuando e agindo em articulação e colaboração com a equipa multidisciplinar onde se encontra integrado, existindo a possibilidade de uma atuação imediata em situações de agravamento do estado clínico da pessoa, garantindo uma prestação de cuidados individualizados e personalizados, assim como da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, garantindo o regresso a casa em condições de segurança, zelando pelo Bem-Estar holístico, autonomia e independência funcional da pessoa em processo de transição saúde/doença (PTSD).

Como Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação (EMER) é proposto atingir os seguintes objetivos de aprendizagem, de acordo com a ESSATLA (2023/2024):

- ✚ Aprimorar os conhecimentos obtidos no curso, indo ao encontro de uma prática de cuidados em enfermagem diferenciadora na área de reabilitação, em contexto comunitário, na continuidade dos cuidados, e nos Processo Neurológico Degenerativo.
- ✚ Empregar os conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações complexas na prática clínica de Enfermagem de Reabilitação (ER), em contexto comunitário.
- ✚ Integrar conhecimentos e gerir questões complexas no durante a prestação de cuidados de ER, em contexto comunitário.
- ✚ Recorrer ao espírito crítico sobre envolvimento e deveres éticos e sociais que decorram de processos de tomada de decisão durante a prestação de cuidados de ER em contexto comunitário.
- ✚ Demonstrar competências através da construção de um projeto profissional aplicável em contexto de estágio de ER.
- ✚ Integrar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, na prática de cuidados em ER, em contexto hospitalar, nomeadamente, em serviço de Medicina e Especialidades Médicas, nomeadamente cardiorrespiratória, neurológica e paliativa.
- ✚ Aplicar os saberes e a aptidão de compreensão na resolução de problemas em situações complexas em contexto de estágio de ER, nomeadamente nos processos de transição saúde/doença, principalmente os processos cardiorrespiratório, neurológico e paliativo.
- ✚ Aperfeiçoar competências de implementação, gestão e supervisão dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação (CEER).
- ✚ Desenvolver competências de avaliação e intervenção clínica na área da ER, assim como de supervisão de enfermeiros generalistas, promovendo o desenvolvimento de aprendizagem.
- ✚ Transmutar informação, ideias, problemas e soluções na garantia da continuidade dos cuidados com base na melhor evidência científica existente.

- ✚ Empregar conhecimentos e competências na concretização do processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional, através da realização do relatório de EP.

Tendo em conta as diretrizes e orientações metodológicas por parte da ESSATLA (Relatório do Estágio Profissionalizante: Orientações Gerais, 2023), para a elaboração do presente relatório de estágio profissionalizante, o presente trabalho é composto por seis partes: introdução, seguida da apreciação e análise dos contextos de estágio descritos (ERC e EP), do enquadramento conceptual, da análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas e adquiridas, da análise *SWOT* e respetiva conclusão.

Sendo apresentado em Apêndice e Anexos as atividades desenvolvidas ao longo do meu percurso académico em contextos de estágio, na comunidade e hospitalar.

1. Apreciação e Análise dos Contextos de Estágio

1.1 Contexto Comunitário

No ano de 2023, é elaborado o Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023), no sentido da criação e necessidade de um aumento ao acesso, qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), associado a um aumento da taxa de envelhecimento da população portuguesa e consequentes episódios de descontrolo e agravamento das doenças crónicas associadas, resultando num aumento das necessidades de saúde e respetivo bem-estar associado, cria a necessidade da realização de uma estruturação por parte do SNS, através da constituição e implementação de modelos organizacionais que permitam uma gestão integrada dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e dos cuidados em contexto hospitalar, nomeadamente, as Unidades Locais de Saúde (ULS), com o principal intuito de passar a existir uma articulação entre as diferentes equipas de profissionais de saúde de todos os níveis de cuidados de saúde prestados à pessoa, no sentido de potencializar “o acesso e a eficiência do SNS” (Decreto-Lei n.º 102/2023, 2023, p.5).

O ERC é desenvolvido numa UCC, integrada no modelo organizacional de ULS, da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre os dias 21 de maio de 2024 e 28 de julho de 2024, implementando e desenvolvendo os CEER em contexto de ECCI, a pessoas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com necessidade da continuidade de cuidados de Reabilitação, a vivenciar um processo de transição situacional e de adaptação, em contexto comunitário, no seu ambiente de domicílio.

Conforme o Decreto-Lei 28/2008 (2008), as unidades funcionais de tipologia UCC, têm como principal missão, o desenvolvimento, a implementação e atuação, em contexto comunitário, de cuidados especializados e diferenciados a pessoas, famílias e/ou comunidades, da sua área de abrangência, no âmbito da UCC e RNCCI, nomeadamente,

ECCL. Estas equipas, por norma, são constituídas por uma equipa multidisciplinar, integrada por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e terapeutas da fala, sujeita à necessidade e existência de recursos humanos.

O Decreto-Lei nº101/2006 (2006), nomeadamente o artigo 27º, define a tipologia de ECCL como:

“uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.” (p.3862).

A respetiva UCC onde foi desenvolvido o ERC, implementa e desenvolve alguns projetos integrados na comunidade, destacando um projeto recentemente implementado durante o ERC, pela ULS onde se encontra integrada. O projeto inicialmente desenvolvido por outra UCC, atualmente integrada na mesma ULS, surge de um estudo retrospectivo, com início a janeiro do ano de 2022, com base numa amostra de vinte pessoas institucionalizadas com o diagnóstico de Fratura do Colo do Fémur (FCF), evidenciando resultados dos CEER implementados entre o ano de 2020 e o ano de 2021, sobre catorze pessoas que foram transferidas para o seu domicílio sem qualquer tipo de suporte de cuidados de saúde, nomeadamente da continuidade de cuidados de Reabilitação, particularmente do PER inicialmente implementado e desenvolvido em contexto hospitalar. Prevê-se ainda que este projeto passe a integrar as restantes UCC constituintes da respetiva ULS. O projeto é apresentado sob a temática: “Via Verde Fratura do Colo do Fémur – do Hospital para o Domicílio”, assente na estruturação e na definição dos CEER à pessoa portadora de FCF, admitida em Serviço de Ortopedia, do

respetivo Hospital da ULS, com alta hospitalar e regresso ao domicílio, com critérios de admissão para integrar a ECCI da sua área de abrangência, garantindo a continuidade de cuidados de reabilitação. Prevendo a implementação do PER nas primeiras 48h, após o regresso a casa, com uma duração pré-estabelecida de quatro a seis semanas e o agendamento de uma consulta de ER em contexto domiciliário, por parte do EEER integrado em ECCI. Após a conclusão do respetivo PER e a respetiva alta clínica, está estipulada a realização de uma consulta, do tipo “Follow up”, aos 120 dias após a data de alta (ULS/AS, 2024).

1.2 Contexto Hospitalar

O EP decorreu entre os dias 19 de setembro de 2024 e 19 de dezembro de 2024, num hospital da área metropolitana de Lisboa, com uma prestação de serviços público-privada, num Serviço de Medicina e Especialidades Médicas, composto por três unidades de internamento, a Medicina I – Ala Nascente, a Medicina II – Ala Poente e a Medicina III – Ala Sul, sendo que o desenvolvimento das competências e atividades como EMER decorreram na Medicina II – Ala Poente. O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, por uma enfermeira coordenadora, três enfermeiros responsáveis por cada unidade de internamento, dos quais dois são EEER, uma equipa de enfermagem constituída, aproximadamente por cinquenta enfermeiros, uma equipa médica composta por médicos de diversas especialidades, auxiliares de ação médica, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas, administrativos, assistentes sociais, contando ainda com apoio da unidade de Gestão de Camas, que integra e implementa a Equipa de Gestão de Altas (EGA) do respetivo hospital.

o serviço apresenta uma capacidade de internamento para trinta e uma pessoas, em regime de quarto duplo e mais três quartos individuais de isolamento. Acolhe, principalmente pessoas admitidas no serviço de urgência do mesmo hospital e dos restantes serviços de internamento, de outras especialidades, assim como as eventuais transferências entre o próprio serviço, entra as unidades constituintes, nomeadamente a Medicina II e a Medicina III, sendo a gestão de camas realizada pela EGA do respetivo hospital.

2. Enquadramento conceptual

Dados epidemiológicos destacam a problemática do impacto negativo na funcionalidade da pessoa em consequência de episódio prolongado de internamento hospitalar, diretamente relacionado com baixos níveis de mobilidade (Sousa, Valente, Lopes, Ribeiro, Abreu & Alves, 2024), resultando em altos défices funcionais, interligados com uma maior morbilidade, complicações clínicas, reinternamentos e maior taxa de mortalidade. (Mendes, Santos, Preto & Azevedo, 2023). Refletindo a necessidade de uma intervenção precoce, especializada e personalizada, nomeadamente por parte do EEER em ambiente hospitalar, à pessoa em situação de internamento prolongado, uma vez que é um profissional “de referência por oferecer cuidados especializados de excelência em função das respostas às transições relacionadas aos processos de saúde/doença e incapacidade com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.” (OE, 2018, p.5).

O conceito de mobilidade representa a capacidade de se deslocar, estando dependente de uma função corporal composta por múltiplas ações, essencialmente pelos atributos físicos, cognitivos e psicológicos. (Gil, Sousa & Martins, 2020).

A funcionalidade exhibe a presença de capacidade em realizar todas e quaisquer atividades de relação social, permitindo a participação social por parte da pessoa, através de um papel ativo na sociedade e comunidade onde se encontra inserida. (artigo 3º do DL nº101/2006).

Na presença de déficit funcional existe a perda de capacidade em realizar as principais AVD de uma forma independente, estando diretamente associado a complicações físicas, psicossociais e naturalmente, uma diminuição na qualidade de vida da pessoa. (Mendes *et al.*, 2023).

Indo ao encontro da mais recente evidência, denota-se que a estruturação, o desenvolvimento e a implementação precoce de um PER, tendo por base exercícios terapêuticos como a “mobilização precoce e treino de equilíbrio” (Mendes *et al.*, 2023,

p.5), refletem não só ganhos em saúde, como o aumento da taxa de eficácia da prevenção do declínio funcional.

A ER enquanto especialidade, desde o ano de 1965, comporta um nível elevado de conhecimentos e competências técnico-científicas, cujo principal foco assenta num diagnóstico precoce e integração de ações de natureza preventiva, com o principal objetivo em manter a capacidade funcional da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades adjacentes, através do planeamento de intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções corporais, manter e ou recuperar o nível de independência funcional, minimizar o impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas e motoras. (Santos *et al.*, 2014).

Nesse sentido os CEER representam um papel fundamental e imprescindível na melhoria da capacidade funcional e até a nível emocional, (Pacheco, S., Alves, T & Alves, T., 2024). Nessa perspetiva e visão de cuidados, foi adotada durante o meu percurso formativo, uma intervenção de ER assente na avaliação e parametrização inicial, intermédia e final, do estado funcional da pessoa, tendo em conta o principal diagnóstico clínico associado ao processo de transição situacional e de adaptação, estruturando e implementando um PER com base numa visão holística, individualizado, personalizado e ajustado as principais necessidades, assim como do PTSD, integrando intervenções terapêuticas, assentes, principalmente, na Reabilitação Funcional, nomeadamente, na Reeducação Funcional Respiratória (RFR), Reeducação Funcional Motora (RFM) e Reeducação Cognitiva, apresentando como principal objetivo a redução e minimização do declínio funcional, das principais funções corporais e a maximização da recuperação funcional da pessoa em transição de episódio agudo e ou crónico, com foco no conhecimento e capacitação da pessoa, incluindo e integrando as pessoas significativas no seu PTSD, nomeadamente o cuidador informal, evidenciando e demonstrando resultados através da “maximização da sua funcionalidade” (Barbosa, Figueiredo, Mesquita, & Pestana, 2022, p.48), atingindo o seu potencial de conhecimentos e capacidades adjacentes, refletidos nos respetivos indicadores de processo e resultado, assegurando uma alta clínica em segurança e garantindo a continuidade de cuidados.

Sendo uma temática e problemática atual, a evidência científica cada vez mais sublinha a importância da necessidade em manter o foco nos “níveis de atividade física e períodos de marcha” (Sousa, Valente, Lopes, Ribeiro, Abreu & Alves, 2024, p.3), durante o período de hospitalização, correlacionando a capacidade de andar com a “redução sustentada dos custos dos cuidados de saúde” (Sousa *et al.*, 2024, p.3), tendo vindo a ser destacada a presença e o papel, fundamental do EEER, em contexto hospitalar, pela sua atuação e intervenção, através da integração e implementação de Programas de marcha assistida durante o período de internamento, refletidos em resultados significativos na capacidade funcional da pessoa à data da alta clínica, evidenciando-se nos indicadores de resultado, pela taxa de eficácia da redução do tempo de internamento “de um a três dias” (Sousa *et al.*, 2024, p.3). Pelo que a aposta em “programas de incentivo à mobilidade que incluem marcha, representam estratégias de intervenção face a uma elevada incidência de incapacidade iatrogénica.” (Sousa *et al.*, 2024, p.7), pela implementação de programas de ER de treino de marcha, durante o internamento, uma vez que estes “potenciam a ida para casa” (Sousa *et al.*, 2024, p.7).

Ao longo do meu percurso formativo, no sentido de compreender os processos de transição situacionais e de adaptação, e com o intuito de desenvolver intervenções terapêuticas de ER, através de uma visão holística, individualizada, personalizada e ajustadas às necessidades da pessoa, com o principal objetivo de atingir a maximização da sua funcionalidade, pela recuperação e estabilidade funcional e consequente bem-estar associado (Sousa, Martins & Novo, 2020), os CEER foram estruturados e desenvolvidos assentes na Teoria das Transições de *Afaf Ibrahim Meleis*, no PTSD e respetiva representação dos resultados, destacando e identificando os ganhos em saúde sensíveis aos CEER implementados, através dos indicadores de processo, pela interação e desenvolvimento de uma relação terapêutica enfermeiro-pessoa, na adesão ao respetivo PER pré definido, assim como a colaboração e consciencialização do PTSD, facilitando e indo ao encontro dos indicadores de resultado, pela aquisição de conhecimento e desenvolvimento da nova identidade, evidenciando resultados de mestria pela capacitação da pessoa, da manutenção da sua capacidade funcional, e consequentemente, pela melhoria da sua qualidade de vida. (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

Tendo em conta à literatura mais recente, o conceito de transição reflete a “passagem de um estado estável para outro estado estável” (Sousa, Martins & Novo, 2020, p.66), assente num processo que exige uma mudança, atravessando a experiência de transição, pela aquisição e desenvolvimento da perceção, conhecimento e reconhecimento do processo de transição situacional em que a pessoa se encontra, através da sua consciencialização. Pois, só assim é que a pessoa se torna capaz de se envolver no processo e “se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais.” (Sousa, Martins & Novo, 2020, p.66). Nesse sentido, torna-se fundamental a presença de capacidade e ou habilidades por parte da pessoa, que possibilitem a aquisição e desenvolvimento de novas competências, resultando num processo de “transição com sucesso”. (Sousa, Martins & Novo, 2020, p.66).

Deste modo a atuação e intervenção por parte do EEER na estruturação e implementação das suas intervenções, apresentam como foco de atenção a capacitação da pessoa em processo de transição situacional e de adaptação, tendo por base a teoria das transições, conforme descrito anteriormente. Nesse sentido as temáticas e os CEER estruturados e implementados ao longo do meu percurso formativo, foram contextualizados e fundamentados no processo de capacitação e empoderamento da pessoa com limitação funcional e diminuição da sua participação na reinserção e exercício da cidadania, assentes nos focos de ER o conhecimento e a aprendizagem de capacidades. (Sousa, Martins & Novo, 2020), recorrendo à última evidência e literatura pertinente.

A intervenção e foco por parte do EEER no conhecimento e na aprendizagem de capacidades da pessoa em PTSD, resulta no seu empoderamento, permitindo assim a tomada de decisão de um modo consciente e informado, que consequentemente, gera e leva à ação, permitindo o desenvolvimento de habilidades, nomeadamente da preservação da autonomia e independência funcional por parte da pessoa/cidadão, manifestando a capacidade para lidar e gerir os principais desafios do dia-a-dia, ao longo do processo de transição situacional e de adaptação (Sousa, Martins & Novo, 2020), refletindo-se em ganhos de saúde, sensíveis aos CEER, através dos indicadores de processo, pela ligação, interação e desenvolvimento de uma relação terapêutica enfermeiro-pessoa, pela adesão por parte da pessoa ao respetivo PER, colaboração e

consciencialização do seu PTSD, facilitando e indo ao encontro dos indicadores de resultado, pela manifestação e presença de resiliência, capacitação, manutenção da funcionalidade, empoderamento e reformulação da nova identidade. (Ribeiro *et al*, 2021).

3. Análise crítico-reflexiva das competências

O conceito de Competências, associado à área técnico científica de Enfermagem, surge no livro de *Florence Nightingale (Notes on Nursing)*, associado ao curso de enfermagem, no sentido de estipular os critérios necessários e essenciais para a sua concretização e realização, destacando uma relação direta com a intervenção e o papel do enfermeiro com o conceito de capacitação, mas considerandos como conceitos diferentes, visto o conceito de capacitação representar a eventual existência de potencialidade vs. talento, enquanto o conceito de competência exige a experiência da ação, carecendo de habilidade, resultando no saber, representado pelas competências teóricas, no saber-fazer, representado pelas competências práticas, e no saber-ser, representado pelas competências sociais e comportamentais. (Barata, 2023).

Nesse sentido, a competência pode ser interpretada “como a combinação de conhecimentos, capacidades, habilidades” (Barata, 2023, p.126), assim como outros atributos inerentes à pessoa, exigindo, por parte do enfermeiro a integração de um leque de habilidades, nomeadamente, cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, que possibilitam a expressão do seu nível de desempenho, através da sua ação e intervenção, pela adoção e desenvolvimento do seu conhecimento, habilidade e capacidade de julgamento. (Barata, 2023).

As competências inerentes aos enfermeiros especialistas, designadas por competências comuns, estas refletem uma elevada capacidade de planeamento, implementação, gestão e supervisão das intervenções implementadas pelos enfermeiros especialistas, assentes na “formação, investigação e assessoria”. (Martins, 2021, p.5). Enquanto as competências especializadas, refletem a especificidade da atuação e o papel, neste caso, do EEER, direcionadas às pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o seu ciclo de vida, integradas em todos os contextos clínicos que beneficiam da prática clínica do EEER, dirigidas principalmente à capacitação e empoderamento da pessoa portadora

de deficiência e ou limitação funcional, assim como o impedimento da sua integração e participação do exercício da cidadania, com o principal objetivo de atingir a maximização da sua capacidade funcional, pelo desenvolvimento das suas capacidades adjacentes e, consequentemente, da sua reinserção na comunidade e sociedade onde se encontra inserida. (Martins, 2021).

As Competências de mestre, refletem a responsabilidade na demonstração, através da melhor evidência científica, de todo o processo de desenvolvimento das competências tanto comuns como específicas, do Enfermeiro Especialista, através da evidência de conhecimento e capacidade de compreensão, no desenvolvimento e aplicação dos conhecimentos adquiridos e assimilados no curso de mestrado, através da sua prática, assim como em eventuais contextos de investigação, revelando diferenciação e originalidade na resolução de problemas, nomeadamente, em novas situações, fora da sua zona de conforto vs. experiência profissional, integrando outros contextos e áreas multidisciplinares na demonstração de capacidade de gestão e liderança de questões complexas, com informação limitada e incompleta, resultando em reflexões sobre as eventuais implicações e a respetiva responsabilidade ética e social associada às eventuais respostas e soluções apuradas, comunicando-as de uma forma clara e sem ambiguidades a outros profissionais, quer especialistas ou não especialistas, manifestando capacidade e aptidão na continuidade da assimilação de conhecimento e formação ao longo do seu percurso profissional, exibindo orientação e autonomia na sua prática clínica. (Essatla, 2023).

De um modo crítico e reflexivo são descritas as principais atividades desenvolvidas como EMER, enquadradas nos diferentes contextos clínicos e locais onde os estágios foram desenvolvidos, conforme descrito na secção 1. Apreciação e Análise dos Contextos de Estágio, destacando o desenvolvimento das competências acima descritas, interligadas com os respetivos PQCEER (2018), no sentido de ir ao encontro da maior segurança e qualidade dos CEER desenvolvidos e implementados nos respetivos PER, realçando o julgamento clínico especializado (ESSATLA, 2023) nas intervenções de ER de maior complexidade, mencionando a seleção dos principais instrumentos de recolha de dados, a respetiva identificação dos diagnósticos de ER, a definição dos resultados pretendidos

com a estruturação e implementação do PER, as respetivas intervenções e os CEER implementos, assim como resultados e ganhos em saúde sensíveis aos CEER.

Os CEER implementados foram, como já foi referido anteriormente, sustentados em referenciais teóricos, nomeadamente na Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, assim como na eventual recente literatura, “de modo a contribuir para a individualização, a humanização e a qualificação da assistência prestada às pessoas, às famílias e às comunidades.” (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021, p.48), indo ao encontro dos principais conceitos de relação, saúde e bem-estar, nas experiências humanas de transição, diretamente relacionados com os indicadores de resultados sensíveis à intervenção do EEER, com foco na facilitação do PTSD, com destaque da relação enfermeiro-pessoa. (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

3.1. Desenvolvimento de competências em contexto comunitário

A principal ação dos cuidados de enfermagem numa UCC prendem-se, principalmente, com uma prestação de cuidados especializada, nomeadamente de ER, sendo o seu alvo de atuação, a pessoa, a família, principalmente o Prestador de Cuidados (PC) e a comunidade, que se encontram em situação de risco elevado por complicações adjacentes ao seu PTSD, portadora de dependência funcional, agravamento e ou descompensação em consequência de doença crónica, que requer a necessidade da continuidade de cuidados de saúde especializados. (Oliveira, Couto & Silva, 2021). Sendo na ECCI que a intervenção do EEER ganha maior expressão e manifestação na obtenção de ganhos em saúde, através dos processos de capacitação na gestão da doença (Oliveira, Couto & Silva, 2021), contribuindo para a recuperação funcional global da pessoa portadora de deficiência ou limitação funcional, doença terminal em processo de convalescença, pela promoção da sua autonomia e maximização da sua funcionalidade, “através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Oliveira, Couto & Silva, 2021, p.657), indo ao encontro da individualidade de cada pessoa, família e PC, sendo o domicílio o local mais adequado e propício para a identificação e levantamento das principais necessidades adaptadas ao seu dia a dia, o que permite por parte de ER uma reabilitação ajustada à sua realidade. (Oliveira, Couto & Silva, 2021).

Através da mais recente evidência, podemos comprovar que Portugal é um dos países que revela maior degradação no estado de saúde durante mais anos, que apesar da população idosa conhecer as vantagens e os benefícios da prática de um estilo de vida mais saudável, através da prática de uma alimentação mais equilibrada e da prática de atividade física regular, constata-se que não se verifica a sua integração no seu dia-a-dia, revelando um processo de transição da fase da vida laboral ativa para a reforma comprometido, devido a uma adaptação ao processo ineficaz e consequentemente acompanhado por uma deterioração gradual dos vários sistemas orgânicos e sensoriais, resultando numa diminuição da capacidade de controlo postural e respetiva funcionalidade global. Nesse sentido, a literatura aconselha a prática regular de exercícios de equilíbrio e de força para a prevenção de quedas e de situações de sarcopenia, numa frequência de três ou mais dias por semana (Faria, Martins, Ribeiro & Gomes, 2021), uma vez que “a força muscular, o equilíbrio, a agilidade, a flexibilidade e a coordenação têm vindo a ser associados à capacidade funcional dos idosos.” (Faria *et al*, 2021, p.483), sendo que os mesmos autores, revelam que “Um idoso fisicamente ativo não só eleva os níveis de saúde funcional e atenua o risco de queda, como melhora significativamente a função cognitiva.” (Faria *et al*, 2021, p.483-484), uma vez que o cenário de sedentarismo no idoso resulta em episódios adversos no seu estado de saúde, tais como episódios de queda e consequente internamento hospitalar prolongado.

A eventual existência do compromisso no sistema musculoesquelético apresenta uma relação direta com a presença de osteoartrose e ou a eventos traumáticos agudos ou crónicos, afetando principalmente os membros inferiores e membros superiores. Sendo muitas vezes necessário recorrer a uma intervenção cirúrgica, levando a pessoa a enfrentar o impacto de um PTSD, resultando num nível de dependência funcional elevada, comprometendo a independência funcional na execução do autocuidado, sendo um dos principais focos de ação e de atuação nos CEER. (Lourenço, Faria, Ribeiro, R., & Ribeiro, O., 2021).

A principal ação como EMER, em contexto comunitário, focou-se no planeamento, estruturação de um PER mais direcionado à RFM e RFR, à pessoa portadora de Fratura do Colo do Fémur (FCF); DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica); Insuficiência Respiratória tipo 2; Insuficiência cardíaca; doença oncológica em evolução; Síndrome de

imobilidade, indo ao encontro da maximização do seu estado funcional e estabilidade respiratória, através do contacto com os processos orto-traumatológico e reumatológico, nomeadamente, os processos ortopédico/reumatológico e traumatológico.

A avaliação inicial da funcionalidade da pessoa, em consulta de ER em contexto domiciliário e a realização de um diagnóstico precoce com a presença de alterações e eventuais fatores inibidores em atingir a maximização da sua funcionalidade, com o principal objetivo em otimizar e reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da capacidade de execução das AVD e AIVD (Regulamento n.º 392/2019, 2019), torna necessária a abordagem e inclusão nos respetivos PER, inicialmente delineados, a integração dos processos neurológico, nomeadamente, o processo degenerativo e traumatológico, assim como o processo cardiorrespiratório, nomeadamente, o processo respiratório e o processo cardíaco, assente numa abordagem holística, personalizada e ajustada às necessidades de ER presentes.

Nesse contexto surge a necessidade de recorrer e criar um recurso educativo sobre a Doença de Parkinson, providenciando conhecimento e capacitando a pessoa e respetivo PC quanto à etiologia, prognóstico e eventuais complicações associadas, sob a forma de folheto informativo, apresentado em Apêndice I - Folheto Educativo sobre a Doença de Parkinson, verificando em consulta de ER, através da aplicação de instrumento próprio, nomeadamente o teste Mini-Cog, o resultado positivo para declínio cognitivo, interferindo diretamente com os CEER direcionados à RFM, readaptando e ajustando o PER nos dias de maior morbilidade funcional cognitiva e consequentemente motora. Todo o trabalho neste sentido evidenciou um resultado positivo e satisfatório, através da adesão ao PER pré-estabelecido por parte da pessoa e PC, e consequente minimização de complicações associadas, revelando uma maior proximidade pelo desenvolvimento e coesão de uma relação terapêutica enfermeiro-pessoa-PC, refletindo-se num PTSD satisfatório e eficaz, atingindo os objetivos de ER inicialmente propostos, pela evidência por parte da pessoa e respetivo PC de conhecimento e capacidade na autogestão da doença.

É importante destacar que a presença de défices cognitivos e ou antecedentes demenciais associados, surgem como um fator dificultador, inibidor e desafiante para o EEER na aquisição de ganhos em saúde sensíveis aos CEER implementados, nomeadamente os de processo e de resultado, tornando-se essencial e pertinente, a integração no PER do respetivo PC (Lourenço *et al*, 2021). Pelo que foi associado e integrado ao PER pré-estabelecido, a atenção ao foco cognição, planeando, estruturando, integrando e implementado CEER holísticos, personalizados, individualizados e ajustados à pessoa e respetivo PC.

Na garantia da continuidade de cuidados após alta da ECCI, foi fornecida e disponibilizada a orientação da existência de recursos digitais para a pessoa portadora de Doença de Parkinson, sugerindo o site da APDPk – Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (<https://parkinson.pt/>), que disponibiliza manuais de apoio, de carácter gratuito, assim como exercícios de treino cognitivo e receitas direcionadas a sintomatologia e complicações associadas, nomeadamente a disfagia, tendo sido realizado o respetivo ensino e treino das ferramentas informáticas, direcionadas ao PC.

A integração ao PER pré-estabelecido da Reabilitação Cognitiva, através de técnicas de treino cognitivo, recorrendo ao recurso, disponibilizado pela UCC, a NeuroBox®, revelou ganhos em saúde sensíveis aos CEER, nas componentes da cognição e da memória a curto prazo, evidentes através da avaliação por instrumento próprio, em cima identificado, evidenciando uma melhoria do estado cognitivo e motor inicial, interferindo diretamente com o estado funcional cognitivo e motor final, comprovando-o através do desenvolvimento satisfatório e notório do rendimento e da capacidade na execução dos exercícios cognitivos através da NeuroBox®, recurso utilizado na reabilitação cognitiva.

A NeuroBox® é uma “mala de atividades de estimulação global para pessoas com defeito cognitivo ou demência” (<https://irmashospitaleiras.pt/neurobox/>), criada no ano de 2023, por um grupo de profissionais de saúde, como ferramenta terapêutica para a estimulação cognitiva destinada a pessoas com demência, servindo como recurso para os cuidadores formais e respetivos profissionais envolvidos no processo de saúde destas pessoas, disponibilizada gratuitamente pela Câmara de Sintra, pela iniciativa integrada

no Plano Municipal para o Envelhecimento Saudável e Inclusivo do Município de Sintra (PMEASI) (<https://alzheimerportugal.org/11475-2/>), a todas as UCC do concelho de Sintra. Evidenciando ser um recurso bastante útil para poder ser utilizado e integrado pelo EEER no PER, verificando a sua pertinência no estímulo e encorajamento à adesão, tanto por parte da pessoa como pelo PC à Reabilitação Cognitiva, através de jogos interativos, facilitando a relação terapêutica entre enfermeiro-pessoa-PC, assim como da coesão e envolvimento entre o casal, existindo exercícios feitos em conjunto, indo ao encontro de ganhos em saúde sensíveis ao CEER, resultando num processo de transição e adaptação eficaz.

Na presença de episódios de transição saúde/doença, nomeadamente na pessoa portadora de fratura subtrocanterica do fémur, o tratamento implementado corresponde a intervenção cirúrgica, através da aplicação de uma cavilha endomedular, uma vez que representa maior resistência à força por carga. A literatura salienta que a consolidação óssea ocorre entre a décima segunda e a décima sexta semana após a intervenção cirúrgica, devendo a RFM ser realizada e mantida entre a décima sexta e a vigésima semana (Palma *et al.*, 2021).

No âmbito do planeamento, estruturação e implementação dos respetivos CEER destinados à pessoa com compromisso no sistema musculoesquelético e respetivo PC, os principais focos de atuação assentaram na adesão ao PER; adesão às precauções de segurança; equilíbrio corporal; transferir-se; movimento muscular; sentar-se; andar com auxiliar de marcha; autocuidado: ir ao sanitário; autocuidado: vestuário e autocuidado: higiene. Não descorando os processos cardíaco e respiratório, apresentando atenção aos principais focos de atenção de ER: limpeza das vias áreas e ventilação.

Relativamente ao foco adesão ao PER, torna-se importante, antes da realização de qualquer planeamento e estruturação de um PER, ser realizada a avaliação sobre a consciencialização e conhecimento da pessoa sobre o processo de adaptação saúde/doença, relativamente à necessidade de intervenção por parte do EEER, verificando e avaliando a existência de condições para a implementação e o desenvolvimento perspicaz do respetivo PER. (Lourenço *et al.*, 2021). Indo ao encontro,

e tendo por base e como referência a Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, na contextualização, planeamento e estruturação dos CEER implementados e desenvolvidos em contextos de estágio, uma vez que, como já foi referido anteriormente, a pessoa apenas demonstra capacidade, nomeadamente cognitiva, de enfrentar, aderir e colaborar com o seu processo de transição, após a consciencialização de todas as mudanças existentes e inerentes ao processo de transição saúde/doença (Sousa, Martins & Novo, 2020), assim como da respetiva identificação e aceitação da necessidade de intervenção de enfermagem, de carácter especializado. Tendo identificado os seguintes diagnósticos de ER: potencial para melhorar o conhecimento sobre o PER; potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao PER e recuperação funcional; potencial para melhorar a adesão ao PER.

No que diz respeito ao foco adesão a precauções de segurança, torna-se importante verificar a demonstração da consciencialização da relação entre a prevenção de eventuais complicações associadas e as precauções de segurança, assim como o nível de conhecimento, tanto da pessoa como do respetivo PC, sobre a minimização de complicações associadas ao processo de recuperação funcional, da presença de capacidade para prevenir complicações e da adesão às precauções de segurança estipuladas no PER, devendo existir um envolvimento no processo de aprendizagem, assim como o desejo em retomar e alcançar a sua autonomia e independência funcional, pela maximização da funcionalidade, permitindo alcançar e gerar ganhos em saúde sensíveis aos CEER. Tendo identificado os seguintes diagnósticos de ER: potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações associadas; potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações associadas; potencial para melhorar a consciencialização da relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações associadas; potencial para melhorar a adesão a precauções de segurança definidas; potencial do PC para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações associadas. (Lourenço *et al*, 2021).

A apreciação dos CEER implementados, através dos indicadores de processo, e os respetivos resultados obtidos, refletidos em ganhos de saúde sensíveis aos CEER, encontram-se relacionados com os indicadores de resultado, através da presença de mestria no domínio das novas competências adquiridas (Sousa, Martins & Novo, 2020),

refletidas na presença de consciencialização por parte da pessoa e PC, do seu PTSD, nomeadamente sobre a relação entre a prevenção de complicações e as precauções de segurança, através da implementação das competências adquiridas, do conhecimento e a capacidade para prevenir e minimizar complicações relacionadas ao processo de adaptação. (Lourenço *et al*, 2021).

Relativamente ao foco de ER movimento corporal, a parametrização da força muscular dos grupos musculares envolvidos e respetiva formulação dos diagnósticos de ER, para a estruturação do respetivo PER foi utilizada a Escala de força muscular *Medical Research Council*. Tendo identificado os seguintes diagnósticos de ER: movimento corporal comprometido no membro inferior; potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares; potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares; potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca. Tendo sido privilegiados a implementação, principalmente de exercícios isométricos e exercícios ativos, uma vez que se encontram relacionados para além da recuperação e estabilidade dinâmica articular, mas também com o fortalecimento, principalmente, dos glúteos, e dos quadricípites femorais, correspondendo ao grupo de músculos fundamentais para pôr se em pé e para a execução da marcha, tendo em atenção que devem ser realizados bilateralmente e ter sempre em atenção a não realização de movimentos luxantes, nomeadamente na pessoa submetida a ATA. (Lourenço *et al*, 2021).

A parametrização das intervenções e dos resultados obtidos são refletidos através da presença de conhecimento e capacidade em realizar exercícios musculares e articulares estipulados no PER, assim como da respetiva recuperação da amplitude articular do grupo muscular envolvido, pela maximização da sua funcionalidade e evolução positiva no desempenho funcional global da pessoa, na aquisição de independência funcional, e consequente melhoria significativa das componentes emocional e social, diretamente relacionadas com a aquisição de autonomia. (Lourenço *et al*, 2021).

Na implementação de CEER direcionados à RFR, sobretudo na Reeducação Costal Global e Seletiva, foram utilizados recursos como o bastão e garrafas de água de 75ml com areia,

uma vez que são de fácil aquisição em contexto domiciliário, assim como a bola terapêutica e a Resistência Elástica Progressiva (REP), estes últimos disponibilizados pela ECCL, e a pedaleira, a maioria adquiridas pelas famílias, sendo a sua aquisição, na grande maioria, aconselhada pelo EEER, na garantia da continuidade dos cuidados de ER após alta clínica, no sentido de preservar o fortalecimento muscular adquirido e minimizar complicações associadas à falta de atividade física e consequente degradação do estado funcional atingido à data da alta de ECCL.

Na Reabilitação Pulmonar, o principal foco de ER foi no controlo e na dissociação dos tempos respiratórios, no relaxamento muscular, especialmente da zona escapular e do pescoço, da correção de assimetrias por adoção de posições viciosas e ou de defesa, por a eventual presença de dor e ou limitação funcional, e consequente ventilação comprometida, tendo implementado CEER com foco de atenção de ER na Reeducação Costal e Diafragmática, pelo reforço da musculatura abdominal, na prevenção da rigidez articular, da adoção de posições viciosas e eventuais deformações torácicas, pela correção postural, da reeducação ao esforço e da prescrição e readaptação ao movimento e atividade física. Verificando uma melhoria significativa na qualidade de vida da pessoa com ventilação comprometida, através da aquisição de um padrão respiratório eficaz, na presença de menor esforço e consequente melhoria do padrão ventilatório durante a execução das AVD e AIVD, refletindo-se à data da alta de ECCL, a presença de independência funcional e melhoria da autonomia, indo ao encontro da sua reinserção social, permitindo uma participação ativa a nível social.

O sinal vital da dor é um dos sintomas presentes mais temido pela pessoa e respetiva família em processo de transição e adaptação, pelo que a atenção e foco por parte do EEER no seu controlo se torna fundamental no desenvolvimento de um PTSD harmonioso e eficiente, permitindo atingir os resultados almejados e os objetivos de ER, através da maximização da funcionalidade e consequentemente a qualidade de vida e bem-estar da pessoa. Nesse sentido foram implementadas e integradas no PER intervenções não farmacológicas ao tratamento da dor, pelas técnicas complementares, nomeadamente a eletroterapia, através do equipamento Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), correspondendo a uma “técnica analgésica simples e não-invasiva” (Jonhson, 2003, p.515), utilizada na gestão de dor aguda e ou crônica, de origem

benigna, através da regeneração dos tecidos envolvidos (Jonhson, 2003), principalmente à pessoa com amplitude articular comprometida e consequente força muscular diminuída.

A literatura confirma o benefício da utilização e aplicação da TENS na presença de dor aguda, mais especificamente na dor musculoesquelética, sobretudo em episódios agudos como a existência de fraturas ósseas, assim como na dor aguda presente na fase pós-operatória, sendo identificado como um meio complementar favorável, de fácil acesso e intervenção no alívio da dor, sendo um excelente recurso a ser utilizado em contexto domiciliário, uma vez que não corresponde a um procedimento invasivo, sendo de fácil transporte e aplicação, com um risco muito baixo de ocasionar possíveis reações secundárias ou interações medicamentosas. Jonhson (2003), salienta ainda que a sua utilização frequente resulta numa redução na aquisição e consumo de opioides, interferindo diretamente em ganhos de saúde, pela diminuição de custos de saúde associado a eventuais complicações de saúde associadas.

O ato de “investigar” reflete “um processo sistemático e metodologicamente organizado que contribui para o aumento do conhecimento.” (Martins, Ribeiro & Schoeller, 2021, p.38), possibilitando explicar o fenómeno alvo de estudo, e consequente aquisição de conhecimento de novas formas de atuar. Ressaltando a necessidade de inovar e valorizar os CEER, desenvolvendo nova investigação na área de ER, através da diversificação dos métodos de investigação utilizados (Martins *et. al.*, 2021), como por exemplo os estudos de caso, com base numa pesquisa empírica, com recurso a múltiplas fontes de evidência, permitindo explicar, explorar e descrever o fenómeno em estudo, com foco num problema alvo de investigação. (Teixeira, Silva, Mesquita & Pestana, 2023).

O caso clínico desenvolvido em contexto comunitário, descreve a situação da pessoa com Processo Orto-Traumatológico comprometido, por fratura subtrocanterica do fémur, submetida a intervenção cirúrgica para encavilhamento cefalomedular, com presença de alterações no equilíbrio dinâmico. A avaliação inicial de ER, após transferência de Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) para ECCL, foi executada com recurso aos instrumentos de avaliação que passo a identificar: *Timed Up and Go* (TUG), para avaliação do estado funcional, da mobilidade, nomeadamente, a

transferência de posição, assim como do equilíbrio dinâmico e da capacidade de andar; a Escala de *Morse* Modificada, para avaliação do risco de queda; o teste Mini-Cog para avaliação do estado funcional cognitivo, por documentação clínica associada ao processo de saúde da pessoa com identificação de diagnóstico de Doença de Parkinson, de aproximadamente há dois anos, com informação sobre a presença de declínio cognitivo ligeiro durante o período de internamento em UCCI; a escala *Medical Research Council Muscle Scale* Modificada (mMRCS) para a avaliação da força muscular; a Escala de equilíbrio de *Berg* para avaliação do equilíbrio estático e dinâmico e a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação da intensidade da dor, nomeadamente a dor músculo-esquelética, associada ao movimento corporal, nomeadamente do membro inferior afetado. (OE, 2016). Identificando os seguintes diagnósticos de ER: Movimento muscular diminuído; Equilíbrio dinâmico comprometido; Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio; Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio; Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio; Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda; Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio.

Destaca-se que devido à presença de declínio cognitivo, associado à evolução da Doença de Parkinson, existiram duas sessões do PER pré-estabelecido em que a pessoa não apresentou capacidade física nem cognitiva na adesão e respetiva execução das intervenções terapêuticas de ER preconizadas, pelo que o respetivo PER foi reajustado e adaptado, integrando no PER, como anteriormente descrito, o treino cognitivo, através da implementação de atividades e exercícios, com recurso à NeuroBox, com foco na maximização da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar da pessoa, permitindo concretizar os objetivos pré definidos. Tendo-se apresentado auspiciosa a integração e a complementaridade da RFM com a reabilitação cognitiva, nomeadamente com o treino cognitivo, integrando e implementando no PER exercícios músculo articulares com foco na motricidade fina, evidenciando melhoria em ambas as componentes funcionais, motora e cognitiva, interferindo diretamente com a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa em processo de transição e adaptação funcional, através de uma abordagem de ER personalizada, holística e ajustada, revelando a importância da atuação do EEER na reconquista da funcionalidade na pessoa com variações da estabilidade postural em

movimento, obtendo ganhos em saúde ao nível da funcionalidade, nomeadamente da estabilidade postural em movimento e consequente mobilidade músculo esquelética, principalmente do membro superior e inferior do hemicorpo afetado, apresentando à data de alta de ECCI, um ciclo de marcha com melhoria na estabilidade corporal em movimento e consequentemente no equilíbrio dinâmico estável.

Podendo constatar-se que através da implantação do treino cognitivo, foi possível atingir os indicadores de processo, desenvolvendo sentimentos como o sentir-se ligado, a interação com o enfermeiro assim como com o cônjuge, integrando-o no seu processo de transição e CEER, possibilitando o desenvolvimento e manifestação de confiança e adesão ao seu processo de saúde. (Sousa, Martins & Novo, 2020), assente no modelo de capacitação da pessoa em processos de transição da Teoria de *Meleis*, representado em Anexo II – Capacitação da pessoa em processo de transição.

3.2. Desenvolvimento de competências em contexto hospitalar

Durante o EP teve oportunidade de desenvolver PER direcionados aos processos neurológico, cardiorrespiratório e oncológico, assentes numa revisão da literatura e evidência mais pertinente, que permitisse a elaboração de “planos de enfermagem de reabilitação diferenciados” (Regulamento n.º 392/2019), em contexto hospitalar, com destaque dos indicadores sensíveis aos CEER, relacionados com os principais diagnósticos de internamento, necessidades de ER e situação clínica que requereu a necessidade de internamento. Sendo eles o Movimento Muscular; Rigidez Articular; Andar; Andar com Auxiliar de Marcha; Equilíbrio Corporal; Intolerância à Atividade; Transferir-se; Espasticidade; Ventilação; Limpeza das Vias Aéreas; Expetorar; Autocuidado: Comer e interação sexual.

A excelência dos CEER é refletida através de ganhos em saúde, “expressos na prevenção de incapacidade e na recuperação das capacidades remanescentes” (PQCEER, 2018, p.4), atingido o potencial da capacidade funcional da pessoa em processo de transição e adaptação. Sendo essencial a implementação de Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2016), tendo em conta a sua validade, fiabilidade, responsividade e eficiência, no sentido de

permitir a parametrização das limitações instaladas, das necessidades de ER, assim como da evolução e recuperação dos parâmetros de atuação por parte do EEER, evidenciando os ganhos sensíveis aos CEER implementados.

O reconhecimento dos focos de atenção sensíveis à atuação de ER foi realizada com recurso à consulta do processo clínico, aos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente os analíticos e os imagiológicos, assim como à avaliação de ER, nomeadamente dos parâmetros físicos, através da implementação do exame físico, tendo em consideração os principais diagnósticos de internamento, com relação direta com os processos respiratório, neurológico e oncológico, com foco nas necessidades ER, sobretudo na capacidade funcional motora, cognitiva, afetiva e emocional, não descuidando a avaliação social, garantindo a continuidade de cuidados, reintegração social e na comunidade, assim como da eventual necessidade de recorrer a recursos existentes na comunidade. Os diagnósticos de ER foram reconhecidos recorrendo ao Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória (OE, 2018), Guia Prático do Controlo Sintomático (Freire, 2021), Avaliação Geriátrica (Duque, Gruner, Clara, Ermida & Veríssimo, 2023), ao manual REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC – Contributos Para Um Envelhecer Resiliente (Menoita, de Sousa, Alvo & Vieira, 2012), assim como dos seguintes instrumentos de avaliação: Escala *Medical Research Council Muscle Scale* Modificada (mMRC) para avaliação da força muscular, Medida de Independência Funcional (MIF) para avaliação do grau de independência funcional, Índice de *Barthel* para avaliação do nível de dependência na execução das AVD, Escala de *Borg* modificada e Escala *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC) para avaliação da dispneia, *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) para avaliação da deglutição, Escala *Palliative Performance Scale* (PPSv2) (Victoria Hospice Society, 2009), para avaliação do desempenho funcional do doente em cuidados paliativo, Escala Visual Numérica para a avaliação da intensidade da náusea, Escala Visual Analógica (EVA) numérica para avaliar a intensidade da dor, Escala de *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) (Pires & Gonçalves, 2021) para avaliação da qualidade de vida e intensidade dos sintomas paliativos presentes, o Índice de *Tinetti* para avaliação do equilíbrio e ciclo da marcha, *Mini Mental State Examination* (MMSE) e teste Mini-Cog para avaliação do estado cognitivo, Escala de *Glasgow*, para avaliação do estado de consciência, avaliação dos

Pares Cranianos, Escala Modifica de *Ashworth*, para avaliação do tônus muscular, Prova Índex-Nariz, para avaliação da coordenação motora dos membros superiores, Prova Calcanhar-Joelho, para avaliação da coordenação dos membros inferiores e a avaliação da Sensibilidade Superficial Táctil e Dolorosa.

No artigo de Sousa *et al* (2024), é salientada a importância em manter o foco em “Garantir os níveis de atividade física e períodos de marcha durante a hospitalização”, uma vez que corresponde a uma temática e problemática da atualidade, com destaque na atuação e intervenção em contexto hospitalar, por parte do EEER, através da integração e implementação de programas de marcha assistida especializados durante o período de internamento, nomeadamente o treino de marcha, evidenciando melhorias significativas na funcionalidade da pessoa internada à data da alta clínica, nomeadamente, no foco de atenção de ER andar, resultando numa redução e minimização dos custos de saúde associados ao processo de transição e adaptação, com um impacto direto nos respetivos indicadores sensíveis aos CEER, através do potencial funcional da pessoa internada e a minimização do tempo de internamento, entre um a três dias, potenciando a ida antecipada para casa, pela implementação de estratégias de intervenção por parte do EEER com foco na elevada incidência de incapacidade iatrogénica.

A atuação e intervenção por parte do EEER em contexto paliativo, à pessoa portadora de doença oncológica em fase terminal, foca-se principalmente na melhoria da qualidade de vida da pessoa, através da sua capacitação, com o objetivo de atingir a maximização do seu “potencial físico, psicológico e social,” (Alves & Babo, 2021, p.332), atuando juntamente com a equipa multidisciplinar, na garantia da prevenção e minimização da sintomatologia associada ao PTSD e consequentes complicações associadas, zelando pela manutenção da dignidade humana. (Alves & Babo, 2021). Sendo o EEER um profissional que possui competências especializadas e diferenciadas, que lhe permitem zelar pela recuperação, readaptação, autocontrolo e autocuidado da pessoa, sendo um elemento da equipa multidisciplinar facilitador dos PTSD, capacitando a pessoa e respetivo PC no que diz respeito à sua reinserção social. (OE, 2018).

A evidência científica tem vindo a destacar a pertinência, assim como os benefícios da implementação da RFR na pessoa com doença restritiva, nomeadamente na pessoa portadora de Carcinoma Pulmonar de Não Pequenas Células (CPNPC), uma vez que se verifica uma ligação entre a tolerância ao exercício implementado, com o potencial funcional e a respetiva sobrevivência da pessoa, sendo classificado como um “preditor independente de sobrevivência.” (OE, 2018, p.226). Sendo os CEER implementados, direcionados, principalmente, no controlo da dor e respetiva sintomatologia associada ao processo de transição saúde/doença. Existindo a possibilidade através da implementação da RFR do controlo da dispneia, melhorando a ventilação alveolar, com o recurso à respiração diafragmática com lábios semicerrados, às técnicas de expansão torácica, exercícios de respiração fragmentares e ensino da tosse. (OE, 2018).

A RFR atua principalmente na humidificação e permeabilização frequente das vias aéreas, sobretudo em situações de presença de hipersecreção e obstrução brônquica, pela implementação de Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas, nomeadamente pelas técnicas de mobilização e respetiva expulsão das secreções brônquicas, capacitando a pessoa na execução de uma tosse eficaz, recorrendo à técnica de expiração forçada, o *huffing*, quando o estado clínico assim o permite, à drenagem autogénica, drenagem postural clássica, técnicas de reeducação e maximização da mecânica ventilatória, tais como a respiração abdomino diafragmática, exercícios de mobilização torácica e articular e o treino dos músculos respiratórios, principalmente dos inspiratórios.

Em pessoas portadoras de neoplasia primária do pulmão e da pleura, a literatura alerta na implementação da RFR, nomeadamente, nos Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas, para a contra-indicação da aplicação de Manobras Acessórias, principalmente na presença de metástases costais e vertebrais, uma vez que pode contribuir na disseminação da doença e eventuais fraturas patológicas. (Branco *et al.*, 2012). Destacando a importância e pertinência em desenvolver uma prática baseada na evidência, com o destaque na carência da publicação dos ganhos de saúde sensíveis aos CEER, com recurso à sua parametrização e monitorização dos respetivos resultados obtidos (Rodrigues, Gomes & Albuquerque, 2020).

Alves & Grilo (2022), destacam a eficácia e pertinência da técnica de respiração com os lábios semicerrados, na integração da RFR, pelo aumento do tempo inspiratório e expiratório, que combinada com a respiração abdomino diafragmática, possibilita o aumento da eficiência do trabalho do diafragma, reduzindo a assincronia torácica abdominal existente, típica na presença de episódio de dispneia, evidenciando uma melhoria no processo corporal da ventilação.

A eficácia dos CEER no foco da ventilação pode ser evidenciada pela redução ou ausência de sinais e sintomas de dificuldade respiratória e consequentemente numa ventilação eficaz, através da capacitação da pessoa com diagnóstico de ER ventilação comprometida, resultando numa melhoria do conhecimento e da capacidade em dar continuidade à execução das técnicas respiratórias ensinadas, instruídas e treinas por parte do EEER (Couto *et al.*, 2021), interferindo diretamente nos indicadores sensíveis aos CEER, nomeadamente nos indicadores de resultado, pela presença de mestria e capacitação no controlo de sinais e sintomas de alerta, em situação de agravamento do PTSD.

Um dos principais objetivos da implementação e integração no PER da RFR na pessoa com doença respiratória restritiva, corresponde à conservação de uma ventilação eficaz, da maximização dos acessos de tosse e consequente melhoria da *compliance* pulmonar e expansão torácica, resultando numa diminuição e melhoria da presença de dispneia ao esforço, refletindo-se na melhoria e maior tolerância por parte da pessoa na execução dos exercícios funcionais implementados. Corroborando com uma redução da taxa de tempo de internamento e consequente maximização da funcionalidade da pessoa. (Branco *et al*, 2012).

Os focos de atenção de ER, relacionados com o caso clínico em contexto hospitalar, foram direcionados principalmente ao compromisso cardiorrespiratório, após a avaliação inicial, foram nomeados: a Ventilação e a Limpeza das Vias Aéreas, com o principal objetivo no controlo sintomatológico presente e respetiva segurança clínica, de forma a evitar complicações associadas, no sentido de contribuir “ativamente para o conforto e bem-estar imediatos da pessoa.” (Couto *et. al.*, 2021, p.235), em situação paliativa, resultando os seguintes diagnósticos de ER: Ventilação comprometida;

Dispneia em repouso; Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados; Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia; Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória; Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória; Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de descanso e relaxamento; Potencial para melhorar a capacidade para técnicas de descanso e relaxamento; Limpeza da via aérea comprometida; Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas para limpeza da via aérea; Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre tosse e limpeza das vias aéreas; Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas para limpeza da via aérea.

Os CEER implementados foram de encontro à literatura e evidência científica pertinente e sobre a temática encontrada, com o principal objetivo da maximização, capacitação e obtenção do empoderamento da pessoa com processo cardiorrespiratório comprometido, facilitando o seu processo de transição e respetiva adaptação, não descorando e integrando, conforme a vontade da pessoa, a família significativa envolvida no processo, assim como o evitar complicações adjacentes do seu processo de saúde/doença, por motivos de doença oncológica em progressão. Nesse sentido foram privilegiadas e implementadas técnicas terapêuticas especializadas, no sentido de otimizar o processo corporal da ventilação, através da implementação da RFR, por CEER direcionados especificamente para o padrão ventilatório do tipo restritivo, adaptados ao estado funcional e clínico da pessoa portadora de CPNPC, nomeadamente, o controlo e a dissociação dos tempos respiratórios, assim como a reeducação diafragmática e reeducação costal unilateral, mais especificamente a reeducação costal unilateral com abertura costal com abdução do membro superior, uma vez que são técnicas que vão ao encontro da minimização e melhoria do compromisso ventilatório, resultando na diminuição da hipoventilação, através da melhoria da performance pulmonar e respetivo ampliação da *compliance* pulmonar, interferindo diretamente na recuperação dos músculos inspiratórios, uma vez que se trata de um comprometimento do tipo restritivo, melhorando a performance do trabalho respiratório. (Couto, *et al.*, 2021).

Na presença da agudização da patologia cardiorrespiratória de base instalada, surge coadjuvada a dispneia em repouso e consequente diminuição da saturação periférica de oxigénio, sendo classificada pela literatura, como uma “intervenção prioritária” (Couto *et al.*, 2021, p.248), por parte do EEER. Tendo sido integrados no PER pré-estabelecido, CEER direcionados ao foco dispneia em repouso, através da implantação de técnicas de descanso e relaxamento, sendo privilegiada a posição de cocheiro, assim como técnicas de controlo ventilatório, o controlo do ambiente físico e a minimização de fatores indutores da intensificação da dispneia. (Couto, *et al.*, 2021).

Torna-se fundamental manter o foco de atenção de ER na dor oncológica na pessoa portadora de doença oncológica, uma vez que mantém uma relação direta com a manutenção da independência funcional e respetiva qualidade de vida e bem-estar da pessoa, destacando o papel preponderante, por parte do EEER no tratamento e controlo da dor, nomeadamente através da sua atuação na área não farmacológica, através da capacitação da pessoa e respetivo PC no autocontrolo da dor (Santos *et al.*, 2014).

Desta forma, indo ao encontro da evidência e literatura pertinente, foram integradas no PER intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, tais como, a massagem de relaxamento e técnicas de mindfulness, através do ensino, instrução e treino de uma respiração consciente, assim como de uma meditação guiada associada ao relaxamento muscular progressivo (RMP), ambas adaptadas ao estado funcional, quadro clínico, disponibilidade e adesão por parte da pessoa (Freire, 2021).

Pode verificar-se que através da integração do EEER na equipa multidisciplinar no processo paliativo da pessoa portadora de CPNPC, em contexto hospitalar, nomeadamente em serviço de internamento, após o terceiro de dia da implementação de quimioterapia paliativa, foi possível avaliar e diagnosticar atempadamente a presença de deglutição comprometida, por episódio de mucosite associado ao tratamento estipulado, apresentando uma relação direta com a qualidade de vida da pessoa e bem-estar associado, assim como na sua estabilidade funcional adquirida até ao momento por parte do PER implementado, interagindo diretamente com o seu processo de transição e adaptação, exigindo a necessidade de intervenção especializada, por parte do EEER “de forma a maximizar o potencial, a melhorar a funcionalidade, a prevenir

complicações e a promover a saúde” (Moreira, Neves, Lucas, Silva & Galante, 2021, p.551). Surgindo a necessidade, nesse sentido, de ajustar o PER pré-estabelecido, integrando aos CEER intervenções direcionadas à reeducação da função alimentação associadas ao foco de atenção de ER autocuidado: comer, instruindo sobre a adoção de técnicas posturais na presença de disfagia, nomeadamente a flexão cervical, zelando pela segurança da pessoa e consequente minimização de complicações associadas, exibindo e demonstrando a qualidade e pertinência dos CEER (Moreira *et. al*, 2021), através dos indicadores de resultado, pela presença de capacitação por parte da pessoa portadora de episódio de disfagia, associada a complicação por tratamento de quimioterapia paliativa, no autocuidado: comer, contribuindo para a maximização da sua independência funcional, qualidade de vida e bem-estar, adaptado ao seu estado clínico atual, minimizando o processo de degradação funcional e consequente bem-estar associado.

Nesse sentido, pode contatar-se que através da intervenção por parte de ER, ao longo do período de tratamento de quimioterapia paliativa diária, durante cinco dias consecutivos, pôde evidenciar-se o controlo e a minimização de complicações associadas, contribuindo na estabilidade clínica da pessoa e consequentemente na garantia de maior conforto e qualidade possível no processo de transição em fase paliativa. Destacando-se também a estabilidade ao nível da dor oncológica presente relativamente com a intensidade inicial, antes da intervenção por parte de ER, verificando-se uma redução da dosagem dos opioides prescritos após a intervenção por parte de ER, através da implementação dos CEER direcionados principalmente à RFR, nomeadamente, através da consciencialização e a dissociação dos tempos respiratórios, coadjuvada com as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, identificadas anteriormente, refletindo-se em melhorias, sobretudo no período noturno, relativamente à qualidade do sono, comparativamente com o período anterior à intervenção por parte de ER, associada à estabilidade e intensidade da dor oncológica no período diurno. Destacando a relação de um agravamento na intensidade da dor e do seu estado clínico geral, na última sessão do primeiro ciclo de quimioterapia paliativa, com uma pausa de cinco dias por parte dos CEER.

Durante o PTSD foi adotada uma abordagem de ER holística, individualizada e personalizada, com o principal objetivo em evitar e minimizar complicações associadas ao período de inatividade física durante o internamento e em consequência da transição do processo paliativo por doença oncológica é implementada no PER, CEER direcionados à RFM, sendo que a presença de dor oncológica melhorada, apresentou-se como um fator facilitador na adesão aos CEER por parte da pessoa. Podendo evidenciar através da implantação da Escala MRC modificada a manutenção da força muscular dos membros superiores e inferiores, através da implementação de exercícios de mobilização ativa-assistida, mobilização ativa e auto-mobilização dos respetivos membros, refletindo ganhos em saúde sensíveis aos CEER, evitando e minimizando complicações associadas a nível funcional, nomeadamente o eventual desenvolvimento e instalação do síndrome por imobilidade.

Através da aplicação da Escala de Edmonton foi possível verificar o agravamento de sintomas associado ao primeiro ciclo de quimioterapia realizado, assim como à progressão da doença oncológica, confirmada pelos resultados dos exames complementares de diagnóstico de imagiologia. Destacando-se, nesse período, a melhoria nos itens da intensidade da náusea e sensação de falta de ar, demonstrando a relevância da atuação de ER, através da implementação de CEER direcionados ao controlo da sintomatologia paliativa inicialmente presente e à minimização de complicações associadas.

De um modo geral, pode afirmar-se que através da implementação por parte de ER, tornou possível evitar complicações associadas ao processo de transição paliativa por progressão de doença oncológica, garantindo a manutenção do seu estado funcional inicial, evitando o agravamento do nível de independência funcional na maioria dos autocuidados, comprovado através da implementação da Escala de *Barthel*. Tendo Verificado um agravamento dos autocuidados, autocuidado: comer, autocuidado: higiene e autocuidado: ir ao sanitário, estando diretamente relacionado com a progressão da doença oncológica, podendo evidenciar a pertinência da implementação dos CEER no evitar um impacto maior no comprometimento no grau de dependência funcional, permitindo garantir a minimização na degradação do seu estado funcional, refletidos na pontuação obtida na Escala de *Barthel*, não existindo uma grande

discrepância de valores da avaliação inicial e da avaliação final. Podendo certificar maior discrepância de pontuação obtida através da aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF), uma vez que corresponde a um instrumento de avaliação mais minucioso e descritivo, permitindo uma maior clareza relativamente à qualificação da independência funcional, correspondendo a um instrumento de colheita de dados mais viável, fiável responsivo e eficiente.

Pela implementação da Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (EDCP v2), foi possível constatar e validar a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos CEER implementados, relativamente à minimização de complicações associadas, contribuindo com os objetivos inicialmente estabelecidos e relacionados com a reabilitação paliativa, nomeadamente da garantia e promoção do bem-estar da pessoa em PTSD.

Através da presença e atuação diária por parte de ER, pôde verificar-se através da implantação do Teste *Mini Mental State Examination* (MMSE), a estabilidade e manutenção do estado mental da pessoa, não manifestando ao longo do PTSD qualquer modificação ou comprometimento da componente de comunicação e de raciocínio.

De um modo geral os objetivos delineados foram atingidos, corroborando com as competências comuns, específicas e de mestre do EEER, pela evidência dos resultados obtidos, em ambiente comunitário e hospitalar, indo ao encontro da manutenção e potencialização da funcionalidade da pessoa, prevenindo e minimizando complicações associadas, através da implementação de intervenções terapêuticas especializadas, com uma abordagem holística, individualizada, personalizada e ajustada às necessidades de ER diagnosticadas, resultando num impacto positivo e diferenciador na conservação e recuperação da funcionalidade na execução das AVD e AIVD, reduzindo o impacto das inaptidões eventualmente presentes, correlacionadas com o processo de transição saúde/doença, nomeadamente, das funções residuais e respetivos processos neurológico, respiratório, cardíaco e oncológico, motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Demonstrando competência no desenvolvimento e implementação de técnicas e intervenções terapêuticas específicas da área de ER, pelo empoderamento e capacitação da pessoa e

respetivo PC, na preparação da alta, desde a primeira sessão de ER, zelando pela garantia da continuidade de cuidados, e consequente reintegração na comunidade, assim como o direito à dignidade, qualidade de vida e bem-estar (Regulamento n.º 392/2019). Manifestando competência no reconhecimento e na necessidade da referenciação de situações complexas para outros profissionais de saúde com influência no PTSD, garantindo a continuidade de cuidados, assim como dos ganhos adquiridos através da implementação do PER.

4. Análise de SWOT

Com recurso ao instrumento de autoavaliação e reflexão crítica do meu percurso académico enquanto EMER, sob a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) (Pereira & Rito, 2013), com destaque dos fatores facilitadores internos (forças) dos fatores inibidores internos (fraquezas), assim como dos fatores facilitadores externos (oportunidades) e dos fatores inibidores externos (ameaças) no desenvolvimento das competências comuns, competências específicas e competências de mestre.

No que diz respeito aos fatores facilitadores internos (forças) (*Strengths*), ressalto as seguintes competências internas e pessoais: resiliência; fácil adaptação, nomeadamente em contextos fora da zona de conforto; proatividade; empenho, principalmente, no que me apaixona; responsabilidade pelas decisões tomadas e ações implementadas; identificação da relevância e valorização da intervenção do EEER; facilidade em criar relações humanas, nomeadamente relações terapêuticas; carácter positivo e otimista.

Relativamente aos fatores inibidores internos (fraquezas) (*Weaknesses*) destaco as seguintes fraquezas internas: presença de cansaço mental e consequentemente desmotivação, por vezes; stress na gestão da vida familiar/estágio/trabalhos académicos; sono não reparador, associado a poucas horas de sono; falta de autocuidado interno e externo.

Comparativamente aos fatores facilitadores externos (Oportunidades) (*Opportunities*) saliento: o apoio e gestão familiar; o apoio e gestão por parte da equipa de trabalho; os contextos de campo de estágio; o apoio e disponibilidade por parte dos enfermeiros supervisores; as equipas multidisciplinares dos contextos de campo de estágio; o apoio e disponibilidade por parte de colegas do curso.

Em questão aos fatores inibidores externos (Ameaças) (*Threats*) sobressaio: a limitação do tempo disponível para o estudo autónomo, assim como de pesquisa, desenvolvimento e elaboração dos trabalhos académicos; o contexto de estágio

hospitalar corresponder a uma área/contexto fora da minha zona de conforto ao nível profissional; contacto com situações clínicas e áreas de conhecimento sem experiência e conhecimento profissional prévio; a dificuldade da conciliação, gestão da atividade profissional com a realização e o cumprimento do total de horas dos respetivos contextos de estágio.

CONCLUSÕES

Como EMER, manifestei competência e capacidade no planeamento, implementação e supervisão dos CEER implementados, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, pelos domínios da “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C) e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).” (Regulamento n.º 140/2019, 2019), gerindo, estruturando e planeando os CEER com base nos recursos existentes, zelando pela eficácia e particularidade destes (C2), indo ao encontro das principais necessidades e capacidade de resposta por parte da equipa multidisciplinar que integrei, atuando em parceria e articulação com a mesma (C1), recorrendo aos fatores facilitadores externos (oportunidades) no processo de desenvolvimento das respetivas competências, facilitadores no desenvolvimento de autoconhecimento, assim como assertividade (D1), assentes em evidência científica recente e revisão da literatura pertinente, conforme Regulamento n.º 140/2019, 2019.

Desenvolvi e manifestei capacidade, com destreza, na conceção, implementação e monitorização dos CEER, revelando diferenciação, com foco nos problemas, necessidades de reabilitação e atenção nas potencialidades da pessoa em PTSD, resultando no desenvolvimento das competências específicas do EEER, nomeadamente dos respetivos domínios do Regulamento n.º 392/2019, 2019, assim como da integração e do desenvolvimento das competências de Mestre, recorrendo e pondo em prática os conhecimentos assimilados no primeiro ciclo do mestrado de ER, contribuindo e facilitando no ato da tomada de decisões, no planeamento e na estruturação dos CEER, nomeadamente na tomada de decisões em situações novas e complexas com informação científica limitada e incompleta, permitindo o desenvolvimento de reflexões sobre as respetivas implicações e responsabilidades éticas e sociais associadas. Trabalhando em articulação e parceria com a equipa de enfermagem, nos contextos de estágio, tendo enfermeiros especialistas como enfermeiros generalistas, ressaltando a capacidade de comunicação, de um modo claro, das conclusões, conhecimentos e raciocínios obtidos. (ESSATLA, 2023). Resultando na potencialidade dos fatores

facilitadores internos anteriormente descritos e na melhoria dos fatores inibidores internos, emergindo uma ação e atuação mais confiante, responsiva e autónoma.

Considero que a área de reabilitação é uma área fundamental, imprescindível e complementar na resposta e no controlo das necessidades de reabilitação, tendo a oportunidade de o contemplar em contexto, sobretudo, hospitalar, nomeadamente na pessoa portadora de doença oncológica, perante o processo de transição situacional e de adaptação, no que respeita aos ganhos sensíveis aos CEER, através do desenvolvimento de uma relação terapêutica enfermeiro-pessoa, e consequente adesão ao respetivo PER implementado, colaboração e consciencialização no PTSD, proporcionando o desenvolvimento dos indicadores sensíveis aos CEER, obtendo por parte da pessoa a manifestação de resiliência, capacitação, indo ao encontro da estabilidade da funcionalidade e consequente reformulação da nova identidade, colaborando na obtenção de qualidade de vida e bem-estar da pessoa.

Nos CEER implementados direcionados à RFR, nomeadamente a integração de técnicas de descanso e relaxamento assim como técnicas de correção postural associadas ao controlo e dissociação dos tempos respiratórios, coadjuvadas, em algumas sessões, com técnicas de mindfulness, evidenciaram uma melhoria no padrão ventilatório do tipo restritivo e consequente diminuição e melhoria da presença de dispneia em repouso, e consecutiva melhoria da saturação periférica de oxigénio, permitindo a redução do aporte de oxigenoterapia, refletindo-se na melhoria de sensação de bem-estar, associada à estabilidade do padrão ventilatório, manifestado pela própria pessoa. A última sessão do PER foi implementada no último dia de vida da pessoa, vindo a falecer no turno da tarde do dia a seguir, apresentando nessa sessão, descompensação clínica, manifestando desconforto e mau estar geral, colaborando nos CEER implementados dentro das suas possibilidades e limitações, revelando, no final da sessão de ER, uma sensação de conforto e bem-estar associado, evidenciando uma estabilidade ao nível dos parâmetros vitais e consequente processo cardiorrespiratório.

Conforme documento da OE (2015) sobre as “Áreas de Investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação” para 2015-2025, são destacadas três áreas de investigação de carácter mais prioritário, relacionada com os “Processos

Fisiológicos estudando as intervenções autónomas do EEER na função motora e na função respiratória.” (p.5) e na “efetividade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação” (p.5), cabendo ao EEER “investigar sobre os problemas que lhe fazem sentido estudar” contribuindo no desenvolvimento da existência de inovação, principalmente em áreas que possibilitem a evolução e aperfeiçoamento das competências de Enfermagem de Reabilitação.

A elaboração do RCC exigiu um grande envolvimento e empenho na obtenção de evidência científica e literatura pertinente, uma vez que a área de Reabilitação Paliativa ainda não é muito valorizada, sobretudo em contexto hospitalar, por parte da equipa multidisciplinar, assim como de Enfermagem, existindo um escasso acesso à publicação da evidência mais atualizada e respetiva literatura, requerendo uma pesquisa mais aprofundada e detalhada sobre a temática. Servindo como recursos para a tomada de decisões e respetiva elaboração do PER, manuais e documentos digitais, assim como evidência atualizada, mencionada e referida ao longo do trabalho e respetiva referências bibliográficas.

Foram identificadas algumas dificuldades ao longo da elaboração do RCC, nomeadamente a presença de desinteresse e consequente falta de motivação na adesão, por parte da pessoa portadora de CPNPC, ao planeamento e a estruturação do respetivo PER, sendo os primeiros contactos com a pessoa, dedicados ao ensino sobre a fisiopatologia da neoplasia do pulmão, respetivo prognóstico clínico e consequente sensibilização do contributo de ER e pertinência da implementação dos CEER nos ganhos em saúde, relativamente à qualidade de vida e minimização da sintomatologia e complicações associadas ao PTSD. Com o principal objetivo em habilitar a pessoa na gestão da doença e consequentes complicações associadas, conquistando e proporcionando o desenvolvimento de uma atitude de adesão, com consentimento e envolvimento no planeamento, estruturação e implementação do PER.

Referências bibliográficas

Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Alves, J., & Grilo, E. (2022). REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM IDOSOS, EM CONTEXTO DE CUIDADOS AGUDOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* V5 (1), 67-76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. (2018). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDP_κ). (2025). <https://parkinson.pt/>

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (APFADA). (2025). Lançamento da Neurobox. <https://alzheimerportugal.org/11475-2/>

Barata, L.F. (2023). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In Marques-Vieira & Sousa (Eds.), *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA*, (pp. 3-618). Lusodidacta.

Barbosa, F., Figueiredo, P., Mesquita, A & Pestana, H. (2022). FADIGA NA PESSOA COM SEQUELAS DA COVID-19, UMA PROPOSTA DE REABILITAÇÃO: ESTUDO DE CASO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 40-50. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.185>

Branco, P. (2012). REABILITAÇÃO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INFECCIOSAS E ONCOLÓGICAS. In S, J, M, A & J (Eds.), *TEMAS DE REABILITAÇÃO – REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA*, (pp. 8-135). Medesign – Edições e Design de Comunicação, Lda

Couto, G., Silva, R., do Mar, M.J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Decreto-Lei 28/2008 Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. (2008). Diário da República nº.38, serie I de 2008-02-22.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei nº101/2006 Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2006). Diário da República nº109, serie I de 2006-06-06.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 102/2023 Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. (2023). Diário da República nº215, serie I de 2023-11-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Duque, A., Gruner, H., Clara, J., Ermida, J & Veríssimo, M. (2023). *Avaliação Geriátrica*.
Faria, A., Martins, M.M., Ribeiro, O & Gomes, B. (2021). Programa de envelhecimento ativo e saudável em contexto comunitário. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Freire, E. (2021, janeiro 14). *Guia Prático de Controlo Sintomático*. (2ª Edição). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI).
https://www.spmi.pt/wpcontent/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Freire, E. (2021, janeiro 14). *Guia Prático de Controlo Sintomático*. (2ª Edição). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI).
https://www.spmi.pt/wpcontent/uploads/2021/10/Guia-Pratico-ControloSintomatico_v2.pdf

Gil, A.C., Sousa, F.M. & Martins, M.M. (2020). IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM IDOSO COM FRAGILIDADE/SÍNDROME DE DESUSO ESTUDO DE CASO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27-35. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>

Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. (2018). Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3orespirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

International Council of Nurses (ICN) (2020). CIPE – Português. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

Irmãs Hospitaleiras Portugal. (2025). NeuroBox®. <https://irmashospitaleiras.pt/neurobox/>

Johnson, M. (2003). Estimulação elétrica nervosa Transcutânea (TENS). In S. Bazin (Ed.), *Eletroterapia: Prática Baseada em Evidências*, (pp. 5-711). JLG Editoração Gráfica S/C Ltda. – ME.

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Martins, M.M. (2021). EDITORIAL: Afinal o que nos diferencia dos outros enfermeiros e dos outros profissionais? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 4-5. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.181>

Mendes, ME., Santos, L., Preto, L & Azevedo, A. (2023). DECLÍNIO FUNCIONAL EM IDOSOS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), 2-12. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>

Menoita, E., de Sousa, L., Alvo, I & Vieira, C. (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R.A., & Galante, S. (2021). Programa para reeducação da função alimentação. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, Lda.

Norma nº054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção Geral da Saúde, de 27-12-2011. [acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf](#)

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R.P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, Lda.

Ordem dos Enfermeiros/Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015, Janeiro 24). ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/Areas Investigacao Prioritarias para EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

Pacheco, S., Alves, T & Alves, T. (2024). IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA TAXA DE REINTERNAMENTO DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OSTRUTIVA CRÓNICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 2-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.360>

Palma, M; Teixeira, H; Pino, H; Vieira, J & Bule, M. (2021). PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR: ESTUDO DE CASO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4 (2), páginas 6-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). Diário da República n.º 26, serie II de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 392/2019 Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (2018). Diário da República n.º 85, serie II de 2019-05-03. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Ribeiro, O., Moura, M.I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Rocha, I., Bravo, M., Sousa, LM., Mesquita, AC & 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), páginas 5-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rodrigues, C., Gomes, B., & Albuquerque, C. (2020). A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: ENQUADRAMENTO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. *Millenium*, 2 (ed espec nº5), 219-224. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.23.00316>

Santos, A. Pêla, J. F, M.F & Trindade, N. (2014). O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In A & M. Amorim, A. Teixeira, dos Santos, Monteiro, Agapito, Carvalho, Costa, Colaço, Brito, Rodrigues, Antunes, Serôdio, Pêla, Góis, Melo, Ferreira, A. M. Mourão, Duarte, Trindade, Martins, Nunes, Pinheiro, Cândido & Guerra. Ferreira, A. Kudo, Araujo, Nasser, Batista, Benites, Amorim, B. Sorato, Balassiano, Lube, Souza, Moretto, Zabeu, Parsons, Taveira, Silva, Raymundo, Serafim, Pint, Jorge, L. Schieferdecker, Lourenço, Franco, Ribeiro, Bullara, Lopes, Barros, Jorge, R. Mendes, Palm, Thieme, Kleina, Arini, Andrzejewski & Santos (Eds.), *Reabilitação em Cuidados Paliativos*, (pp. 5-381). LUSODIDACTA – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

Serviços de biblioteca, informação documental e museologia. *Manual para a realização de citações em texto e referencias bibliográficas, APA, sétima edição*. (2020). Universidade de Aveiro. <https://www.ua.pt>

Serviços de biblioteca, informação documental e museologia. *Manual para a realização de citações em texto e referencias bibliográficas, APA, sétima edição*. (2020). Universidade de Aveiro. <https://www.ua.pt>

Sousa, L. (2024). *GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE 2º Ano – 1º Semestre*. Ano Letivo – 2024/2025. ESSATLA – Escola Superior de Saúde da Atlântica.

Sousa, L., José, H & Guerra, N. (2023). *Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Relatório do Estágio Profissionalizante: Orientações Gerais*. ESSATLA – Escola Superior de Saúde da Atlântica.

Sousa, LM., Martins, MM & Novo, A. (2020). A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO EMPODERAMENTO E CAPACITAÇÃO DA PESSOA EM PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

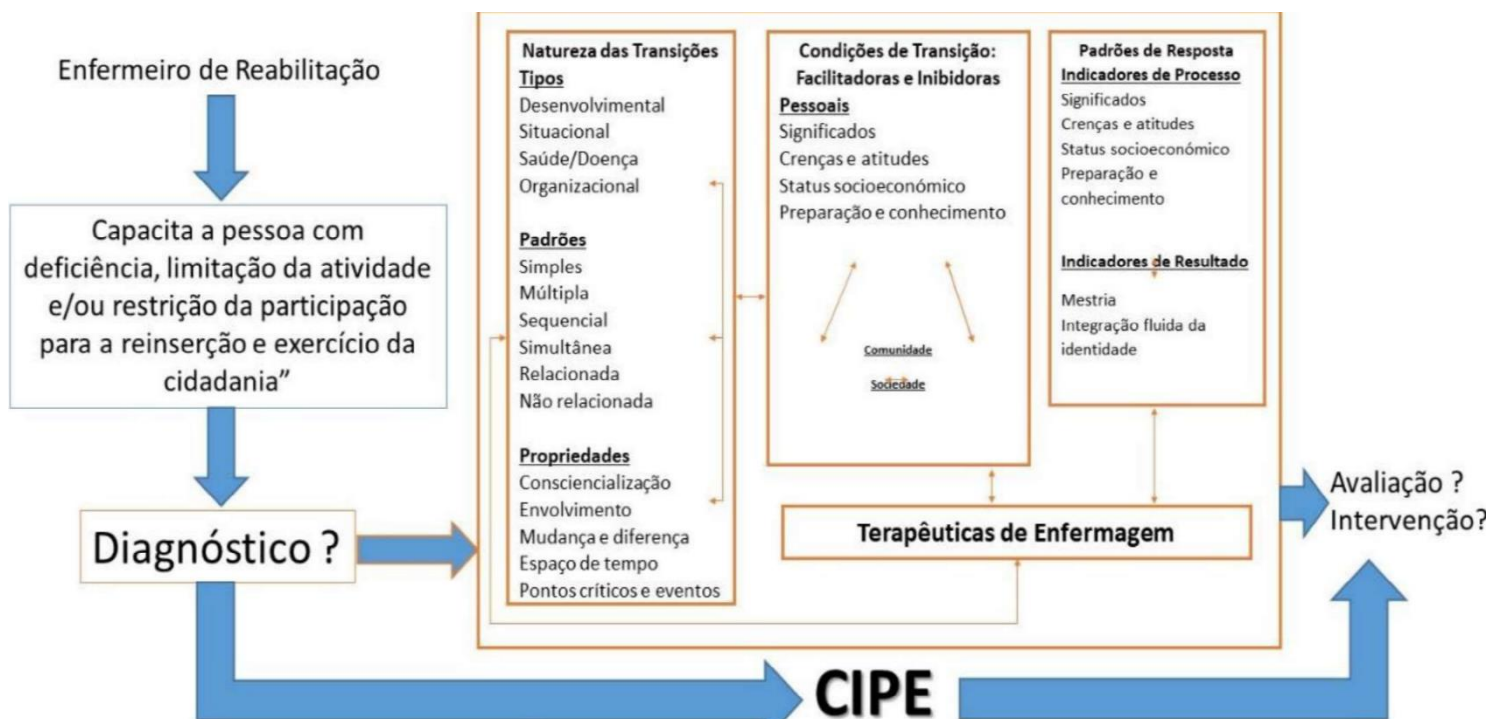
Sousa, S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N & Alves, E. (2024). INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM E O AUTOCUIDADO ANDAR NO ADULTO EM CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DESCRITIVO E CORRELACIONAL.

Sousa, S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N & Alves, E. (2024). INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM E O AUTOCUIDADO ANDAR NO ADULTO EM CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DESCRITIVO E CORRELACIONAL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 2-9. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.366>

Teixeira, F., Silva, M., Mesquita, A.C., & Pestana, H. (2023). INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL – ESTUDO DE CASO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* V6 (2), 2-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.341>

ANEXOS

ANEXO I – Representação dos resultados sensíveis aos CEER, assentes nos Indicadores de Processo e de Resultado, com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis



Fonte: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85> , p.66.

ANEXO II – Capacitação da pessoa em processos de transição



Fonte: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85> , p.67.

ANEXO III – Instrumentos de colheita de dados

Escala Visual Analógica (EVA) numérica



Fonte: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
Sem depressão / tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível / a maior tristeza possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Fonte: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Avaliação da Dispneia:

Escala de Borg modificada:		Medical Research Council (mMRC)	
0	Sem dispneia	0	Sem dispneia
0,5	Quase impercetível	1	Dispneia ocasional. Atividade habitual normal, sem necessidade de controlo sintomático
1	Muito ligeira	2	Dispneia moderada, dias maus ocasionais. Alguma limitação funcional
2	Ligeira	3	Dispneia intensa e frequente. Atividade diária e concentração muito afetadas.
3	Moderada	4	Dispneia contínua e insuportável. Incapaz de pensar noutras coisas.
4	Algo severa		
5	Severa		
6	-		
7	Muito severa		
8	-		
9	Quase insuportável		
10	Máxima		

Fonte: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Avaliação da Intensidade da Náusea: Escala Visual Numérica

Sem náuseas _____ Pior sensação de náuseas possível

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fonte: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Escala de Barthel

1. Alimentação	
Independente	☐ 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
2. Transferências	
Independente	☐ 15
Precisa de alguma ajuda	☐ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	☐ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	☐ 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
4. Utilização do WC	
Independente	☐ 10
Precisa de alguma ajuda	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	☐ 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	☐ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	☐ 5
Imóvel	☐ 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	☐ 10
Precisa de ajuda.....	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
8. Vestir	
Independente	☐ 10
Com ajuda	☐ 5
Impossível	☐ 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	☐ 10
Acidente ocasional	☐ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	☐ 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	☐ 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	☐ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	☐ 0

TOTAL

Fonte: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Mini-Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Avaliação do equilíbrio Tinetti

1- Equilíbrio sentado	Escorrega Equilíbrio	0 () 1 ()
2- Levantando	Incapaz Usa os braços Sem os braços	0 () 1 () 2 ()
3- Tentativas de levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Única tentativa	0 () 1 () 2 ()
4- Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável, mas usa suporte Estável, sem suporte	0 () 1 () 2 ()
5- Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base de sustentação > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 () 1 () 2 ()
6- Teste dos três tempos * (pés juntos)	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 () 1 () 2 ()
7- Olhos fechados (pés juntos)	Desequilíbrio, instável Equilibrado	0 () 1 ()
8- Girando 360°.	Passos descontínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 () 1 () 2 ()
9- Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 () 1 () 2 ()

* Examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos

Pontuação de equilíbrio = 16

Fonte:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7965399/mod_resource/content/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20equil%C3%ADbrio%20Tinetti.pdf

Avaliação da Marcha (Tinetti)

Instruções: sujeito de pé com o examinador, caminha num corredor ou na sala, primeiro no seu ritmo usual, depois rápido, porém num ritmo seguro (com os dispositivos de auxílio a marcha usuais)

10- Iniciação da marcha	Imediatamente após dizer o comando “vá” (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) Sem hesitação	0 () 1 ()
11- Comprimento e altura do passo	a) Perna direita em balanceio Não passa o membro esquerdo Passa o membro esquerdo Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo Pé direito se afasta completamente do solo b) Perna esquerda em balanceio Não passa o membro direito Passa o membro direito Pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo Pé esquerdo se afasta completamente do solo	0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 ()
12- Simetria do passo	Passos direito e esquerdo desiguais (estimado) Passos direito e esquerdo parecem iguais	0 () 1 ()
13- Continuidade do passo	Parada ou descontinuidade entre os passos Passos parecem contínuos	0 () 1 ()
14- Desvio da linha reta (distância estimada em aproximadamente 3 m de comprimento por 30 cm de largura)	Desvio marcado Desvio leve ou moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha Caminha em linha reta sem dispositivo de auxílio a marcha	0 () 1 () 2 ()
15- Tronco	Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio a marcha Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços e sem uso de dispositivo de auxílio a marcha	0 () 1 () 2 ()
16- Base de apoio	Calcanhares afastados Calcanhares quase se tocando durante a marcha	0 () 1 ()

Menor que 19: alto risco de quedas

Escore de Marcha _____ / 12

Fonte:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7965399/mod_resource/content/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20equil%C3%ADbrio%20Tinetti.pdf

Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)



O seu nome: _____

Data de hoje: _____

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do Teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se **que selecciona** apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz

0	1	2	3	4	5
	X				

Estou muito triste

		PONTUAÇÃO												
Nunca tenho tosse	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Estou sempre a tossir ☐
0	1	2	3	4	5									
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							O meu peito está cheio de expectoração (catarro) ☐
0	1	2	3	4	5									
Não sinto nenhum aperto no peito	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Sinto um grande aperto no peito ☐
0	1	2	3	4	5									
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar ☐
0	1	2	3	4	5									
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa ☐
0	1	2	3	4	5									
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar ☐
0	1	2	3	4	5									
Durmo bem / profundamente	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não durmo bem / profundamente devido à minha doença pulmonar ☐
0	1	2	3	4	5									
Tenho muita energia	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não tenho nenhuma energia ☐
0	1	2	3	4	5									

PONTUAÇÃO TOTAL

--	--

MINI-COG®

Instruções

ADMINISTRAÇÃO	INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS						
1. Obter a atenção do doente. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.	• Permitir três tentativas ao doente e em seguida ir para o próximo item. • As seguintes listas de palavras foram validadas num estudo clínico:¹⁻³ <table><tr><td>Versão 1 • Banana • Nascer do sol • Cadeira </td><td>Versão 3 • Vila • Cozinha • Bebê </td><td>Versão 5 • Capitão • Jardim • Fotografia </td></tr><tr><td>Versão 2 • Filha • Paraíso • Montanha </td><td>Versão 4 • Rio • Nação • Dedo </td><td>Versão 6 • Líder • Estação do ano • Mesa </td></tr></table>	Versão 1 • Banana • Nascer do sol • Cadeira	Versão 3 • Vila • Cozinha • Bebê	Versão 5 • Capitão • Jardim • Fotografia	Versão 2 • Filha • Paraíso • Montanha	Versão 4 • Rio • Nação • Dedo	Versão 6 • Líder • Estação do ano • Mesa
Versão 1 • Banana • Nascer do sol • Cadeira	Versão 3 • Vila • Cozinha • Bebê	Versão 5 • Capitão • Jardim • Fotografia					
Versão 2 • Filha • Paraíso • Montanha	Versão 4 • Rio • Nação • Dedo	Versão 6 • Líder • Estação do ano • Mesa					
2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).	• Pode ser usada uma folha de papel em branco ou um círculo pré-impresso no verso. • A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2 (ou o 4 e 8). • Estes dois horários específicos são mais sensíveis que outros. • Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o doente. • Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal. • Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao fim de três minutos.						
3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras do passo 1.	Pedir ao doente para recordar-se das três palavras que lhe apontamos no passo 1.						

Pontuação

3 palavras recordadas	Negativo para défice cognitivo
1-2 palavras recordadas + normal TDR	Negativo para défice cognitivo
1-2 palavras recordadas + anormal TDR	Positivo para défice cognitivo
0 palavras recordadas	Positivo para défice cognitivo

Referências

1. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):1021-1027.
2. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(10):1451-1454.
3. McCarten JR, Anderson P, Kuskowski MA et al. Finding dementia in primary care: the results of a clinical demonstration project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):210-217.

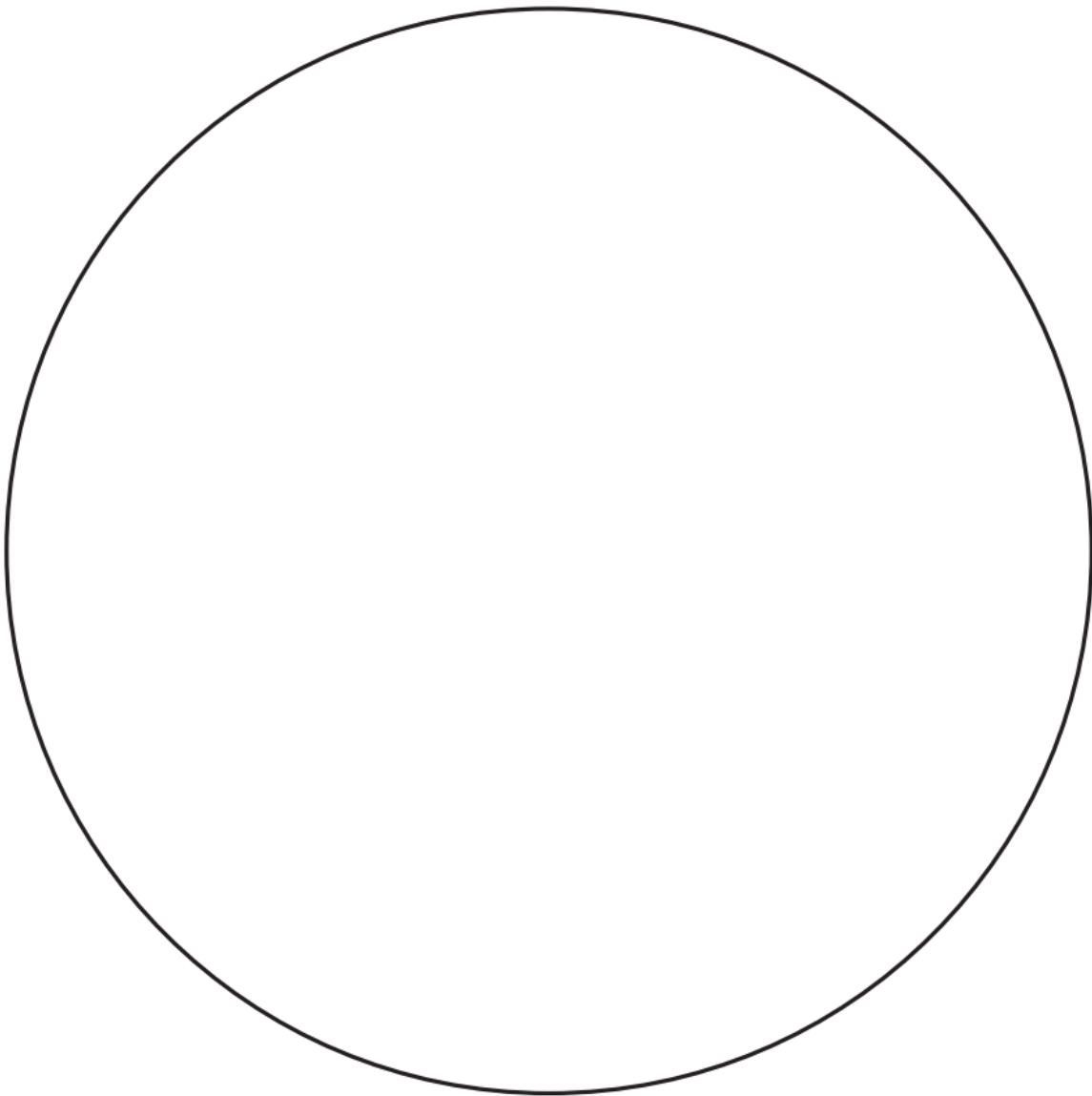
Mini-Cog® Copyright S Borson. Reprinted with permission of the author (soob@u.w.edu). All rights reserved.

Fonte: <https://www.mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

Nome do doente: _____

Data: _____



Fonte: <https://www.mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>

Escala MRC modificada

Legenda:

Grau	Definição
5	Força Normal contra resistência e contra gravidade
5-	Fraqueza dificilmente detetável
4+	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação contra resistência de moderada a máxima
4	O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada
4-	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação apenas contra uma resistência mínima.
3+	O músculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória, contudo cai abruptamente
3	O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade
3-	O músculo move a articulação contra a gravidade, mas não realiza todos os movimentos mecânicos
2	O músculo move a articulação, mas não contra gravidade
1	Observa-se contração muscular, mas não há movimento
0	Sem contração muscular e sem movimento

Fonte: <https://eventos.aper.pt/ficheiros/Revista/RPERv3s1.pdf>, p.14.

Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	
DIAGNÓSTICO _____					

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA																
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <th style="width: 15%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 12.5%;">ANTES</th> <th style="width: 12.5%;">1M</th> <th style="width: 12.5%;">2M</th> <th style="width: 12.5%;">4M</th> <th style="width: 12.5%;">6M</th> <th style="width: 12.5%;">12M</th> <th style="width: 12.5%;">18M</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	2M	4M	6M	12M	18M	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	2M	4M	6M	12M	18M											
DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____											
AUTO-CUIDADOS																		
A. Alimentação																		
B. Higiene pessoal																		
C. Banho																		
D. Vestir metade superior																		
E. Vestir metade inferior																		
F. Utilização da sanita																		
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES																		
G. Bexiga																		
H. Intestino																		
MOBILIDADE																		
TRANSFERÊNCIAS																		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas																		
J. Sanita																		
K. Banheira, Duche																		
LOCOMOÇÃO																		
L. Marcha/Cadeira de Rodas																		
M. Escadas																		
COMUNICAÇÃO																		
N. Compreensão																		
O. Expressão																		
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR																		
P. Interação social																		
Q. Resolução dos problemas																		
R. Memória																		
TOTAL																		

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

Fonte: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	☐ 1	☐ 0
Deglutição de saliva	☐ 1	☐ 0
• Deglutição com sucesso		
• Sialorreia	☐ 0	☐ 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• Deglutição com sucesso	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
SIALORREIA			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	_____ (20)		

Fonte: <https://gussgroupinternational.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/01/guss-portuguese-1.pdf>

ANEXO IV– Recurso comunicativo para a pessoa com afasia

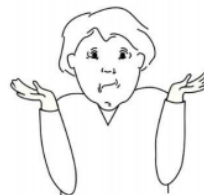
Sim



Não



Não sei



Não percebi



Mais apoio, informações e recursos comunicativos: www.ipafasia.pt ; 910562189; geral@ipafasia.pt

Fonte: https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2023/09/SimNao_imprimivel_IPA.pdf

APÊNDICE I - Folheto Educativo sobre a Doença de Parkinson



Adaptação do domicílio (Cont.)

- No WC pode optar por substituir a banheira por poliban grande, sem degrau, com porta, com uma dimensão que permita a entrada e saída de uma cadeira de rodas. Caso não seja possível, existem cadeiras que se adaptam à banheira e/ou barras fixas na parede. Todos os cosméticos devem estar ao alcance da pessoa, e devem estar em embalagem de plástico, o chuveiro deve ser ajustável e com pouca pressão;
- Não se deve usar óleos de banho, pois aumenta o risco de queda, deve utilizar tapete antiderrapante e/ou pavimento;
- As sanitas devem ser altas ou ter alçador e barras de apoio lateral;
- A cama deve ter a altura adequada à pessoa, com presença de cadeira alta e com braços no quarto, para permitir vestir-se e calçar-se.



UCC Cruzeiro

Adaptação do domicílio

A habitação deve ser adaptada de modo que a pessoa, portadora da doença, circule à vontade, diminuindo o risco de queda:

- O chão não deve ser escorregadio, encerado ou irregular;
- Evitar o uso de tapetes;
- Evitar móveis em excesso. Os restantes devem estar expostos de modo a prevenir quedas;
- As portas das divisões devem ter uma largura suficiente que permita a entrada e saída de uma cadeira de rodas;
- As cadeiras de casa, devem ser altas e preferencialmente, com apoio de braços;
- Deve existir uma boa iluminação em todas as divisões da habitação;
- Se existirem escadas, estas devem ter corrimão e os degraus não devem ser altos;
- Na cozinha deve-se utilizar utensílios inquebráveis e as superfícies antiderrapantes;

Doença de Parkinson



Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação Marlene Costa Teixeira nº2023044.

Realizado em contexto de Estágio de Reabilitação na Comunidade na Unidade UCC Cruzeiro

Fonte:
APDPK - Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson.
<https://parkinson.pt/>

Estágio de Reabilitação na Comunidade na Unidade UCC Cruzeiro.
Orientador Supervisor: Enfermeira Especialista Vanda Gomes

O que é?

A Doença de Parkinson é considerada uma doença crónica, que acomete, principalmente o sistema motor, interferindo com os movimentos corporais e a estabilidade corporal da pessoa, afetando o seu equilíbrio corporal e consequentemente a marcha, resultando em alterações e instabilidade da mesma, em consequência do resultado, a nível fisiopatológico, da redução drástica, da produção do neurotransmissor de dopamina (pelas células nervosas dos neurónios), revelando sintomas como a dificuldade no controlo do tônus muscular e dos movimentos musculares, quer em repouso, quer durante a atividade muscular.

Principais sinais e sintomas motores

- Acinesia - dificuldade em iniciar o movimento;
- Bradicinesia - lentidão do movimento;
- Tremor de repouso - movimento rítmico das extremidades;
- Rigidez - dificuldade em relaxar os músculos;
- Instabilidade postural e alteração da marcha, com presença de desequilíbrio.



Principais sinais e sintomas não motores

- Alterações cognitivas - diminuição da atenção, da memória e da fluência verbal;
- Alterações comportamentais - depressão, falta de interesse, alucinações e perturbações da ansiedade;
- Alterações do sono - insónia, movimentos repetidos dos membros durante o sono (ex: síndrome das pernas inquietas), pesadelos e apnéia do sono;
- Alterações da sensibilidade dolorosa;
- Alterações sexuais - diminuição ou aumento do desejo sexual;
- Alterações autonómicas - hipotensão ortostática, obstipação, disfunção da bexiga, disfunção erétil e transpiração excessiva.

Evolução natural da doença

Após o diagnóstico clínico, nos primeiros 3-5 anos a medicação anti parkinsoniana consegue controlar os sintomas, existindo a perda de eficácia, após esse período, após 5-10 anos.



Estadiamento da Doença de Parkinson de acordo com Hoehn & Yahr

- Estádio 1 - Doença unilateral;
- Estádio 1,5 - Doença unilateral e axial;
- Estádio 2 - Doença bilateral sem instabilidade postural;
- Estádio 2,5 - Doença bilateral com instabilidade postural ligeira;
- Estádio 3 - Doença bilateral com instabilidade postural ligeira, com independência física;
- Estádio 4 - Dificuldade significativa na marcha e estabilidade postural, capaz de deambular sem ajuda;
- Estádio 5 - Incapaz de deambular sem ajuda; confinado à cadeira de rodas ou cama;

Como gerir a medicação?

- Ao tratar-se de uma doença neurodegenerativa e existindo uma progressão da doença, surge a necessidade de a medicação prescrita ser ajustada com alguma frequência, pelo médico neurologista.
- A medicação deve ser sempre tomada à mesma hora e não falhar as tomas.
- Num estágio avançado da doença, existe a possibilidade de uma melhor absorção do comprimido, através do organismo se este for ingerido esmagado e com um pouco de água.

Praticar hábitos de estilo de vida saudáveis

- Prática regular de exercício físico e evitar o sedentarismo;
- Bons hábitos de sono: evitar café e chá à noite e estabelecer sempre os mesmos horários de sono;
- Adequada hidratação oral.

APÊNDICE II- Relato de Caso Clínico: Intervenção de enfermagem de reabilitação à
pessoa com instabilidade postural em movimento



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATO DE CASO CLÍNICO

REALIZADO POR:

Marlene Teixeira nº2023044

Barcarena, junho de 2024

Marlene Teixeira

Junho de 2024 - Atlântica1

Relato de Caso Clínico



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATO DE CASO CLÍNICO

Marlene Costa Teixeira

Orientação: Prof. Helena Pestana

Enfermeiro Supervisor: Enfermeira Especialista Vanda Gomes

Barcarena, 2024

2

Relato de Caso Clínico

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho académico.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CARE - *Case REport*

CEER – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

EMER – Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERC – Estágio de Reabilitação na Comunidade

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

EVA – Escala Visual Analógica

MI – Membros Inferiores

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MIF – Medida de Independência Funcional

mMRCS – Medical Research Council Modificada

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDCEEER – Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

POT – Processo Orto-Traumatológico

RCC – Relato de Caso Clínico

RFM – Reeducação Funcional Motora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TUGT – Time Up & Go Test

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade Cuidados Continuados Integrados

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

MATERIAIS E MÉTODOS	12
APRESENTAÇÃO DO CASO	13
Anamnese	13
Admissão em ECCI: avaliação de ER	14
Diagnósticos ER	15
RESULTADOS	22
DISCUSSÃO	26\
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
Anexo I	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I 16

Tabela II 22

Tabela III 23

Tabela IV 24

Tabela V 24

Tabela VI 25

TÍTULO

Intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com instabilidade postural em movimento.

RESUMO

Objetivo: Identificar os ganhos da intervenção de enfermagem de reabilitação dirigido à pessoa com instabilidade postural em movimento no domicílio integrado em Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Metodologia: Relato de caso clínico descritivo, com abordagem qualitativa seguindo as *guidelines* da *Case REport* (CARE). Após identificação das alterações músculo-articulares, cognitivas, da funcionalidade, das respetivas necessidades e da definição dos focos e dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação, foi implementado um programa de reabilitação individualizado e personalizado, destacando as intervenções no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação de reeducação funcional e promoção da inclusão social.

Resultados: Comprovou-se o aumento da força muscular dos membros inferiores e superiores direitos, o aumento da amplitude articular das respetivas articulações, a melhoria da estabilidade postural em movimento e respetiva funcionalidade global.

Conclusões: Os resultados refletem a efetividade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na pessoa com instabilidade postural em movimento, ao nível da força muscular, amplitude articular e ciclo da marcha.

DESCRITORES

Enfermagem, Reabilitação, Equilíbrio, Marcha.

INTRODUÇÃO

Conforme comprova o (Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 [Diário da República], 2024) a esperança média de vida tem sofrido uma mudança drástica nos últimos tempos, a nível mundial, espelhando um crescimento acentuado da população mais velha comparativamente com a população mais jovem.

O processo de envelhecimento corrobora com o surgimento de alterações e complicações nos múltiplos sistemas orgânicos que compõem o ser humano, comprometendo a sua adaptação funcional, resultando na perda e défice da sua funcionalidade, afetando diretamente, a força muscular, pela perda de massa muscular e consequentemente, provocando fragilidade óssea, aumentando assim, o risco de fratura, infeção, delírio e instabilidade generalizada. (Palma et al., 2021)

A Organização Mundial de Saúde classifica o episódio de queda como o mais frequente na faixa etária acima dos 65 anos de idade. Sendo que Palma e colaboradores (2021), o identificam como um “fator significativo de morbilidade e mortalidade, com graves consequências a nível pessoal, familiar, social e financeiro.” (p.7). Classificando como fraturas mais frequentes, a fratura do fémur, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores.

No que diz respeito à fratura do fémur, nomeadamente, a fratura subtrocanterica do fémur, localizada entre o trocânter menor e o terço proximal do fémur, podendo estender-se até à região intertrocanterica, o tratamento de eleição prende-se com a intervenção cirúrgica, pela aplicação de uma cavilha endomedular. Sendo que a literatura destaca a vantagem da sua preferência, uma vez que “os implantes endomedulares apresentam uma maior resistência à força da carga do que os implantes internos colocados na periferia do osso (...), pois estas danificam menos a estrutura óssea quando comparado com a colocação de vários parafusos de fixação.” (Palma et al., 2021, p.7).

O que se torna um fator positivo para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), permitindo a estruturação e elaboração de um Programa de Reabilitação (PR) individualizado e personalizado, adaptando o grau de intensidade e complexidade dos exercícios que implementa no plano dos CEER, com o objetivo principal de restabelecer a amplitude do movimento da anca, a melhoria da força muscular e o restabelecimento do padrão

do ciclo da marcha, para atingir o resultado esperado de adquirir a estabilidade postural em movimento, ou seja, o equilíbrio dinâmico.

Tendo em consideração a literatura, Palma e colaboradores (2021), sublinham que a consolidação óssea tem a duração de 12 a 16 semanas, para se restabelecer, nesse sentido, sugerem implementar um PR de, pelo menos, com uma duração média de 16 a 20 semanas. Destacando que num processo de transição e fragilidade funcional, nomeadamente no Processo Orto-Traumatológico (POT), a intervenção de enfermagem no âmbito do CEER, especificamente, na satisfação do cliente, na prevenção de complicações e na readaptação e reeducação funcional e consequentemente na promoção da inclusão social. (Ordem dos Enfermeiros, 2018) é essencial, sendo o profissional que detém:

“competência científica e técnica para, de forma autónoma, planear, executar e avaliar intervenções terapêuticas de Enfermagem de Reabilitação (ER) em diferentes contextos, nomeadamente, nas áreas de (...), prevenção de complicações e/ou incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa e minimizando sequelas.” (OE, 2020, p.2).

Contribuindo e refletindo-se em ganhos para a saúde, através da obtenção de resultados como a independência funcional, capacitação e melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Nesse sentido, foi realizada uma revisão da literatura dos últimos 5 anos, portanto, entre o ano de 2019 e de 2024, sobre a temática abordada, tendo em consideração os seguintes conceitos: “*femoral neck fracture*” e “proximal femoral fractures” and “rehabilitation”; “*dynamic balance*”. Recorrendo aos motores de busca “Google académico”, base de dados científicos da OE, “EBSCOhost - Research Databases” e “SciELO - Scientific Electronic Library Online”; “RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal” e “BVS - Biblioteca Virtual de Saúde”, assim como à RPER – Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

Ressalvando e mencionando, ao longo do presente trabalho académico, os artigos mais relevantes e pertinentes para com a temática abordada, realçando a sua contribuição, na elaboração e fundamentação do presente.

Sendo o risco de quedas um grave problema de saúde pública atual, torna-se essencial a intervenção por parte de profissionais de saúde especializados e dotados de competências técnicas e científicas, que permitam reverter esta tendência crescente na comunidade, principalmente, na população idosa. tendo em conta que “O controlo postural constitui uma tarefa complexa derivada de múltiplos processos sensoriomotores.” (Pinto et al., 2023, p.5). Pela interação de diferentes subsistemas fisiológicos, que permitem a estabilidade postural e consequentemente, uma marcha segura e eficaz.

Dessa forma cabe ao EEER identificar quais os processos fisiológicos comprometidos “e a partir daí desenvolver e estratégias motoras e sensoriais eficazes no sentido da satisfação das exigências posturais requeridas para realização de determinada tarefa, num ambiente específico.” (Pinto et al., 2023, p.5).

No que diz respeito ao contexto domiciliário, este torna-se o local privilegiado para a implementação, atuação e intervenção do EEER, uma vez que oferece a possibilidade do contacto com a realidade ambiental da pessoa no seu dia-a-dia e, consequentemente, permitir interferir sobre os fatores que influenciam o respetivo contexto de CEER, sendo eles, familiares, socioculturais e/ou económicos. Permitindo uma monitorização da evolução da capacidade funcional, mais realista relativamente ao contexto hospitalar, e consequentemente, a oportunidade da implantação de um PR mais individualizado e adaptado ao contexto real da pessoa. (Oliveira, 2023).

Nesse sentido e tendo em conta os conhecimentos e competências especializadas do EEER, “que lhe permite planejar, implementar e gerir programas de reabilitação, em que a pessoa e família são os protagonistas na reconstrução do seu percurso de vida e processo de saúde” (Oliveira, 2023, p.4-5)., optou-se pela realização de um RCC, cuja problemática geral é a instabilidade postural em movimento, em contexto domiciliário, tentando obter resposta à questão norteadora da pesquisa: “Quais os ganhos em saúde, obtidos pela intervenção dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, na instabilidade postural em movimento em contexto domiciliário integrada em Equipa de Cuidados Continuados Integrados?”.

Definindo os seguintes objetivos: Monitorizar a evolução da estabilidade postural em movimento desde o momento da admissão até ao momento da alta de ECCI; Identificar os contributos das intervenções do CEER para os ganhos em independência funcional.

Para a elaboração do presente RCC foi obtido o respetivo Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a Participação em Investigação, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Sendo esclarecida, datada e assinada. Encontrando-se em anexo (I).

MATERIAIS E MÉTODOS

A elaboração do presente RCC como método de pesquisa, através da revisão da literatura pertinente, permite investigar a existência de fenómenos reais, permitindo explorar, escrever e fundamentar a respetiva situação clínica, com base ao recurso da evidência científica. (Rocha, et al., 2020).

O RCC descreve a situação clínica de uma idosa com presença de alterações no seu processo corporal, nomeadamente, no POT, no que diz respeito ao equilíbrio, revelando um equilíbrio dinâmico comprometido, por intervenção cirúrgica para colocação de encavilhamento cefalomedular. A obtenção da informação clínica ocorreu através da consulta do processo informático, através do aplicativo GestCare da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com acesso à avaliação médica, avaliação de enfermagem, outras avaliações: fisioterapia, fisiatra, nutricionista, psicologia, terapia ocupacional e avaliação social.

A avaliação inicial foi efetuada na 1ª visita domiciliária (VD), consulta de ER, à data de admissão na equipa de ECCI, 21 de maio de 2024, com recurso aos seguintes instrumentos de avaliação, constituintes do documento (“Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, OE) através de entrevista informal e observação direta, destacando e mencionando, apenas os diretamente relacionados com a área de reabilitação: TUG – “*Timed Up and Go*”, para avaliação da mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar e estabilidade na deambulação; Escala de Morse Modificada, para avaliação do risco de queda; Mini-Cog para avaliação das funções cognitivas; Medical Research Council Muscle Scale Modificada – mMRCS para avaliação do nível de força muscular; Escala de equilíbrio de Berg para avaliação do equilíbrio funcional, estático e dinâmico e Escala Visual Analógica – EVA para avaliação da intensidade da dor. (OE, 2016). O que permitiu a identificação e interpretação dos focos e diagnósticos de ER, tendo por base a linguagem CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão de 2019 e a Ontologia de Enfermagem. O planeamento do Programa de Reabilitação (PR), foi elaborado de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (PDCEEER) (OE, 2015) e a Ontologia de enfermagem. (OE, 2024).

Foram definidos como critérios de exclusão à implementação do PR: o desinteresse por parte da pessoa e a não adesão ao programa pré-definido e estabelecido em parceria; presença de sinais e sintomas como náuseas, vômitos, dor descontrolada, dispneia, taquicardia e bradicardia, , pressão arterial sistólica $\leq 90\text{mmHg}$ ou $\geq 180\text{mmHg}$ e pressão arterial diastólica $\leq 50\text{mmHg}$ ou $\geq 90\text{mmHg}$.

O PR estabelecido teve a duração de 7 sessões, no período de cinco semanas. Foram realizados três momentos de avaliação: a avaliação inicial, no momento da admissão; a avaliação intermédia no dia 12 de junho de 2024, relativo à terceira semana e à avaliação final, na última sessão, no dia 26 de junho de 2024. A duração média das sessões rondou 1hora/1hora e 30 minutos, sendo variável, conforme o grau de tolerância, capacidade e disponibilidade presente por parte da pessoa.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Anamnese

O RCC diz respeito a uma senhora de 75 anos de idade com diagnóstico principal de referenciação para ECCI de Fratura do colo do fémur direito a 10/03/2024, sendo submetida a intervenção cirúrgica a 11/03/2024, por encavilhamento cefalomedular. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo iniciado programa de fisioterapia a 12/03/2024, segundo nota médica, com a pessoa no leito, com implementação de exercícios isométricos, mobilizações ativas e/ou assistidas do Membro Inferior Direito (MID), sem registo de intercorrências.

Como antecedentes, apresenta: Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, Doença de Parkinson (há 2 anos), com presença de declínio cognitivo ligeiro.

Após estabilidade clínica, é transferida no dia 15/04/2024, para a RNCCI, mais concretamente, para uma UCCI (Unidade Cuidados Continuados Integrados), Rainha Dona Leonor, onde permaneceu internada até ao dia 16/05/2024, sendo transferida para o seu domicílio e referenciada para a ECCI.

Conforme notas clínicas, no internamento iniciou levantar diário para cadeira de rodas, necessitando de ajuda de terceiros nas transferências; como treino de marcha, conforme tolerância, com apoio unilateral e recurso de canadianas.

A avaliação da fisioterapia revela tremor de repouso; diminuição de força muscular ao nível do MID (grau 3); refere assumir posição ortostática, com apoio dos Membros Superiores (MS); realizou marcha nas barras paralelas, com andador e com as duas canadianas, em curtas e médias distâncias, manifestando lentificação da marcha, com presença de diminuição de carga pelo membro sujeito a intervenção cirúrgica, com presença de ligeira claudicação, com base de sustentação ligeiramente diminuída e presença de dor leve durante fase de apoio da marcha, que diminui com a continuidade da marcha. Equilíbrio estático e dinâmico em pé comprometido, destacando as mudanças de direção, com diminuição da base de sustentação. Realizada avaliação do equilíbrio funcional através do teste “6 sit-to-stand”, com o tempo de 30 segundos e TUG, com o tempo de 1 minuto e 32 segundos.

A avaliação do fisiatra destaca bom prognóstico funcional. Refere cumprimento de PR com objetivos gerais de melhorar força muscular, equilíbrio, padrão de marcha e funcionalidade global e reduzir risco de queda.

A avaliação de psicologia destaca algumas dificuldades ao nível da memória imediata e a curto prazo, sublinhando não ter impacto significativo ao nível da sua funcionalidade. Sublinhando que ao longo do seu internamento se verificou um ligeiro declínio cognitivo. O que se verificou e manteve presente durante a sua permanência em ECCI.

A avaliação social refere que cliente reside com o seu marido, de 81 anos de idade, numa habitação arrendada, num apartamento, de tipologia T2, no 2º andar, sem elevador. Como barreiras arquitetónicas, no interior da habitação, apresenta WC com banheira. Presença de humidade exacerbada, sobretudo na área da sala de estar, por excesso de humidade. Habitação corresponde ao último andar do prédio, sendo que o suporte do teto exterior, a claraboia, está partida e como consequência, quando chove, fica tudo molhado em frente à porta de entrada da habitação.

Admissão em ECCI: avaliação de EEER

Estado de consciência – consciente e orientada no espaço.

TUG: 35.45 segundos – alto risco de queda.

Escala de Morse: 75 pontos – alto risco de queda.

Mini-Cog: 0 palavras recordadas – positivo para défice cognitivo.

mMRCS: foi obtida força 3-/5 em todos os segmentos corporais do MSD; nos MI, foi obtida força 3/5 em todos os segmentos corporais do MID e 4/5 no MIE. O hemicorpo direito, é o que manifesta maior limitação, uma vez que a nível superior, a cliente refere ter sido submetida a intervenção cirúrgica, por fratura do ombro, em consequência de queda anterior, o que revela a importância da intervenção dos CEER na estabilidade postural em movimento, uma vez que já existem episódios de queda anteriores, assim como a nível inferior, por atual intervenção cirúrgica, sendo que no MIE já foi submetida a prótese total da anca.

Escala de Equilíbrio de Berg: 19 pontos - risco elevado de queda.

EVA: 4 pontos – dor moderada do MSD, mais especificamente, no ombro e no MID, na zona da intervenção cirúrgica, anca, nomeadamente no segmento coxo-femoral, que intensifica quando se realiza o movimento músculo-articular, sobretudo nas amplitudes de adução, extensão e flexão.

A avaliação da amplitude articular dos membros inferiores e superiores, sobretudo do hemicorpo direito, não foi realizada com recurso ao goniómetro, por falta de instrumento de avaliação na respetiva unidade.

Diagnósticos ER

De acordo com os resultados obtidos na avaliação inicial, foram identificados os respetivos diagnósticos de ER (baseados na CIPE, versão 2019, no PDCEEER e na Ontologia de Enfermagem), destacando-se apenas os relacionados com a temática do RCC, com o foco no equilíbrio dinâmico.

Diagnóstico 1: Equilíbrio dinâmico comprometido;

Diagnóstico 2: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda;

Diagnóstico 3I: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio;

Diagnóstico 4: Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio;

Diagnóstico 5: Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio;

Diagnóstico 6: Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio;

Diagnóstico 7: movimento muscular diminuído.

Sendo elaborado e implementado o respetivo PR em contexto de RCC.

Tabela I – Programa de reabilitação para a pessoa com instabilidade postural em movimento: diagnósticos de ER, intervenções de ER e objetivos pretendidos.

Diagnósticos de ER	Intervenções de ER	Objetivos pretendidos
Equilíbrio dinâmico comprometido	- Aplicar produtos de apoio: - Canadiana. - Avaliar equilíbrio dinâmico, através do teste TUG e Escala de equilíbrio de Berg; - Estimular a manter equilíbrio dinâmico: - Correção postural. - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico: - Alternância de carga dos MI e dos MS; - Apoio unipodal; - Exercícios de coordenação de movimentos; - Facilitação cruzada.	- Determinar metas a atingir de equilíbrio dinâmico; - Controlo postural em movimento. - Melhorar equilíbrio dinâmico; - Prevenir queda.

	- Monitorizar equilíbrio dinâmico através de escala do equilíbrio de Berg e teste TUG; - Assistir no treino do equilíbrio dinâmico.	
Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda	-Avaliar conhecimento sobre prevenção de queda: - Identificar barreiras arquitetónicas; - Identificar adaptação de domicílio. - Ensinar sobre prevenção de queda: - Gestão do ambiente físico; - Adequar vestuário para previr queda. - Assistir sobre adaptação do domicílio sobre prevenção de queda: - Identificação de barreiras arquitetónicas.	Promover autogestão: prevenção de quedas; -Conhecimento sobre prevenção de queda; - Adoção de medidas de prevenção de quedas; - Satisfação com as medidas adotadas para prevenir quedas e disponibilidade para melhorar.
Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio	-Avaliar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio;	Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico; -Consciencialização da relação entre os exercícios de

	- Promover experiência indutora da consciencialização; - Analisar a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio dinâmico. - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico.	controlo postural e o equilíbrio; -Treino do equilíbrio dinâmico de acordo com os ensinamentos; - Satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico e disponibilidade para melhorar.
Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio	- Avaliar capacidade para treinar o equilíbrio: - Avaliar estabilidade postural; - Avaliar força muscular; - Avaliar consciencialização da limitação funcional presente. - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico: - Correção postural; - Equilíbrio dinâmico ortostático. - Treinar equilíbrio dinâmico: - Correção postural; - Equilíbrio dinâmico ortostático.	Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico; - Capacidade para treinar o equilíbrio; - Consciencialização da limitação funcional presente; - Satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico e disponibilidade para melhorar.

Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio	- Avaliar autoeficácia para treinar o equilíbrio: - Analisar com o cliente os resultados alcançados; - Elogiar o desempenho do cliente.	Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico; - Autoeficácia para treinar o equilíbrio; - Satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico e disponibilidade para melhorar.
Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio	- Avaliar significado atribuído ao treino do equilíbrio; - Assistir cliente a analisar o significado dificultador.	Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico; - Significado atribuído ao treino do equilíbrio; - Satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico e disponibilidade para melhorar.
Movimento muscular diminuído do membro superior e inferior direito	- Avaliar força muscular através da escala mMRC; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido, com recurso a elásticos e pesos; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; - Executar técnica de exercício muscular e articular	Melhoria do movimento muscular; - Adesão aos exercícios músculo-articulares planeados; - Adesão às auto-mobilizações. - Satisfação com a evolução e plano de exercícios planeados.

	passivo com produto de apoio: canadiana. - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos: - Auto mobilizações. - Assistir movimento muscular; - Supervisionar movimento muscular.	
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.	Promover autogestão: técnicas de exercício muscular e articular; -Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Satisfação com as técnicas de exercício muscular e articular e disponibilidade para melhorar.
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular: - Auto mobilizações;	Promover adesão: técnicas de exercício muscular e articular; - Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; - Consciencialização da evolução da funcionalidade;

	- Mobilizações ativas assistidas; - Mobilizações ativas; - Mobilizações ativas resistidas; - Exercício de agachamento; - Exercícios de fortalecimento muscular, com bandas elásticas e pesos de 1kg; - Exercícios de motricidade fina: - “Jogo Sequência de cores”; - “Jogo Fósforos”; - “Jogo Diga 5”. - Treinar técnicas de exercício muscular e articular.	- Satisfação com a autogestão técnicas de exercício muscular e articular e disponibilidade para melhorar.
--	--	---

RESULTADOS

Durante o período de internamento em ECCI, a pessoa manteve-se sempre consciente, orientada no tempo, colaborante na adesão ao seu PR, dentro das suas possibilidades, destacando, que devido ao declínio cognitivo presente, por Doença de Parkinson, em duas sessões, não apresentou capacidade física e cognitiva, para responder e aderir aos exercícios pré-estabelecidos, conforme inicialmente previsto, tendo adaptado o respetivo programa, diminuindo a sua intensidade, resistência e repetições dos respetivos exercícios, privilegiando, nessas sessões, além da RFM, o treino cognitivo, implementando atividades e exercícios, com recurso à NeuroBox (Câmara Municipal de Sintra), que consiste numa caixa com uma série de jogos, com o principal objetivo de “manter e melhorar a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com demência.”, (Santos et.al., 2022)., criada por um grupo de trabalho multidisciplinar, fazendo parte integrante do grupo duas enfermeiras. Sendo que os objetivos pretendidos inicialmente delineados foram atingidos.

Relativamente à marcha e ao equilíbrio, teve-se em consideração o valor apresentando na nota de alta clínica, da área de fisioterapia, como valor de referência, com o registo no teste TUG, com o tempo de 1 minuto e 32 segundos. Podendo verificar na data de admissão uma melhoria, mantendo essa evolução de melhoria contínua, ao longo do PR, podendo verificar-se por observação direta e através da implementação dos instrumentos de avaliação aplicados, de uma marcha mais estável e segura, com uma melhoria da estabilidade postural em movimento.

Tabela II – *Avaliação da mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar e estabilidade na deambulação, através do teste TUG. Alto risco de queda com tempo ≥13,5 segundos.*

TUG	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
Tempo	34.45 segundos	24.22 segundos	18.18 segundos

No que diz respeito à força muscular global dos segmentos corporais, verifica-se maior limitação no hemicorpo direito, como já foi anteriormente justificado. Nas notas de alta é descrito uma força de 3/5 no MID, o que se verifica e mantém à data da 1ª avaliação, com limitação das respetivas amplitudes corporais, por presença de dor moderada, que intensifica ao movimento músculo-articular. Observando uma melhoria do MID, manifestando maior tolerância ao exercícios musculo-articulares ativos resistidos, com dor controlada ou diminuída.

Tabela III – Avaliação do nível de força muscular, através da mMRC. Sem contração muscular e sem movimento: 0; observa-se contração muscular mas não há movimento: 1; o músculo move a articulação, mas não contra a gravidade: 2; o músculo move a articulação contra a gravidade, mas não realiza todos os movimentos mecânicos: 3-; o músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade: 3; O músculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória, contudo cai abruptamente: 3+; A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação apenas contra uma resistência mínima: 4-; O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada: 4; A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação contra resistência de moderada a máxima: 4+; Fraqueza dificilmente detetável: 5-; Força Normal contra resistência e contra gravidade: 5.

mMRC	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
MSD	3-/5	3-/5	4-/5
MID	3/5	4-/5	4+/5
MIE	4/5	4/5	5-/5

A avaliação do equilíbrio funcional, estático e dinâmico, avaliado na admissão da cliente em ECCI, manifestou uma instabilidade postural em movimento, despertando toda a atenção ao nível de reabilitação, uma vez que interfere com a sua independência funcional e consequente qualidade de vida. Na nota de alta destacam a comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico, sendo que no dia da admissão, verifica-se presença de equilíbrio estático mantido e equilíbrio dinâmico sentada mantido. Sendo que na 2ª avaliação observa-se ligeira melhoria do

seu equilíbrio dinâmico, sendo que na última avaliação é notória uma melhoria na capacidade funcional, confirmando-se no ciclo de marcha, por melhoria significativa da estabilidade postural.

Tabela IV – *Avaliação do equilíbrio funcional através da Escala de Equilíbrio de Berg. Equilíbrio diminuído com elevado risco de queda: 0-20 pontos; equilíbrio médio com risco de queda médio: 21-41 pontos; equilíbrio bom com baixo risco de queda: 41-56 pontos.*

Escala de Equilíbrio de Berg	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
Pontuação	19	23	43

Através da avaliação do risco de queda com recurso à Escala de Morse, verificou-se no ato de admissão alto risco de queda, tendo evidenciado melhoria após implementação do PR, constatando na 2ª e 3ª avaliação, mantendo risco de queda elevado, por manter, mesmo que melhorada, postura debilitada no ciclo de marcha, uma vez que se sente mais segura com recurso a produto de apoio: bengala.

Tabela V – *avaliação do risco de queda através da Escala de Morse. Risco de queda baixo: 0-24 pontos; risco de queda médio: 25-44 pontos; risco de queda elevado: superior a 45 pontos.*

Escala de Morse	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
Historial de quedas	25	25	25
Diagnostico secundário	15	15	15
Ajuda para caminhar	15	0	0
Terapia endovenosa	0	0	0
Postura no andar e na transferência	20	10	10
Estado mental	0	0	0
Pontuação	75	50	50

Através da avaliação das funções cognitivas, verifica-se um défice cognitivo mais acentuado do que é descrito na nota de alta. Dessa forma surgiu a necessidade de implantar no PR o treino cognitivo, uma vez que existe a necessidade da manutenção da capacidade cognitiva, evitando a sua deterioração, para a possibilidade da recuperação funcional motora, constatando promissor e eficaz a integração e complementaridade da RFM e treino cognitivo ao nível dos resultados obtidos em ambas as áreas.

Tabela VI – Avaliação das funções cognitivas, através do teste *Mini-Cog*. *3 palavras recordadas: Negativo para défice cognitivo; 1-2 palavras recordadas + normal TDR: Negativo para défice cognitivo; 1-2 palavras recordadas + anormal TDR: Positivo para défice cognitivo; 0 palavras recordadas: Positivo para défice cognitivo.*

Mini-Cog	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
Pontuação	0 palavras recordadas	1-2 palavras recordadas + anormal TDR	3 palavras recordadas

DISCUSSÃO

Perante o RCC com foco na instabilidade postural em movimento, com o principal diagnóstico de RE de equilíbrio dinâmico comprometido na pessoa com fratura do fémur submetida a encavilhamento cefalomedular, foi elaborado um PR fundamentado e assente na mais recente evidência científica, enquadrado e adaptado à situação clínica atual da pessoa, praticando uma abordagem individual, personalizada e holística.

O método exposto e aplicado permite demonstrar os resultados obtidos sobre a intervenção do EEER, destacando a relevância e importância da sua atuação na recuperação da funcionalidade motora da pessoa com alterações da estabilidade postural em movimento.

O PR no pós-operatório deverá focar-se na mobilização articular, fortalecimento muscular, prevenção de luxação, treino de verticalização, marcha e AVD's (Teixeira et.al., 2021), o mesmo teve por base de atuação a reeducação funcional motora, o fortalecimento muscular, o aumento da amplitude articular, o treino de marcha com produto de apoio: canadiana, numa fase inicial do programa, e sem produto de apoio; a prevenção de luxação da anca, a prevenção de queda e a gestão da cognição. Sendo que a intervenção e a atuação do EEER, em contexto de domicílio, não correspondeu, propriamente, ao pós-operatório imediato, uma vez a senhora esteve internada em UCCI, durante um mês, tendo regressado ao domicílio a realizar marcha com canadiana, tendo já iniciado PR na respetiva unidade. Na admissão verificou-se alto risco de queda, por evidenciar instabilidade postural em movimento, sendo esse o principal foco dos cuidados e intervenção de ER, privilegiando a estruturação e implementação de um programa focado na reeducação funcional motora dirigido às alterações e necessidades acima identificadas.

As respetivas intervenções de ER destacam ganhos em saúde, em termos da funcionalidade, nomeadamente da estabilidade postural em movimento e consequentemente, da mobilidade muscular, principalmente do membro superior e inferior direito, que se verifica através dos resultados da escala mMRC, com o aumento do número de repetições, séries e resistência dos exercícios músculo-articulares, realizados ao longo o programa. Verificando-se uma melhoria no ciclo de marcha, através do treino de marcha, evidente também, nos resultados do teste TUG, evidenciando uma maior estabilidade corporal em movimento e equilíbrio dinâmico mantido,

além de manter risco de queda, apresenta uma marcha mais estável, segura e coordenada, sem recurso a produto de apoio, comparativamente à data de admissão.

No que diz respeito ao declínio cognitivo presente por parte da pessoa e conforme afirma Teixeira e colaboradores (2021) “O declínio cognitivo constitui um fator que pode prejudicar a capacidade de andar, o que torna imperativo a adaptação do programa de reabilitação à individualidade de cada pessoa.” (p.53), verificaram-se algumas limitações e respetivas implicações em algumas sessões, na realização dos respetivos exercícios músculo-articulares, adaptando, nesses dias, a redução das repetições, sessões e resistência oferecida. Destacando a implementação de exercícios músculo-articulares de motricidade fina, com origem no treino cognitivo no PR, o que evidenciou uma melhoria ao nível da cognição, confirmando-se nos resultados do teste Mini-Cog, com uma relação positiva na participação, evolução e capacidade ao longo dos exercícios.

Apesar das limitações relatadas, inerentes à situação clínica atual da pessoa, é possível afirmar e evidenciar que as intervenções do EEER se tornam essenciais e importantes num processo fisiopatológico com consequências nas capacidades funcionais da pessoa, nomeadamente, ao nível motor e cognitivo, possibilitando o alcance da melhoria da funcionalidade motora, amplitude articular, estabilidade cognitiva e estabilidade postural em movimento.

Pode-se evidenciar que a implementação do treino cognitivo no PR, demonstrou impacto nos resultados e atingimento dos objetivos inicialmente propostos, corroborando com a evolução positiva da funcionalidade motora e cognitiva da pessoa, assim como do seu envolvimento e participação ativa no seu processo de transição. Despoletando sentimentos de segurança, autoconfiança e autodeterminação, tendo uma implicação bastante positiva ao longo das sessões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este RCC permitiu destacar a importância e relevância do papel do EEER na integração de uma ECCI, integrada atualmente, numa ULS, permitindo intervir diretamente na comunidade e garantir a continuidade dos cuidados integrados, permitindo a manutenção e minimização de complicações da funcionalidade da pessoa, trazendo ganhos para a saúde, para a entidade pública, para a comunidade e para a respetiva autarquia, uma vez que possibilita e torna possível a manutenção da capacidade funcional, promovendo a mobilidade, acessibilidade e a participação social da pessoa, mantendo-a integrada e participante no seu contexto social.

A evolução da funcionalidade da pessoa foi notória, principalmente, na estabilidade postural em movimento, sendo que na admissão se deslocava com recurso ao auxiliar de marcha, com presença de marcha instável e falta de segurança, tendo alta de ECCI, com padrão de marcha seguro e adequado, com presença de estabilidade postural em movimento, com equilíbrio dinâmico não comprometido. Com resultados satisfatórios e positivos no movimento muscular, pelo aumento da força muscular e amplitude articular do membro superior e inferior direito.

O recurso aos instrumentos de recolha de dados identificados, permitiu o adequado levantamento de necessidades, focos e diagnósticos de ER, assim como o estabelecimento de prioridades na estruturação, desenvolvimento e implementação de um plano de intervenção de ER personalizado, como a respetiva avaliação da eficácia das atividades elaboradas e dos resultados obtidos.

Os dados expostos permitem justificar a importância e relevância da intervenção do EEER, junto da pessoa com alterações no c, através da conceção, implementação e avaliação de planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, nomeadamente, programas de treino motor, promovendo o recurso das capacidades existentes da pessoa, maximização o seu desempenho, prevenindo o surgimento de complicações e/ou lesões, através da recuperação da capacidade funcional, após a lesão ou situação proporcionadora de incapacidade (OE, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. (2015). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Equipa Coordenadora Local (ECL) de Sintra. (2024). *Manual de Referenciação para a RNCCI*. (maio de 2024). ACES Sintra.

Escola Superior de Saúde Atlântica. (2022). *Guia para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. (sétima edição). ESSATLA.

ICN (International Council of Nurses). Ordem dos enfermeiros. (2024). Navegador CIPE 2019. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, alínea d) do n.º 1 do artigo 42º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16011/programa_formativo_eereab_rev12-vf.pdf

Norma 054/2011 de 27/12/2011 da Direção Geral da Saúde. (2012). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 da República portuguesa. SNS. DGS (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Oliveira, C. (2023). EVOLUÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM UTENTES SEGUIDOS EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO POR UMA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V6 (N2), páginas 1-15. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/329>

Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – mandato 2016/2019. *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. (2016). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2024). *Ontologia de enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Palma, M; Teixeira, H; Pino, H; Vieira, J & Bule, M. (2021). PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR: ESTUDO DE CASO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V4 (N2), páginas 6-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

PARECER N.º 5/ 2020 da Ordem dos Enfermeiros (2020). MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (2020). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20614/parecer-mceer-n%C2%BA-5_2020_a-realiza%C3%A7%C3%A3o-de-exerc%C3%ADcio-f%C3%ADsico-pelo-eer_anonimizado.pdf

Pinto, D; Magalhães, S & Ferreira, S. (2023). CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL PARA A ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO CORPORAL DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V6 (N2), páginas 1-20. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/365>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 da Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Diário da República: 1ª Serie, N.º 9. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (RPER). *Estudos de Caso*. V3 (S1). Páginas 4-75. <https://eventos.aper.pt/ficheiros/Revista/RPERv3s1.pdf>

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, V3 (SI), páginas 5-17. DOI 10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755

Soares, M.J. (2019). *A Enfermagem de Reabilitação no idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur* [Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29360>

Sousa, L & Severino, S. (2023). *GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO. Estágio de Reabilitação na Comunidade. 1º Ano – 2º Semestre*. ESSATLA – Escola Superior de Saúde da Atlântica.

Universidade de Aveiro. (2020). *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas, APA 7ªed.* (sétima edição). Serviços de biblioteca, informação documental e museologia. <https://www.ua.pt>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação foi assinado e datado.

Comissão de Ética:

Foi encaminhado email à Comissão de Ética da Instituição de Ensino Superior a solicitar autorização para a realização e elaboração do Relato de Caso Clínico, que aguardo decisão, à data da entrega do trabalho.

Conflitos de interesse:

A autora não declara nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por orientadores:

Não comissionado. Foi revisto por professora orientadora de estágio e orientadora supervisora.

Avaliação de Estágio de Reabilitação na Comunidade
2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem do Ramo de Reabilitação

ANEXO I

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a Participação em Investigação

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de síndrome de imobilidade por internamento prolongado

Avaliação de Estágio de Reabilitação na Comunidade

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem do Ramo de Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

Título do estudo: Intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com instabilidade postural em movimento.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade [redacted] no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do(a) Professor(a) Helena Pestana e do(a) Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação Vanda Gomes.

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados instrumentos/testes de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no estudo de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre Equilíbrio dinâmico comprometido, contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

... [agradecimentos e identificação do/a estudante- Marlene Costa Teixeira, 966857093, 2023044@uatla.pt]

Assinatura/s: [assinatura] [redacted]

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: [redacted]

Assinatura: [assinatura]

Data: 21 / 05 / 2024

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: [redacted]

BI/CD Nº: [redacted] DATA OU VALIDADE: [redacted]

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: [redacted]

ASSINATURA [redacted]

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

² <http://dire.pt/pdf/direp/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE III – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com neoplasia do pulmão: caso clínico.



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATO DE CASO CLÍNICO

REALIZADO POR:

Marlene Teixeira nº2023044

Relato de Caso Clínico



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATO DE CASO CLÍNICO

Marlene Costa Teixeira

Orientação: Prof. Doutor Nélson Guerra

Enfermeiro Supervisor: Enfermeiro Especialista João Oliveira

Barcarena, 2024

Relato de Caso Clínico

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho académico.

Relato de Caso Clínico

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diárias

CEER – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

CP – Cuidados Paliativos

CPNPC – Carcinoma Pulmonar de Não-Pequenas Células

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMER - Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GECP – Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão

MI – Membro Inferior/es

MS – Membro Superior/es

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PER – Programa de Enfermagem de Reabilitação

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RMP – Relaxamento muscular progressivo

RP – Reabilitação Paliativa

RR – Reabilitação Respiratória

Relato de Caso Clínico

ÍNDICE

I. TÍTULO, RESUMO E DESCRITORES 8

II. INTRODUÇÃO 9

III. MATERIAIS E MÉTODOS 14

IV. RESULTADOS 24

V. DISCUSSÃO 31

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS 35

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E

ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO 42

Relato de Caso Clínico

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Ventilação 19

Tabela 2 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Ventilação nas patologias do tipo restritivo 20

Tabela 3 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Dispneia em repouso 21

Tabela 4 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Limpeza da via aérea 21

Tabela 5 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Disfagia 23.

Tabela 6 - Avaliação da dor através da Escala Visual Analógica (EVA) numérica ... 24

Tabela 7 - Avaliação da dispneia através da Escala de *Borg* modificada 24

Tabela 8 - Avaliação da dispneia através da Escala *Medical Research Council* (mMRC) 25

Tabela 9 - Avaliação de sintomas através da Escala *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) 25

Tabela 10 - Avaliação da intensidade da náusea através de Escala Visual Numérica .26

Tabela 11 - Avaliação do grau de independência através da Escala de *Barthel* 26

Tabela 12 - Avaliação do grau de independência através da Medida de Independência Funcional (MIF) 27

Tabela 13 - Avaliação da deglutição através do teste *Gugging SWallowing Test* (GUSS)..... 28

Tabela 14 - Avaliação do estado funcional através da Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (EDCP v2). (versão 2) 28.

Tabela 15 - Avaliação da força muscular através da Escala MRC Modificada 28

Tabela 16 - Avaliação do equilíbrio corporal através do Índice de *Tinetti* 29

Relato de Caso Clínico

Tabela 17 - Avaliação da cognição através do Teste *Mini-Cog* 29

Tabela 18 - Avaliação da cognição através do Teste *Mini Mental State Examination* (MMSE) 30

Relato de Caso Clínico

I. TÍTULO, RESUMO E DESCRITORES

TÍTULO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM NEOPLASIA DO PULMÃO: CASO CLÍNICO.

RESUMO: A neoplasia do pulmão enquadra-se nos tipos de cancro mais comuns a nível mundial e com um dos prognósticos mais reservados no que diz respeito à taxa de sobrevivência, o carcinoma do pulmão de pequenas células, o pior prognóstico clínico. A evidência científica destaca os benefícios, eficácia, segurança e pertinência da intervenção da reeducação funcional respiratória em situações de doença restritiva e/ou paliativa, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é o profissional titular de uma variedade de competências, que lhe permitem promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo e o autocuidado da pessoa, facilitando assim os processos de transição saúde/doença, nomeadamente na capacitação da pessoa e do respetivo cuidador para a reinserção social.

DESCRITORES: neoplasia do pulmão, doença respiratória restritiva, ventilação comprometida, dispneia em repouso, intolerância à atividade.

Relato de Caso Clínico

II. INTRODUÇÃO

A neoplasia do pulmão enquadra-se nos tipos de cancro mais comuns a nível mundial e com um dos prognósticos mais reservados no que diz respeito à sua taxa de sobrevivência, correspondendo ao carcinoma do pulmão de pequenas células, o pior prognóstico clínico. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Só no ano de 2020, foram diagnosticados em Portugal, cerca de cinco mil novos casos, sendo a terceira neoplasia mais frequente no país e uma das mais mortíferas. (Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão [GECPI], 2024). A Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer da Organização Mundial da Saúde (IARC & OMS, 2024), prevê mais de trinta e cinco milhões de novos casos de cancro no ano de 2050.

A neoplasia primária do pulmão encontra-se associada à existência de um tumor com origem no epitélio dos brônquios, bronquíolos e alvéolos. É classificada, segundo a OMS, em quatro tipos celulares: carcinoma pavimento-celular, carcinoma de pequenas células, adenocarcinoma e carcinoma de grandes células. Como principais fatores de risco, destacam-se os hábitos tabágicos (em 90% dos casos) e o desenvolvimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Relativamente à sua fisiopatologia, a doença encontra-se diretamente relacionada com a sua localização, no parênquima pulmonar, sendo que o carcinoma de pequenas células é representado pela existência de massas centrais com origem endo brônquica, apresentando como principal sintomatologia, a tosse, hemoptises, dispneia e pneumonite pós-obstrutiva. (Branco, 2012).

Com esta projeção do futuro, ressalta a necessidade da existência de um acompanhamento de saúde mais próximo, resiliente e presente, com foco no controlo da sintomatologia associada, com a principal intenção de atingir a “promoção da dignidade e da qualidade de vida” (Alves & Babo, 2021, p.329) da pessoa portadora de doença oncológica com mau prognóstico clínico. Verifica-se assim a necessidade urgente de uma reorganização dos atuais sistemas de saúde e consequentes recursos e políticas de saúde vigentes. (Alves & Babo, 2021).

Conforme a literatura, Santos *et al.* (2014) referem que em Portugal a Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Paliativos tem vindo a destacar algum interesse no âmbito da investigação, o que tem trazido, ao longo do tempo, contributos na sua visibilidade e cientificidade.

Relato de Caso Clínico

Nesse sentido, tem-se vindo a demonstrar a pertinência do papel e intervenção da área de reabilitação na pessoa em situação paliativa, pela publicação de resultados de estudos que evidenciam o aumento na qualidade de vida de pessoas portadoras de doenças crónicas avançadas, mais concretamente, na sua funcionalidade e no desempenho das Atividades de Vida Diárias (AVD), demonstrando uma melhoria e o não agravamento da sintomatologia associada, nomeadamente, na mobilidade, fadiga, dor, sensação de bem-estar, dispneia, estado emocional e função cognitiva. (Alves & Babo, 2021).

A principal finalidade da intervenção do EEER em contexto paliativo, prende-se principalmente com a melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de doença oncológica em fase terminal, capacitando-a para atingir o seu “potencial físico, psicológico e social,” (Alves & Babo, 2021, p.332) independentemente das suas expetativas iniciais, atuando principalmente, com a equipa multidisciplinar, no alívio dos sintomas e prevenção de complicações associadas, indo ao encontro da manutenção da dignidade humana. (Alves & Babo, 2021). Destacando que o EEER corresponde a um profissional portador de uma variedade de competências, que lhe permite promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo e o autocuidado da pessoa, facilitando os processos de transição saúde-doença, através da capacitação da pessoa e do respetivo cuidador na sua reinserção social. (OE, 2018). Portanto podemos considerar que a área de reabilitação é uma área fundamental e imprescindível no controlo e resposta às necessidades da pessoa portadora de doença oncológica, contribuindo assim na gestão eficaz das expetativas da pessoa e respetiva família, perante o processo de transição situacional. (Alves & Babo, 2021).

Conforme a literatura, a neoplasia maligna é classificada como um **“padrão ventilatório do tipo restritivo.”** (Branco e colaboradores, 2012, p.129), caracterizado por um compromisso primário da ventilação pulmonar, em consequência da disfunção dos músculos respiratórios e consequente diminuição da *compliance* pulmonar e/ou da parede torácica. Nestas situações clínicas, na maioria dos casos, opta-se por um **tratamento conservador**, nomeadamente a **quimioterapia paliativa**, estando associado ao tratamento o risco de desencadear sintomatologia de hipersensibilidade e inflamação intersticial, nomeadamente, a fibrose difusa, conduzindo a uma quebra do estado geral da pessoa e consequentemente, à diminuição do aporte calórico, levando a estados de astenia e imunodepressão. (Branco e colaboradores, 2012).

Relato de Caso Clínico

A evidência científica tem vindo a destacar os benefícios, eficácia, segurança e pertinência da Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) na doença restritiva, assumindo um papel fundamental e imprescindível na pessoa com Carcinoma Pulmonar de Não-Pequenas Células (CPNPC), associando a relação entre a tolerância ao exercício, a performance física e a sobrevivência destas pessoas ao exercício físico, definindo-o como um “preditor independente de sobrevivência.” (OE, 2018, p.226). Sendo que os Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER) se baseiam principalmente, no controlo da dor e sintomatologia associada, RFR tem um papel fundamental no controlo da dispneia, na melhoria da ventilação alveolar, através do recurso às técnicas de expansão torácica, tosse, respiração diafragmática com lábios semicerrados e exercícios de respiração segmentares (OE, 2018).

A literatura confirma, que a RFR deve ter como principal foco a **humidificação e permeabilização frequente das vias aéreas**, devido à existência de hipersecreção e obstrução brônquica, pela aplicação de Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas, nomeadamente das técnicas de mobilização e expulsão de secreções brônquicas, pelo ensino da tosse eficaz, introduzindo a técnica de expiração forçada, o *huffing*, drenagem autogénica, drenagem postural clássica assim como a aplicação de técnicas de reeducação e otimização da mecânica ventilatória, tais como a respiração abdomino diafragmática, exercícios de mobilização torácica e articular e treino dos músculos respiratórios, principalmente dos inspiratórios. (Branco, 2012).

Branco e colaboradores (2012), alertam para a **contraindicação da aplicação de Manobras Acessórias** nos Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas, em pessoas portadoras de neoplasias primárias do pulmão e da pleura, com metástases costais e vertebrais, uma vez que possuem risco acrescido de disseminação da doença e de fraturas patológicas associadas.

Os principais objetivos imediatos da RFR nas doenças respiratórias restritivas são: a manutenção contínua de uma ventilação eficaz, a maximização dos fluxos de tosse e a melhoria da *compliance* pulmonar e da expansão torácica, aliviando assim a dispneia de esforço e melhorando a tolerância ao exercício. A sua manutenção e objetivos de longo prazo são: prevenir a insuficiência respiratória aguda, redução do tempo de internamento hospitalar e maximizar a funcionalidade da pessoa. (Branco, 2012).

Relato de Caso Clínico

Nesse sentido o “EEER tem um papel fundamental no processo de transição saúde-doença da pessoa com compromisso cardiorrespiratório, quaisquer que sejam as condições de saúde que lhe deram origem e o contexto de prestação de cuidados de saúde.” (Couto, Silva, do Mar & Gomes, 2021, p.234). A prescrição das intervenções de Enfermagem de Reabilitação (ER) tem por base o controlo sintomatológico e a estabilidade clínica da pessoa, tendo em conta a avaliação inicial da situação clínica, com recurso aos instrumentos de recolha de dados para a documentação dos CEER da OE (2017), de modo a sustentar os diagnósticos de ER.

Como já foi identificado anteriormente, os principais objetivos da área de reabilitação à pessoa portadora de doença oncológica com mau prognóstico funcional, são os ganhos na qualidade de vida e o alívio do sofrimento associado aos sintomas e consequentes complicações clínicas, e sendo que a reabilitação se encontra inserida como uma abordagem na área dos Cuidados Paliativos (CP), nomeadamente em situações com recurso ao tratamento sob quimioterapia, a qual é definida como **Reabilitação Paliativa** (RP), inserida em todos os estádios da neoplasia, sendo ainda uma área onde existem poucas evidências “de que a reabilitação multidisciplinar seja impactante na funcionalidade e controlo de sintomas no cancro terminal.” (Jorge, 2014, p.64).

Torna-se, portanto, relevante a necessidade de desenvolver uma prática baseada na evidência, revelando os ganhos de saúde sensíveis aos CER, através da monitorização da implementação dos PER e dos seus respetivos resultados (Rodrigues, Gomes & Albuquerque, 2020). Pelo que se decidiu elaborar o presente Relato de Caso Clínico (RCC), partindo da questão norteadora de pesquisa “Quais são os ganhos sensíveis à intervenção do EEER no controlo de sintomas e complicações clínicas associadas, na pessoa com CPNPC?”

A finalidade do RCC prende-se com a compreensão dos ganhos sensíveis à implementação do PER com foco no controlo de sintomas e complicações clínicas associadas, na pessoa com CPNPC, apresentando os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores que influenciam e são influenciados pelas RFR para otimizar a ventilação;
- Identificar as técnicas de reeducação costal que facilitam o padrão respiratório eficaz na pessoa com CPNPC, em estadio IV;

Relato de Caso Clínico

- Identificar o impacto de um padrão respiratório eficaz na qualidade de fim de vida da pessoa.

Relato de Caso Clínico

III. MATERIAIS E MÉTODOS

O ato de “investigar” reflete “um processo sistemático e metodologicamente organizado que contribui para o aumento do conhecimento.” (Martins, Ribeiro & Schoeller, 2021, p.38), tornando possível explicar um fenómeno, alvo de estudo e desenvolver novo conhecimento e novas estratégias, em determinada área, possíveis de aplicar na prática clínica. Nesse sentido ressoa a necessidade de desenvolver investigação, tanto qualitativa como quantitativa, nomeadamente na área de ER, com foco na diversificação dos métodos de investigação implementados, com o principal intuito de acrescentar inovação e valor aos CEER. (Martins *et. al.*, 2021).

Um dos métodos de investigação classificado, por alguns autores, como inovador, diz respeito à metodologia dos **estudos de caso** (Martins *et. al.*, 2021), uma vez que permitem recorrer a uma pesquisa empírica, assim como a múltiplas fontes de evidência, com o principal objetivo de explorar, descrever e explicar o fenómeno em estudo, com base num problema, alvo de investigação. (Teixeira, Silva, Mesquita & Pestana, 2023).

O presente estudo, sob a forma de RCC, descreve um caso real, com uma abordagem qualitativa e descritiva, apresentando uma pessoa internada no serviço de Medicina e Especialidades Médicas, com diagnóstico clínico “de novo” de CPNPC, em estágio IV, após recorrer ao Serviço de Urgência, do respetivo hospital, por episódio de hemoptises. A opção de escolha da respetiva situação clínica e diagnóstico “de novo” foi intencional, pelo escasso recurso existente ao nível da evidência disponível, principalmente em Portugal, nomeadamente da relevância da intervenção do EEER em contexto paliativo, pela implementação de um PER com ênfase na **Reabilitação Paliativa**, com a intenção de identificar os ganhos em saúde diretamente relacionados aos CEER. Nesse sentido, foi planeado, desenvolvido e implementado um PER com enfoque na área respiratória, através da implementação da RFR, partindo e tendo em consideração os sintomas inicialmente presentes com compromisso da estabilidade clínica da pessoa, nomeadamente, de uma ventilação eficaz, não descurando a área motora, estruturando e implementando a Reeducação Funcional Motora (RFM), em consideração ao comprometimento inicial da sua funcionalidade. Destacando o cuidado em aplicar e integrar nos respetivos CEER uma abordagem humanizada e holística, acrescentado ao PER intervenções direcionadas aos níveis físico, emocional e espiritual.

Relato de Caso Clínico

A sua elaboração decorre entre os meses de outubro e novembro de 2024, enquanto Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação (EMER), em contexto de Estágio Profissionalizante, tendo obtido o respetivo consentimento informado livre e esclarecido, com atenção ao cumprimento dos princípios éticos, nomeadamente, o respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência, qualidade de vida, veracidade e confidencialidade, associado ao pedido de parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde da Atlântica Para Participação em Investigação.

O PER foi iniciado ao catorze dia de internamento, elaborado, planeado e implementado durante oito dias, no total de oito sessões. Foram monitorizados os respetivos resultados alcançados e efetuados dois momentos de avaliação, a avaliação inicial e a avaliação final. Os CEER tiveram termo por o falecimento da pessoa. Importa referir que este foi o único PER instituído, não existindo outras intervenções complementares em paralelo relacionadas com a reabilitação respiratória e funcional da pessoa por parte de outros profissionais.

Numa fase inicial foram identificados os dados sensíveis à prática de ER, através da colheita de dados, pela avaliação clínica da pessoa, recorrendo à consulta do seu processo clínico e exames complementares de diagnóstico realizados, nomeadamente, os analíticos e os imagiológicos. Foram avaliados os parâmetros físicos, pela implementação do exame físico com foco na função respiratória e na capacidade funcional, a avaliação do estado mental, nomeadamente a cognição e o estado afetivo e/ou emocional, não descurando a avaliação social, recorrendo aos “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.” (OE, 2018), “Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória (OE, 2018), assim como outros recursos pertinentes, nomeadamente, o “Guia Prático do Controlo Sintomático” (Freire, 2021), “Avaliação Geriátrica” (Duque, Gruner, Clara, Ermida & Veríssimo, 2023), implementando os seguintes instrumentos de avaliação: a escala *Medical Research Council Muscle Scale* Modificada (mMRC) para avaliação da força muscular, a Medida de Independência Funcional (MIF) para avaliar o grau de independência, o Índice de *Barthel* para avaliar o nível de dependência para a realização das AVD, a Escala de *Borg* modificada e a *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC) para avaliar a dispneia, o *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) para avaliar a deglutição, assim como a *Palliative Performance Scale* (PPSv2) (Victoria Hospice Society, 2009), a “Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos” para avaliar o estado

Relato de Caso Clínico

funcional, a Escala Visual Numérica para a avaliação da intensidade da náusea, a Escala Visual Analógica (EVA) numérica para avaliar a intensidade da dor, a Escala de *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) para avaliar os sintomas presentes, o Índice de *Tinetti* para avaliar o equilíbrio e a marcha, o *Mini Mental State Examination* (MMSE) e o teste Mini-Cog para avaliar o estado cognitivo. Recorrendo também ao “Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2015) e o ao *Browser CIPE* do *International Council of Nursing* (2019) para a identificação dos Diagnósticos de ER.

Durante o planeamento e estruturação dos respetivos CEER foi consultada revisão da literatura recente e evidência científica pertinente, destacada nas referências bibliográficas, sustentados em referenciais teóricos, “de modo a contribuir para a individualização, a humanização e a qualificação da assistência prestada às pessoas, às famílias e às comunidades.” (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021, p.48), nomeadamente na **Teoria das Transições**, de *Afaf Meleis*, uma vez que ressalta as experiências humanas de transição, destacando como principais conceitos de relação, a **saúde** e o **bem-estar**, relacionando-os com os indicadores de resultados da intervenção do EEER, direcionada à facilitação do processo de transição situacional, saúde-doença, com principal enfoque na relação enfermeiro-pessoa. (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021)

A duração das sessões foi adaptada ao estado clínico da pessoa, tendo em consideração a sua consciencialização nas mudanças ao longo do processo de transição, assim como os respetivos fatores facilitadores e dificultadores, ajustando os CEER sempre que necessário, não descurando os níveis funcional, físico, cognitivo, emocional e espiritual. A definição do número de séries e/ou repetições para cada exercício planeado, também foi devidamente adaptado e ajustado conforme à necessidade e estado da pessoa.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Trata-se de uma pessoa com sessenta e oito anos de idade, género masculino, caucasiano, nacionalidade portuguesa, divorciado, vive com a filha mais nova, de aproximadamente trinta anos de idade. Profissionalmente ativo, como arquiteto especialista em monumentos (reabilitação urbana) e professor de artes, do ensino secundário, da disciplina de geometria descritiva.

Como antecedentes clínicos apresenta cardiopatia hipertensiva e isquémica com Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMST), submetido a

Relato de Caso Clínico

Intervenção Coronária Percutânea (PCI) em 2013; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) tabágica e obesidade.

Recorre ao serviço de urgência por episódio de hemoptises. Realiza Tomografia Computorizada (TAC) torácica onde se identifica volumoso conglomerado adenopático hilar pulmonar direito, com **infiltração tumoral do brônquio intermédio**, com calibre mínimo de cinco milímetros. Oclusão do brônquio lobar médio, com sinais de **pneumonite obstrutiva**, com consolidação do segmento interno. Múltiplas e volumosas **adenomegalias** em topografia paratraqueal superior, bilateralmente, paratraqueal inferior direita, conglomerado adenopático infracarinal e adenomegalia cervical inferior esquerda com onze milímetros. **Nódulo sólido na língua** de dez milímetros, possivelmente secundário. Pequeno **nódulo subpleural** basal externo no lobo inferior esquerdo com cinco milímetros. **Atelectasia** subsegmentar basal posterior direita. **Sem derrame pleural nem derrame pericárdico**.

Ficando no Serviço de Observação com os seguintes diagnósticos clínicos: **neoplasia do pulmão de novo - carcinoma do pulmão de pequenas células estágio IV – massa infiltrativa à direita e metastização ganglionar, pulmonar, hepática, pancreática e óssea, expectoração hemoptóica** neste contexto; **pneumonia obstrutiva; insuficiência respiratória parcial; dor oncológica não controlada**. Após três dias é transferido para o serviço de Medicina e Especialidades Médicas do mesmo hospital.

Ao decimo dia de permanência no hospital, realiza Tomografia por Emissão de Positrões (PET) e Tomografia Computorizada (TC), identificando-se **derrame pleural direito** em quantidade ligeira, sem captação. **Nódulo na língua com catorze milímetros** (aumento de quatro milímetros) SUV 11.3. **Estações ganglionares do pescoço e mediastínico** (múltiplas) com captação entre SUV 28-33. Fígado: lesões focais dispersas pelos segmentos V, VI, VII (a mais intensa) com SUV 27. Pâncreas: foco de captação com SUV 5.6. adenopatia vs **lesão pancreática**. **Múltiplas lesões dispersas pela calote craniana, esfenóide, mandíbula, coluna vertebral (todas as vértebras com captação mais intensa em L1, SUV 34.7), grelha costal (todos os arcos costais), úmeros, bacia e fémures**.

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Conforme Couto *et. al* (2021) identificam, o compromisso do sistema cardiorrespiratório exige um confronto direto com o “**processo de transição saúde-doença**”, com

Relato de Caso Clínico

consequente impacto nos principais processos corporais, psicológicos, emocionais e sociais. Nesse sentido, é de extrema importância a existência de uma avaliação e consequente intervenção por parte do EEER, com foco nos principais processos acima identificados, através de uma avaliação da sintomatologia associada, recorrendo ao exame físico, consultando os exames complementares de diagnóstico realizados, não descurando a avaliação da função muscular, da qualidade de vida e bem-estar atual, assim como da eventual presença de sintomatologia de ansiedade e/ou depressão. Sendo o EEER um elemento fundamental e imprescindível na constituição da equipa multidisciplinar, em contexto hospitalar, em serviço de internamento em situação paliativa, na pessoa com compromisso cardiorrespiratório, apresentando-se com um elemento facilitador no processo de transição saúde-doença, evidenciando capacidade e competências acrescidas, nomeadamente no levantamento das principais necessidades de ER, com recurso a instrumentos estruturados e validados (OE, 2018) para avaliação da pessoa, de modo a garantir a fiabilidade e pertinência dos diagnósticos de ER e respetivos CEER. (Couto *et. al*, 2021).

A pessoa é avaliada pelo EEER ao decimo quarto dia de internamento no respetivo serviço, com recurso aos devidos instrumentos de avaliação (OE, 2018) já identificados, com incidência principal na avaliação da dor, da dispneia, da sintomatologia associada presente, da intensidade da náusea, do grau de independência na execução das AVD, da deglutição, do estado funcional atual, da força muscular, do equilíbrio corporal, do risco de queda e da cognição. Sendo identificados os respetivos diagnósticos de ER e delineados os CEER, com a principal intenção de cumprir os objetivos inicialmente propostos.

Os principais focos de ER, diretamente relacionados com o compromisso cardiorrespiratório, relacionam-se com os “**processos corporais**”, uma vez que representam a base fisiopatológica, destacando apenas os considerados prioritários para a atuação do EEER, relacionados com o caso clínico descrito e após a avaliação inicial de ER, sendo eles a Ventilação e a Limpeza das Vias Aéreas, representada por sinais e sintomas associados, sendo os CEER direcionados ao controlo sintomatológico e à respetiva estabilidade clínica da pessoa, “contribuindo ativamente para o conforto e bem-estar imediatos da pessoa.” (Couto *et. al.*, 2021, p.235), resultando os seguintes diagnósticos de ER:

- Ventilação comprometida;

Relato de Caso Clínico

- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória;
- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória;
- Dispneia em repouso;
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de descanso e relaxamento;
- Potencial para melhorar a capacidade para técnicas de descanso e relaxamento;
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados;
- Potencial para melhorar a capacidade para técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados;
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia;
- Limpeza da via aérea comprometida;
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas para limpeza da via aérea;
- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas para limpeza da via aérea;
- Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre tosse e limpeza das vias aéreas.

A seguir são apresentadas os CEER planeados e implementados no PER estabelecido.

Tabela 1 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Ventilação

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	VENTILAÇÃO
➤ Executar técnicas para otimizar a ventilação; ➤ Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; ➤ Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; ➤ Instruir técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; ➤ Treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; ➤ Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.	
ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM AS INTERVENÇÕES	
Técnicas para otimizar a ventilação: para garantir uma ventilação eficaz é necessário recorrer aos músculos respiratórios e garantir a atuação das propriedades elásticas dos pulmões. (Couto et. al., 2021).	

Relato de Caso Clínico

A melhoria da ventilação alveolar, com recurso às técnicas de RFR, “diminui a hipoventilação, melhora a capacidade pulmonar, aumenta a *compliance* pulmonar, melhora o desempenho dos músculos inspiratórios e reduz o trabalho respiratório” (Couto et. al., 2021, p.236).

Técnicas que permitem prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, adaptados à situação clínica da pessoa:

- **Controlo e dissociação dos tempos respiratórios:** inspiração lenta e profunda pelo nariz, pequena pausa, e expiração lenta e prolongada pela boca, com os lábios semicerrados.
- **Reeducação diafragmática:** inspiração profunda e dirigida, visualizando elevação do abdómen, expiração lenta com os lábios semicerrados, com pressão, moderada devido a situação clínica da pessoa, exercida pelo EEER e recorrendo também, conforme colaboração, à mão da própria pessoa, acompanhando o relaxamento diafragmático. A pressão é realizada no final da expiração e início da inspiração seguinte.

Fonte: Couto, G., Silva, R., do Mar, M.J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Como já foi anteriormente identificado, o CPNPC apresenta um **padrão ventilatório do tipo restritivo**, nesse sentido o respetivo PER foi adaptado e estruturado às particularidades das técnicas respiratórias a serem implementadas pelo EEER. (Couto *et. al.*,2021).

Tabela 2 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Ventilação nas patologias do tipo restritivo

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	VENTILAÇÃO: PATOLOGIAS DO TIPO RESTRITIVO
As doenças respiratórias restritivas são caracterizadas pela diminuição da <i>compliance</i> pulmonar, manifestado uma capacidade pulmonar diminuída, através da disfunção dos músculos respiratórios, resultando num padrão respiratório comprometido, associados a um aumento da frequência respiratória e consequentemente à diminuição da capacidade do volume inspirado. (Couto et. al., 2021). Técnicas que permitem prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios do tipo restritivo, adaptados à situação clínica da pessoa: ➤ Reeducação costal unilateral: em decúbito lateral, reeduca-se a grade costal do lado mais afetado, através do movimento no eixo ântero-posterior. - Reeducação costal unilateral com abertura costal com abdução do membro superior (MS): inspiração profunda e prolongada aquando da abdução do MS, pequena pausa, expiração aquando da adução.	

Fonte: Couto, G., Silva, R., do Mar, M.J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Relato de Caso Clínico

A dispneia em repouso é um sintoma característico das patologias respiratórias, surgindo coadjuvada à agudização da patologia cardiorrespiratória, exigindo uma “**intervenção prioritária**” (Couto *et. al.*, 2021, p.248), por parte do EEER, principalmente quando acompanha da diminuição da saturação periférica de oxigénio (SpO2).

Tabela 3 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Dispneia em repouso

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	DISPNEIA EM REPOUSO
	➤ Executar técnicas de descanso e relaxamento; ➤ Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento; ➤ Instruir o uso de técnicas de descanso e relaxamento; ➤ Treinar o uso de técnicas de descanso e relaxamento; ➤ Executar técnicas de correção postural: mobilização torácica e articular.
	ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM AS INTERVENÇÕES Uma das posições mais utilizadas nas técnicas de descanso e relaxamento é a posição de cocheiro, que consiste na inclinação frontal do tronco (ligeira acentuação da cifose torácica), com apoio dos cotovelos nos joelhos, podendo ser adaptada na posição de ortostatismo, com o apoio de uma base alta (parede, parapeito de janela, base da cama, mesa de cabeceira, etc.), assim na posição de decúbito lateral, com utilização de almofadas, garantindo o espaço livre entre o leito e o hemitórax do lado do decúbito, evitando assim o bloqueio da expansão pulmonar. (Couto <i>et. al.</i>, 2021). ➤ Ensinar sobre técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados; ➤ Instruir o uso de técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados; ➤ Treinar o uso de técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados; ➤ Ensinar sobre gestão do ambiente físico e fatores indutores de agravamento de dispneia; ➤ Instruir para gestão do ambiente físico e fatores indutores de agravamento de dispneia.

Fonte: Couto, G., Silva, R., do Mar, M.J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Tabela 4 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Limpeza da via aérea

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	LIMPEZA DA VIA AÉREA
	➤ Executar técnicas para limpeza da via aérea; ➤ Ensinar sobre técnicas para limpeza da via aérea; ➤ Instruir técnicas para limpeza da via aérea; ➤ Treinar técnicas para limpeza da via aérea;

Relato de Caso Clínico

- Analisar relação entre tosse e limpeza da via aérea.

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM AS INTERVENÇÕES

Técnicas de limpeza das vias aéreas implementadas, tendo em conta a situação clínica descrita: tosse; *huffing*; ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR).

- **Tosse:** tosse assistida ou manualmente assistida, através de aplicação de pressão externa (leve a moderada, tendo em conta o quadro clínico da pessoa) ao nível da região epigástrica, associada a uma expiração forçada.
- **Huffing:** expiração forçada, abrupta e prolongada, com a glote aberta e a imitar o som tipo (*huff*) após a inspiração.
- **CATR:** conjunto de técnicas: controlo da respiração (respiração diafragmática), exercícios de expansão torácica e *huffing* ou tosse, permitindo a deslocação das secreções.

Fonte: Couto, G., Silva, R., do Mar, M.J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Fez parte ainda do PER, intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, com o principal intuito de atingir a sensação de bem-estar, tais como, a massagem e o Mindfulness, pela implementação de uma respiração consciente e de uma meditação guiada com relaxamento muscular progressivo (RMP), adaptadas ao estado clínico, disponibilidade e colaboração por parte da pessoa (Freire, 2021).

Numa fase final do processo de transição saúde-doença, a pessoa desenvolve episódio de **mucosite**, associada ao tratamento implementado de quimioterapia, em contexto de internamento, após o terceiro dia de quimioterapia, resultando após a avaliação de ER, o diagnóstico de **deglutição comprometida**, pela presença de disfagia, processo corporal que interfere diretamente com a qualidade de vida da pessoa, tendo um impacto significativo no seu processo de transição, interferindo diretamente na sua estabilidade clínica e bem-estar associado, exigindo por parte do EEER a sua intervenção, “de forma a maximizar o potencial, a melhorar a funcionalidade, a prevenir complicações e a promover a saúde” (Moreira, Neves, Lucas, Silva & Galante, 2021, p.551)., tendo associado ao PER, inicialmente estruturado, CEER direcionados à **reeducação da função alimentação**, de forma a garantir a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados. (Moreira *et. al*, 2021). Acrescentando ao respetivo PER o foco de ER Autocuidado: Comer.

Relato de Caso Clínico

Tabela 5 – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Foco: Disfagia

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	DISFAGIA
Intervenções compensatórias:	
➤ Instruir sobre técnicas posturais:	
- Flexão cervical: indicação – atraso no reflexo de deglutição e défice na elevação laringea.	

Fonte: Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R.A., & Galante, S. (2021). Programa para reeducação da função alimentação. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Relato de Caso Clínico

IV. RESULTADOS

O PER é implementado durante um período de aproximadamente duas semanas, sublinhado que teve sessões de reabilitação durante cinco dias seguidos com cinco dias de pausa a seguir, podendo evidenciar nesse período que não teve intervenção por parte de EEER um impacto negativo na sua estabilidade clínica e bem-estar. Ressaltando que nos cinco dias contínuos de implementação dos CEER coincidiram com a aplicação dos três dias consecutivos de realização de quimioterapia (Carboplatina + Etoposido – primeiro dia; Etoposido segundo e terceiro dia), podendo verificar um controlo sintomático e estabilidade clínica da pessoa.

A pessoa é internada no serviço de Medicina e Especialidades Médicas com **dor oncológica** descontrolada, a realizar fentanilo 37.5mcg e a recorrer a morfina em SOS, entre duas a três vezes por turno, após integração do PER, nomeadamente da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, pelas técnicas de descanso e relaxamento, assim como pelas intervenções não farmacológicas para o alívio da dor (massagem e Mindfulness), é notória a redução e tolerância à dor, através da diminuição ao recurso de morfina prescrita em SOS, passando apenas a solicitar uma vez dia, nomeadamente no turno da noite, apresentando-se mais estável no período durante o dia.

Tabela 6 - Avaliação da dor através da Escala Visual Analógica (EVA) numérica

Sessão 1	4,6/10
Sessão 3	3/10
Sessão 8	7/10

É evidenciado um agravamento na intensidade da dor na última sessão, por agravamento do seu estado de saúde e respetiva estabilidade clínica e sintomatologia associada, relacionado com o primeiro ciclo de quimioterapia, coincidindo também com uma pausa de cinco dias dos respetivos CEER.

Tabela 7 - Avaliação da dispneia através da Escala de Borg mofificada

	Dispneia	Spo2	Oxigenioterapia	Após RFR
Sessão 1	3/10	95%	ON a 2L/min	96%
Sessão 2	4/10	89%	ON a 4L/min	-
Sessão 3	4/10	92%	ON a 3L/min	93%

Relato de Caso Clínico

Sessão 4	4/10	91%	ON a 3L/min	94%
Sessão 5	4/10	91%	VNI 15L/min	94%
Sessão 6	4/10	91%	VNI 10L/min	93%
Sessão 7	3/10	95%	ON 1,5L/min	96%
Sessão 8	2/10	92%	ON 1,5L/min	95%

A implementação da RFR, através das técnicas de descanso e relaxamento assim como as técnicas de correção postural associadas também ao controlo e dissociação dos tempos respiratórios, assim como a associação, em algumas sessões, de técnicas de Mindfulness, demonstraram uma melhoria do padrão ventilatório e consequentemente da diminuição e melhoria da sensação de dispneia, refletindo-se na melhoria da saturação periférica de oxigénio, com redução do aporte de oxigenioterapia, manifestando por parte da pessoa, melhoria na sensação de bem-estar e estabilidade da ventilação. De salientar que a última sessão implementada enquadrou-se no último dia de vida da pessoa, vindo a falecer no turno da tarde do dia a seguir, evidenciado nessa sessão descompensação da sua estabilidade clínica e desconforto presente associado a um mau estar geral, relatado pelo mesmo, obtendo a sua colaboração, dentro das suas limitações, nas respetivas técnicas terapêuticas implementadas, por revelar uma “sensação de conforto e bem-estar a seguir” (sic), podendo verificar uma estabilidade ao nível dos parâmetros vitais respiratórios.

Tabela 8 - Avaliação da dispneia através da Escala *Medical Research Council* (mMRC)

Sessão 1	2/4
Sessão 8	2/4

Tabela 9 - Avaliação de sintomas através da Escala *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS)

	Sessão 1	Sessão 8
Dor	4,5/10	6/10
Cansaço	7/10	8/10
Náusea	3/10	1/10
Depressão/tristeza	2,5/10	5/10
Ansiedade	3/10	7/10
Sonolência	4/10	7/10
Apetite	2/10	1/10
Bem-estar	4/10	0/10
Falta de ar	4/10	2/10

Relato de Caso Clínico

Através da Escala de Edmonton é possível notificar o agravamento de sintomas associados ao primeiro ciclo de quimioterapia realizado, conforme já foi referido, assim como à progressão da doença oncológica, conforme confirmam também os exames complementares de diagnósticos de imagiologia realizados, identificados anteriormente. Revelando melhoria na intensidade da náusea e na sensação de falta de ar, além de todo o desconforto e sintomatologia presente, evidenciando relevância da implementação dos CEER no controlo da sintomatologia inicialmente presente e no evitamento de complicações associadas.

Tabela 10 - Avaliação da intensidade da náusea através de Escala Visual Numérica

Sessão 1	3/10
Sessão 8	1/10

Tabela 11 - Avaliação do grau de independência através da Escala de Barthel

	Sessão 1	Sessão 8
1. Alimentação	10	10
2. Transferências	10	10
3. Toalete	5	5
4. Utilização do WC	10	5
5. Banho	5	0
6. Mobilidade	10	5
7. Subir e Descer Escadas	5	0
8. Vestir	5	5
9. Controlo Intestinal	10	10
10. Controlo Urinário	10	10
TOTAL	80	60

Os CEER evidenciam ganhos em saúde no que diz respeito aos indicadores de resultado, no evitamento de complicações associadas, verificando a manutenção da sua funcionalidade e o não agravamento do seu estado de independência física na maioria dos autocuidados, destacando que os autocuidados onde apresentou agravamento e diminuição da sua vitalidade e funcionalidade motora, nomeadamente o autocuidado: comer, autocuidado: higiene, autocuidado: ir ao sanitário, relacionam-se com a evolução extensa da doença assim como a presença de toda a sintomatologia desenvolvida associada ao tratamento de quimioterapia. Não existindo mesmo assim grande discrepância entre a primeira avaliação e a segunda avaliação, necessitando apenas de

Relato de Caso Clínico

supervisão em alguns autocuidados e/ou ajuda moderada. Refletindo maior diferenciação na Medida de Independência Funcional (MIF), uma vez que é mais descritiva e detalhada.

Tabela 12 - Avaliação do grau de independência através da Medida de Independência Funcional (MIF)

	Sessão 1	Sessão 8
Autocuidados		
A. Alimentação	7	6
B. Higiene Pessoal	6	3
C. Banho	5	3
D. Vestir metade superior	6	3
E. Vestir metade inferior	4	3
F. Utilização da sanita	5	2
Controlo de Esfíncteres		
G. Bexiga	7	6
H. Intestino	6	4
Mobilidade/Transferências		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	7	5
J. Sanita	5	3
K. Banheira, Duche	5	3
Locomoção		
L. Marcha/Cadeira de rodas	6	2
M. Escadas	4	2
Comunicação		
N. Compreensão	7	6
O. Expressão	7	6
Consciência do Mundo Exterior		
P. Interação Social	7	6
Q. Resolução de problemas	7	3
R. Memória	6	6
TOTAL	107	72

Conforme relatado a pessoa a partir da quarta sessão do PER começa a evidenciar comprometimento na função da deglutição, surgindo a necessidade de implementar CEER direcionados ao foco de intervenção **autocuidado: comer**, pela **reeducação da função alimentar**, verificando e evidenciando ganhos nos indicadores de resultado, nomeadamente no evitamento de complicações associadas, promovendo e garantindo a estabilidade da funcionalidade da pessoa e da sua independência no autocuidado: comer.

Relato de Caso Clínico

Tabela 13 - Avaliação da deglutição através do teste *Gugging Swallowing Test* (GUSS)

	Sessão 1	Sessão 8
Secção 1. Avaliação preliminar/teste de deglutição indireto	4/5	2/5

De um modo geral podemos afirmar que os CEER conquistaram ganhos em saúde no indicador de resultado promoção do bem-estar, dentro do possível, tendo em consideração o estado clínico preservado da pessoa, assim como no evitamento de complicações associadas, conforme se pode verificar na Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (EDCP v2). (versão 2).

Tabela 14 - Avaliação do estado funcional através da Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (EDCP v2). (versão 2).

	PPS	Deambulação	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
Sessão 1	50%	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Reduzida	Completa
Sessão 8	50%	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Reduzida	Períodos de confusão

Constatando a manutenção da força muscular dos MS e MI ao longo da implementação do PER, pela implementação de exercícios de mobilização ativa, por vezes ativa-assistida e auto-mobilização dos respetivos membros, pela RFM, com o principal objetivo de evitar complicações associadas, assim como o respetivo síndrome por imobilidade.

Tabela 15 - Avaliação da força muscular através da Escala MRC Modificada

	Sessão 1	Sessão 8
Membros Superiores direito e esquerdo	5/5	5/5
Membros Inferiores direito e esquerdo	5/5	5/5

Relato de Caso Clínico

Mesmo mantendo a força muscular presente, evidencia-se o declínio no equilíbrio da pessoa, por impossibilidade de implementar CEER para o treino de equilíbrio e marcha, pela degradação, ao longo das sessões, da sua estabilidade clínica, conforme anteriormente descrito.

Tabela 16 - Avaliação do equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti

	Sessão 1	Sessão 8
1. Avaliação do equilíbrio	15/16	8/15 ?
2. Avaliação da marcha	7/12	-

NOTA: por presença de tontura não foi possível realizar a avaliação de marcha. Com dificuldade em aplicar o índice de Tinetti na avaliação do equilíbrio a partir do item seis ao nove, pela falta de colaboração.

Relativamente à função da cognição a pessoa apresentou-se estável, manifestando apenas um ligeiro declínio na fase final do processo de transição saúde-doença, pela presença esporádica de eventuais episódios de confusão, evidenciado na última sessão, pelo esquecimento das três palavras inicialmente decoradas, representando a memória a curto prazo.

Tabela 17 - Avaliação da cognição através do Teste Mini-Cog

Sessão 1	1-2 palavras recordadas + normal TDR	Negativo para défice cognitivo
Sessão 8	0 palavras recordadas	Positivo para défice cognitivo

Relato de Caso Clínico

Manifestando estabilidade na avaliação do estado mental. Não apresentando ao longo do processo de transição situacional qualquer alteração nem comprometimento da comunicação e raciocínio.

Tabela 18 - Avaliação da cognição através do Teste *Mini Mental State Examination* (MMSE)

	Sessão 1	Sessão 8
1. Orientação	10	10
2. Retenção	3	3
3. Atenção e Cálculo	5	5
4. Evocação	3	3
5. Linguagem	8	8
6. Habilidade Construtiva	1	1
TOTAL	30	30

Relato de Caso Clínico

V. DISCUSSÃO

Assente na **Teoria das Transições**, os padrões de resposta constituem os resultados da transição situacional, pelos **indicadores de processo**, nomeadamente, o sentir-se ligado, em interação, situado e o desenvolvimento de confiança, assim como os **indicadores de resultado**, ou seja, pela aquisição de conhecimento e reformulação da nova identidade, atingindo o sucesso através da capacitação da pessoa e a manutenção da sua funcionalidade, refletindo-se na melhoria da sua qualidade de vida. (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

Nesse sentido é possível identificar os ganhos em saúde sensíveis aos CEER, pelos indicadores de processo, através da ligação, interação e desenvolvimento de uma relação terapêutica enfermeiro-pessoa, pela adesão ao respetivo PER, colaboração e consciencialização do seu processo de transição saúde-doença, facilitando e indo ao encontro dos indicadores de resultado, através da presença da resiliência, da capacitação, manutenção da funcionalidade e reformulação da sua nova identidade, podendo afirmar, e com consentimento da própria pessoa, que dentro das suas limitações e sintomatologia associada ao processo, foi possível a manutenção da sua qualidade de fim de vida, o qual foi grato por toda a dedicação, empenho, presença e resiliência na aplicação e desenvolvimento dos CEER.

A eficácia dos CEER é evidenciada pela redução e/ou ausência de sinais e sintomas de dificuldade respiratória e respetivo compromisso da ventilação, assim como pela melhoria do conhecimento e da capacidade da pessoa para executar as técnicas respiratórias. (Couto *et. al.*, 2021), resultando na mestria e capacitação na gestão de sintomas e atuação em situação de recaída/agravamento de sintomatologia. O qual referiu que na presença de comprometimento do padrão ventilatório, foi capaz de aplicar e executar as técnicas respiratórias com reflexo na melhoria da ventilação e restabelecimento de sensação de bem-estar (sic).

Podendo afirmar que foram atingidos os objetivos do PER inicialmente propostos, salientando a implementação e integração da reeducação da função alimentar, na quantificação dos ganhos em saúde no âmbito da promoção da saúde e prevenção de complicações inerentes à deglutição e função alimentação, objetivos que se coadunam e interligam com a atuação do EEER (Moreira *et. al.*, 2021), existindo uma evolução

Relato de Caso Clínico

favorável em todos os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação identificados, demonstrando benefícios do plano terapêutico implementado.

Evidenciou-se também uma melhoria significativa no controlo da dor, na redução da dispneia, no controlo do padrão respiratório, possibilitando ao longo das sessões o desmame progressivo de oxigenioterapia suplementar.

No artigo de Alves & Grilo (2022) é destacada a pertinência da implantação da técnica de respiração com os lábios semicerrados, uma vez que provoca um aumento do tempo inspiratório e expiratório, que quando conjugada com outras técnicas respiratórias, nomeadamente a respiração abdominodiafragmática, resulta no aumento da eficiência do trabalho do diafragma, diminuindo assim a assincronia torácica abdominal preexistente, característica da presença de dispneia, evidenciando uma melhoria no processo corporal da ventilação.

Como já foi referido anteriormente não foi descurada a manutenção da funcionalidade motora da pessoa, tendo em conta a situação de imobilidade prolongada associada ao seu estado clínico e progressão da doença oncológica, podendo constatar na revisão da literatura a pertinência de ter associado ao PER, CEER destinados à RFM, através do artigo de Cerqueira & Grilo (2019), onde destacam a pertinência dos exercícios de amplitude articular nas pessoas em situação crítica, uma vez que “contribuem para a prevenção dos efeitos deletérios da imobilidade prolongada” (p.85).

Conforme o documento da OE (2015) da definição das “**Áreas de Investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**” para 2015-2025, destacam-se três áreas de investigação de carácter “mais prioritário”, a curto prazo: “no âmbito dos Processos Fisiológicos estudando as intervenções autónomas do EEER na função motora e na função respiratória.” (p.5). Assim como na “efetividade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação” (p.5), devendo o EEER “investigar sobre os problemas que lhe fazem sentido estudar” contribuindo para a existência da possibilidade da criação de inovação de áreas que possibilitam e apresentam pertinência no desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências de Enfermagem de Reabilitação.

A elaboração do presente RCC requereu um grande envolvimento e empenho, uma vez que a área de **Reabilitação Paliativa** ainda não é muito valorizada, em contexto hospitalar, por parte da equipa multidisciplinar assim como de Enfermagem, existindo

Relato de Caso Clínico

um escasso acesso à publicação da evidência mais atualizada e respetiva literatura pertinente, requerendo uma pesquisa mais aprofundada e detalhada sobre a temática, contribuindo para o desenvolvimento e a aquisição de competências nessa área específica inerentes à atuação e intervenção por parte do EEER, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações secundárias e evitar incapacidades adjacentes, pela implementação de intervenções terapêuticas específicas de reabilitação, com foco na melhoria das funções corporais, na manutenção e na recuperação da independência na execução das AVD, resultando na minimização do impacto das incapacidades instaladas, associadas ao processo de transição saúde-doença, atuando na educação da pessoa, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração da pessoa na família e na comunidade, proporcionando e indo ao encontro do direito à dignidade e à qualidade de vida. (Regulamento n.º 392/2019).

O presente trabalho trouxe contributos na minha formação e desenvolvimento profissional e académico, pela aquisição de “conhecimentos no domínio de novas técnicas e tecnologias para a gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos.”, na área de **Reabilitação Paliativa** (J1 2.7 – Artigo 6º - Regulamento n.º 392/2019), contribuindo na identificação e gestão dos “recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade.” (J1 2.5 – Artigo 6º - Regulamento n.º 392/2019), assim como na reformulação e validação dos objetivos inicialmente definidos, das estratégias e dos respetivos programas assentes na avaliação inicial do EEER (J1 4.2 – Artigo 6º - Regulamento n.º 392/2019), permitindo a conceção, planeamento e implementação de programas de treino motor e respiratório, “com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora.” (J3 1.1 – Artigo 6º - Regulamento n.º 392/2019).

Identificaram-se algumas dificuldades ao longo da realização do RCC, nomeadamente o desinteresse e a falta de motivação na adesão, por parte da pessoa, ao planeamento e a estruturação do respetivo PER, sendo os primeiros contactos com a pessoa dedicados ao ensino sobre a fisiopatologia da neoplasia do pulmão, prognóstico clínico e respetiva sensibilização do contributo de **Enfermagem de Reabilitação** e da pertinência dos CEER nos ganhos na qualidade de vida e o no alívio do sofrimento associado aos sintomas e complicações clínicas inerentes ao processo de transição saúde-doença. Indo ao encontro da capacitação da pessoa na gestão da doença e consequentes complicações secundárias

Relato de Caso Clínico

associadas, conquistando a sua adesão, pelo consentimento, envolvimento no planeamento, estruturação e implementação do PER.

Destacando a impossibilidade de realizar as sessões de acordo com a periodicidade inicialmente definida devido a constrangimentos externos (sessões de quimioterapia, exames complementares realizados fora do serviço, e a impossibilidade de realizar as últimas sessões de um modo diário e contínuo, existindo uma quebra na continuidade dos CEER de cinco dias, de pausa, entre a sexta e a sétima sessão) não sendo possível reverter e/ou ultrapassar estas últimas limitações, uma vez que representam fatores externos impossíveis de modificar e/ou ajustar.

Relato de Caso Clínico

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reabilitação encontra-se inserida e integrada como um recurso existente nos Cuidados Paliativos, assim como outras terapias adjacentes, a quimioterapia e/ou a radioterapia paliativas, não sendo ainda considerada como uma terapia complementar da Medicina na abordagem da pessoa em Cuidados Paliativos, espelhando um desafio na área de Enfermagem de Reabilitação. (Jorge, 2014) Pela falta de reconhecimento em ganhos de saúde diretamente relacionados com a atuação e intervenção por parte do EEER.

Na área de **Reabilitação Paliativa** tem vindo a destacar-se a pertinência da prática da Medicina complementar, nomeadamente a acupuntura, as terapias comportamentais, a meditação e a fitoterapia no alívio dos sintomas e na minimização do impacto da evolução da doença (Jorge, 2014), podendo constatar esta evidência nos resultados do presente RCC, através dos indicadores de resultado na qualidade de vida, no alívio dos sintomas associados e na minimização das complicações inerentes, através da integração e implementação nos CEER de técnicas de Mindfulness, nomeadamente a respiração consciente, as nove atitudes e a meditação RMP.

A presença de dor, sinónimo de sofrimento e desesperança, é um dos sintomas mais temidos pela pessoa e respetiva família, pelo que o seu controlo é fundamental na manutenção da independência e consequente qualidade de vida da pessoa. Enquadrando-se na área não farmacológica de atuação por parte do EEER com um papel importante e coadjuvante no tratamento e controlo da dor, pela maximização das competências e adaptação dos CEER ao controlo e capacitação da pessoa no autocontrolo da dor. (Santos et.al., 2014)

Podemos afirmar e destacar que a Enfermagem de Reabilitação enquanto especialidade (desde o ano de 1965), possui um nível elevado de conhecimentos e competências, cuja intervenção tem como principal propósito o **diagnóstico precoce** e a implementação de **intervenções preventivas**, de modo a manter as capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades adjacentes, através do planeamento de intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções corporais, manter e/ou recuperar a independência, minimizar o impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas e motoras. Justificando-se a pertinência da integração do EEER nos Cuidados Paliativos, nas diferentes tipologias de resposta. (Santos et.al., 2014).

Relato de Caso Clínico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa em cuidados paliativos. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Alves, J., & Grilo, E. (2022). REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM IDOSOS, EM CONTEXTO DE CUIDADOS AGUDOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* V5 (1), 67-76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>

ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (2015). Assembleia e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. [Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf\(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Branco, P. (2012). REABILITAÇÃO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INFECCIOSAS E ONCOLÓGICAS. In S, J, M, A & J (Eds.), *TEMAS DE REABILITAÇÃO – REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA*, (pp. 8-135). Medesign – Edições e Design de Comunicação, Lda.

Cerqueira, A.V., & Grilo, E. (2019). PREVENÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* V2 (1), 78-89. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.10.4574>

Couto, G., Silva, R., do Mar, M.J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Duque, A., Gruner, H., Clara, J., Ermida, J & Verissimo, M. (2023). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Relato de Caso Clínico

Freire, E. (2021, janeiro 14). *Guia Prático de Controlo Sintomático*. (2ª Edição). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão. 2024. <https://www.gecp.pt/men-made-cancer/Guia-Orientador-de-Boa-Pratica-Reabilitacao-Respiratoria.pdf>. (2018). Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. 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

International Council of Nurses (ICN) (2019). CIPE – Português. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A & M. Amorim, A. Teixeira, dos Santos, Monteiro, Agapito, Carvalho, Costa, Colaço, Brito, Rodrigues, Antunes, Serôdio, Pêla, Góis, Melo, Ferreira, A. M. Mourão, Duarte, Trindade, Martins, Nunes, Pinheiro, Cândido & Guerra. Ferreira, A. Kudo, Araujo, Nasser, Batista, Benites, Amorim, B. Sorato, Balassiano, Lube, Souza, Moretto, Zabeu, Parsons, Taveira, Silva, Raymundo, Serafim, Pint, Jorge, L. Schieferdecker, Lourenço, Franco, Ribeiro, Bullara, Lopes, Barros, Jorge, R. Mendes, Palm, Thieme, Kleina, Arini, Andrzejewski & Santos (Eds.), *Reabilitação em Cuidados Paliativos*, (pp. 5-381). LUSODIDACTA – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

Martins, M.M., Ribeiro, O., & Schoeller, S.D. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R.A., & Galante, S. (2021). Programa para reeducação da função alimentação. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Ordem dos Enfermeiros/Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018, Janeiro 26). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. Ordem dos Enfermeiros.

Relato de Caso Clínico

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

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). 2024. <https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2024-carga-global-cancer-aumenta-em-meio-crescente-necessidade-servicos>

Regulamento n.º 392/2019 da Bastonária, Ana Rita Pedroso Cavaco. (12 de maio de 2018). Diário da República, 2ª Serie – N.º85 – 3 de maio de 2019. [Regulamento n.º 392/2019 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt/DR/392/2019)

Ribeiro, O., Moura, M.I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Néné & Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*, (pp. 2-719). Lidel – edições técnicas, lda.

Rodrigues, C., Gomes, B., & Albuquerque, C. (2020). A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: ENQUADRAMENTO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. *Millenium*, 2 (ed espec nº5), 219-224. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.23.00316>

Santos, A. Pêla, J. F, M.F & Trindade, N. (2014). O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In A & M. Amorim, A. Teixeira, dos Santos, Monteiro, Agapito, Carvalho, Costa, Colaço, Brito, Rodrigues, Antunes, Seródio, Pêla, Góis, Melo, Ferreira, A. M. Mourão, Duarte, Trindade, Martins, Nunes, Pinheiro, Cândido & Guerra. Ferreira, A. Kudo, Araujo, Nasser, Batista, Benites, Amorim, B. Sorato, Balassiano, Lube, Souza, Moretto, Zabeu, Parsons, Taveira, Silva, Raymundo, Serafim, Pint, Jorge, L. Schieferdecker, Lourenço, Franco, Ribeiro, Bullara, Lopes, Barros, Jorge, R. Mendes, Palm, Thieme, Kleina, Arini, Andrzejewski & Santos (Eds.), *Reabilitação em Cuidados Paliativos*, (pp. 5-381). LUSODIDACTA – Soc. Port. de Material Didático, Lda.

Serviços de biblioteca, informação documental e museologia. *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas, APA, sétima edição*. (2020). Universidade de Aveiro. <https://www.ua.pt>

Teixeira, F., Silva, M., Mesquita, A.C., & Pestana, H. (2023). INTERVANÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM NEGLIGÊNCIA

Relato de Caso Clínico

HEMIESPACIAL – ESTUDO DE CASO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* V6 (2), 2-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.341>

Victoria Hospice Society. (2009). Palliative Performance Scale (PPSy2) – PPS PT – Versao Portuguesa/Portugal. Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (EDCP v2). (versão 2). Observatório Português dos Cuidados Paliativos. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/9536/file>

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Relato de Caso Clínico

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara ou tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

Título do estudo: "Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com neoplasia do pulmão: Caso Clínico."

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do Estágio Profissionalizante que está a decorrer no [REDACTED] nomeadamente no serviço de Medicina e Especialidades Médicas, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do(a) Professor(a) Nelson Guerra e do(a) Enfermeiro(a) supervisor Especialista em Enfermagem de Reabilitação João Oliveira.

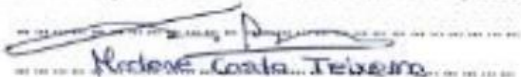
Explicação do estudo: Solicita-se a participação no Caso Clínico de modo a contribuir para a produção de conhecimento que vá ao encontro e possibilite uma prática especializada baseada na evidência e uma prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de qualidade na pessoa com doença oncológica. A recolha de dados será feita por consulta do processo clínico e serão implementados instrumentos/testes de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição vivenciados que possam ser alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A sua participação no Caso Clínico, terá como benefício a prevenção de complicações e/ou recuperação da funcionalidade e, consequentemente, minimizar o impacto e morbilidades associadas aos tratamentos oncológicos e evolução da doença, para a pessoa e/ou família/cuidador. Não se identificam riscos para a pessoa quer aceite ou recuse participar no Caso Clínico na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Neste Caso Clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir será incluída qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes no estudo.

[Agradecimentos e identificação da estudante- Marlene Costa Teixeira, 966857093, 2023044@uatla.pt]

Assinatura/s:



Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: [REDACTED]

Assinatura:



Data: 25/10/2024

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)	
NOME:	DATA OU VALIDADE:/...../.....
BI/CD Nº:	
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:	
ASSINATURA ☐	

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

¹ <http://www.uiba.min-saude.pt/ao-consentimento/15/2013/01/relatorio%20informa.pdf>

² <http://www.atoefundado/2001/01/02/00000140000.pdf>

APÊNDICE IV – Folheto Informativo AVC isquémico – Regresso ao Domicílio

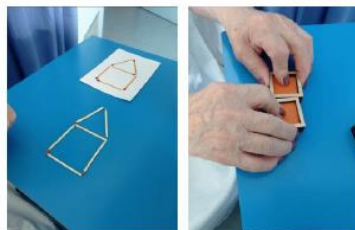
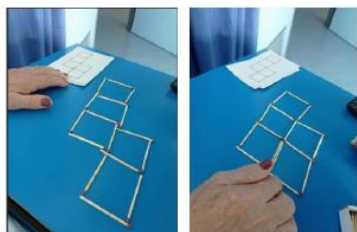
Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de síndrome de imobilidade por internamento prolongado

Auto-cuidado: calçar meias



Cruzar a perna mais afetada por cima da outra. Calçar as meias primeiro no pé da perna de cima.

Treino da Motricidade Fina



Estágio Profissionalizante do 2º Edição do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, realizado em contexto hospitalar em serviço de medicina.
Orientador Supervisor: Enfermeiro Especialista João Oliveira



AVC Isquémico

Regresso ao Domicílio

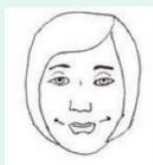


Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Estudante do 2º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, Marlene Costa Teixeira, nº 2023044

REEDUCAÇÃO DOS MÚSCULOS DA FACE

Os exercícios devem ser realizados, preferencialmente, sentada em frente a um espelho, 2 vezes por dia (de manhã e à tarde), entre 5 a 10 minutos por dia.



"Sorrir"



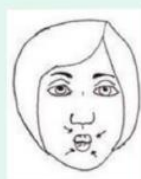
"Mostrar os Dentes"



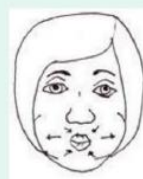
"Unir as Sobrancelhas"



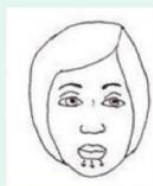
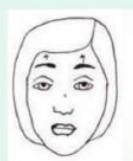
"Enrugar a Testa"



"Assobiar"

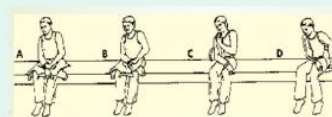


"Encher a Boca de Ar"



"Depressão do Lábio"

AUTO-CUIDADO: VESTIR



Vestir primeiro a manga do membro mais afetado. Ajudar com a mão sã. Despir primeiro a manga do braço não afetado.

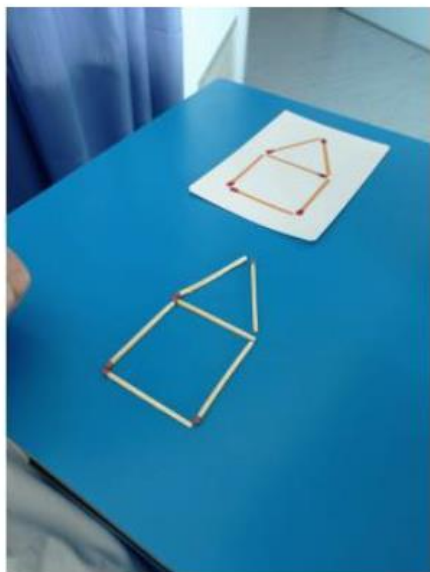


AUTO-CUIDADO: VESTIR CALÇAS

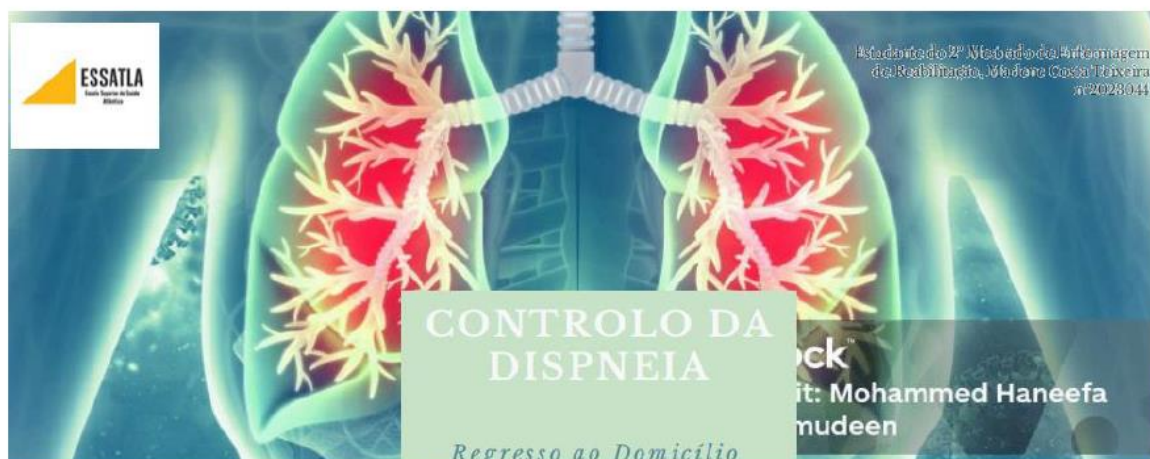


APÊNDICE V – Recurso utilizado na pessoa com AVC - NeuroBox®

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de síndrome de imobilidade por internamento prolongado



APÊNDICE VI– Boletim Informativo Controlo da Dispneia – Regresso ao Domicílio



O QUE É?

A sensação de "falta de ar", como se não estivesse a receber ar suficiente nos pulmões, a qual se encontra diretamente relacionada com a redução da capacidade da pessoa para realizar exercício e as Atividades de Vida Diária (AVD), afetando diretamente a sua funcionalidade e consequentemente a sua qualidade de vida.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

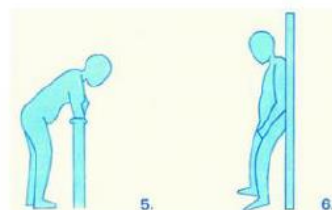
- Dificuldade em respirar eficazmente.
- Falta de ar após a realização de um esforço/atividade ou associada a alguma patologia.
- Sensação de sufoco em resultado da dificuldade respiratória.
- Sensação de aperto no peito.
- Respiração acelerada e superficial, com dificuldade em respirar fundo.
- Palpitações cardíacas.
- Picira (som audível, tipo assobio durante a respiração)
- Tosse.

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONTROLO DA RESPIRAÇÃO

E através da consciencialização da respiração, e dos devidos tempos respiratórios (inspiração e expiração), que somos capazes de controlar o padrão respiratório, utilizando a técnica: "cheirar a flor, soprar a vela", sempre com os lábios semicerrados, para a captação do oxigénio por parte dos pulmões ser mais eficiente.

TÉCNICAS DE GESTÃO DE ENERGIA

As Atividades de Vida Diária (AVD), devem realizar-se com o menor gasto de energia e oxigénio possível, adotando as devidas Posições de Descanso e Relaxamento, sempre que seja possível.



TOMAR BANHO

- Preparar atempadamente o material necessário.
- Tomar banho sentado.
- Utilizar escova de cabo longo para lavar costas e pés.
- Utilizar roupão ao invés de toalha.
- Secar-se sentado.

ARRANJAR-SE

- Preparar atempadamente o material necessário.
- Utilizar escova ou pente de cabo longo.
- Utilizar roupão ao invés de toalha.
- Secar-se sentado.
- Escovar os dentes/pentear-se sentado ou com os cotovelos apoiados no lavatório, com o espelho à sua frente.



ATIVIDADES DOMÉSTICAS

- Durante a limpeza, manter o ambiente arejado.
- Usar utensílios de cabo comprido (vassouras, esfregonas, espanadores, aspirador).
- Aspirar o pó (inspira) enquanto afasta o aspirador, e enquanto o aproxima (expira).
- Transportar os produtos de limpeza num carrinho.
- Fazer a cama só trocando de lado uma única vez.

COZINHAR

- Preparar antecipadamente os materiais e produtos que são necessários.
- Colocar todos os ingredientes e utensílios na bancada da cozinha.
- Fazer a preparação dos alimentos sentado.
- Cozinhar quantidades maiores de comida para as alturas em que estiver demasiado cansado para cozinhar.

VESTIR-SE

- Dispor a roupa pela ordem que a vai vestir.
- Privilegiar 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 (calçadeira de cabo comprido).

FAZER COMPRAS

- Utilizar carrinhos de compras.
- Planear e organizar a lista de compras para não percorrer o mesmo corredor mais do que uma vez.
- Colocar os produtos por grupos nos sacos, tendo em conta o local onde irá organizá-los, para facilitar a sua arrumação.

TRANSPORTAR OBJETOS

- Para elevar pesos: dobrar os joelhos, mantendo as costas direitas enquanto inspira. Elevar o objeto enquanto expira lentamente.
- Transportar objetos com as duas mãos juntas ao corpo.
- Para puxar ou empurrar objetos inspire lentamente e, em seguida expira, exercendo a força necessária.
- Utilizar um carro/cesto com rodas para transportar os objetos. Se não for possível, dividir o peso pelas duas mãos.

TRATAR DA ROUPA

- Transportar a roupa num carrinho.
- Passar a ferro sentado e colocar a roupa ao alcance das mãos.
- Estender a roupa colocando o cesto à altura da cintura.
- A corda ou o estendal não devem estar acima dos ombros.

ANDAR

- Controlar a respiração e abrandar o ritmo. Inspirar e dar alguns passos enquanto expira lentamente.
- Ao subir escadas, inspira lentamente parado, sobe um ou mais degraus e expira lentamente.
- Em casa, executar todas as tarefas no 1º andar antes de descer para o rés-do-chão.



SEXUALIDADE

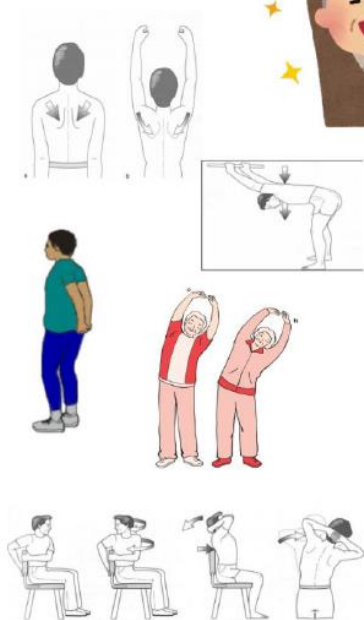
- Planear a atividade sexual para uma altura do dia mais indicada, ou seja, quando se encontrar mais relaxado e descansado.
- Evitar realizar atividade sexual após as refeições mais pesadas e/ou com consumo de álcool.
- Evitar realizar atividade sexual pela manhã, devido a corresponder à altura que a presença de expectoração é mais acentuada.
- Planear o ambiente local: uma temperatura amena; a remoção de peças de roupa da cama mais pesadas.
- Privilegiar posições sexuais que deixem o diafragma livre e onde não seja exercida pressão sobre o tórax.
- Permitir que o parceiro adote uma postura mais ativa na posição sexual.
- Usar almofadas que promovam conforto ao casal e ao mesmo tempo ajudem no ato sexual.

Estágio Profissionalizante da 2ª Edição do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.
Orientador Supervisor: Enfermeiro Especialista João Oliveira

APÊNDICE VII - Folheto Informativo Ventilação Comprometida – Regresso ao Domicílio

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de síndrome de imobilidade por internamento prolongado

Mobilidade Torácica e Articular



Exercícios Contra Resistência



Ventilação Comprometida

Regresso ao Domicílio



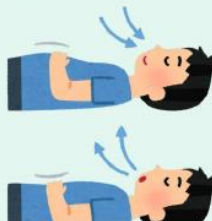
Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Estágio Profissionalizante da 2ª Edição do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, realizado em contexto hospitalar em serviço de medicina.
Orientador Supervisor: Enfermeiro Especialista João Oliveira

Estudante do 2º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, Marlene Costa Teixeira, nº 2023044

CONTROLO DA RESPIRAÇÃO

A consciencialização e o controlo da respiração permitem uma coordenação e eficiente utilização dos músculos respiratórios, melhorando a capacidade em controlar a respiração, levando ao relaxamento destes músculos, atenuando assim a dificuldade respiratória e respetivo cansaço associado.



“

CHEIRAR A FLOR, SOPRAR A VELA



POSIÇÕES DE DESCANSO

Na presença de dificuldade respiratória e cansaço fácil, torna-se importante adotar posições de descanso, facilitando a recuperação e estabilidade dos músculos respiratórios, evitando assim o agravamento do estado de saúde.



LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS

A TOSSE dirigida tem um papel fundamental na limpeza das vias aéreas, pois permite a libertação e eliminação de substâncias indesejáveis e indispensáveis para manter uma ventilação eficaz, dessa forma torna-se importante ser realizada de um modo eficiente para alcançar o resultado pretendido: a eliminação das secreções alojadas nos pulmões.



Marlene Teixeira | dezembro 2024 | Atlântica

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

