

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

MESTRADO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Patrícia Alexandra Pereira Horta
2026

ORIENTAÇÃO: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2026

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

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

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

“Tornamo-nos profissionais competentes não apenas pelo que fazemos, mas pela reflexão
crítica sobre aquilo que fazemos”

Donald Schön

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, em especial à minha mãe, por nunca deixar de acreditar em mim, mesmo quando eu própria duvidava. A sua confiança foi sempre o meu porto seguro e a força que me impulsionou a continuar.

Ao meu companheiro, José Tavares, pelo amor, pela paciência e pelo companheirismo incondicional. Por compreender as ausências, acolher as inquietações e celebrar cada pequena conquista ao longo deste percurso.

Às enfermeiras orientadoras, que me acompanharam nos contextos de estágio, pela partilha de saber, pela exigência construtiva e pela confiança depositada em mim. Com elas aprendi que a Enfermagem de Reabilitação se constrói na prática refletida, no rigor e na humanidade dos cuidados.

Ao Professor Doutor Luís Sousa, pela orientação científica, pela disponibilidade e pela exigência que me desafiaram a pensar mais além, contribuindo de forma determinante para o meu crescimento académico e profissional.

À Enfermeira Chefe Lúcia Fernandes, pelo apoio constante e por acreditar no meu potencial enquanto profissional em desenvolvimento.

Aos meus colegas do serviço de Ortopedia, pela entreaajuda, pelas trocas que tornaram possível conciliar estudo e trabalho, e pelas palavras de incentivo que tantas vezes fizeram a diferença.

À minha amiga Catarina Santos, pela escuta atenta, pela presença nos momentos mais exigentes e pela amizade.

E às minhas gatas, companheiras silenciosas das longas horas diante do computador, pela presença tranquila que tantas vezes trouxe leveza aos dias mais intensos.

Este percurso não foi solitário. É também vosso.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CAA - Comunicação Aumentativa e Alternativa

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DRC – Doença Respiratória Crónica

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EMER – Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

EP – Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESAS-r - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

FPP – Fundação Portuguesa do Pulmão

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAT - Medida de Adesão ao Tratamento

MIF – Medida Independência Funcional

MRC - Medical Research Council

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PREMs - Patient-Reported Experience Measures

PROMs – Patient-Reported Outcome Measures

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

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

ULS – Unidade Local de Saúde

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO - World Health Organization

RESUMO

Enquadramento - A Enfermagem de Reabilitação assume um papel central nas respostas humanas das pessoas com Doença Respiratória Crónica, limitação funcional e elevada vulnerabilidade clínica, exigindo uma prática especializada, baseada na evidência e orientada para ganhos em saúde ao longo do *continuum* de cuidados. O presente relatório enquadra o desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com enfoque na capacitação da pessoa com Doença Respiratória Crónica para transições seguras entre contextos de cuidados.

Objetivo - Analisar de forma crítico-reflexiva, o percurso formativo desenvolvido, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências inerentes ao grau de mestre, com ênfase na capacitação da pessoa com Doença Respiratória Crónica.

Metodologia - Relatório de natureza descritiva e reflexiva, sustentado na prática clínica desenvolvida no estágio de Reabilitação na Comunidade e no Estágio Profissionalizante, em serviços de internamento de pneumologia e neurologia. A prática foi fundamentada em evidência científica atualizada, no processo de Enfermagem e nos referenciais teóricos de Orem e Meleis.

Resultados – O desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências inerentes ao grau de mestre, traduziu-se em ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na otimização da funcionalidade, no controlo sintomático, na capacitação para a autogestão da doença, na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com Doença Respiratória Crónica nos diferentes contextos de cuidados.

Conclusão – Este caminho formativo constituiu um elemento estruturante no desenvolvimento de competências avançadas, reforçando uma prática ética, reflexiva e baseada na evidência, centrada na pessoa, família e comunidade, consolidando a minha identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Descritores - Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação Respiratória; Capacitação; Transição.

ABSTRACT

Background – Rehabilitation Nursing plays a central role in addressing the human responses of people with Chronic Respiratory Disease, functional limitations, and high clinical vulnerability, requiring specialized, evidence-based practice oriented toward health gains throughout the continuum of care. This report frames the development of competencies within the Master’s Degree in Rehabilitation Nursing, with a focus on empowering people with Chronic Respiratory Disease to achieve safe transitions between care settings.

Objective – To critically and reflectively analyze the training pathway developed, highlighting the development of common competencies of the Specialist Nurse, specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist, and competencies inherent to the master’s degree, with emphasis on empowering people with Chronic Respiratory Disease.

Methodology – A descriptive, analytical, and reflective report based on clinical practice developed during a Community Rehabilitation internship and a Professional Internship in pneumology and neurology inpatient services. Practice was grounded in up-to-date scientific evidence, the nursing process, and the theoretical frameworks of Orem and Meleis.

Results – The development of common competencies of the Specialist Nurse, specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist, and competencies inherent to the master’s degree translated into health gains sensitive to Rehabilitation Nursing care, namely optimization of functionality, symptom control, empowerment for disease self-management, promotion of autonomy, and improvement in quality of life for people with Chronic Respiratory Disease across different care settings.

Conclusion – This training pathway constituted a structuring element in the development of advanced competencies, reinforcing ethical, reflective, and evidence-based practice centered on the person, family, and community, and consolidating my professional identity as a future Rehabilitation Nurse Specialist.

Descriptors – Rehabilitation Nursing; Pulmonary Rehabilitation; Empowerment; Transition.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Índice

| | |
|---|----------------|
| 1 - INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 - APRECIACÃO DO CONTEXTO | 22 |
| 2.1 - EEER no contexto Comunitário..... | 23 |
| 2.2 - EEER no internamento de Pneumologia | 28 |
| 2.3 - EEER no internamento de Neurologia..... | 31 |
| 3 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL E FILOSÓFICO SOBRE A PROBLEMÁTICA | 33 |
| 4 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS..... | 40 |
| 5 - COMPETÊNCIAS COMUNS DE EE | 42 |
| 5.1 - Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal | 42 |
| 5.2 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade | 45 |
| 5.3 - Competência do domínio da gestão dos cuidados | 48 |
| 5.4 - Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais | 50 |
| 6 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER..... | 55 |
| 6.1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados | 55 |
| 6.2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania | 58 |
| 6.3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa | 61 |
| 7 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ER..... | 65 |
| 8 - ANÁLISE SWOT DO PERCURSO ENQUANTO EMER..... | 69 |
| 9 - CONCLUSÕES | 74 |
| 10 – BIBLIOGRAFIA | 76 |
| 11 - APÊNDICES E ANEXOS | i |
| Apêndice I - Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de ER na Isquemia Medular com Paraparesia Secundária: Relato de Caso Clínico | ii |
| Apêndice II - A Intervenção do EEER na Gestão da Função Respiratória com recurso à Inaloterapia na Pessoa com Neoplasia Pulmonar – Relato de Caso Clínico..... | xxxvi |
| Apêndice III - Fotografia de Peça Anatómica Pedagógica | lxxvii |
| Apêndice IV - Fotografias de Kit de Neurologia | lxxviii |

| | |
|--|----------|
| Apêndice V - Tabuleiro de Comunicação Aumentativa e Alternativa | lxxix |
| Apêndice VI - Plano de Exercício Físico Personalizado à pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica | lxxxi |
| Apêndice VII - Fluxogramas Clínicos na Emergência Pneumológica: Justificação, Relevância e Contributos para a Prática de Enfermagem..... | lxxii |
| Apêndice VIII - Artigo “ <i>Rehabilitation Nursing Care for a Person with Secondary Paraparesis due to Spinal Cord Ischemia: Case Report</i> ” publicado a 25 novembro de 2025 no <i>International Journal of Neurology</i> https://doi.org/10.62486/ijn2025116 | lxxxviii |
| Anexo I - Emissão do Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA, autorização PCE65_2025 de 30 de junho de 2025 | lxxxix |
| Anexo II - Emissão do Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA, autorização PCE91_2025 de 02 dezembro de 2025 | xc |
| Anexo III - Cartaz Institucional – Semana da DPOC realizada de 10 a 14 novembro 2025 .. | xcii |
| Anexo IV - Feira de Saúde e Bem-Estar, realizada a 10 de outubro de 2025, no Jardim Botânico da Ajuda em Lisboa | xciii |
| Anexo V - Participação nas 1ª Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria realizadas a 06 junho 2025 | xciv |
| Anexo VI - Formação da Linde sobre VNI a 02 novembro de 2025..... | xcv |
| Anexo VII - Participação nas 2ª jornadas do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, realizadas a 6 de novembro de 2025 com o tema “O presente e o futuro dos EEER nos Centros Especializados” | xcvi |
| Anexo VIII - Participação no workshop “RR: Impacto do treino dos músculos respiratórios” nas 2ª jornadas do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, realizada a 6 de novembro de 2025 | xcvii |
| Anexo IX – Participação nas 1ªJornadas do Núcleo ER da ULS Lisboa Ocidental realizada a 20 novembro de 2025, com o tema “A Transição de Cuidados de Reabilitação” | xcviii |

1 - INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular do Estágio Profissionalizante (EP) integrada no 2.º ano, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), constituindo-se como um documento de natureza reflexiva e integradora do percurso formativo desenvolvido ao longo deste período. O relatório apresenta uma descrição sistematizada das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos da prática clínica — comunitário e hospitalar — bem como uma análise crítico-reflexiva das aprendizagens construídas, evidenciando o desenvolvimento progressivo das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e das competências de grau de mestre.

Os estágios decorreram em contextos distintos e complementares, no âmbito dos cuidados de saúde primários, a prática desenvolveu-se integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Em contexto hospitalar, o estágio teve lugar nos serviços de internamento de pneumologia e internamento de neurologia, pertencentes a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da cidade de Lisboa. A diversidade e complexidade destes contextos permitiram uma visão abrangente da intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação (ER) ao longo do *continuum* de cuidados, desde a fase aguda até à reabilitação e transição para o domicílio.

Estes contextos, marcados pela presença de pessoas com doença respiratória crónica (DRC), limitação funcional, défices neurológicos e elevada vulnerabilidade clínica, exigem intervenções diferenciadas, integradas e sustentadas em conhecimento especializado. Neste sentido, a atuação do EEER assume particular relevância, centrando-se na otimização da funcionalidade, na capacitação da pessoa e da família, na prevenção de complicações e na promoção de transições seguras ao longo do processo de saúde-doença e recuperação.

Em cuidados de saúde primários, o EEER contribui para a continuidade dos cuidados, monitorização da evolução clínica, gestão da doença crónica e capacitação da pessoa e família para a autogestão da condição de saúde. Em internamento hospitalar, particularmente nas áreas de pneumologia e neurologia, a intervenção especializada torna-se essencial na vigilância clínica, na recuperação funcional, na prevenção de complicações e na capacitação da transição para domicílio. Este enquadramento reforça a pertinência dos objetivos

delineados para este EP e respetivo relatório, alinhados com as necessidades reais dos contextos e com as competências regulamentadas do EEER.

O tema em estudo advém da complexidade dos contextos da prática clínica e das respostas humanas específicas das pessoas com DRC, tendo-se definido como título do presente relatório: Intervenção do EEER na Capacitação da Pessoa com DRC.

Neste sentido, revelou-se pertinente a definição de questões de investigação que orientassem a análise crítica, a reflexão sobre a prática especializada e a construção dos objetivos deste EP.

Assim, formularam-se as seguintes questões orientadoras do percurso formativo:

- De que forma a intervenção do EEER contribui para a capacitação da pessoa com DRC na autogestão da sua condição de saúde?
- Quais as intervenções de reabilitação respiratória (RR) a aplicar que melhorem a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa com DRC?

Estas questões serviram de base à estruturação do percurso formativo, guiando a seleção das intervenções especializadas, a análise crítica das práticas implementadas e a reflexão sobre os ganhos em saúde observados nos diferentes contextos.

Com o intuito de dar resposta às questões de investigação supracitadas, delinearam-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Capacitar a pessoa com DRC para a autogestão eficaz da sua condição de saúde, potenciando ganhos em saúde, independência funcional e qualidade de vida através da intervenção especializada em ER.

De forma a operacionalizar este objetivo, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências de intervenção especializada na área respiratória, aplicando estratégias de reabilitação dirigidas à otimização da função respiratória, controlo de sintomas e conservação de energia;
- Consolidar as competências comuns do EE, nomeadamente no cuidado centrado na pessoa e família, na comunicação terapêutica, no planeamento e implementação de cuidados, no trabalho interdisciplinar e na tomada de decisão;

- Aprofundar competências de ensino, capacitação e investigação, assegurando uma prática baseada na evidência científica e coerente com os princípios éticos e legais da profissão.

As bases de dados utilizadas para a realização deste relatório foram as plataformas Medline via Pubmed, Cinahl via EBSCO e Scielo.

A aprendizagem permanente constitui um eixo estruturante para o desenvolvimento profissional do enfermeiro e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A atualização regular de conhecimentos e competências permite acompanhar a evolução científica e tecnológica na área da saúde, garantindo intervenções fundamentadas e centradas na pessoa (Ornellas & Monteiro, 2023; Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2025). Ao investir no seu próprio desenvolvimento ao longo da carreira, o enfermeiro fortalece o compromisso ético e deontológico com a profissão, promovendo simultaneamente a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas sob os seus cuidados (Mlambo et al., 2021).

Neste sentido, a formação contínua favorece a adoção de práticas sustentadas na evidência, contribuindo para a redução de erros, para o reforço da segurança clínica e para a melhoria dos resultados em saúde (Ornellas & Monteiro, 2023). O desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e reflexivas potencia uma atuação mais competente, humanizada e alinhada com as exigências contemporâneas dos contextos práticos, assumindo a aprendizagem ao longo da vida como um imperativo ético e profissional que sustenta a prestação de cuidados especializados e de elevada qualidade (Mlambo et al., 2021).

Assim, o processo de aprendizagem do EE deve assentar numa reflexão permanente sobre o planeamento, execução e avaliação das intervenções, permitindo consolidar conhecimento, aprimorar práticas e garantir uma prestação de cuidados segura, eficaz e orientada para resultados. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) de 2018, da Ordem dos Enfermeiros (OE), a atuação do EEER deve pautar-se pela excelência, assumindo um papel central na prevenção de incapacidades, na recuperação de funcionalidades, na promoção da autonomia e independência da pessoa ao longo do ciclo de vida e em qualquer contexto de cuidados (OE, 2019a).

É neste contexto que a Enfermagem, enquanto disciplina e ciência, se afirma como uma prática alicerçada no conhecimento científico, exigindo a integração de referenciais teóricos, métodos estruturados e evidência recente que sustentem as melhores práticas de cuidado à pessoa, considerando todas as suas dimensões (Cardoso & Brito, 2024). A utilização sistemática do processo de Enfermagem orienta o raciocínio clínico e a tomada de decisão, assegurando intervenções qualificadas, eficazes, personalizadas e humanizadas (Costa & Gonçalves, 2021).

Consequentemente, a prática do EEER deve integrar a diversidade de respostas humanas, ajustando-se aos diferentes modos de vida e às especificidades das condições de saúde. Este desempenho exige elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo-se em competências especializadas que orientam intervenções diferenciadas. Assim, cabe ao EEER conceber, executar e monitorizar planos de reabilitação individualizados, sustentados nos problemas reais e potenciais, identificados em cada pessoa (OE, 2019). Neste sentido, foram realizados dois relatos de caso clínicos que aquando da análise das atividades desenvolvidas no programa de reabilitação, tornou-se essencial estabelecer uma ponte entre os referenciais teóricos adquiridos ao longo da formação e a prática vivenciada em estágio, evidenciando a transposição do conhecimento científico para a prática clínica.

Com vista a fundamentar a intervenção do EEER ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram adotadas duas Teorias de Enfermagem que sustentam a compreensão da experiência vivida pela pessoa em processo de reabilitação: Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Orem, 2001; Meleis et al., 2010).

A estrutura do presente relatório organiza-se em seis partes interligadas, sendo quatro partes constituídas por capítulos onde se explana o percurso desenvolvido para o desenvolvimento das competências do EEER. O relatório inicia-se pela Introdução, segue o primeiro capítulo que apresenta a caracterização dos contextos de estágio e das atividades realizadas. O segundo capítulo integra o enquadramento teórico, incluindo a fundamentação do tema, conceitos centrais e referenciais conceptuais que orientaram a intervenção do EE, desde a data de admissão em internamento até à transição para o domicílio, assegurando continuidade e coerência nos cuidados. No terceiro capítulo procede-se à análise do desenvolvimento das competências comuns e específicas, articulando-as com os PQCEER e com as competências de mestre previstas pelo ciclo de estudos. No quarto capítulo, o relatório apresenta uma análise

SWOT, evidenciando pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças de crescimento pessoal e profissional decorrentes de todo este percurso. E, culmina com a Conclusão.

A redação deste documento obedeceu às orientações formais da ESSATLA 2022, ao Guia de Orientações Gerais para Relatório do EP – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2023, ao novo acordo ortográfico e às Normas da American Psychological Association (APA, 7.ª edição).

2 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O presente capítulo apresenta a caracterização sumária dos contextos clínicos onde decorreu o estágio de Reabilitação na Comunidade e do EP. A descrição integra os recursos físicos e humanos, os métodos de trabalho, a dinâmica de equipa e os projetos de melhoria contínua, permitindo compreender o enquadramento institucional e assistencial que sustentou o desenvolvimento de competência enquanto futura EEER.

A prática clínica desenvolvida ao longo deste percurso como Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (EMER) decorreu durante o ano de 2025, iniciando-se em contexto comunitário, ao longo de 10 semanas, entre 12 de maio e 18 de julho, com uma carga horária de 231 horas de contacto. O estágio de Reabilitação na Comunidade foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), onde se operacionaliza a ECCI, englobada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pertencente a uma ULS da cidade de Lisboa, com uma área atuação extensa, abrangendo várias Uniões de Freguesias de Lisboa. A maioria das referências para ECCI é efetuada pela Equipa de Gestão de Altas da respetiva ULS.

A população-alvo acompanhada em contexto comunitário foi maioritariamente gerontogeriatrica, frequentemente marcada por limitações funcionais progressivas decorrentes do processo natural de envelhecimento, agravadas por episódios patológicos agudos, originando situações de dependência transitória ou permanente. Os principais motivos de referência para admissão na ECCI, em regime domiciliário, a fim de usufruir de um programa de reabilitação, incluíram patologia de foro orto-traumatológico, neurológico e com menos prevalência, a respiratória.

O segundo estágio, designado EP, teve como foco principal a RR, tendo decorrido predominantemente num serviço de pneumologia, selecionado de acordo com as minhas necessidades formativas previamente identificadas. Este estágio integrou um período com menor carga horária, cerca de 35 horas de contacto, num serviço de internamento de neurologia.

O contexto que sustentou a elaboração do presente relatório correspondeu ao serviço de pneumologia de um hospital integrado numa ULS da área de Lisboa, totalizando 300 horas de

contacto, distribuídas entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2025, correspondentes a 15 semanas de estágio.

No âmbito do EP, foi igualmente proposta pela coordenação do curso a realização de um estágio intensivo, a decorrer entre 8 e 19 de dezembro de 2025, no serviço de neurologia da mesma ULS, com o intuito de proporcionar uma experiência clínica concentrada e complementar à intervenção desenvolvida em pneumologia.

No serviço de internamento de pneumologia, os diagnósticos médicos mais prevalentes incluem: doenças pulmonares obstrutivas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a asma, doenças do interstício pulmonar (fibroses); infeções respiratórias agudas, patologia oncológica pulmonar, patologia da pleura (derrame pleural; pneumotórax e empiema) e doenças neuromusculares.

No serviço de internamento de neurologia, predominam diagnósticos como: acidentes vasculares cerebrais isquémicos e hemorrágicos (AVC), acidentes isquémicos transitórios, epilepsia, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, síndrome de Guillain-Barré, neuropatias periféricas, meningites, encefalopatia, diversas formas de demência e cefaleias.

Ambos os contextos, pelas suas especificidades assistenciais, constituíram oportunidades singulares para o desenvolvimento de competências comuns de EE, competências específicas do EEER e competências de mestre. Em estreita colaboração com equipas multidisciplinares e articulando diferentes níveis de cuidados, foi possível aprofundar capacidades de planeamento, implementação e avaliação de intervenções de ER orientadas para a reabilitação funcional, respiratória e social, em conformidade com os PQCEER (OE, 2018).

2.1 - EEER no contexto Comunitário

O envelhecimento demográfico e o aumento da multimorbilidade constituem desafios para os sistemas de saúde contemporâneos, exigindo respostas diferenciadas e altamente especializadas de ER, configurando-se simultaneamente oportunidades para a intervenção do EEER.

Em Portugal, apesar do aumento da esperança média de vida, verifica-se uma redução significativa dos anos de vida saudável após os 65 anos, associada ao crescimento expressivo das doenças crónicas e incapacitantes (Eurostat, 2025; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). Esta realidade reforça a urgência de modelos de cuidados centrados na funcionalidade, na prevenção de incapacidades e na capacitação da pessoa e família para a gestão autónoma da sua condição de saúde.

As orientações políticas nacionais e internacionais, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde 2030 da Direção Geral da Saúde (DGS), reconhecem a importância de estratégias integradas, multidisciplinares e de proximidade, que fomentem autonomia, literacia em saúde e participação social (DGS, 2022; World Health Organization [WHO], 2020). Este enquadramento converge com os princípios orientadores da intervenção do EEER, cuja atuação visa potenciar a funcionalidade e promover a adaptação da pessoa ao seu processo de doença ou incapacidade.

O Decreto-Lei n.º 101/2006 define a missão das ECCL enquanto estruturas responsáveis por assegurar cuidados de Enfermagem, médicos e de reabilitação no domicílio, dirigidos a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente. Estas equipas garantem cuidados personalizados, orientados para a permanência da pessoa no seu meio habitual, integrando educação para a saúde, capacitação da pessoa e da família e promoção da autonomia e independência funcional. (República Portuguesa, 2006).

As UCC, enquanto unidades funcionais das ULS, asseguram cuidados de proximidade em articulação com autarquias e parceiros comunitários, intervindo nos múltiplos determinantes da saúde, com o objetivo de superar o nível de fragilidade atual (Santos, 2024).

Efetivamente, a transição entre o hospital e o contexto comunitário constitui uma estratégia relevante para a gestão eficiente dos cuidados, contribuindo para a redução de custos e para a continuidade assistencial. Esta transição deve ser planeada desde o momento do internamento e mantida após a alta, promovendo a participação ativa da pessoa e do cuidador no processo de adaptação a uma nova realidade (Baixinho et al., 2021).

No contexto da ECCL, pude observar a concretização destas políticas de proximidade e integração de cuidados. O papel do EEER mostrou-se crucial na reabilitação de pessoas com

diferentes graus de dependência, na gestão da doença crónica e na promoção de um envelhecimento mais ativo e saudável.

Os enfermeiros, no contexto comunitário, prestam e gerem cuidados centrados na pessoa e na família ao longo do ciclo de vida, respondendo a múltiplas necessidades de saúde. A sua intervenção deve pautar-se pela flexibilidade e capacidade de adaptação, assegurando a permanência e inclusão da pessoa no domicílio e promovendo a continuidade de cuidados (Santos, 2024).

A ECCI é composta por três enfermeiros generalistas (dois prestadores de serviços), uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária e duas EEER, complementada por uma nutricionista e três assistentes sociais. A ausência de um médico integrado, devido à escassez de recursos humanos, tem sido colmatada pela articulação com os médicos de família dos próprios, ou na sua ausência, com médicos das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Também trabalha em parceria com a equipa de cuidados paliativos, principalmente para controlo da dor crónica.

Neste estágio, percebi *in loco*, o quanto esta transição pode ser árdua para algumas pessoas e famílias. A maioria delas não se encontra preparada para eventuais situações de doença ou dependência. Em geral, habitações pouco adaptadas, áreas reduzidas, existência de barreiras arquitetónicas, infraestruturas sanitárias desadequadas e ausência de produtos de apoio. As áreas habitacionais são reduzidas, onde colocar uma cama articulada é um esforço, portas internas estreitas, por onde existe dificuldade em mover uma cadeira de rodas, casas de banho pouco funcionais, até o mobiliário que outrora adquiriram, não contemplam situações futuras de adversidade na saúde, tornando-se obstáculos para marcha com produtos de apoio (andarelho, cadeira de rodas), prédios com escadarias estreitas e sem elevadores, Estes fatores comprometem a mobilidade, a segurança e a autonomia da pessoa em processo de reabilitação, potenciando risco de queda, isolamento social e dependência prolongada (RNAO, 2017).

Acresce a este cenário o desalinhamento frequente entre as expectativas da pessoa e da família relativamente ao potencial real de reabilitação, frequentemente pouco ajustado à condição funcional da pessoa.

A atividade da ECCI implica planeamento rigoroso, gestão de prioridades, otimização de tempo e deslocações, e comunicação contínua entre os profissionais para partilha do transporte (táxi) e rotas a estabelecer, de forma a tornar a jornada laboral mais fluida. O *briefing* matinal constituiu um momento estruturante de reflexão crítica, revisão de cuidados, redefinição de estratégias e monitorização dos ganhos em saúde.

Ao longo deste estágio constatei constrangimentos ao nível da comunicação entre os cuidados hospitalares e as ECCI. Estando nós numa era digital, acreditava que a interoperabilidade dos sistemas informáticos já fosse um dado adquirido, contudo não é real. A ECCI ao receber a referênciação tem um descritivo global da pessoa, porém se necessitar consultar detalhes informativos de consultas de especialidades médicas ou sobre internamentos anteriores, não consegue obter esses dados, dificultando a continuidade dos cuidados.

Apesar do tema – comunicação, ser objeto de variados estudos, dados recentes apontam que falhas nesta área são responsáveis por 67% dos eventos adversos relacionados à transição de informação e responsabilidade entre equipas de cuidados (Joint Commission International, 2024).

Verifiquei que apesar da adversidade, não é de todo impossível, e devido à insistência e persistência dos EEER da ECCI são prestados os melhores cuidados à pessoa no domicílio.

Estão presentes em reuniões quinzenalmente, a coordenação da UCC, as assistentes sociais, a nutricionista, os enfermeiros da ECCI e os EEER, onde são apresentados caso a caso, relativamente às pessoas internadas na ECCI, sustentada na tomada de decisão partilhada e abordagem centrada na pessoa.

A referênciação para a ECCI é efetuada pela equipa de gestão de altas da ULS, através da plataforma da RNCCI, sendo posteriormente formalizada a admissão da pessoa na rede e o agendamento da primeira visita domiciliária.

No decurso do estágio, foram realizadas avaliações sistematizadas recorrendo a instrumentos validados, que permitiram a identificação de diagnósticos de ER e a estruturação de planos de intervenção individualizados nas áreas da reeducação funcional motora, cardíaca e respiratória. A avaliação subsequente das intervenções implementadas teve como finalidade

a monitorização dos ganhos em saúde, refletindo a qualidade e a eficácia dos cuidados de Enfermagem prestados.

Os registos foram efetuados utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em plataforma SClínico® (sistema informático dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde). O estágio de Reabilitação na Comunidade, integrada na ECCL, revelou-se uma experiência muito enriquecedora por me fornecer uma visão ampla e, até então, pouco desenvolvida, da intervenção do EEER neste contexto. Esta experiência ofereceu-me muitas oportunidades de aprendizagem, direcionando-me sobre a perspetiva única da continuidade e da parceria de cuidados no ambiente da pessoa.

Em concordância com o Padrão Documental dos Cuidados de EEER, os focos de ER frequentemente identificados incidiram sobre: Andar; Andar com auxiliar de marcha; Autocuidado (comer, beber, higiene, uso do sanitário); Défice sensorial; Comunicação; Intolerância à atividade; Limpeza das vias aéreas; Mover-se em cadeira de rodas; Movimento muscular; Equilíbrio corporal; Posicionar-se; Pôr-se de pé; Transferir-se (OE, 2015).

Os focos identificados apresentavam os diagnósticos comprometidos, adequando-se as intervenções a cada pessoa. Definiram-se os planos de cuidados de ER e efetuaram-se registos de ER das respetivas intervenções e das respostas humanas em SClínico®. As escalas utilizadas com maior recorrência foram: Índice Barthel; Medida Independência Funcional (MIF), Avaliação da Força Muscular - *Medical Research Council* (MRC); Avaliação Sensorial de Nottingham; Escala de Equilíbrio de Berg (OE, 2016), Escala de Quedas de Morse (Costa-Dias et al., 2014) e Escala de Braden (DGS, 2011).

Estas ferramentas permitiram monitorizar ganhos em saúde, orientar a tomada de decisão e ajustar as intervenções de forma fundamentada.

A intervenção do EEER em ECCL vai muito além da reabilitação funcional, integrando capacitação, gestão ambiental, prevenção de complicações e articulação com demais recursos comunitários (Juntas de Freguesia; Centros de Dia; Serviço de Apoio Domiciliário e Paróquias). Esta vivência e todo o trabalho prévio de planeamento, permitiu-me compreender a importância de intervenções integradas, sustentadas em teorias de Enfermagem e evidência científica, que contribuem para transições seguras e para a efetiva continuidade de cuidados

em rede e orientadas para ganhos em saúde.

2.2 - EEER no internamento de Pneumologia

O EP decorreu numa ULS de Lisboa, especificamente no serviço de pneumologia. Define-se ULS, segundo Fernandes et al. (2020), com um modelo organizacional central no Serviço Nacional de Saúde, orientado para a integração vertical dos cuidados através da junção de prestadores de cuidados primários e hospitalares numa única entidade. Emergem como resposta estrutural aos desafios contemporâneos dos sistemas de saúde, particularmente no que respeita à gestão de condições crónicas, continuidade assistencial e eficiência organizacional (Fernandes et al., 2020). Visa assegurar uma coordenação mais eficaz ao longo do percurso assistencial, reforçando simultaneamente a comunicação interprofissional, a racionalização de recursos e a centralidade da pessoa (Fernandes et al., 2020).

Para além da gestão da doença crónica, o modelo ULS favorece abordagens colaborativas e interdisciplinares, fundamentais para o desenvolvimento de programas de reabilitação integrados, apoio à transição de cuidados e implementação de intervenções de proximidade (Fernandes et al., 2020). Tal alinhamento é consistente com a orientação internacional para sistemas de saúde mais integrados, sustentáveis e centrados na continuidade dos cuidados — aspetos reforçados em documentos estratégicos como o Plano Nacional de Saúde 2030 e pela WHO (DGS, 2022; Fernandes et al., 2020; WHO, 2020).

As DRC, continuam a representar um dos principais encargos em termos de morbilidade, mortalidade e utilização de cuidados de saúde em Portugal. Entre 2018 e 2022, os internamentos associados a patologia respiratória mantiveram uma carga expressiva no Serviço Nacional de Saúde, conforme evidenciado pelo Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2025 (Fundação Portuguesa do Pulmão [FPP], 2025).

De acordo com as recomendações mais recentes da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) de 2026, a DPOC permanece uma condição de elevada morbilidade, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada e de uma estratificação rigorosa, baseada na sintomatologia, no risco de exacerbações e no impacto funcional (GOLD, 2026). Neste contexto, a RR assume-se como um pilar transversal ao longo de todas as fases de

evolução da doença, sustentando a importância de uma intervenção precoce e estruturada por parte do EEER.

Em consonância, documentos nacionais fundamentam esta visão integrada. O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias de 2025, prioriza a RR, a prevenção da incapacidade e a gestão da DRC, enquanto o Plano Nacional de Saúde 2021–2030 salienta a coordenação de cuidados, a integração de respostas e a obtenção de ganhos em saúde ao longo do ciclo vital. A Norma da DGS para a DPOC (2019), embora anterior às mais recentes atualizações da GOLD, mantém aplicabilidade ao recomendar explicitamente a implementação de programas de RR na comunidade após a alta hospitalar (DGS, 2019; DGS, 2022; FPP, 2025; GOLD, 2026).

Este estágio assumiu particular relevância por decorrer num contexto hospitalar especializado em cuidados respiratórios, onde a intervenção do EEER é determinante para a otimização da função ventilatória, prevenção de complicações, promoção da independência e autonomia, capacitação da pessoa e adaptação face ao processo saúde-doença.

Na pessoa com patologia respiratória, a realização das atividades de vida diárias (AVD) está muitas vezes comprometida, o EEER assume especial relevância no treino de AVD, no ensino de técnicas de conservação de energia e no processo de transição para o domicílio.

O serviço de pneumologia encontra-se organizado em várias unidades funcionais, incluindo internamento, consulta externa, laboratório de função respiratória, laboratório de polissonografia, unidade de técnicas pneumológicas e Unidade de Ventilação não Invasiva.

O internamento dispõe de vinte camas (quatorze para internamento, dois para estudos do sono e quatro na Unidade de Ventilação Não Invasiva). A consulta externa, com seis gabinetes de apoio, inclui as subespecialidades de pneumologia geral, pneumologia oncológica, insuficiência respiratória e doenças neuromusculares, patologia do sono, doenças do interstício e desabituação tabágica.

A equipa integra um administrativo clínico, dezassete enfermeiros generalistas e três EEER, sendo dois dedicados à coordenação e gestão do serviço, um assistente social, médico pneumologista (diretor de serviço, graduados, assistentes e internos) e dois fisioterapeutas. Semanalmente, à quinta-feira, realiza-se a reunião da equipa multidisciplinar, composta por médicos e internos do serviço, enfermeira-chefe, EEER, assistente social, farmacêutica e EMER

ou da licenciatura em Enfermagem. Nestes momentos, cada pessoa internada é discutida individualmente, o que sustenta uma tomada de decisão partilhada e uma abordagem efetivamente centrada na pessoa. O serviço articula-se ainda com a equipa de cuidados paliativos, especialmente para controlo da dor à pessoa com neoplasia pulmonar ou em fim de vida.

O serviço distingue-se pela forte componente pedagógica, acolhendo regularmente estudantes de Enfermagem (licenciatura e mestrado) e de fisioterapia, promovendo uma cultura de aprendizagem ativa e de supervisão qualificada.

No âmbito da continuidade de cuidados, o EEER procede à referenciação de pessoas que reúnem critérios de admissão na RNCCI, recorrendo à plataforma eletrónica da rede, articulando-se com os registos do médico pneumologista, da assistente social e da dietista. Durante o estágio, tive a oportunidade de participar na elaboração de registos de referenciação para a RNCCI, sob supervisão da EEER, contribuindo para a garantia de transições de cuidados seguras e integradas.

Enquanto EMER, tornou-se imprescindível identificar os focos prioritários da intervenção em ER, considerando a tipologia das pessoas admitidas e as necessidades emergentes ao longo do ciclo de vida. Essa identificação baseou-se em referenciais normativos estruturantes, como o Padrão Documental dos Cuidados de ER (OE, 2015) e o Instrumento de Recolha de Dados para Documentação dos Cuidados Especializados (OE, 2016).

Os principais focos de ER identificados no EP no serviço de pneumologia, conforme Padrão Documental dos Cuidados EEER, foram: Ventilação; Limpezas das Vias Aéreas; Intolerância à Atividade; Gestão do Regime Terapêutico; Movimento Muscular; Equilíbrio Corporal; Transferir-se; Andar com auxiliar de marcha (andarilho; canadianas, tripé) e Conforto (OE, 2015).

Os diagnósticos de ER identificados, orientaram a definição de planos de cuidados individualizados e registados em SClínico®, com recurso a linguagem CIPE. Entre as escalas de avaliação utilizadas, destacam-se a MIF, Escala de Borg modificada (OE, 2016), *Checklist* da DGS – Lista de Verificação para Avaliação da Técnica Inalatória (DGS, 2017a); Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), (Delgado & Lima, 2001) e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

(ESAS-r), (Gonçalves et al., 2024), fundamentais para monitorizar ganhos em saúde, apoiar a tomada de decisão e ajustar intervenções com rigor.

Para apoio às intervenções de ER, o serviço dispõe de um armário de reabilitação equipado com materiais de apoio como halteres, fitas elásticas e bastões de vários pesos, bolas sensoriais e de pilates, pedaleiras manuais/elétricas, flutter, estetoscópios e oxímetros portáteis, utilizados no treino funcional e na reeducação respiratória.

Destaco o programa de melhoria contínua “Respire Bem, Mexa-se Melhor!”, implementado no serviço e posteriormente em toda a ULS, pela EEER que supervisionou o meu estágio. O programa visa estruturar e implementar um plano de RR e motora dirigido a 70% dos doentes internados com DPOC. Os objetivos específicos são centrados no aumento da tolerância à atividade, redução do impacto da doença, melhoria da funcionalidade e capacitação da pessoa e família para a gestão da doença e do regime terapêutico.

Na pessoa com DRC, a capacidade para realizar as AVD encontra-se frequentemente comprometida, assumindo a ER um papel determinante e de parceria no treino funcional e no ensino de estratégias de conservação de energia, fundamentais para a preparação da transição para o domicílio (RNAO, 2023).

Este percurso formativo no âmbito da RR configurou-se como uma oportunidade para que na condição de EMER desenvolvesse e aprofundasse as competências comuns e específicas do EEER, favorecendo em simultâneo a aquisição de competências avançadas próprias do grau de mestre, sustentando uma prática profissional diferenciada, orientada pela evidência científica e pela qualidade dos cuidados.

2.3 - EEER no internamento de Neurologia

O estágio de curta duração integrado no EP decorreu no serviço de neurologia de uma ULS de Lisboa entre o dia 8 e 19 de dezembro de 2025. Este serviço dispõe de 16 camas, incluindo unidades dedicadas à monitorização vídeo-eletroencefalograma prolongada. Integra dois Centros de Referência, assumindo particular relevância a nível nacional: o Centro de Referência de Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular e o Centro de Referência de Epilepsia Refratária.

Neste serviço, a abordagem diagnóstica dispõe de forma complementar, de técnicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, nomeadamente electroencefalograma, monitorização vídeo-electroencefalográfica prolongada, electromiografia e potenciais evocados.

Apesar da riqueza formativa do contexto, o curto período de realização deste estágio, associado a constrangimentos relacionados com a gestão de horários e indisponibilidade temporária do enfermeiro supervisor por motivos de saúde, constituiu um fator limitador, resultando numa duração efetiva inferior à inicialmente planeada. Ainda assim, procurei maximizar as oportunidades de aprendizagem, tirando o melhor partido das experiências vivenciadas.

3 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E FILOSÓFICO SOBRE A PROBLEMÁTICA

O presente enquadramento conceptual e filosófico visa sustentar teoricamente a intervenção especializada do EEER na gestão da pessoa com DRC, evidenciando os fundamentos científicos, teóricos e normativos que orientam a prática avançada.

A tendência demográfica do envelhecimento, associada à exposição persistente da população a fatores de risco ambientais e comportamentais – como o tabaco, a poluição, a exposição a produtos alergénicos e ocupacionais, a obesidade e a inatividade física, tem contribuído para o aumento da carga global das DRC (Vigia et al., 2025). Estas condições caracterizam-se por um impacto progressivo na função pulmonar, com repercussões sistémicas que se manifestam através da dispneia, intolerância ao esforço e diminuição da qualidade de vida, traduzindo-se em limitações significativas da funcionalidade, da autonomia e da participação social da pessoa (Vigia et al., 2025).

No contexto nacional, a mortalidade por doenças do aparelho respiratório mantém-se expressiva. Em 2023, segundo o INE, estas patologias foram responsáveis por 13 110 óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 123,9 por 100 000 habitantes, com um aumento de 8,2% face ao ano homólogo, destacando-se a pneumonia como principal causa contributiva (INE, 2025). Embora os dados específicos de 2024 ainda não se encontrem consolidados, os valores provisórios de mortalidade geral refletem um contexto demográfico marcado pelo envelhecimento populacional, reforçando a vulnerabilidade às doenças respiratórias (INE, 2025). De forma complementar, o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2025 evidencia que, apesar da redução dos óbitos após o pico pandémico de 2020–2021, as doenças respiratórias continuam a representar cerca de 18% a 22% da mortalidade total entre 2018 e 2024, mantendo um peso significativo no panorama epidemiológico nacional (FPP, 2025).

O relatório sublinha ainda a persistência de um número elevado de internamentos, sobretudo por pneumonia bacteriana, DPOC e pneumoconioses, com maior impacto na população envelhecida, reforçando a necessidade de estratégias integradas de prevenção, diagnóstico precoce, vacinação e RR, bem como de intervenções estruturadas orientadas para a gestão da DRC e redução de internamentos evitáveis (FPP, 2025). Este enquadramento evidencia que a DRC configura um processo de transição saúde–doença,

frequentemente prolongado e marcado por períodos de instabilidade clínica, agravamento funcional e adaptação progressiva, tal como descrito na Teoria das Transições de Meleis (Meleis et al., 2010). A vivência desta transição implica um aumento da vulnerabilidade da pessoa, exigindo reorganização de papéis, redefinição de expectativas e desenvolvimento de novas competências para lidar com as limitações impostas pela doença, o que reforça a necessidade de intervenções especializadas que facilitem processos adaptativos saudáveis (Meleis et al., 2010; RNAO, 2023).

Apesar da evidência robusta a favor de intervenções não farmacológicas, o acesso a programas estruturados de RR continua a ser um desafio, sobretudo devido a barreiras organizacionais, geográficas, socioeconómicas e de referenciação (Rochester et al., 2023). Este subaproveitamento revela-se particularmente crítico quando se considera que a RR é recomendada como componente essencial do cuidado em diversas DRC, incluindo a DPOC, doenças intersticiais e outras condições associadas a limitação funcional e sintomatologia persistente (Rochester et al., 2023).

A RR constitui uma intervenção terapêutica não farmacológica, amplamente recomendada, destinada a responder a limitações físicas, emocionais e psicossociais que a terapêutica farmacológica isolada não resolve de forma plena. (Rochester et al., 2023). Assenta numa avaliação abrangente, a partir da qual se estrutura um plano individualizado que integra treino de exercício físico, educação para a saúde e estratégias de mudança comportamental, com foco na melhoria do estado funcional, redução de sintomas e aumento da participação ativa da pessoa na autogestão da doença, através de uma intervenção multi e interdisciplinar, da qual o EEER faz parte integrante (Cruz et al., 2025; Vigia et al., 2025).

Esta abordagem está alinhada com a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, ao reconhecer que a pessoa com DRC pode apresentar limitações na capacidade de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, exigindo a intervenção do enfermeiro para apoiar, ensinar e capacitar, de forma a restabelecer ou otimizar essa capacidade (Orem, 2001). As orientações internacionais mais recentes consolidam a RR como uma intervenção estruturada e baseada na evidência para pessoas com DRC, estabelecendo recomendações claras quanto aos critérios de elegibilidade, componentes programáticos, parâmetros de segurança e estratégias de monitorização e *follow-up* (Rochester et al., 2023).

A evidência confirma benefícios consistentes da RR na redução da dispneia, melhoria da capacidade de exercício físico, aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde e diminuição de urgência e internamentos, incluindo exacerbações (Rochester et al., 2023). Paralelamente, a estratégia internacional para a DPOC, mantém a RR como intervenção-chave, integrada em planos de cuidado centrados na pessoa e orientados para resultados (GOLD, 2026).

A RR está indicada em pessoas com DRC que apresentem dispneia, fadiga, limitação funcional, redução da qualidade de vida, dificuldades no desempenho de AVD, exacerbações frequentes e/ou necessidade de terapêuticas de suporte (oxigenoterapia e/ou ventilação não invasiva [VNI]), devendo a prescrição integrar a avaliação clínica, funcional e psicossocial (Rochester et al., 2023).

Corroborando a DGS, a RR não é recomendada em situações em que se antecipa uma baixa adesão ao programa, bem como em pessoas com comorbilidades que comprometam a segurança ou viabilidade do exercício físico, nomeadamente estenose aórtica grave, cardiopatia isquémica, diabetes *mellitus* não controlada ou perturbações psiquiátricas que interfiram com a memória e o envolvimento terapêutico. De igual modo, a presença de cancro metastizado, disfunção hepática grave ou hipertensão pulmonar grave constitui uma contraindicação de natureza relativa à implementação destes programas (DGS, 2019; Vigia et al., 2025).

Song et al. (2025), publicaram recentemente um artigo sobre os diferentes modelos de cuidados no âmbito hospitalar, comunitário, domiciliário e de telerreabilitação, salientando que abordagens alternativas (RR em domicílio, telerreabilitação) podem alcançar eficácia comparável aos programas tradicionais (hospitalar), desde que preservem a essência da RR, assegurem a segurança, supervisão profissional e progressão individualizada do treino (Song et al., 2025).

A dispneia ao esforço e a intolerância à atividade conduzem frequentemente à redução da atividade física e ao sedentarismo, desencadeando um ciclo de descondicionamento caracterizado por perda de força, resistência e dependência funcional. Este ciclo, além de agravar sintomas, intensifica vulnerabilidades emocionais e sociais, tornando o treino de

exercício um eixo terapêutico prioritário (Marques et al., 2025). A prescrição do exercício físico pelo EEER, segundo os princípios do *FITT-VP*, à pessoa com DRC, deve ser individualizada e estruturada (tipo, intensidade, frequência, tempo, volume e progressão), com integração de treino aeróbio e de força, complementado por flexibilidade e equilíbrio, de acordo com as necessidades e limitações da pessoa (OE, 2018a; Vigia et al., 2025).

As recomendações recentes sublinham que a eficácia depende da adequação do estímulo, progressão segura e monitorização clínica de sintomas, saturação parcial de oxigénio e sinais de intolerância (Rochester et al., 2023).

A promoção de atividade física no quotidiano é determinante para manter ganhos a médio e longo prazo, sobretudo quando sustentada por estratégias de motivação, definição de metas e acompanhamento longitudinal (Song et al., 2025). Neste sentido, Cruz et al. (2025), mencionam que a intervenção do EEER ultrapassa o contexto hospitalar, assumindo continuidade nos diferentes cenários da vida da pessoa, através da promoção sustentada da atividade física, elemento determinante para a consolidação e manutenção dos ganhos alcançados em programas de ER (Cruz et al., 2025).

A educação para a saúde emerge como um pilar estruturante da RR e da ER, ao permitir a transformação do conhecimento em competência prática, promovendo a adesão, a prevenção de exacerbações e segurança do regime terapêutico. Na perspetiva de Orem, esta intervenção visa reduzir o défice de autocuidado, capacitando a pessoa para reconhecer sinais de alerta, gerir a sua terapêutica, efetuar treino de técnicas respiratórias e de conservação de energia, capacitação para a técnica inalatória e gestão do regime terapêutico (Orem, 2001). Simultaneamente, segundo Meleis et al., (2010), estas intervenções favorecem transições mais saudáveis, ao apoiar a pessoa na adaptação às exigências da DRC (Meleis et al., 2010).

Neste âmbito, o EEER assume um papel central na avaliação funcional, prescrição e monitorização do exercício, reeducação respiratória e capacitação para a autogestão da doença, promovendo ganhos funcionais, autonomia e qualidade de vida (OE, 2018a; Vigia et al., 2025).

A evidência recente reforça que programas com educação estruturada e componentes de autogestão estão associados a melhorias em resultados percebidos e funcionais, sobretudo quando há envolvimento ativo da pessoa e do cuidador/família (Rochester et al., 2023; RNAO, 2025).

As recomendações internacionais para RR salientam a importância de equipas multidisciplinares qualificadas, com competências para avaliação, educação e intervenção no comportamento de saúde — áreas em que o EEER assume um contributo diferenciado, incluindo o foco na funcionalidade e na capacitação. Em Portugal, Guias, Normas e Documentos Orientadores profissionais, reforçam o enquadramento da RR e o papel da ER enquanto referencial de qualidade e avaliação da prática (DGS, 2017; DGS, 2017a; DGS, 2019; OE, 2018a; Vigia et al., 2025).

A gestão da DRC implica processos contínuos de adaptação, decisão e autorregulação, integrando cognição, volição e competências práticas. A adesão ao regime terapêutico deve ser compreendida como um processo dinâmico e multifatorial, influenciado por crenças, motivação, literacia em saúde, barreiras de acesso, apoio social e complexidade terapêutica, exigindo intervenções educativas, acompanhamento sistemático e reavaliação contínua ao longo do tempo (Meleis et al., 2010).

Mencionando Marko e Pawliczak (2025), a terapêutica inalatória é fundamental no controlo de sintomas e redução de exacerbações na DRC, mas a sua eficácia depende criticamente da execução correta da técnica e da adequação do dispositivo à pessoa. Erros técnicos são frequentes e persistentes, mesmo após ensino inicial, o que justifica validação sistemática e reforço periódico da instrução. Meta-análises recentes mostram que intervenções educativas melhoram a técnica, embora os ganhos possam variar por tipo de dispositivo e formato do ensino, reforçando a necessidade de treino repetido e avaliação com *checklist* (DGS, 2017a; Marko & Pawliczak, 2025; Pinto et al., 2025).

Intervenções lideradas por EEER, integradas em programas de reabilitação, têm demonstrado potencial para reduzir erros e melhorar a utilização de inaladores, apoiando a adesão e a eficácia terapêutica. (Binda et al., 2024; Pinto et al., 2025).

Neste domínio, o EEER assume um papel crucial ao avaliar barreiras cognitivas, motoras e visuais, selecionar estratégias pedagógicas ajustadas, validar a execução da técnica por observação direta e aplicação de *checklist* e reforçar a técnica inalatória ao longo do tempo, articulando estas intervenções com objetivos de economia de esforço e controlo sintomático (DGS, 2017a; OE, 2018a; Marko & Pawliczak, 2025; Vigia et al., 2025).

O enquadramento conceptual e filosófico desenvolvido, sustenta de forma integrada, o percurso de desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EEER e das competências inerentes ao grau de mestre. A mobilização sistemática da evidência científica, a análise crítica das orientações nacionais e internacionais, bem como a integração de referenciais teóricos de Enfermagem, evidencia a consolidação de competências do EE, nomeadamente no domínio da prática baseada na evidência, da qualidade e segurança dos cuidados e da educação para a saúde da pessoa com DRC (OE, 2019).

Complementarmente, o enfoque na avaliação funcional, na prescrição e monitorização do exercício físico, na reeducação respiratória, na capacitação para a autogestão da DRC e na promoção da independência e autonomia, traduz o exercício das competências específicas do EEER, conforme preconizado no Regulamento nº 392/2019 (OE, 2019a). Estas intervenções orientam-se para a obtenção de ganhos sensíveis em saúde, expressos na redução da dispneia, na melhoria da capacidade funcional, no aumento da independência e autonomia, da participação social e da qualidade de vida da pessoa com DRC.

Adicionalmente, a capacidade de integrar saberes teóricos e práticos, lidar com situações clínicas complexas, mobilizar pensamento e raciocínio clínico avançados, sustentar a tomada de decisão e comunicar conclusões fundamentadas, evidencia o desenvolvimento das competências associadas ao grau de mestre, em consonância com o estabelecido no Regulamento 960/2025 (ESSATLA, 2025).

Este percurso formativo contribuiu para o reforço da ER enquanto prática avançada, científica e diferenciada, orientada para resultados clinicamente relevantes e centrados na pessoa (Ribeiro et al., 2021).

À luz deste enquadramento, a intervenção do EEER afirma-se como promotora da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa com DRC, traduzindo-se em ganhos

sensíveis à intervenção especializada ao longo do *continuum* de cuidados, ao facilitar processos eficazes de autocuidado e transições saúde–doença bem-sucedidas. Esta intervenção enquadra-se de forma coerente no Paradigma da Transformação em Enfermagem, o qual concebe a pessoa como um ser ativo, singular e em permanente interação com o ambiente, valorizando a capacitação, a participação e a co-construção dos cuidados ao longo do processo saúde-doença (Meleis et al., 2010; Parse, 1992).

Deste modo, a saúde é entendida como um continuum dinâmico, no qual o foco da intervenção ultrapassa o controlo sintomático, orientando-se para a maximização da funcionalidade e da qualidade de vida possível. O ambiente, enquanto contexto físico, social e organizacional, é considerado determinante da capacidade de autocuidado, da adesão terapêutica e da gestão da condição crónica (Meleis et al., 2010; Orem, 2001). Por sua vez, os cuidados de Enfermagem concretizam-se numa prática especializada, intencional e baseada na evidência, orientada para a capacitação da pessoa e família, educação para a saúde, promoção da autonomia e independência funcional e facilitação de processos adaptativos, em consonância com as competências específicas do EEER, conforme preconizado no Regulamento 392/2019 (OE, 2019a).

Esta abordagem integra os pressupostos da Teoria do Défice do Autocuidado de Orem e da Teoria das Transições de Meleis, consolidando a ER como um contributo diferenciado e essencial na gestão integrada da pessoa com DRC (Meleis et al., 2010; Orem, 2001).

4 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

A nível pessoal, sinto que este relatório não poderia deixar de refletir o percurso que me conduziu até à ER. Desde a licenciatura, dois professores marcaram de forma determinante o meu desenvolvimento académico e humano e em jeito de homenagem refiro-me ao Professor Doutor António Fernando Amaral e o Professor Doutor António Manuel Fernandes, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Ambos reconheceram em mim, desde muito cedo, uma afinidade para com os princípios e práticas da ER, incentivando-me repetidamente a seguir esta especialidade em Enfermagem.

Este percurso académico constituiu um momento de crescimento pessoal e profissional, durante o qual desenvolvi maior autonomia clínica, capacidade de tomada de decisão fundamentada e responsabilidade ética e científica no exercício especializado. A evidência atual sustenta que é através da interação reflexiva entre conhecimento, experiência e contexto clínico que se formam profissionais competentes, capazes de responder de forma humanizada e eficaz às necessidades de cuidados complexos (Zainal et al., 2025). O desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER e de mestre, exigiu um exercício contínuo de análise, julgamento clínico e aplicação contextualizada da evidência científica aos desafios clínicos reais enfrentados durante o estágio. A reflexão sobre a ação — entendida como prática deliberada e orientada por metas de aprendizagem — revelou-se um importante mecanismo na construção de uma compreensão holística da pessoa em processo de reabilitação (Zainal et al., 2025).

A dimensão teórica do pensamento clínico sustentada por evidência científica atual descreve o raciocínio crítico e a tomada de decisão como competências fundamentais na prática avançada de Enfermagem, influenciando a segurança, a resposta terapêutica e os ganhos em saúde (Zainal et al., 2025).

Morin et al. (2025), mencionam que as práticas avançadas em Enfermagem alicerçada numa educação formal, no desenvolvimento de competências e na definição clara de papéis, contribuem para o fortalecimento da identidade do EE e para a sua eficácia em contextos clínicos complexos (Morin et al., 2025). A prática desenvolvida durante o estágio permitiu-me aprimorar competências na utilização de instrumentos de avaliação validados, na formulação de diagnósticos clínicos, na construção

de planos de cuidados individualizados, na implementação de intervenções estruturadas e na monitorização de resultados sensíveis aos cuidados de ER. Estas práticas refletem uma abordagem baseada em evidência e alinhada com a prática especializada em ER (Zainal et al., 2025).

Assim, esta trajetória reforça o meu compromisso com uma prática de ER sustentada na ética, na segurança, fundamentada na evidência e centrada na pessoa, confirmando que este percurso não apenas consolidou a minha formação, mas também legitimou a minha identidade profissional como futura EEER.

Seguidamente, apresenta-se a descrição detalhada das competências comuns do EE, conforme o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019) das competências específicas do EEER, de acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019a), bem como das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, previstas no Regulamento n.º 960/2025 (ESSATLA, 2025).

Estas competências são analisadas de forma integrada com os PQCEER (OE, 2018), sendo complementadas por uma reflexão crítico-reflexiva pessoal, sustentada na análise de situações práticas vivenciadas ao longo dos estágios realizados.

5 - COMPETÊNCIAS COMUNS DE EE

De acordo com o enquadramento normativo definido pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE, são reconhecidas ao EE competências de natureza científica, técnica e relacional, que lhe conferem a capacidade de prestar cuidados de Enfermagem diferenciados, individualizados e sustentados na evidência científica (OE, 2019).

As competências comuns a todos os EE estruturam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Estes domínios constituem o alicerce da prática especializada em Enfermagem, orientando a tomada de decisão clínica, o exercício da liderança em cuidados, a promoção da qualidade assistencial e a valorização do desenvolvimento profissional ao longo da vida (OE, 2019).

5.1 - Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), exige que, ao EE, na sua prática, revele responsabilidade profissional, ética e legal, observando os direitos humanos, a dignidade e a autonomia da pessoa. Estudos recentes sobre o agir ético em Enfermagem salientam que a ética profissional constitui um pilar essencial da prática clínica, orientando a tomada de decisão e a interação com a pessoa cuidada através de valores como a dignidade humana, a autonomia, a justiça e o respeito pela pessoa como sujeito único de cuidados (Coelho et al., 2025; OE, 2019).

Não é algo novo para mim, este comportamento acompanha-me desde os meus primeiros passos da Licenciatura em Enfermagem. Ao longo dos estágios esta competência esteve presente em todas as minhas interações com a pessoa cuidada, família e ambiente profissional para com a equipa de EEER, enfermeiros generalistas, fisioterapeutas e todos as demais categorias profissionais com quem partilhava as intervenções de ER.

Preservei de forma consistente o sigilo profissional relativamente às situações clínicas das pessoas acompanhadas, quer em contexto domiciliário, quer em internamento, bem como no que respeita à informação de natureza interna dos serviços onde decorreram os estágios. Esta postura refletiu o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos inerentes ao exercício

profissional, assegurando a confidencialidade e a proteção da informação sensível em todos os contextos de cuidados (Nunes, 2022).

Um dos aspetos mais relevantes da intervenção em contexto comunitário, reside na consciencialização de que o acesso ao domicílio da pessoa implica a entrada no seu espaço de intimidade e privacidade. Por esse motivo, adotei de forma consistente uma postura respeitosa, solicitando sempre autorização prévia antes de entrar no domicílio, para manusear objetos pessoais ou realizar alguma intervenção.

Este princípio estende-se igualmente ao contexto hospitalar, nomeadamente no acesso ao quarto da pessoa internada e na realização de intervenções que impliquem contacto físico, exposição corporal ou o início de um programa de reabilitação. Nestes momentos, questionar, informar e aguardar pelo consentimento da pessoa, constitui um elemento fundamental da prática ética, assim como o respeito pelas suas decisões e limites, reforçando a dignidade, a autonomia e a humanização dos cuidados prestados.

Diariamente, aquando da abordagem à pessoa internada para o início do programa de reabilitação, apresentava-me como EMER e questionava-a quanto à sua disponibilidade e concordância para a intervenção de ER a realizar nesse turno, promovendo o seu envolvimento ativo no processo de reabilitação (RNAO, 2025). Em conjunto, eram discutidos os exercícios a realizar nesse dia, bem como definidos limites máximos de carga e intensidade, ajustados à capacidade, tolerância e objetivos da pessoa (Novo et al., 2021; OE, 2018a).

O respeito pela autonomia da pessoa concretizou-se na aplicação sistemática e rigorosa do consentimento informado. Em contexto comunitário, todas as pessoas acompanhadas pela ECCI eram devidamente informadas acerca dos cuidados a realizar, sendo-lhes solicitado consentimento formal para a intervenção da equipa de ER.

Esta prática, para além de constituir uma exigência legal, assume-se como um pilar fundamental da ética profissional, na medida em que reconhece a pessoa como um sujeito autónomo, dotado de capacidade para participar de forma informada e consciente nas decisões relativas ao seu processo de saúde-doença (Nunes, 2022).

A literatura contemporânea sobre ética em Portugal, reforça que o consentimento informado é expressão do respeito pela dignidade humana e pela autodeterminação da pessoa, devendo

integrar-se numa relação terapêutica assente na comunicação clara, na confiança e na parceria dos cuidados (Nunes, 2022; OE, 2015).

O mesmo princípio foi aplicado no âmbito dos relatos de caso clínicos através de dois pedidos à Comissão de Ética da ESSTLA, para participação em trabalho de investigação e posterior publicação, com resposta favorável a 30 de junho de 2025 com a autorização PCE65_2025 (Anexo I), para o título “Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de ER na Isquemia Medular com Paraparésia Secundária” (Apêndice I) e “A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória com recurso à Inaloterapia na Pessoa com Neoplasia Pulmonar” (Apêndice II), igualmente com resposta favorável a 02 de dezembro 2025 e autorização PCE91_2025 (Nunes, 2022), (Anexo II).

A pessoa envolvida no relato de caso clínico inerente ao estágio de Reabilitação na Comunidade era plenamente orientada e autónoma, porém optou por delegar informalmente na filha as decisões clínicas e financeiras, a qual, apesar de não se encontrar legalmente reconhecida como cuidadora formal, assumia esse papel no quotidiano. Neste contexto, a informação foi prestada a ambos, tendo sido obtido o consentimento informado da pessoa e da filha enquanto cuidadora informal, salvaguardando os princípios da autodeterminação, beneficência, não maleficência, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2022). Já a pessoa internada no serviço de pneumologia, participante no relato de caso clínico, foi autónoma na decisão sobre a sua participação.

O consentimento informado assume-se, assim, como um elemento nuclear na relação entre os profissionais de saúde e a pessoa cuidada, traduzindo o respeito pela sua autonomia e liberdade responsável, bem como o reconhecimento da pessoa enquanto sujeito autónomo, portador de crenças, valores e preferências que devem ser devidamente considerados e respeitados (OE, 2006).

No decurso do estágio em pneumologia deparei-me com dilemas éticos complexos, que reforçaram a importância de uma prática ética, reflexiva e centrada na segurança e no bem-estar da pessoa, como no acompanhamento de pessoas com neoplasia do pulmão em estágio avançado e prognóstico reservado, em que a ponderação do princípio da beneficência e maleficência estiveram sempre presentes (Nunes, 2022).

Colocou-se a questão sobre a possibilidade de se proporcionar conforto através de massagem de relaxamento e drenagem linfática dos membros superiores, a uma doente com neoplasia do pulmão em estadio terminal, intervenção que, de acordo com orientações específicas, pode constituir uma contra-indicação em contexto de doença oncológica avançada. Face a esta situação, procedi a uma análise ética e clínica rigorosa, ponderando os princípios da beneficência, da não maleficência e da proporcionalidade, bem como os objetivos dos cuidados paliativos centrados no conforto e na qualidade de vida. Considerando o contexto clínico, a ausência de alternativas eficazes para alívio sintomático naquele momento, o desejo expresso da pessoa e a inexistência de evidência de dano imediato associado à intervenção, optei pela realização de uma abordagem adaptada, suave e de curta duração, orientada exclusivamente para o conforto. Esta decisão foi tomada de forma deliberada, consciente e fundamentada, reconhecendo que, em contexto paliativo, a priorização do alívio do sofrimento e do bem-estar da pessoa pode justificar exceções cuidadosamente ponderadas às recomendações gerais, em consonância com os princípios éticos e com orientações internacionais na área do linfedema e dos cuidados paliativos (All-Ireland Lymphoedema Guideline Development Group, 2022; Nunes, 2022).

5.2 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade está associado à capacidade do EEER em avaliar, planear, implementar e monitorizar intervenções orientadas para cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Este domínio encontra-se alinhado com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019) e com os PQCEER (OE, 2018), que orientam a prática para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, nomeadamente ao nível da satisfação da pessoa, da prevenção de complicações e da adequada organização dos cuidados. Neste enquadramento, assume particular relevância a utilização de indicadores centrados na pessoa, como os Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) e os Patient-Reported Experience Measures (PREMs), enquanto instrumentos de avaliação dos resultados e da experiência vivenciada com os cuidados prestados (Benson, 2023; Lowry et al., 2024). Em contexto de ECCI, esta competência manifestou-se desde a primeira visita domiciliária, através da realização de uma avaliação global da pessoa, a qual permitiu identificar os focos

de Enfermagem relevantes e formular diagnósticos de ER, servindo de base à elaboração de um plano de cuidados individualizado, posteriormente ajustado de forma contínua em função da evolução clínica e funcional.

No internamento de pneumologia, a abordagem seguiu os mesmos princípios, sendo realizada diariamente uma avaliação sistemática da pessoa com vista à implementação do programa de reabilitação. Com base nessa avaliação, procedia-se à formulação de diagnósticos de ER e à estruturação de um plano de cuidados dirigido às especificidades individuais, o qual era regularmente revisto e reformulado de acordo com a resposta clínica e funcional da pessoa. Como dizia a enfermeira supervisora: “se pretendemos resultados diferentes, não podemos fazer planos de cuidados iguais para todos”.

A monitorização da resposta da pessoa às intervenções, incluindo a perceção subjetiva da sua funcionalidade, bem-estar e capacidade para o autocuidado, constituiu um contributo relevante para a avaliação de PROMs, permitindo ajustar as intervenções às respostas humanas da pessoa/família/cuidador, bem como às expectativas e objetivos definidos em parceria com a pessoa (Benson, 2023; Lowry et al., 2024).

A reflexão crítica sobre a prática, a procura de evidência científica atualizada e a discussão clínica com as enfermeiras supervisoras dos estágios foram determinantes para a consolidação de cuidados de qualidade, em consonância com os princípios da melhoria contínua preconizados nos PQCEER (OE, 2018). Paralelamente, a avaliação da satisfação da pessoa cuidada assumiu-se como um indicador central de qualidade, enquanto medida da experiência da pessoa com os cuidados recebidos (PREMs), (Freitas et al., 2022). Na UCC, bem como nos contextos de internamento, procedia-se à aplicação de um inquérito de satisfação no momento da alta, cujos resultados eram analisados em articulação com a coordenação da UCC e, em meio hospitalar, pelo gabinete da qualidade. Esta prática reforçou o compromisso institucional com a monitorização contínua da qualidade, a incorporação da perspetiva da pessoa cuidada e a humanização dos cuidados de ER.

A participação na Semana da DPOC e o desenvolvimento de recursos pedagógicos constituíram oportunidades de intervenção orientadas para a melhoria contínua da qualidade, através da promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, bem como da

prevenção da incapacidade e da promoção da literacia em saúde. No âmbito da Semana da DPOC, decorrida entre os dias 10 e 14 de novembro de 2025, estive presente diariamente no apoio às atividades de rastreio desta patologia. Esta iniciativa resultou da proatividade da enfermeira supervisora e foi desenvolvida no seio da ULS envolvendo os diversos hospitais e centros de saúde da ULS (Anexo III).

O circuito da atividade iniciava-se com a realização de uma espirometria pela técnica de cardiopneumologia, seguindo-se a análise dos resultados pelo médico pneumologista presente. Posteriormente, as pessoas aderentes ao rastreio responderam a um inquérito destinado a futura análise de dados, culminando na intervenção do EEER responsável pela realização de ensinamentos dirigidos às técnicas respiratórias, exercícios de conservação de energia e estratégias de otimização da tosse.

O evento registou uma elevada adesão por parte da população, tendo sido manifestada a intenção de o repetir em edições futuras. Enquanto EMER, esta experiência permitiu-me aprofundar competências no treino de exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, técnicas de vibrocompressão e exercícios de reeducação costal global e seletiva.

Paralelamente, a iniciativa contribuiu para o reforço do trabalho colaborativo entre as EMER em estágio. Apesar de pertencermos a Escolas de Enfermagem distintas, devido ao trabalho de equipa desenvolvido entre nós, sem existência de qualquer sentimento de rivalidade, foi possível a aquisição de um pulmão anatómico pedagógico, utilizado como recurso educativo na explicação da patologia às pessoas aderentes ao rastreio durante a Semana da DPOC (Apêndice III).

Seguindo o mesmo registo de iniciativa e envolvimento, eu e a EMER da ESSATLA (parceira de estágio), desenvolvemos um recurso pedagógico destinado ao serviço de neurologia, através da criação de uma caixa designada “Kit de Neurologia”, composta por diversos materiais orientados para a estimulação sensorial, o treino de força e a cognição (Apêndice IV). Esta ação permitiu enriquecer os recursos disponíveis no serviço, contribuindo para tornar o processo de reabilitação da pessoa com patologia neurológica mais dinâmico, estruturado e motivador.

5.3 - Competência do domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados refere-se à capacidade do EEER em planear, organizar, supervisionar e avaliar os cuidados de Enfermagem, assegurando a sua prestação de forma segura, eficaz, individualizada e centrada na pessoa (Barros et al., 2023). Este domínio integra ainda a articulação com outros profissionais de saúde, a gestão de recursos, o exercício da liderança clínica e a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019).

Na UCC, nas reuniões quinzenais realizadas com a equipa multidisciplinar, cada caso era apresentado e discutido de forma individualizada, com vista à definição de respostas integradas de natureza social, nutricional e de Enfermagem. Participei em duas destas reuniões sendo que na última, em representação da enfermeira supervisora por se encontrar de férias, tendo interpretado esta oportunidade como um sinal de confiança, reconhecimento e autonomia progressivamente adquirida.

No contexto da ECCL, foi enfatizada pela enfermeira supervisora a importância da priorização de cuidados, da gestão do tempo e da organização dos percursos entre domicílios. A partilha do serviço de transporte (táxi) com a restante equipa da ECCL e da UCC exigia uma comunicação eficaz e uma articulação constante, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências de planeamento, organização do trabalho diário e garantia da continuidade de cuidados ao longo da semana.

Relativamente à gestão de recursos, adotei estratégias criativas e conscientes, adequadas ao contexto domiciliário e às necessidades das pessoas. Recorri, por exemplo, a garrafas de água como alternativa a halteres, às escadas do domicílio para treino funcional e à utilização de fitas elásticas e perneiras com peso para exercícios assistidos-resistidos, particularmente em pessoas submetidas a cirurgia ortotraumatológica com diminuição da força dos membros inferiores. Esta abordagem permitiu uma utilização responsável e eficiente dos recursos disponíveis, sustentada numa lógica de custo-benefício centrada na pessoa.

No âmbito da adesão ao regime terapêutico - exercício físico, terapêutica medicamentosa e plano alimentar, identifiquei que fatores como limitações económicas, baixa literacia em saúde, dor não controlada ou falta de volição, condicionavam a adesão aos programas de

reabilitação. Perante estas dificuldades, a intervenção do EEER foi ajustada, reforçando o ensino, o controlo da dor, por vezes com apoio da equipa de paliativos e o incentivo à motivação. Em situações de administração de heparina de baixo peso molecular não realizada por incompreensão das orientações na alta hospitalar, assegurei a continuidade do ensino e treino da técnica de administração subcutânea.

O envolvimento da família ou do cuidador informal constituiu uma dimensão central da intervenção, contribuindo para o reforço do apoio emocional e funcional à pessoa em processo de reabilitação e para a promoção do autocuidado. Em consonância com as boas práticas da RNAO (2025), foram utilizadas estratégias educativas interativas e adaptadas ao nível de literacia em saúde da pessoa e sua família, promovendo o *empowerment* e a tomada de decisão informada (Sousa et al., 2020). O cuidador foi envolvido de forma ativa na adesão ao regime terapêutico medicamentoso e alimentar, particularmente em pessoas idosas com diminuição do apetite e da ingestão hídrica, sendo reforçada a sua importância em todas as visitas.

No EP, era autónoma na gestão de tempo e na transição de informação à equipa de Enfermagem e aos médicos pneumologistas. Recorri sempre ao material disponível no serviço, condicionado no “armário da reabilitação” onde constam halteres, fitas elásticas, bastões de vários pesos, bolas sensoriais e de pilates, pedaleiras manuais e elétricas, flutter, estetoscópios, oxímetros portáteis e insuflador-exsuflador mecânico (Cough Assist®), utilizados no treino funcional e respiratório. O oxímetro portátil era utilizado no treino de marcha com o objetivo de se avaliar a necessidade de oxigenoterapia, recorrendo a concentradores portáteis de oxigénio e ajustando-se os parâmetros de fornecimento de oxigénio de acordo com os valores de oximetria em esforço (marcha), com intuito de prescrição de oxigenoterapia de longa duração para domicílio. Paralelamente, tive a oportunidade de me articular com as empresas de cuidados respiratórios domiciliários, com vista a garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, assegurando que a pessoa e a sua família se encontravam devidamente esclarecidas e capacitadas quanto à utilização, manutenção e segurança do equipamento de suporte respiratório prescrito.

No âmbito da continuidade e coordenação de cuidados, o EEER no exercício das suas competências específicas definidas no Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019a), assume um

papel determinante na identificação de necessidades complexas, na tomada de decisão clínica e na articulação interprofissional, assegurando a referenciação atempada de pessoas com critérios de admissão na RNCCI. Este processo é operacionalizado através da plataforma eletrónica da rede, em articulação com o médico pneumologista, a assistente social e a dietista, promovendo transições de cuidados seguras, integradas e centradas na pessoa (RNAO, 2025). Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar na elaboração de registos de referenciação para a RNCCI, sob supervisão da EEER, desenvolvendo competências no domínio da gestão do cuidado, da continuidade assistencial e da qualidade dos cuidados prestados.

5.4 - Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais pressupõe a aquisição progressiva de competências sustentadas em diferentes saberes, integrando conhecimento científico, experiência prática e reflexão crítica. O conhecimento em Enfermagem constrói-se de forma dinâmica e descontínua. A descontinuidade é necessária, pois são nesses momentos em que a reflexão permite criar, ampliar e até corrigir saberes, reconhecendo o seu permanente potencial de melhoria (Cardoso & Brito, 2024). Existiram momentos em que, por autocrítica ou por indicações do professor orientador, tive de desconstruir e descontinuar o processo de aprendizagem para retomar com um *mindset* de futura EEER, mais focado e com propósito. A reflexão crítica sobre a prática estruturou o meu percurso formativo, orientando o meu desenvolvimento profissional enquanto futura EEER.

Em contexto de ECCI, a minha atuação centrou-se inicialmente de forma mais restrita no núcleo de ER. Contudo, a reflexão crítica sobre a prática permitiu-me reconhecer a necessidade de não circunscrever a minha intervenção a um grupo profissional específico, mas antes de ampliar a minha participação, assumindo-me como parceira de cuidados no seio da equipa interdisciplinar, nomeadamente com os enfermeiros generalistas e fisioterapeutas.

Ao adotar esta perspetiva, tomei consciência da existência de algumas resistências por parte de elementos das equipas de Enfermagem e fisioterapia, o que me levou a compreender, de forma mais aprofundada, as razões subjacentes à postura inicialmente adotada no estágio de

Reabilitação na Comunidade. Reconheci que esta atitude se configurava, em parte, como um mecanismo de evitamento face a constrangimentos que naquele momento, percecionava como potenciadores de bloqueios ao meu desempenho.

Aprofundando o processo reflexivo, compreendi que este padrão não se restringia ao contexto académico ou profissional, estendendo-se a outros domínios da minha vida pessoal. Esta tomada de consciência traduziu-se na identificação de uma área pessoal e profissional a desenvolver, reconhecendo que a abertura ao outro e à colaboração, implica inevitavelmente, lidar com resistências, as quais fazem parte dos contextos de trabalho e das relações humanas.

O ponto de viragem deste processo ocorreu aquando da reunião de avaliação intercalar do EP, momento em que partilhei de forma aberta esta dificuldade com o professor orientador e com a enfermeira supervisora. A validação e o apoio recebidos permitiram-me reformular a minha postura, refletindo-se numa evolução significativa e inesperadamente positiva da minha performance em ensino clínico, com impacto direto na qualidade da minha intervenção, assumindo a identidade de futura EEER.

Associado ao processo de reflexão crítica, emergiu a necessidade de identificar e integrar fundamentação alicerçada em evidência científica rigorosa e validada, de modo que a minha tomada de decisão garantisse a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados prestados.

Neste enquadramento, a prática baseada na evidência configura-se como um processo complexo de decisão clínica, deverá este ser sustentado pela melhor evidência disponível e articulada com o contexto de cuidados, a singularidade da pessoa cuidada e a experiência do profissional (Naz & Ganaie, 2023). Foi assente nesta premissa que desenvolvi o meu percurso formativo, desde o contexto teórico, aos estágios e nas atividades desenvolvidas.

Para aprofundar o conhecimento, quer na intervenção com a pessoa e sua família, quer na intervenção junto dos pares, recorri sistematicamente à pesquisa em bases de dados científicas, procurando selecionar evidência atual e relevante, complementada pelo parecer do professor orientador e apoio de peritos em ER.

Ao longo do estágio, a identificação de respostas humanas em contexto clínico constituiu um catalisador para o desenvolvimento de atividades de intervenção dirigidas às pessoas com DRC, nomeadamente através da dinamização de sessões de sensibilização e educação para a

saúde. Destaca-se, neste âmbito, a minha participação na banca do serviço de pneumologia integrada na Feira de Saúde e Bem-Estar, realizada a 10 de outubro de 2025, no Jardim Botânico da Ajuda (Lisboa), onde foram desenvolvidas ações educativas centradas na capacitação para a técnica correta de inaloterapia (Anexo IV).

Estas intervenções permitiram identificar erros frequentes na utilização dos dispositivos inalatórios e sensibilizar os participantes para a importância da adesão rigorosa ao regime terapêutico prescrito (Binda et al., 2024; Marko & Pawliczak, 2025; Pinto et al., 2025). Verificou-se que, por não se tratar de fármacos em formato oral, os inaladores são frequentemente desvalorizados pelos doentes, constituindo um bloqueio à sua correta administração, o que reforça a relevância da intervenção educativa do EEER na promoção da adesão, da eficácia terapêutica e da segurança dos cuidados (Binda et al., 2024; Marko & Pawliczak, 2025; Pinto et al., 2025).

Paralelamente, participei ativamente em seminários e formações internas, por reconhecer que a aprendizagem contínua é essencial para sustentar práticas seguras e de qualidade.

Neste sentido, no dia 6 de junho de 2025 participei nas 1ª Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria onde foram partilhadas boas práticas e experiências inovadoras (Anexo V).

Destaco a apresentação do serviço de consulta externa de ortopedia para o programa de exercícios a pessoas amputadas, demonstrando uma taxa de adesão superior a 90% e a redução do tempo de espera para colocação de prótese, de dois anos para oito meses — uma conquista significativa na sua independência e reabilitação funcional.

No dia 2 novembro de 2025, participei na formação sobre VNI promovida pela Linde no auditório do hospital onde estaguei, foram referidas patologias respiratórias mais frequentes com necessidade de recurso a VNI, a tipologia de doentes e quais os cuidados gerais e especializados nos cuidados à pessoa com DRC (Anexo VI).

Estive presente nas 2ª jornadas do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, realizadas no dia 6 de novembro de 2025 sob o tema “O presente e o futuro dos EEER nos Centros Especializados” (Anexo VII), onde também participei no workshop “RR: Impacto do treino dos músculos respiratórios” (Anexo VIII). No decorrer das apresentações compreendi que as dificuldades e obstáculos sentidos pelos EEER são transversais, luta-se permanentemente

contra políticas de saúde pouco despertas para a pessoa com incapacidade ou deficiência e que há um longo caminho a percorrer no sentido de se conseguir oferecer melhores cuidados de ER. Contudo, apesar das adversidades os EEER primam pela imaginação e dedicação, tendo sido apresentados excelentes resultados dos projetos existentes na instituição à pessoa com AVC, Traumatismo Crânio Encefálico, no âmbito da pediatria, às crianças com limitações físicas e cognitivas congénitas. O tema que mais ensinamentos me trouxe foi sobre a prescrição de produtos de apoio. O workshop sobre RR foi uma mais-valia, reforçou os conhecimentos existentes e contribuiu para aumento da minha confiança em contexto prático.

Na tertúlia do serviço de pneumologia no dia 7 de novembro de 2025, foram apresentados os projetos desenvolvidos pela equipa de ER relativamente a Oxigenoterapia e DPOC, sobre cuidados de Enfermagem inerentes à patologia e intervenção do EEER como parceiro nos cuidados com a equipa de enfermeiros generalistas.

No dia 18 de novembro de 2025 no seminário do serviço de neurologia assisti a apresentações de projetos dos enfermeiros sobre prevenção de *burnout* e higiene do sono, sobre as patologias mais frequentes no internamento - AVC isquémicos e hemorrágicos, epilepsia, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, síndrome de Guillain-Barré, neuropatias periféricas, meningites, encefalopatias e diversos tipos de demência.

A participação nas 1ª Jornadas do Núcleo de ER da ULS Lisboa Ocidental decorreram no dia 20 novembro de 2025, com o tema “A Transição de Cuidados de Reabilitação” e assisti online (Anexo IX). Como foi a primeira edição, quem assistiu online, como eu, sentiu grandes dificuldades técnicas de visualização e de som, ainda assim, foi interessante perceber as diferentes perspetivas dos oradores sobre a transição de cuidados no contexto da reabilitação.

Para enriquecer o meu percurso e desenvolvimento de aprendizagens pude assistir a várias broncofibroscopias. É um exame endoscópico que permite a visualização direta da árvore traqueobrônquica, com finalidade diagnóstica e terapêutica. Possibilita a colheita de amostras (biopsias, lavado broncoalveolar), aspiração de secreções e identificação de alterações das vias aéreas (Mahmoud et al., 2023). O contacto com este procedimento contribuiu para a minha compreensão sobre o seu papel na avaliação e abordagem da patologia respiratória. Durante o estágio, tive oportunidade de assistir à realização de provas de função respiratória

no gabinete de cardiopneumologia, nomeadamente espirometria, espirometria com prova de broncodilatação e pletismografia, exames fundamentais na avaliação funcional respiratória.

A espirometria permite avaliar os volumes e fluxos respiratórios, possibilitando a identificação de padrões de obstrução e/ou restrição ventilatória, sendo essencial no diagnóstico e estadiamento da DPOC, da asma e de doenças respiratórias restritivas. A espirometria com prova de broncodilatação avalia a resposta das vias aéreas à administração de um broncodilatador, permitindo identificar a reversibilidade da obstrução, assumindo particular relevância no diagnóstico diferencial e na monitorização destas patologias (GOLD, 2026).

A pletismografia, realizada numa cabine fechada, permite a avaliação detalhada dos volumes pulmonares estáticos, nomeadamente a capacidade pulmonar total e o volume residual, bem como da resistência das vias aéreas, complementando a espirometria na caracterização funcional respiratória. Estas provas contribuíram para uma melhor compreensão da avaliação objetiva da função respiratória e do seu papel na fundamentação da intervenção em RR (GOLD, 2026).

Ao longo de todo o estágio, assumi um papel ativo e responsável no meu processo de aprendizagem, comprometendo-me com a incorporação sistemática de conhecimento baseado em evidência científica rigorosa e atualizada. Este percurso permitiu alcançar os objetivos definidos no Regulamento de PQCEER (OE, 2018), evidenciado pelos resultados obtidos nos relatos de caso, nomeadamente no que respeita à satisfação da pessoa, promoção da saúde, prevenção de complicações, ganhos no bem-estar e conforto, readaptação funcional, apoio à transição e organização dos cuidados de Enfermagem.

.

6 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER

As competências do EEER decorrem da necessidade de adaptação contínua da prática clínica à evolução científica, integrando de forma sistemática a evidência na prestação de cuidados (Gaspar et al., 2021). De acordo com o Regulamento nº 392/2019, a ER assenta num corpo próprio de conhecimentos e procedimentos especializados que visam promover a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida de pessoas com doença aguda, crónica ou com sequelas, ao longo do ciclo de vida (OE, 2019a).

A intervenção do EEER caracteriza-se pela transversalidade das suas competências, refletindo uma abordagem holística e centrada na pessoa e na família, na qual a maximização das capacidades funcionais, a capacitação da pessoa e dos cuidadores e a promoção da participação social se interligam de forma indissociável (Santos, 2023). Para além do domínio técnico, estas competências exigem rigor científico, sensibilidade e uma relação terapêutica significativa, permitindo apoiar processos de transição saúde-doença e reintegração social (Pestana, 2023).

A prática desenvolvida durante os estágios evidenciou que a avaliação rigorosa, o diagnóstico preciso e a implementação de planos de cuidados de reabilitação individualizados constituem pilares fundamentais da intervenção do EEER, orientada para a promoção da independência e autonomia, prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019a).

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

A intervenção do EEER inicia-se com a identificação rigorosa das respostas humanas de pessoas que estão impossibilitadas de realizar AVD de forma independente devido a alterações na sua funcionalidade causadas por doença, deficiência ou limitação da atividade. Este processo de avaliação é sustentado por modelos recentes da prática clínica que enfatizam a avaliação centrada na pessoa, tendo em consideração não apenas o desempenho nas AVD, mas também aspetos psicossociais e contextuais que influenciam a participação social e a qualidade de vida (Smith & Jones, 2023).

A incapacidade em executar AVD de forma independente está diretamente associada a diminuições significativas na qualidade de vida e no bem-estar geral, o que exige uma intervenção especializada, sistemática e contínua de Enfermagem (Patel & Green, 2024). O papel do EEER, neste contexto, é entender essas limitações funcionais em articulação com as expectativas da própria pessoa e dos seus cuidadores, prospetando metas que favoreçam a independência residual e a participação ativa na comunidade (Nguyen et al., 2023).

A conceção de planos de cuidados e programas especializados em ER baseia-se em evidência científica que sublinha a importância de objetivos individualizados, mensuráveis e orientados para ganhos funcionais significativos, bem como a integração de estratégias de ensino-aprendizagem que reforcem a autogestão e a adaptação funcional (Lima et al., 2021). Estes planos incluem intervenções específicas de treino de AVD, treino de mobilidade funcional, educação para a saúde e apoio ao cuidador, garantindo uma abordagem integral da pessoa em reabilitação (Pereira et al., 2024).

A implementação destes planos exige competências clínicas especializadas, comunicação eficaz e coordenação intersectorial com outros profissionais de saúde, de forma a promover a continuidade dos cuidados e uma transição segura entre níveis de atenção (Saraiva et al., 2024). O EEER exerce um papel de liderança na equipa multiprofissional, facilitando a adaptação às novas condições de vida, apoiando a pessoa e a família na negociação de papéis e na reestruturação de rotinas diárias.

A avaliação contínua dos resultados constitui um pilar essencial na prática do EEER, permitindo monitorizar a evolução funcional, reavaliar riscos, ajustar intervenções e demonstrar o impacto das ações de ER na funcionalidade, na participação social e na qualidade de vida das pessoas em processo de reabilitação (Gomes et al., 2021). O uso de instrumentos padronizados e sensíveis às mudanças na performance funcional reforça a evidência da prática especializada e contribui para a melhoria contínua dos serviços prestados (Sousa et al., 2023).

Assim, a atuação do EEER traduz-se numa intervenção clínica especializada, centrada na pessoa e orientada para resultados significativos, com foco na promoção da autonomia, na inclusão social e na qualidade de vida, alinhando-se com as práticas e evidências mais recentes no campo da reabilitação e da Enfermagem especializada.

No domínio da monitorização da qualidade dos cuidados, reconheço que a ER requer indicadores que transcendam os dados clínicos tradicionais, incorporando a perspetiva da pessoa cuidada (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021).

Os PROMs permitiram recolher informação direta sobre sintomas, capacidade funcional, bem-estar e impacto da condição de saúde na vida diária, enquanto os PREMs possibilitaram avaliar a experiência da pessoa relativamente à comunicação, envolvimento na tomada de decisão, respeito pela dignidade e coordenação dos cuidados (Lowry et al., 2024). A sua aplicação em ER tem demonstrado relevância significativa na adaptação de planos terapêuticos personalizados e na valorização da pessoa, enquanto parceira no processo de cuidados de ER (Lowry et al., 2024).

Esta operacionalização mostrou-se alinhada com os PQCEER, permitindo, por exemplo, avaliar a satisfação da pessoa no momento da alta através de PREMs, monitorizar a promoção do bem-estar e da autonomia funcional com PROMs, focados no autocuidado e na gestão de sintomas, e apoiar a prevenção de complicações por meio da avaliação regular da dor, dispneia, fadiga e tolerância ao esforço (Lowry et al., 2024; OE, 2018).

A articulação entre PROMs e PREMs permitiu ainda avaliar a organização e continuidade dos cuidados, refletindo a coerência das intervenções e a fluidez das transições entre contextos assistenciais. A humanização dos cuidados foi reforçada pela escuta ativa da pessoa, assegurando a sua centralidade em todo o percurso de reabilitação (WHO, 2022).

Em Portugal, autores como Freitas et al. (2022), ao caracterizarem a experiência e satisfação da pessoa alvo de cuidados de ER na comunidade, demonstraram o potencial dos PROMs e PREMs na avaliação integrada e centrada na pessoa. Também o *Patient-Reported Indicator Surveys* destaca o papel destas medidas como ferramentas de liderança transformacional, ao serviço de uma prática clínica mais responsiva e personalizada (OCDE, 2021).

Complementarmente, a utilização de FORMS (Functional Outcome Reporting Measures), nomeadamente as aplicadas ao longo dos estágios: Índice de Barthel, MIF, MRC, Avaliação Sensorial de Nottingham, Escala de Equilíbrio de Berg, Escala de Borg modificada (OE, 2016), a Escala de Quedas de Morse (Costa-Dias et al., 2014), Escala de Braden (DGS, 2011), MAT

(Delgado & Lima, 2001) e ESAS-r (Gonçalves et al., 2024), permitiu quantificar, de forma objetiva e sistematizada, a evolução funcional das pessoas em programa de reabilitação (Sousa, et al., 2023).

A integração destas três dimensões — PROMs, PREMs e FORMS — traduziu-se numa abordagem multidimensional, centrada na pessoa e orientada para resultados, permitindo-me sustentar a tomada de decisão clínica, demonstrar ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER e reforçar a qualidade e a segurança dos cuidados especializados de ER (Lowry et al., 2024; OCDE, 2021; Sousa et al., 2023)

Assim, as intervenções desenvolvidas refletem o exercício da competência específica do EEER relativamente ao cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em diferentes contextos de cuidados, através de uma prática especializada, centrada na pessoa e orientada para ganhos funcionais e qualidade de vida.

6.2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania

Esta competência traduz a aptidão do EEER para integrar na sua prática clínica, a compreensão da deficiência, da limitação da atividade e da restrição da participação social, operacionalizando intervenções como o treino de AVD e o ensino de estratégias adaptativas, orientadas para a otimização da capacidade funcional, a promoção da acessibilidade, o reforço da participação social e o exercício pleno da cidadania (OE, 2019a).

A atuação do EEER orienta-se assim, para a capacitação da pessoa ao longo do ciclo de vida, promovendo autonomia, acessibilidade e participação ativa nos diferentes contextos de vida, conforme preconizado no Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019a).

A capacitação da pessoa cuidada e da família constitui uma intervenção do EEER, assumindo um papel determinante na promoção da autonomia, independência funcional e *empowerment* ao longo dos processos de saúde–doença e de transição (Sousa et al., 2020). A minha intervenção desenvolvida ao longo dos estágios baseou-se numa abordagem individualizada, sustentada na avaliação sistemática das respostas humanas, das limitações

funcionais, do potencial de reabilitação e do contexto familiar, social e ambiental, em consonância com os princípios do cuidado centrado na pessoa e família (RNAO, 2025).

A implementação de programas de reabilitação personalizados, integrando treino de AVD, educação para a saúde e prescrição de produtos de apoio, revelou-se determinante para potenciar a funcionalidade e promover a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação (WHO, 2022). Paralelamente, a capacitação dos cuidadores informais assumiu especial relevância, reconhecendo-os como parceiros de cuidados e elementos-chave na continuidade assistencial, sobretudo em situações de dependência transitória ou permanente (Lima et al., 2022).

A intervenção do EEER transcende a dimensão funcional, incorporando uma abordagem ética e relacional que valorizou a autodeterminação, a tomada de decisão partilhada e o respeito pelos valores individuais, facilitando os processos de transição e adaptação a novas condições de vida (Meleis et al., 2010). Neste contexto, a prescrição, adaptação e supervisão do uso de produtos de apoio constitui uma intervenção autónoma do EEER, essencial para a promoção da independência funcional, da segurança, da participação social e da integração comunitária.

Ao longo dos estágios, realizei ensinamentos e adaptações relativas, entre outros, ao uso de tábuas de transferência, alteadores de sanita, cadeiras de rodas e dispositivos de posicionamento, bem como à reorganização do espaço domiciliário, visando a redução do risco de quedas e a melhoria da acessibilidade. Esta atuação encontra-se alinhada com as orientações da Organização Mundial da Saúde, que reconhece o acesso a tecnologias de apoio como determinante para a funcionalidade e inclusão das pessoas com incapacidade (WHO, 2022a).

A experiência nos diferentes contextos de estágio evidenciou igualmente a relevância da intervenção precoce do EEER, nomeadamente no treino de marcha, na reeducação funcional pós-cirurgia ortopédica, na reeducação sensorial e na comunicação, com ganhos significativos ao nível da funcionalidade, segurança e prevenção de complicações. O estabelecimento de metas realistas, progressivas e centradas na pessoa revelou-se determinante para a motivação, adesão e continuidade do processo terapêutico, reforçando o envolvimento ativo da pessoa no seu programa de reabilitação (Crawford et al., 2022). Segundo os autores Martins & Santos (2020), o envolvimento da família ao longo de todo o

processo de reabilitação revelou-se determinante para o sucesso das intervenções, reconhecendo-a também como sujeito de cuidados e como entidade que vivencia um processo de transição próprio. A capacitação do cuidador incluiu não apenas a aquisição de competências para cuidar da pessoa dependente, mas também a promoção do seu autocuidado, bem-estar e acesso aos recursos comunitários disponíveis, assegurando a sustentabilidade da prestação de cuidados no domicílio (Lima et al., 2022; Martins & Santos, 2020).

Deste modo, a intervenção do EEER, alicerçada na capacitação, autonomia e *empowerment*, contribui de forma decisiva para a continuidade de cuidados entre os contextos hospitalar e comunitário, promovendo ganhos sensíveis aos cuidados de ER e reforçando a necessidade de práticas centradas na pessoa, família e comunidade, orientadas para a qualidade, equidade e sustentabilidade dos serviços de saúde (Gomes et al., 2025; Sousa et al., 2020).

No âmbito da prática clínica, foram implementadas intervenções dirigidas à capacitação da pessoa e do cuidador, incluindo ensino de técnicas de transferência e posicionamento seguro, treino de AVD, prevenção de úlceras de pressão, cuidados anti-luxatórios no pós-operatório da anca e estratégias de gestão do esforço e da dispneia. Em situações de compromisso sensorial e motor, recorreram-se a técnicas de estimulação sensorial dirigida, reeducação propriocetiva, exercícios de mobilização articular, fortalecimento muscular e treino de equilíbrio e marcha, adaptados às capacidades e objetivos individuais. Perante uma situação de comunicação comprometida por afasia de Broca, foi elaborado um tabuleiro de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), ajustado às necessidades da pessoa e aos autocuidados comprometidos, facilitando a expressão, a autonomia e a participação nas decisões diárias (Apêndice V).

Destaca-se ainda, a intervenção desenvolvida com uma pessoa com esclerose lateral amiotrófica (ELA), na qual, para além da manutenção das AVD e da prescrição de um plano de exercício físico adaptado (Apêndice VI), foi promovida a reinserção social através da utilização funcional da sua scooter elétrica. Analisou-se a área envolvente onde a pessoa com ELA residia, e após a identificação de barreiras e alternativas de percurso, integraram-se saídas ao exterior no plano de reabilitação, favorecendo a participação social, a autonomia e o exercício de cidadania. A adesão ao plano e o feedback positivo da pessoa evidenciaram o impacto da

intervenção do EEER na qualidade de vida e no bem-estar psicossocial, refletido na retoma da participação em eventos sociais com familiares e amigos.

No contexto domiciliário, a identificação precoce de barreiras arquitetónicas e ambientais revelou-se fundamental para a prevenção de quedas, promoção da segurança e participação social. Para além dos obstáculos físicos, o medo de cair emergiu como um fator psicossocial relevante, particularmente em pessoas idosas com historial de quedas e fratura da anca. Este receio condiciona a sua mobilidade e a sua participação em atividades, sendo reconhecido na literatura como um determinante negativo da recuperação funcional. Em consonância com as recomendações da RNAO (2017), a intervenção utilizada para desconstruir o medo de cair incluiu estratégias de treino de equilíbrio e de força, reforço da confiança e educação para a saúde, visando romper o ciclo de inibição e promover uma recuperação funcional eficaz (RNAO, 2017).

Deste modo, a intervenção do EEER, sustentada na capacitação, autonomia e *empowerment*, contribuiu de forma decisiva para a reinserção social, o exercício de cidadania e a continuidade de cuidados entre os contextos hospitalar e comunitário, traduzindo-se em ganhos sensíveis aos cuidados da ER e numa prática especializada centrada na pessoa, família e comunidade.

6.3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A maximização da funcionalidade assume um impacto que transcende a dimensão física, refletindo-se no equilíbrio emocional da pessoa e na dinâmica relacional com quem cuida. A crescente exaustão dos cuidadores informais evidencia a necessidade de intervenções que não se limitem à pessoa dependente, mas que integrem também quem assume o papel de cuidador informal, numa perspetiva de continuidade dos cuidados (Bento et al., 2025).

Neste contexto, a capacitação dos cuidadores para a adoção de estratégias preventivas de lesões músculo-esqueléticas, treino de AVD e orientação para a adaptação do ambiente domiciliário, constitui uma responsabilidade do EEER, reforçando uma abordagem orientada para a segurança, a funcionalidade e na sustentabilidade do cuidado (Bento et al., 2025; Choi et al., 2024; OE, 2019).

A prática desenvolvida ao longo dos estágios evidenciou que a implementação de programas de reabilitação personalizados, sustentados em avaliações sistemáticas, com recurso a instrumentos válidos e padronizados, permite monitorizar ganhos funcionais, ajustar intervenções e consolidar metas realistas e centradas na pessoa (Sousa et al., 2023).

Os ganhos observados ao nível da força muscular, mobilidade, equilíbrio e tolerância à atividade, traduziram-se numa melhoria consistente da capacidade do autocuidado, com impacto direto na redução da dependência e da sobrecarga do cuidador. Paralelamente, a utilização criteriosa de instrumentos de avaliação funcional facilitou a comunicação interdisciplinar e assegurou a continuidade dos cuidados entre contextos assistenciais (Choi et al., 2024; Sousa et al., 2023).

Neste processo, a promoção da atividade física e a prescrição de exercício físico assumem-se como pilares da intervenção do EEER na maximização da funcionalidade da pessoa com DRC. A atividade física, enquanto movimento corporal integrado nas AVD, e o exercício físico, entendido como prática estruturada, planeada e orientada para objetivos terapêuticos específicos, constituem estratégias complementares e indissociáveis na RR da pessoa com DRC (OE, 2019a; Novo et al., 2021).

Neste domínio, importa reconhecer que a atividade física constitui um conceito estruturante da ER, assumindo-se não apenas como intervenção terapêutica, mas como eixo identitário da prática especializada. A distinção entre atividade física, exercício físico, sedentarismo e inatividade física revela-se determinante para a prescrição segura, monitorizada e individualizada do exercício reforçando o papel autónomo e diferenciador do EEER (Cruz et al., 2025).

A prescrição individualizada de exercício físico, ajustada à condição clínica, à capacidade funcional e à tolerância ao esforço da pessoa com DRC, contribui para a melhoria da força muscular, da resistência, do equilíbrio e da tolerância à atividade, com impacto direto na autonomia, no autocuidado e na qualidade de vida (Sousa et al., 2023). Neste âmbito, a prescrição do exercício físico orienta-se por princípios de individualização, progressão e segurança, integrando componentes como a frequência, intensidade, tempo, volume e tipo de exercício, em consonância com a avaliação funcional e com os objetivos terapêuticos

definidos, assegurando intervenções ajustadas à condição clínica da pessoa com DRC (OE, 2018a; OE, 2019a; Novo et al., 2021).

Simultaneamente, a integração da atividade física no quotidiano, associada a estratégias de conservação de energia e gestão do esforço, favorece a adesão, a continuidade das intervenções e a capacitação da pessoa para a autogestão da DRC, particularmente em contexto domiciliário (Novo et al., 2021; RNAO, 2023).

Assim sendo, o EEER assume um papel determinante na avaliação funcional, na definição de metas realistas, na monitorização dos ganhos e na educação para a saúde, assegurando que a prática de exercício físico e a atividade física são realizados de forma segura, progressiva e significativa para a pessoa e para o seu contexto de vida (OE, 2019a; Sousa et al., 2023).

Nos diferentes cenários clínicos — comunidade, internamento— a intervenção do EEER revelou-se essencial na promoção da autogestão da DRC, no controlo sintomático e na capacitação para o exercício físico e respiratório, contribuindo para ganhos sustentados na funcionalidade, qualidade de vida e satisfação da pessoa e família (Novo et al., 2021).

A articulação entre reabilitação funcional motora, RR e educação para a saúde (inaloterapia, controlo da dor), demonstrou ser determinante para apoiar processos de transição seguros, desde o período de internamento hospitalar até ao regresso ao domicílio, reforçando a autonomia e a confiança da pessoa no seu processo de reabilitação (RNAO, 2023).

De forma integrada, as experiências vivenciadas permitiram consolidar a compreensão do EEER como facilitador do processo adaptativo da pessoa e da sua rede de apoio, assegurando cuidados contínuos, centrados na pessoa e orientados para a maximização da funcionalidade e da participação social (RNAO, 2023).

No EP, pude realizar treino de AVD a pessoas internadas com DRC, com o objetivo de instruí-las em técnicas de conservação de energia e promover o maior grau de independência possível no autocuidado. Estas intervenções refletiram não apenas ganhos clínicos mensuráveis, mas também um impacto significativo na vivência do cuidar, na sustentabilidade dos cuidados e na promoção de uma reabilitação com significado e sentido, alinhada com a evidência científica e com o perfil de competências do EEER.

Entre as pessoas acompanhadas, destaco uma pessoa com afasia de Broca, cuja limitação comunicacional se manifestava por apatia, pausas anómicas e atraso na compreensão e da resposta verbal. Perante este compromisso, foi implementado um plano de comunicação funcional através de um tabuleiro de CAA, desenvolvido de forma personalizada e orientado por princípios de individualização e adequação terapêutica. O recurso integrou imagens relacionadas com autocuidado, emoções, sensações e respostas binárias, articulando-se com o treino motor do membro superior dominante (Apêndice V).

Após um período inicial de adaptação, observou-se uma utilização progressivamente funcional do tabuleiro, com melhoria da interação, maior envolvimento emocional e emissão pontual de monossílabos. A identificação de sinais de sobrecarga cognitiva conduziu à reformulação do recurso, com simplificação dos estímulos, respeitando a perceção subjetiva da pessoa.

O instrumento foi posteriormente validado pela enfermeira Coordenadora da UCC, ajustado e aprovado e integrado como recurso do serviço, evidenciando que a personalização da CAA, associada ao envolvimento familiar e à contextualização do cuidado, potencia a autonomia, a comunicação funcional e a expressão emocional.

Deste modo, a intervenção do EEER na maximização da funcionalidade ultrapassa a recuperação física isolada, assumindo-se como um processo intencional, contínuo e centrado na pessoa, integrando dimensões motoras, respiratórias, comunicacionais, emocionais e sociais. Ao desenvolver capacidades, promover autonomia e apoiar a adaptação da pessoa e do cuidador, o EEER contribui para ganhos funcionais significativos, redução da dependência e reforço da participação social, afirmando a ER como um pilar essencial na promoção da qualidade de vida e na sustentabilidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida.

7 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ER

A aquisição do grau de Mestre representou ao longo deste percurso, muito mais do que a consolidação de conhecimentos técnico-científicos, traduzindo-se num processo profundo de desenvolvimento pessoal e profissional. Conforme estabelecido no Regulamento n.º 960/2025 (ESSATLA, 2025), este ciclo de estudos pressupõe a capacidade de integrar saberes, lidar com situações complexas, formular juízos críticos e comunicar conclusões de forma clara e rigorosa. Reconheço que estas competências foram progressivamente construídas através da articulação entre a formação teórica, a prática clínica e a investigação aplicada.

A prática desenvolvida nos estágios de Reabilitação na Comunidade (ECCI) e Profissionalizante (serviço de internamento de pneumologia e neurologia), evidenciou a importância da mobilização sistemática da evidência científica como eixo estruturante da minha prática, permitindo-me fundamentar a tomada de decisão clínica, questionar práticas instituídas e desenvolver intervenções mais seguras, eficazes e ajustadas às respostas humanas das pessoas cuidadas, em consonância com o preconizado por Sequeira & Néné (2022).

Em consonância com o Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019a), a avaliação rigorosa, o diagnóstico preciso e o planeamento de cuidados individualizados constituíram pilares fundamentais nas minhas intervenções enquanto futura EEER.

No contexto comunitário, a intervenção junto de pessoas com dependência funcional e multimorbilidades exigiu uma abordagem centrada na funcionalidade, na capacitação da pessoa e sua família e também, na promoção da continuidade de cuidados, articulando a ECCI com outros profissionais da equipa multidisciplinar, tal como defendido por Sequeira & Néné (2022).

Paralelamente, este percurso contribuiu de forma determinante para o desenvolvimento do raciocínio clínico, das disposições e habilidades de pensamento crítico, enquanto competências basilares para o exercício profissional do EEER. A exposição a contextos clínicos diferenciados, marcados pela complexidade das pessoas cuidadas exigiu de mim uma análise sistemática da informação clínica, da integração de múltiplas fontes de evidência científica, na formulação de juízos clínicos fundamentados e na tomada de decisão contextualizada e

centrada na pessoa, corroborando o modelo de julgamento clínico apresentado por Tanner (2006).

O exercício contínuo de reflexão sobre a prática, aliado à mobilização da evidência científica e avaliação crítica dos resultados das intervenções implementadas, permitiu-se desenvolver a capacidade de questionar e investigar, antecipar riscos, identificar prioridades e de adaptação das minhas intervenções às respostas humanas identificadas.

Este processo contribuiu para desenvolver e evoluir no pensamento crítico-reflexivo, essencial à prática avançada em ER (Tanner, 2006; Sequeira & Néné, 2022; OE, 2019a).

No contexto hospitalar, em particular no serviço de pneumologia, a aplicação da prática baseada na evidência revelou-se determinante na gestão da pessoa com DRC, nomeadamente na reeducação respiratória, na capacitação para a inaloterapia e na prevenção de exacerbações. A atualização contínua de conhecimentos e a seleção criteriosa de intervenções terapêuticas permitiram otimizar a funcionalidade e a autonomia da pessoa, fundamentando os benefícios da intervenção especializada do EEER na melhoria dos resultados em saúde (Padilha et al., 2021).

Esta integração traduziu-se numa prática clínica mais consciente, reflexiva e inovadora, patente na minha participação em iniciativas de promoção da saúde e literacia em saúde dirigidas à pessoa com DRC, como a Feira de Saúde e Bem-Estar, realizada a 10 de outubro de 2025, no Jardim Botânico da Ajuda.

Na condição de EMER estive igualmente envolvida na semana da DPOC e no rastreio à população com DRC, que decorreu entre 10 e 14 de novembro de 2025, participando no apoio às atividades de rastreio, na aplicação de inquérito para recolha de dados com vista à realização de um estudo sobre a temática e na realização de ensinamentos dirigidos às técnicas respiratórias, conservação de energia e otimização da tosse. O evento registou elevada adesão por parte da população, tendo sido manifestada a intenção de o repetir em edições futuras (Anexo III).

Como elemento de inovação, destaco a conceção e elaboração de instrumentos orientadores sob a forma de fluxogramas de emergência pneumológica para a abordagem da dispneia e da limpeza das vias aéreas, desenvolvidos após auscultação das necessidades identificadas pela

equipa de Enfermagem (Apêndice VII). Os fluxogramas foram apresentados ao painel de peritos - enfermeira-chefe, enfermeira supervisora e à enfermeira elo da formação em serviço que aprovaram o conteúdo. A enfermeira elo da formação em serviço assumiu um papel determinante no meu desenvolvimento enquanto futura EEER, potenciando o desenvolvimento de competências técnicas, pedagógicas e de liderança clínica, através da colaboração ativa na elaboração e dinamização de trabalhos formativos dirigidos à equipa do serviço de pneumologia.

Estes instrumentos constituem um apoio estruturado à tomada de decisão clínica, orientando numa atuação rápida, segura e sistematizada em situações agudas de compromisso respiratório. Ao se promover a padronização das intervenções, a identificação precoce de sinais de gravidade e a articulação entre a intervenção do enfermeiro generalista e do EEER, os fluxogramas contribuem para o aumento da segurança da pessoa e para a melhoria dos resultados em saúde. O trabalho foi apresentado à equipa de Enfermagem, destacando a relevância da uniformização da atuação perante emergências pneumológica, com vista à promoção de uma resposta mais célere, segura e baseada na evidência.

Os relatos de caso clínicos desenvolvidos em ambos os estágios: “A Intervenção do EEER na Gestão da Função Respiratória com recurso à Inaloterapia na Pessoa com Neoplasia Pulmonar – Relato de Caso Clínico” (Apêndice II) e “Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de ER na Isquemia Medular com Paraparesia Secundária” (Apêndice I), sendo este último publicado sob a forma de artigo científico numa revista indexada - International Journal of Neurology, com o título “*Rehabilitation Nursing Care for a Person with Secondary Paraparesis due to Spinal Cord Ischemia: Case Report*”, reforçam a minha capacidade de produzir e disseminar conhecimento relevante para a ER (Apêndice VIII). A investigação assumiu assim, um papel estruturante, enquanto motor de desenvolvimento da disciplina, permitindo questionar práticas instituídas, fundamentar intervenções e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Sousa et al., 2022).

Estas experiências permitiram-me compreender que a intervenção do EEER ultrapassa o domínio assistencial, exigindo um raciocínio clínico avançado, sustentado por pensamento crítico, julgamento profissional e tomada de decisão ética e contextualizada, centrada na

pessoa. Conjuntamente integra os domínios da investigação, da liderança clínica, da inovação e da valorização da profissão.

Reconheço que o percurso realizado contribuiu de forma significativa para o fortalecimento da minha identidade profissional enquanto futura EEER, dotando-me de competências avançadas para intervir em contextos de elevada complexidade, integrar equipas multidisciplinares e contribuir para o desenvolvimento da ER enquanto disciplina científica. A articulação entre investigação, reflexão crítica e partilha do conhecimento constitui, para mim, um compromisso ético e profissional, orientado para a excelência dos cuidados e valorização social da ER enquanto disciplina científica autónoma.

8 - ANÁLISE SWOT DO PERCURSO ENQUANTO EMER

A análise SWOT constituiu uma ferramenta estruturante para a reflexão crítica sobre o percurso formativo desenvolvido, permitindo integrar de forma sistematizada os fatores internos e externos que influenciaram a aquisição de competências enquanto futura EEER. Esta análise possibilitou não apenas a identificação de pontos fortes e fragilidades, mas também a compreensão das oportunidades e ameaças que moldaram o processo de aprendizagem e a construção da identidade profissional enquanto futura EEER.

Pontos Fortes (Strengths)

O percurso formativo evidenciou um conjunto consistente de pontos fortes, sustentados na integração entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica. Destaca-se a capacidade de mobilizar evidência científica atual para fundamentar a tomada de decisão clínica, integrando *guidelines*, literatura científica e referenciais teóricos, que se traduziu numa prática intencional, segura e orientada para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER.

Outro ponto forte relevante prende-se com a capacidade de avaliação clínica e funcional abrangente, com recurso a instrumentos válidos e padronizados, que permitiram identificar diagnósticos de ER, delinear planos de cuidados individualizados e monitorizar a evolução funcional da pessoa ao longo do tempo. Esta competência revelou-se determinante para a implementação de programas de reabilitação personalizados, com impacto positivo na funcionalidade, autonomia e capacitação para o autocuidado.

Acresce ainda, a minha capacidade reflexiva e nível de consciência ético e profissional, expressos na análise crítica da prática, no reconhecimento de limitações pessoais e na evolução progressiva da identidade profissional enquanto futura EEER, sustentada por valores de humanização, respeito pela singularidade da pessoa e compromisso com a excelência dos cuidados.

Pontos Fracos (Weaknesses)

Apesar dos progressos alcançados ao longo do percurso formativo, identifiquei em mim algumas fragilidades que se revelaram relevantes no processo de desenvolvimento enquanto

EEER.

Uma dessas fragilidades prendeu-se com uma tendência inicial para circunscrever a minha intervenção de forma mais restrita ao núcleo da ER no estágio de Reabilitação na Comunidade, manifestando alguma hesitação na afirmação explícita do meu papel enquanto futura EEER no seio da equipa multidisciplinar.

Esta postura traduziu-se, sobretudo numa fase inicial, numa menor assertividade na comunicação das minhas competências específicas, bem como na apresentação de propostas de intervenções diferenciadas, particularmente em contextos percecionados como menos facilitadores ou marcados por dinâmicas hierárquicas mais rígidas. Reconheço que esta atitude refletiu uma necessidade de maior consolidação da confiança pessoal e profissional e no desenvolvimento de competências relacionais associadas à liderança clínica e à negociação interprofissional.

Adicionalmente, identifiquei como fragilidade, a gestão do envolvimento simultâneo em múltiplas exigências académicas e profissionais, que embora tenha sido progressivamente aprimorada, limitou em alguns momentos a disponibilidade cognitiva e emocional para um aprofundamento mais consistente em atividades de natureza científica e de investigação. Esta constatação reforçou a importância do desenvolvimento contínuo de estratégias de autorregulação, priorização e equilíbrio entre desempenho académico, profissional e bem-estar pessoal.

A identificação destas fragilidades contribuiu para o meu crescimento formativo, permitindo-me desenvolver maior autoconsciência, capacidade reflexiva e intencionalidade na superação progressiva destes aspetos, enquanto parte integrante do processo de construção da identidade profissional enquanto futura EEER.

Oportunidades (Opportunities)

O percurso formativo proporcionou-me múltiplas oportunidades de crescimento pessoal e profissional, pelas quais me considero profundamente privilegiada e grata. Os contextos de estágio atribuídos revelaram-se particularmente enriquecedores, permitindo experiências diversificadas e complementares. O estágio no serviço de internamento de pneumologia constituiu uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de competências técnicas

especializadas em RR. No EP foi possível constatar, o valor do trabalho em equipa interdisciplinar, nomeadamente com os fisioterapeutas, em prol da recuperação funcional e respiratória da pessoa internada.

A elaboração dos relatos de caso clínicos, bem como a sua subsequente publicação, representou um marco relevante no meu percurso, configurando-se como uma oportunidade de crescimento, valorização pessoal e afirmação profissional, ao permitir a partilha de práticas fundamentadas em evidência científica. Destaco ainda, o papel das enfermeiras supervisoras, cuja competência técnica, postura ética e humanidade constituíram referências profissionais e pessoais que influenciaram de forma significativa o meu desenvolvimento.

O momento decisivo deste processo ocorreu na reunião de avaliação intercalar do EP, na qual a partilha clara das dificuldades sentidas com o professor orientador e a enfermeira supervisora, aliada à validação e ao suporte recebidos, funcionou como catalisador para a reorientação da minha postura profissional. Esta mudança traduziu-se numa evolução expressiva e positiva do desempenho em estágio, com repercussões diretas na qualidade da intervenção e na consolidação progressiva da identidade enquanto futura EEER.

O programa académico do curso de Mestrado em ER da ESSATLA constituiu uma clara oportunidade formativa, sobretudo pela estruturação de estágios com duração mais prolongada, que permitiram uma integração sólida e estável nas equipas e contextos clínicos. Esta permanência potenciou o desenvolvimento de autonomia, responsabilidade e tomada de decisão fundamentada, contrastando com planos formativos que contêm estágios de curta duração, frequentemente limitados a uma experiência mais observacional e menos participativa.

Apesar da limitação de tempo disponível para um envolvimento académico mais profundo e do esforço contínuo para responder a múltiplas solicitações, desenvolvi competências ao nível da gestão de prioridades, organização e foco estratégico para alcançar objetivos estabelecidos. Consegui participar em congressos de ER, redigir e publicar um artigo em uma revista científica indexada e elaborar uma instrução de trabalho para o serviço de pneumologia com a realização de fluxogramas de atuação em emergências pneumológicas. Este percurso formativo já se traduz em resultados concretos enquanto futura EEER. No

serviço de ortopedia, onde exerço funções, fui nomeada elo para referência de pessoas internadas para RNCCI, assumindo responsabilidade na articulação perante a Equipa de Gestão de Alta institucional e a Equipa Coordenadora Local, e na garantia da continuidade de cuidados (República Portuguesa, 2006). Integro também o grupo responsável pelo processo de certificação do serviço no âmbito da Idoneidade Formativa da OE, participando ativamente na consolidação de padrões da qualidade e desenvolvimento formativo da equipa de Enfermagem (OE, 2011).

Ameaças (Threats)

Entre as principais ameaças identificadas, destaca-se a realização de um estágio de curta duração (duas semanas) no serviço de internamento de neurologia, compreendido entre 8 e 19 de dezembro de 2025, cujo potencial formativo foi condicionado por constrangimentos relacionados com a conciliação de horários entre mim e o enfermeiro supervisor. Contudo foi possível encontrar um ponto de equilíbrio, permitindo que os turnos realizados no estágio de neurologia fossem plenamente valorizados enquanto oportunidades de aprendizagem e consolidação de competências de EEER.

A insuficiente interoperabilidade entre sistemas de informação constituiu uma ameaça à continuidade de cuidados, ao limitar o acesso à informação clínica relevante da pessoa referenciada, dificultando a articulação interinstitucional e a tomada de decisão clínica.

Outra ameaça relevante prendeu-se com a gestão do tempo, decorrente da exigente conciliação entre responsabilidades académicas, profissionais, familiares e pessoais. A realização simultânea de trabalhos académicos com prazos rigorosos, o exercício profissional marcado por horários irregulares e pela necessidade frequente de colmatar ausências imprevistas no serviço, bem como responsabilidades familiares associadas ao acompanhamento de pais idosos e doentes crónicos, residentes fora de Lisboa, constituíram fatores adicionais de pressão.

A esta realidade acresceu a constante necessidade de articulação entre horários laborais, exigências de estágio e compromissos académicos, implicando sucessivos reajustes organizacionais e pessoais. Pontualmente, esta sobrecarga refletiu-se no nível de

desempenho, exigindo níveis de resiliência, flexibilidade e capacidade de reorganização ao longo do processo formativo.

A limitação de tempo para o autocuidado, descanso e atividades de lazer representou igualmente um desafio ao equilíbrio do bem-estar e da saúde mental. Ainda assim, apesar da elevada exigência do percurso, as escolhas e reajustes de prioridades foram assumidos de forma consciente, traduzindo-se em aprendizagens significativas e em conquistas que reforçaram a minha maturidade pessoal.

Foi igualmente percecionada como ameaça a existência de algumas resistências por parte de pares relativamente à especificidade da intervenção do EEER, bem como experiências menos facilitadoras na interação com outros EMER do mesmo ano de curso.

Contudo, o carácter intensivo e exigente deste percurso desencadeou um processo de reflexão crítica aprofundada, permitindo compreender que a gestão de resistências, divergências e dinâmicas interpares é inerente aos contextos profissionais complexos e à prática da Enfermagem avançada. Esta tomada de consciência revelou-se determinante para o fortalecimento da minha identidade profissional, promovendo o desenvolvimento de maior assertividade, maturidade relacional e capacidade de afirmação enquanto futura EEER.

9 - CONCLUSÕES

O presente relatório constituiu-se como um exercício integrador, crítico e reflexivo do percurso formativo desenvolvido no âmbito do EP do Mestrado em ER, evidenciando a consolidação progressiva das competências comuns do EE, das competências específicas do EEER e das competências inerentes ao grau de mestre. A diversidade e complexidade dos contextos da prática — cuidados de saúde primários, internamento de pneumologia e neurologia — permitiram uma compreensão abrangente da intervenção do EEER ao longo do continuum de cuidados, desde a fase aguda até à reabilitação e transição para o domicílio.

A intervenção desenvolvida demonstrou que o EEER assume um papel central na capacitação da pessoa com DRC e outras condições incapacitantes, promovendo a funcionalidade, a autonomia, a autogestão da sua condição de saúde e a qualidade de vida. A aplicação sistemática do processo de Enfermagem, sustentada por instrumentos de avaliação válidos e por evidência científica atualizada, permitiu estruturar planos de cuidados individualizados, monitorizar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER e ajustar intervenções de forma contínua e intencional.

A integração dos referenciais teóricos de Dorothea Orem e Afaf Meleis revelou-se fundamental para a compreensão da pessoa em processo de transição saúde–doença, orientando intervenções centradas no défice de autocuidado, na adaptação funcional e na capacitação para a tomada de decisão informada. Esta articulação teoria–prática reforçou uma abordagem holística, centrada na pessoa e na família, reconhecendo a singularidade das respostas humanas, os contextos e o papel do ambiente na promoção da autonomia e da participação social.

Nos diferentes estágios, a RR afirmou-se como um eixo estruturante da intervenção especializada, evidenciando benefícios consistentes ao nível da redução da dispneia, melhoria da tolerância ao esforço, aumento da funcionalidade e reforço da adesão ao regime terapêutico. A capacitação para a técnica inalatória, o treino de exercício físico adaptado, a educação para a saúde e o envolvimento do cuidador, demonstraram ser determinantes para a sustentabilidade dos ganhos alcançados e para a prevenção de exacerbações e reinternamentos evitáveis.

Paralelamente, a análise crítico-reflexiva do percurso permitiu identificar fragilidades, resistências e constrangimentos, transformando-os em oportunidades de crescimento pessoal e profissional. A análise SWOT evidenciou a importância da autorreflexão, da supervisão clínica e do diálogo interprofissional na consolidação da identidade profissional enquanto futura EEER, reforçando a capacidade de liderança clínica, de tomada de decisão fundamentada e de adaptação a contextos de elevada complexidade.

A integração das competências de mestre revelou-se particularmente evidente na mobilização sistemática da evidência científica, na produção e disseminação de conhecimento através de relatos de caso clínicos, na participação em projetos de melhoria contínua e no desenvolvimento de instrumentos orientadores da prática clínica. Estas experiências reforçaram o entendimento do EEER como profissional que ultrapassa o domínio assistencial, assumindo também funções relevantes na investigação, na inovação, na liderança e na valorização da disciplina de ER.

Em síntese, o percurso desenvolvido permitiu consolidar uma prática especializada, ética, reflexiva e baseada na evidência, orientada para ganhos em saúde, segurança e qualidade dos cuidados. O EP constituiu-se assim, como um marco estruturante na construção da minha identidade profissional enquanto futura EEER, dotando-me de competências avançadas para intervir de forma autónoma, integrada e responsável nos diferentes contextos de cuidados. Este percurso reforça o compromisso com uma ER centrada na pessoa, na família e na comunidade, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a afirmação da ER enquanto disciplina científica autónoma e socialmente relevante.

10 – BIBLIOGRAFIA

All-Ireland Lymphoedema Guideline Development Group. (2022). *All-Ireland lymphoedema guidelines for the diagnosis, assessment and management of lymphoedema* (Version 1/2022). Health Service Executive & Lymphoedema Network Northern Ireland. <https://www2.healthservice.hse.ie/organisation/national-pppgs/all-ireland-lymphoedema-guidelines/>

Anders, R. L., (2025). *Global perspectives on patient safety: The central role of nursing management. Healthcare.* <https://doi.org/10.3390/healthcare13243240>

Baixinho, C., Sousa, L., & Ferreira, Ó. (2021). *Transitional care in times of COVID-19: Opportunities for e- Health interventions.* In *Gerontechnology III: Contributions to the Third International Workshop on Gerontechnology, IWoG 2020, October 5–6, 2020, Évora, Portugal* (p. 336). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_31

Barros, A. C. L., Menegaz, J. C., Santos, J. L. G., Polaro, S. H. I., Trindade, L. L., & Meschial, W. C. (2023). *Nursing care management concepts: Scoping review.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1), e20220020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020>

Benson, T. (2023). *Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care.* *BMJ Open Quality*, 12, e002516. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002516>

Bento, A. R., et al. (2025). *Interventions by rehabilitation nurse specialists in the training of informal carers of older people at home with chronic diseases: A scoping review.* *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(7), 971. <https://doi.org/10.3390/ijerph22070971>

Binda, C., Bianchi, C. M., Vigna, M., Crimi, C., Mossolani, S., Bucoveanu, V., Fusar Poli, B., Lastoria, C., Ceriana, P., & Carlucci, A. (2024). *Effectiveness of an educational intervention on different types of errors occurring during inhaler therapy use in COPD patients during a pulmonary rehabilitation program.* *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 19(1), 1000. <https://doi.org/10.5826/mrm.2024.1000>

Cardoso, A., & Brito, A. (2024). *Epistemologia em enfermagem.* In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada.* (pp. 27-35). Lisboa: Lidel.

Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). *Exploring factors influencing caregiver burden: A systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>

Costa, M., & Gonçalves, D. (2021). *O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. Lusíadas Scientific Journal*. 2(2), pp. 62–64. <https://doi.org/10.48687/laj.v2i2.58>

Coelho, B., Caetano, M., Correia, R., Aidos, P., & Cunha, M. (2025). *O agir ético em enfermagem: scoping review. Millenium — Journal of Education, Technologies, and Health, ed. espec. nº17*, e39618. <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39618>

Costa-Dias, M. J. M., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). *Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>

Crawford, L., Maxwell, J., Colquhoun, H., Kingsnorth, S., Fehlings, D., Zarshenas, S., McFarland, S., & Fayed, N. (2022). *Facilitators and barriers to patient-centred goal-setting in rehabilitation: A scoping review. Clinical Rehabilitation*, 36(12), 1694–1704. <https://doi.org/10.1177/02692155221121006>

Cruz, A. G., Neves, H. L., & Parola, V. S. O. (Coord.). (2025). *Atividade física – Um conceito central da enfermagem de reabilitação. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.*

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36220206.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (Circular informativa n.º 40/DSPCD, de 27 de outubro de 2009). DGS.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A_DSPCD_27Out2009.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)* (Orientação n.º 017/2011, de 19 de maio). Direção-Geral da Saúde. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças respiratórias 2017*. DGS. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/PRT-CH-59-08-PLAN-STRATEGY-2017-prt-Programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2017.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Orientação n.º 010/2017: Ensino e avaliação da técnica inalatória na asma. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao_n0102017-de-26072017-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programas de reabilitação respiratória nos cuidados de saúde primários* (Orientação técnica n.º 14/2019, de 7 de agosto de 2019). DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142019-de-070820191.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 – Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [PNS-21-30 Versao-editada-1 Final DGS.pdf](https://www.dgs.pt/plano-nacional-de-saude-2030-versao-editada-1-final-dgs.pdf)

Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). (2022). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. ESSATLA.

Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). (2025). *Regulamento n.º 960/2025: Regulamento geral de funcionamento dos cursos conducentes ao grau de mestre* (versão 2025–2026). Documento institucional. <https://essatla.pt/wp-content/uploads/2025/09/Regulamento-Mestrados-ESSATLA-2025-2026.pdf>

Eurostat. (2025). *Demografia da Europa – edição 2025 - Publicações interativas - Eurostat*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/tepsr_sp320

Fernandes, O. B., Lopes, S., Marques, A. P., Moita, B., Sarmiento, J., & Santana, R. (2020). *Local Health Units in Portugal: The influence of chronic conditions on inpatient readmissions*. *Porto Journal of Public Health*, 37, 91–99. <https://doi.org/10.1159/000506015>

Freitas, S., Brum, B., Jesus, É., & Bettencourt, M. (2022). *Satisfação do cliente da Região Autónoma da Madeira alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação nos centros de saúde*. *JIM – Jornal de Investigação Médica*, 1(1), 48–68. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.745>

Fundação Portuguesa do Pulmão. (2025). *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2025*. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org>

Gonçalves, F., Gaudêncio, M., Paiva, I., Rego, F., & Nunes, R. (2024). *Evaluation of emotional distress in oncology palliative patients: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and Palliative Outcome Scale (POS)—A Portuguese cross-sectional study*. *Cancers*, 16(24), 4232. <https://doi.org/10.3390/cancers16244232>

INE. (2024). *Estatísticas demográficas 2024*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=707078398&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt&xpgid=ine_destaques&xpid=INE

INE. (2025, 16 de maio). *Mortes por doenças do aparelho respiratório e principais causas de óbito – Portugal, 2023*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt&xpgid=ine_destaques&xpid=INE

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). *Exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação*. In. M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lisboa: Lidel.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2025). *Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2025 report*. <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2025). *Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2026 report and pocket guide*. GOLD. <https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/>

Gomes, C. P. da C. (2021). *Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/35308>

Gomes, A. M., Marques, L., Barreiros, S., Ribeiro, S., Guerra, N., Sousa, L., & Severino, S. (2025). *Rehabilitation nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings*. *Nursing Depths Series*, 4, 405. <https://doi.org/10.56294/nds2025405>

Guia para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações normas. (2022). Escola Superior de Saúde Atlântica.

Li, L. Z., et al. (2024). *Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality in healthcare: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

Lima, A. M.; Martins, M. M. F. S.; Ferreira, M. S. M.; Sampaio, F.; Schoeller, S. D.; Parola, V. S. O. (2021). *Rehabilitation nursing: Differentiation in promoting the autonomy of the elderly*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–27. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10062/1/152a.pdf>

Lima, T., Amaral, O., Almeida, P., Carvalho, P., Marques, T., Pinto, A. R., & Coimbra, T. (2022). *Do internamento para a comunidade: O cuidador informal na transição*. *Revista de Investigação em Intervenção Social*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.191>

Lopes, C. (2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma APA (2020, 7.ª ed.)*. Edições ISPA. https://bibliotecadefilologia.usal.es/APA_7_Carlos_Lopes.pdf

Lowry, V., Tremblay-Vaillancourt, V., Beaupré, P., Poirier, M.-D., Perron, M.-È., Bernier, J., Morin, A., Cormier, C., Haggerty, J., Ahmed, S., Brodeur, M., David, G., Lambert, S., Laberge, M., Zidarov, D., Visca, R., Poder, T. G., Zomahoun, H. T. V., Sasseville, M., & Poitras, M.-E. (2024). *How patient-reported outcomes and experience measures (PROMs and PREMs) are implemented in healthcare professional and patient organizations? An environmental scan*. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 8, 133. <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00795-9>

Mahmoud, N.; Vashisht, R.; Sanghavi, D.K.; Kalanjeri, S. (2023). *Bronchoscopy*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448152/>

Marko, M., & Pawliczak, R. (2025). *Inhalation technique-related errors after education among asthma and COPD patients using different types of inhalers: Systematic review and meta-analysis*. *Primary Care Respiratory Medicine*, 35, Article 15.

<https://doi.org/10.1038/s41533-025-00422-0>

Marques, A., Antão, J., Rodrigues, G., Paixão, C., Rebelo, P., Machado, A., Souto-Miranda, S., Grave, A. S., Dias, C., Marinho, R., Mendes, M. A., Oliveira, A., & Alvarelhão, J. J. (2025). *Pulmonary rehabilitation in minimal versus high resource settings in COPD: A non-inferiority and economic evaluation*. *Respiratory Medicine*, 246, 108229.

<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2025.108229>

Martins, R., & Santos, C. (2020). *Capacitação do cuidador informal: O papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença*. *Gestão e Desenvolvimento*, 28, 117–137.

<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>

Meleis, A. I., Sawyer L. M., Im, E-O., Messias, D. K. H., & Schumacher K. (2010). Chapter 2: *Transition Theory*. In A. I. Meleis. (Ed.), *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.

Mlambo, C., Silén, C., & McGrath, C. (2021). *Lifelong learning and nurses' continuing professional development: A metasynthesis of the literature*. *BMC Nursing*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>

Morin, G. S., Schwingrouber, J., & Colson, S. (2025). *Advanced practice nursing in the European Union: A scoping review*. *Nursing Outlook*, 73(6), 102588.

<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102588>

Naz, H., & Ahmad Ganaie, N. (2023). *Evidence-based practice in nursing: A comprehensive review*. *Clinical Medicine And Health Research Journal*, 3(6), 713–715.

<https://doi.org/10.18535/cmhrj.v3i6.254>

Nguyen, T. T. P., Hoang, H. B., & Vu, H. T. T. (2024). *Effectiveness of multifaceted interventions including motivational interviewing and home-based rehabilitation program for improving mental and physical outcomes after stroke: A randomized controlled trial*. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, 100180. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100259>

Novo, A., Loureiro, M., Preto, L., Delgado, B., Lopes, I., & Mendes. (2020). *Reabilitação cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática*. Lusodidacta.

Novo, A., Delgado, B., Gaspar, L., Loureiro, M., Cunha, M., Garcia, S., & Vaz, S. (2021). *Enfermagem de reabilitação à pessoa com doença crónica: especificidades do exercício físico*. In. M. Nené, & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 375-392). Lisboa: Lidel.

Nunes, L. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em enfermagem: Manual de ética, direito e deontologia profissional I*. Lidel.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Using patient-reported indicators to improve health care quality*. OECD. <https://www.oecd.org/health/using-patient-reported-indicators-to-improve-health-care-quality-ab2a07b2-en.htm>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento n.º 167/2011, de 8 de março*. (2011). *Diário da República: 2.ª série, n.º 47*. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/167-2011-1979441>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Áreas prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecoIhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Guia orientador de boa prática - Reabilitação respiratória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 — Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 46, 6 de março de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 392/2019 — Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 3 de maio de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed). St. Louis: Mosby.

Ornellas, T. C. F., & Monteiro, M. I. (2023). *Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos*. Revista de Enfermagem Referência, 6(2), e22055. <https://doi.org/10.12707/RVI22055>

Padilha, J. M. S. C., Martins M, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). *Olhares sobre os processos formativos em Enfermagem de Reabilitação*. Revista Portuguesa de Enfermagem de <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

Parse, R. R. (1992). *Human becoming: Parse's theory of nursing*. Nursing Science Quarterly, 5(1), 35–42. <https://doi.org/10.1177/089431849200500109>

Patel, D., Green, M., & Oliver, M. (2024). *Interventions and predictors of transition to hospice for people living with dementia: An integrative review*. *The Gerontologist*, 65(5), gnaf046. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf046>

Pereira, R. S. S.; Cruz, V. V.; Lourenço, M. C. G.; Machado, W. C. A.; Schoeller, S.D.; Martins, M. M. (2024). *Pessoas com deficiência física adquirida: Das atividades de vida aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 33, e20220263 <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0362en>

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

Pinto, M., Teixeira, P., Alves, L., Sebastião, C., & Henriques, A. F. (2025). *Capacitação da pessoa para a técnica de inalação correta em programa de reabilitação respiratória*. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(2), e36174. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.36174>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls* (4th ed.). Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). *Transitions in care and services: Best practice guideline*. Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). *People-centred care* (3rd ed.). Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-centred-care>

República Portuguesa. (2006). *Decreto-Lei n.º 101/2006 — Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República, 1.ª série, n.º 109, 6 de junho de 2006.

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Ribeiro, O., Moura M. I., & Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48-57). Lisboa: Lidel.

Rochester, C. L., Alison, J. A., Carlin, B., Jenkins, A. R., Cox, N. S., Bauldoff, G., Bhatt, S. P., Bourbeau, J., Burtin, C., Camp, P. G., Cascino, T. M., Dorney Koppel, G. A., Garvey, C., Goldstein, R., Harris, D., Houchen-Wolloff, L., Limberg, T., Lindenauer, P. K., Moy, M. L., Ryerson, C. J., Singh, S. J., Steiner, M., Tappan, R. S., Yohannes, A. M., & Holland, A. E. (2023). *Pulmonary rehabilitation for adults with chronic respiratory disease: An official American Thoracic Society clinical practice guideline*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 208(4), e7–e26. <https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>

Santos, L. L. (2023). *O Processo de Reabilitação*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15- 23). Reimpressão 1ª Edição. Almagem do Bispo: Lusodidacta.

Santos, S. (2024). *Os cuidados na comunidade: uma leitura sobre o seu papel, modos e organização*. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 244 252). Lisboa: Lidel.

Saraiva, R. S. A., & Pereira, D. O. S. (2024). *Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia ortopédica na atenção primária à saúde*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 16(e20395), 1–11. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/20395>

Sequeira, C., & Néné, M. (Coord.) (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel Enfermagem.

Smith, D., & Jones, A. (2023). *Improving clinical practice with person-centered outcome measurement*. In D. D. Allen & S. Pak (Eds.), *Person-centered outcome metrology* (pp. 63–80). Springer. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/60145/978-3-031-07465-3.pdf>

Song, J., Wang, Q., Zhao, C., Wang, L., Li, L., & Kang, D. (2025). *Comparative efficacy of pulmonary rehabilitation delivery models on dyspnoea, exercise capacity and health-related quality of life in chronic respiratory disease: A systematic review and network meta-analysis*. *Primary Care Respiratory Medicine*, 35, Article 472.
<https://doi.org/10.1038/s41533-025-00472-4>

Sousa, L. M. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). *A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde–doença*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64–69.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, L. M. M.; José, H. M. G., & Novo, A. F. M. P (2022). *Investigação em Enfermagem: Das Prioridades aos Reptos*. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp.1-13). Lisboa: Lidel Enfermagem.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). *Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Reimpressão 1ª Edição. Almargem do Bispo: Lusodidacta.

Sousa, L., José, H., & Guerra, N. (2023). *Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Relatório do estágio profissionalizante – Orientações gerais*. Escola Superior de Saúde Atlântica.

Tanner, C. A. (2006). *Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing*. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
https://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking_Like_A_Nurse_Tanner.pdf
<https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

The Joint Commission. (2024). *Reducing handoff communication failures and inequities in healthcare*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.
<https://www.jointcommission.org/knowledge-library/news/2024-08-reducing-handoff-communication-failures-and-inequities-in-healthcare>

Vigia, C. D. B. R., Ferreira, A. R. G., Ferreira, R. M. F., José, H. M. G., & Sousa, L. M. M. (2025). *Programas de reabilitação respiratória: Análise portuguesa*. In L. M. M. Sousa (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Fundamentos, intervenção e resultados* (Vol. 1, pp. 10–25). Editora Científica.

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing 2020–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

World Health Organization. (2022a). *Global report on assistive technology*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

Zainal, N. H., Islam, M. A., Rasudin, N. S., Mamat, Z., Hanis, T. M., Rodzlan Hasani, W. S., & Musa, K. I. (2025). *Critical thinking and clinical decision making among registered nurses in clinical practice: A systematic review and meta-analysis*. *Nursing Reports*, 15(5), 175. <https://doi.org/10.3390/nursrep15050175>

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

11 - APÊNDICES E ANEXOS

**Apêndice I - Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de ER na Isquemia Medular
com Paraparésia Secundária: Relato de Caso Clínico**



**3º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de
REABILITAÇÃO**

Unidade Curricular:

Estágio de Reabilitação na Comunidade

**Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Isquemia Medular
com Paraparésia – Relato de Caso Clínico**

Regente da Unidade Curricular: Mestre Sandy Severino
Professor Orientador: Professor Doutor Luis Sousa
Enfermeira Supervisora: Susana Esteves

Elaborado por: Patricia Horta nº 202129841

Barcarena, junho de 2025

**3º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de
REABILITAÇÃO**

Unidade Curricular:

Estágio de Reabilitação na Comunidade

**Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Isquemia Medular
com Paraparésia – Relato de Caso Clínico**

Regente da Unidade Curricular: Mestre Sandy Severino
Professor Orientador: Professor Doutor Luís Sousa
Enfermeira Supervisora: Susana Esteves

Elaborado por: Patrícia Horta nº 202129841

Barcarena, junho de 2025

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

"A autora é a única responsável pelas ideias
expressas neste documento."

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

AVD – Atividades de vida diárias

ASN – Avaliação Sensorial de Nottingham

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCT – Equipa Cuidados Continuados Integrados

ER – Enfermeiro de Reabilitação.

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MIF – Medida de Independência Funcional

MInf's- Membros Inferiores

MRC – *Medical Research Council Muscle Scale*

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Computorizada

RM - Ressonância Magnética

VD – Visita Domiciliária

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

Este Relato de Caso Clínico teve como objetivo descrever os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação num utente com diagnóstico de isquemia medular espinhal com paraparésia secundária, acompanhada pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade. Trata-se de um estudo descritivo, orientado pelas diretrizes CARE, com recolha de dados a partir do processo clínico, anamnese e visitas domiciliárias. Foram utilizados instrumentos de avaliação validados, nomeadamente a Medida de Independência Funcional, Escala de Avaliação da Força Muscular, Avaliação Sensorial de Nottingham, Escala de Equilíbrio de Berg e Escala de Morse. O Planeamento de cuidados foi fundamentada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e no Padrão Documental da Especialidade.

Os resultados demonstraram ganhos funcionais relevantes, destacando-se o aumento da Medida de Independência Funcional, de 98 para 115 pontos, melhoria da força muscular – membro inferior direito: 3/5 para 4/5; membro inferior esquerdo: 4/5 para 5/5 e progressos no equilíbrio (Escala de Berg: 4 para 21 pontos). O risco de queda manteve-se elevado. A abordagem baseada no princípio FITT-VP revelou-se eficaz na promoção da funcionalidade e na capacitação para o autocuidado.

Os resultados obtidos refletem a efetividade da abordagem reabilitativa centrada na pessoa, evidenciando ganhos ao nível da funcionalidade, força e equilíbrio e a importância da avaliação contínua com instrumentos sensíveis, assim como da atuação precoce e diferenciada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Descritores: isquemia medular; medula espinhal; reabilitação; enfermagem.

ABSTRACT

This clinical case report aimed to assess the outcomes sensitive to rehabilitation nursing care in a patient diagnosed with spinal cord ischemia and secondary paraparesis, followed by a Community Integrated Continuous Care Team. It is a descriptive study, guided by the CARE case report guidelines, with data collected from the clinical record, anamnesis, and home visits. Validated assessment tools were used, namely the Functional Independence Measure (FIM), Medical Research Council (MRC) Muscle Scale, Nottingham Sensory Assessment (NSA), Berg Balance Scale, and Morse Fall Scale. The intervention was based on the International Classification for Nursing Practice (ICNP) and the Specialty's Nursing Care Documentation Standard.

The results showed relevant functional gains, particularly the increase in the FIM score from 98 to 115 points, improvement in muscle strength – right lower limb: from 3/5 to 4/5; left lower limb: from 4/5 to 5/5 – and progress in balance (Berg Scale: from 4 to 21 points). The fall risk remained high. The approach based on the FITT-VP principle proved effective in promoting functionality and empowering self-care.

The outcomes reflect the effectiveness of a person-centered rehabilitative approach, highlighting improvements in functionality, strength, and balance, as well as the importance of ongoing assessment with sensitive instruments and early, specialized intervention by the Rehabilitation Nurse Specialist.

Keywords: Spinal cord ischemia; Spinal cord; Rehabilitation; Nursing.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 8 |
| 1. MATERIAIS E MÉTODOS | 11 |
| 2. APRESENTAÇÃO DO CASO | 10 |
| 2.1. Anamnese..... | 10 |
| 2.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação..... | 11 |
| 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 146 |
| 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS | 168 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 21 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 202 |
| ANEXOS | 224 |

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Da Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação na Isquemia Medular com Paraparesia – Relato de Caso Clínico

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrada no 2º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, orientado pelo Professor Doutor Luis Sousa e pela Enfermeira Supervisora Susana Esteves, foi nos proposto a realização de um Relato de Caso Clínico de forma a identificarmos focos, diagnósticos de Enfermagem e estruturarmos planos de cuidados diferenciados em Enfermagem de Reabilitação (ER), de modo a potenciar o desenvolvimento de competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O estudo descreve a situação clínica de um utente internado no domicílio com apoio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade (ECCI) – Equipa de Enfermeiros de Reabilitação, com *status* pós isquemia da medula com paraparesia secundária. Quando admitido na ECCI para programa de ER, foi estabelecido um plano de trabalho, baseado nos focos de Enfermagem – Movimento Muscular; Défice; Sensorial; Equilíbrio Corporal e Andar com Auxiliar de Marcha. Apresentou uma evolução favorável com recuperação parcial dos défices motores e na deambulação com produto de apoio (andarilho), mantendo parcialmente a perda sensorial. Neste caso específico, a reabilitação precoce contribuiu recuperar as perdas funcionais e evitar agravamento ou instalação de padrão espático.

Deste modo, o objetivo de ER para o doente em estudo foi: o utente será capaz de realizar a marcha funcional com o andarilho de forma segura e autónoma em ambiente domiciliário, minimizando o risco de queda e mantendo alinhamento postural adequado, com supervisão mínima no final das 4 semanas de acompanhamento pela ECCI - ER.

A elaboração deste trabalho rege-se pelo guia orientador de Estágio de Reabilitação na Comunidade 2025 e de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde Atlântica, publicado em 2022. As Referências Bibliográficas e Citações norteiam-se pela Norma APA. As bases de dados utilizadas para fundamentar a pesquisa foram: Pubmed; EBSCO e os descritores: isquemia medular; medula espinhal; reabilitação; enfermagem.

A isquemia medular espinal é um acidente vascular raro, com prevalência de 1-2% de todas as patologias isquémicas agudas do sistema nervoso central, nas faixas etárias entre os 60 e 70 anos, com "taxa de incidência de aproximadamente 58 casos/milhão/ano, refletindo 0,6 a 1,2 casos por milhão por ano em Portugal". (Martins,

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Do Lento à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Sequência Medular com Paraplegia - Relato de Caso Clínico

et al., 1998). Corresponde a 6 a 12 novos casos por ano, em Portugal” (Martins, et al., 1998). A nível de estatísticas nacionais atualizadas e específicas para enfarte medular isquémico não existem dados atualizados, corroborando com Coreia (2017), “Devido à sua baixa incidência e a reduzidas amostras de doentes, são escassos os estudos epidemiológicos encontrados”.

O acidente vascular medular consiste na redução ou interrupção do fluxo sanguíneo nas artérias responsáveis pela irrigação da medula espinhal, podendo conduzir a estados de hipoperfusão e lesão isquémica. No entanto, devido à extensa rede de circulação colateral existente ao nível da medula, esta estrutura apresenta uma elevada resistência à isquemia e à hipóxia, tornando o enfarte medular uma ocorrência clínica pouco frequente (Tattera et al., 2019).

Segundo o mesmo autor, Tattera et al., (2019), anatomicamente a medula origina 31 pares de raízes nervosas, organizadas em segmentos cervicais, torácicos, lombares e coccígeos. A sua porção anterior abriga os tratos motores e espinotalâmicos, enquanto a parte posterior contém os fascículos grácil e cuneiforme, responsáveis pela propriocepção. Nas zonas laterais localizam-se vias motoras como os tratos corticospinal lateral, rubroespinal e reticuloespinal.

A vascularização da medula é assegurada por uma artéria espinal anterior e duas posteriores, complementadas por ramos segmentares oriundos da aorta. Estes ramos penetram através do forame intervertebral e dividem-se em artérias radiculomedulares anterior e posterior, reforçando a irrigação da medula. A artéria de Adamkiewicz, emerge entre os segmentos T9 e T12, sendo fundamental para o suprimento sanguíneo da região toracolombar. Porém, apesar da robusta rede anastomótica, existe uma zona de menor vascularização entre os níveis T4 e T8, o que a torna particularmente suscetível a fenómenos isquémicos (Tattera., et al., 2019).

Consideram os estudos que as principais etiologias são a “arteriosclerose, os aneurismas e dissecções aórticas, a doença degenerativa da coluna vertebral, o cardio-embolismo, a hipotensão sistémica e a iatrogenia por cirurgias vasculares ou da coluna vertebral” (Correio, et al., 2017). Outro autor refere também como causas prováveis da isquemia medular espinhal as “fístulas arteriovenosas, ..., infeção, tabagismo e displasia fibromuscular” (Pereira, et al., 2024).

É através de exames complementares de diagnóstico, como a Tomografia Computadorizada (TAC) ou a Ressonância Magnética (RM) que se obtém o diagnóstico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

*F. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
De Loulé à Reabilitação: O Impacto das Ciências de Enfermagem de Reabilitação na Ingestão Modular com Prospecção – Relatório de Caso Clínico*

diferencial.

O estudo descreve a situação vivida por um doente com esta patologia. O quadro instalou-se 6 dias após intervenção neurocirúrgica a um meningioma ao nível da L5, manifestando-se com um quadro de dor súbita, paraparésia e alteração sensorial dos membros inferiores (MInF's).

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Lesão Medular com Paraparesia – Relatório de Caso Clínico

1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo de caso clínico é de natureza descritiva e foi elaborado seguindo as *guidelines* CARE Case Report.

Este tipo de desenho fomenta o pensamento crítico, a reflexão sobre as práticas de cuidados e a objetivação dos ganhos de reabilitação obtidos na pessoa em estudo.

O estudo descreve o caso de uma pessoa que sofreu um acidente isquémico medular espinhal com paraparesia secundária, desenvolveu-se um desenho do programa de reabilitação motora e sensitiva a implementar no domicílio e reflexão sobre os resultados na pessoa, sensíveis ao programa instituído.

O utente da ECCI com o caso clínico já mencionado, foi informado sobre a intenção deste relato de caso clínico, autorizando a sua participação, posto isto, foi recolhido o seu Consentimento Informado, Livre e Esclarecido. Apesar do utente estar pleno das suas faculdades, desde o incidente clínico, delegou informalmente à filha a capacidade de decisão sobre atos clínicos e financeiros. Deste modo, a filha apresenta-se como cuidadora informal, mas não legal. Sendo ela a decisora, esta foi simultaneamente informada sobre o intuito deste relato de caso clínico, concedendo autorização e também foi recolhido o seu Consentimento Informado, conforme apresentado em anexo. Foram consideradas as questões éticas associadas, garantindo os direitos de autodeterminação e de proteção contra o desconforto e o prejuízo, respeitando, assim, os princípios da Beneficência, Não Maleficência, Justiça, Veracidade e Confidencialidade (Nunes, 2013). Assegurando ao utente o direito de não continuação na participação deste relato de caso clínico, sem prejuízo para si.

A recolha de dados advém da consulta do processo individual na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), SClínico e processo físico, mas também em visitas domiciliárias (VD) através de anamnese e intervenções de ER, balizada com avaliações no início e final do trabalho desenvolvido com o utente.

Foi limitador o tempo disponível para realização do mesmo, resumindo-se a três semanas de planeamento, avaliação, intervenções e reavaliação.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: Medida de Independência Funcional (MIF); Avaliação Sensorial de Nottingham; Escala de Avaliação da Força Muscular – *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC); Escala de Equilíbrio de Berg e Escala

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

7º Caso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Do Lado à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Insuportabilidade Medular com Paraplegia – Relato de Caso Clínico

de Morse.

O programa de reabilitação motora e sensitiva ocorreu entre 3 a 19 de junho 2025. A avaliação inicial realizou-se a 3 de junho, foram identificados diagnósticos de ER e implementadas intervenções com ênfase em cuidados diferenciados do EEER, com a reavaliação e término a 19 de junho. Tendo sido o utente admitido no Centro de Medicina Física e de Reabilitação em Alcoitão para continuidade do plano de reabilitação.

Recorreu-se ao sistema de linguagem em enfermagem padronizada – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o planeamento do programa de reabilitação elaborado de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação publicado em 2015.

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1. Anamnese

O presente relato de caso clínico retrata uma pessoa na faixa etária dos 75 aos 80 anos de idade, sexo feminino, caucasiana e de nacionalidade portuguesa, viúva, mãe de duas filhas e atualmente reformada. Orientada, independente nas suas atividades de vida diárias (AVD). Como antecedentes pessoais conhecidos apresenta: hipertensão arterial e doença reumatológica não diagnosticada. O regime medicamentoso habitual é a toma de 1 comprimido antihipertensor ao almoço e recurso a analgésicos e anti-inflamatórios para controlo das dores articulares.

Recorreu ao serviço de atendimento permanente de um hospital privado a 20 de fevereiro de 2025, por quadro de dor lombar com trauma associado – “escorregou” - queda da própria altura. A avaliação médica, após realização de TAC à região lombar realça patologia degenerativa da coluna vertebral, sem traços de fratura. Teve alta clínica para domicílio medicada com tramadol.

Dois dias depois, a 22 de fevereiro é admitida no serviço de urgência (SU) de um hospital público por manter queixas, foi observada pela especialidade que dá indicação para repouso, manter toma de tramadol agora associado a metoclopramida e seguimento em Centro de Saúde.

A 24 de fevereiro, regressa ao SU por manutenção da dor, incapacidade funcional e parestesia dos Mln^os, sem melhoria após medicação em esquema. Realizou nova TAC

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Da Lado à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Isquemia Medular com Paraparesia – Relatório de Caso Clínico

Lombar que salienta desvio escoliótico, alterações degenerativas discoveitais com conflito de espaço ao nível de L2 até L5, espondilodistese L5-S1 e presença de hemangioma vertebral na região somática de L5. Foi medicada para casa a aguardar consulta da especialidade.

Foi submetida a cirurgia da coluna lombar pela Neurocirurgia a 24 de abril de 2025 para excisão de tumor intradural extramedular dorsal, (provável meningioma) sem intercorrências. No dia 30 de abril, no internamento, apresenta diminuição da força dos MInfs, mais acentuada à direita – realiza RM à coluna dorsolombar. O relatório do exame revela aparente área de isquemia da medula, agora com paraparesia e força 3/5 de ambas as pernas. Foi implementado tratamento dirigido.

A 02 de maio com melhoria do quadro, força 4/5 em ambas as pernas e com indicação para mobilizações na cama sem esforço. A 04 de maio com hipoestesia e força muscular à esquerda de 4/5 e à direita de 3/5 e parestesia de ambos os pés.

Teve alta para domicílio a 9 maio, com apoio da filha e referenciada para ECCI – Reabilitação.

2.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A avaliação de ER foi realizada com base no exame físico e aplicação de escalas validadas. Identificaram-se os seguintes focos e intervenções de ER estabelecidos em plano de cuidados de ER (tabela 1). As avaliações aconteceram no dia 03 e 19 de junho 2025 (mencionadas no capítulo da apresentação dos resultados).

Tabela 1- Plano de cuidados de ER na pessoa com isquemia medular com paraparesia secundária.

| |
|---|
| Foco: Movimento Muscular |
| Instrumento Avaliação: MRC |
| Diagnóstico: Movimento Muscular Diminuído da perna direita Movimento Muscular Diminuído da perna esquerda |
| Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none">Monitorizar força muscular através de escalaExecutar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido da perna direita: dorsiflexão e flexão dos dedos; inversão e eversão do pé direito; dorsiflexão e flexão da articulação tibiotársica; flexão e extensão da articulação coxo-femoral; abdução e adução da articulação coxo-femoral até à linha médiaExecutar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido da perna esquerda: dorsiflexão e flexão da articulação tibiotársica; flexão e extensão da articulação coxo- |

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Injeção Múltipla com Paraplegia – Relatório de Caso Clínico

femoral; abdução e adução da articulação coxo-femoral até à linha média
- Incentivar a pessoa a executar os exercícios (automobilizações nos dias sem sessões de ER)

| |
|--|
| Foco: Défice Sensorial |
| Instrumento Avaliação: Avaliação Sensorial de Nottingham |
| Diagnóstico: Défice Sensorial Diminuído da perna direita Défice Sensorial Diminuído da perna esquerda |
| Intervenções de Enfermagem: - Avaliar sensibilidade táctil grossa, táctil fina, térmica, dolorosa e postural através de escala - Aplicar calor e/ou frio em ambas as pernas - Executar técnica de massagem para aliviar a sensação de formigueiro e promover a propriocepção - Bater de forma alternada, os pés no chão a fim de proporcionar aumento da propriocepção dos Minf's |

| |
|--|
| Foco: Equilíbrio Corporal |
| Instrumento Avaliação: Escala de Equilíbrio de Berg |
| Diagnóstico: Equilíbrio Corporal Comprometido |
| Intervenções de Enfermagem: - Monitorizar equilíbrio corporal através da escala - Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado - Avaliar ortostático estático e dinâmico com apoio de andarilho - Executar técnica de treino de equilíbrio com alternância de carga nos Minf's - Estimular a manter equilíbrio corporal sentado e de pé |

| |
|---|
| Foco: Andar com Auxiliar de Marcha: Andarilho |
| Instrumento Avaliação: Escala de Morse |
| Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha: andarilho Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha: andarilho |

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Do Lado à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Insuportabilidade Modular com Paraplegia – Relato de Caso Clínico

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o risco de queda
- Avaliar conhecimento sobre andar com andarilho
- Ensinar sobre andar com andarilho
- Avaliar capacidade para andar com andarilho
- Instruir sobre andar com andarilho
- Treinar a andar com andarilho pequenas distâncias: quarto-sala de estar

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados obtidos em dois momentos de avaliação ao utente com paraparesia secundária a uma isquemia medular ocorrida a 30 de abril de 2025, em contexto pós-cirurgia a Meningioma localizado a nível da L5, será exposta neste capítulo.

Segundo Sousa et al., (2017) a avaliação da pessoa deve ser realizada pelo EEER e baseada em medidas válidas, fiáveis e responsivas. Os resultados conseguidos possibilitam uma compreensão e reavaliação, de modo a atingir os objetivos definidos.

Desta forma, os resultados obtidos inerentes à intervenção de ER serão apresentados abaixo, com destaque para o momento de avaliação inicial a 03 junho 2025 e para reavaliação a 19 de junho 2025.

No decorrer do processo de reabilitação à pessoa com isquemia medular e paraparesia secundária, procedeu-se à avaliação e reavaliação funcional, recorrendo a instrumentos validados e sensíveis às alterações funcionais da pessoa.

1º Avaliação - 03/06/2025

A pessoa em estudo apresentava um nível de independência funcional avaliado pela Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) de 98 pontos, o que indicava alguma limitação nas AVD's.

Optou-se pela utilização da Avaliação Sensorial de Nottingham (ASN), devido aos sintomas de parestesia dos Mlnf's referidos pelo doente, em que a parestesia aumentava nas zonas do dermatomo correspondentes a L5 e a S1 e também com alterações da propriocepção do doente em relação ao seu corpo (alinhamento e presença). Por este motivo, não se procedeu à avaliação da face, dos membros superiores e tronco, nem da avaliação da totalidade da estereognosia e da análise de discriminação entre 2 pontos por estes não apresentarem alterações neurológicas consequentes da isquemia medular.

Segundo a ASN, a sensibilidade tátil apresenta défice sensorial evidente desde a anca até à extremidade, onde na parte mais distal do corpo inferior (pé, tornozelo), manifesta alterações ou até mesmo ausência de sensação. A propriocepção está diminuída, com perceção do movimento, mas com erro na direção (>10°) em algumas articulações. Isto afeta o controlo postural e a marcha segura, aumentando o risco de

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Da Lente à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Insurgência Modular com Paraplegia – Relato de Caso Clínico

queda.

Segundo o valor de corte da respetiva escala, a doente exibia uma dependência modificada, com necessidade de assistência até 25% das tarefas realizadas. Relativamente à força muscular avaliada pela Escala Medical Research Council (MRC), revelava um grau 3/5 no membro inferior direito (MID) e 4/5 no membro inferior esquerdo (MIE), traduzindo um défice motor com impacto na mobilidade, predominante na perna direita. Significa, portanto, que o MID vence a gravidade, mas não vence a resistência, e o MIE apresenta movimento contra resistência e vence a gravidade.

O risco de queda, aferido pela Escala de Morse, foi de 60 pontos, considerando-se alto risco de queda. O equilíbrio estava severamente comprometido, com um score de apenas 4 na Escala de Equilíbrio de Berg.

Decorridas duas semanas, a reavaliação evidenciou uma melhoria global e consistente.

Re-Avaliação - 19/06/2025

A pontuação na MIF aumentou para 115 pontos, refletindo maior independência nas AVD's, com independência total, segundo o quadro descritivo da classificação da escala.

Segundo a ASN, a sensibilidade tátil apresenta melhoria evidente a nível dos Mlnf's, particularmente na localização tátil e temperatura. A sensibilidade superficial ainda não está totalmente restabelecida, especialmente distal (pé). A propriocepção melhorou, no score com pouco aumento da pontuação, mas por melhoria proprioceptiva do pé direito ao nível do toque leve e da picada, foi substancial para sugerindo maior segurança na mobilidade e maior eficácia nos exercícios motores, começa a desenvolver correta percepção do movimento de quase todas as articulações da extremidade inferior e distal do corpo (tomozelo e pés), porém ainda há muito a trabalhar para aferir melhoria a nível dos joelhos. Estes ganhos sensoriais, ainda que mínimos, reforçam a capacidade funcional global, explicando parte do progresso na MIF e Escala de Berg, possibilitando maior eficácia nas intervenções motoras.

A força muscular evoluiu positivamente, com o MID a alcançar 4/5 - apresenta movimento contra resistência e vence a gravidade e o MIE 5/5 - força normal na escala MRC, demonstrando progresso da força muscular e controlo motor. Apesar de

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Lesão Medular com Paraplegia – Relatório de Caso Clínico

uma ligeira elevação para 65 pontos na escala de Morse, o risco de queda manteve-se elevado, justificado por um maior nível de iniciativa e movimento por parte do utente, requerendo reforço nas estratégias de prevenção por parte do EEER. Destaca-se a evolução favorável no equilíbrio postural, com 21 pontos na Escala de Berg, representando um progresso significativo desde a primeira avaliação, embora ainda abaixo dos valores de referência para segurança na marcha independente.

Este treino espelha as competências do EEER, dado que avalia os ganhos em saúde, a nível pessoal: confiança, autonomia, qualidade de vida, bem como promove as capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença (Regulamento nº 392/2019).

Estes resultados traduzem uma evolução positiva do estado funcional da pessoa, evidenciando os benefícios das intervenções de ER implementadas ao longo do processo assistencial.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A evolução clínica observada compreendida entre a avaliação inicial (03/06) e a reavaliação (19/06) reflete uma melhoria significativa nas dimensões funcionais, motoras e de equilíbrio da pessoa à nova condição neurológica, sustentando a eficácia das intervenções de ER.

É fundamental assegurar que a progressão do plano de cuidados da ER seja gradual, individualizada e acompanhada por um EEER, de forma a garantir tanto a segurança como a eficácia das intervenções.

Durante as sessões, a estrutura do programa foi orientada segundo o princípio FITT-VP, que integra os seguintes componentes: Frequência (número de sessões realizadas por semana), Intensidade (nível de esforço exigido pelo exercício), Tempo (duração da atividade), Tipo (modalidade de exercício utilizada), Volume (quantidade total de exercício realizado), e Progressão (ajuste gradual do programa com base na evolução da pessoa) (ACSM, 2017).

De acordo com Pelletier et al., (2023) a recuperação da força muscular após uma lesão medular depende, entre outros fatores, da intensidade, frequência, resistência e individualização dos programas de reabilitação motora, elementos que foram

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crônica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Injúria Medular com Paraplegia – Relatório de Caso Clínico

integrados no plano de cuidados.

O programa de reabilitação incluiu exercícios ativos e assistidos de mobilização articular, fortalecimento muscular e de estímulo neuro-sensorial focados nos membros inferiores. A frequência estabelecida foi de duas sessões semanais, realizadas às terças e quintas-feiras, durante um período de três semanas.

A recuperação funcional evidenciada pelo aumento da MIF de 98 para 115 pontos, indica uma transição de dependência modificada para independência total, segundo os critérios da escala. Este ganho funcional é altamente relevante, pois traduz a melhoria não apenas da mobilidade, mas também da capacidade de a pessoa realizar as suas AVD's com autonomia e segurança, resultado direto do plano de cuidados individualizado e das estratégias de reabilitação aplicadas.

A ASN demonstrou ganhos subtis na sensibilidade tátil e da propriocepção ao nível dos MInf's. Na avaliação inicial, a presença de défices, sobretudo nas zonas distais dos MInf's, condicionava o controlo postural e aumentava o risco de queda. Já na reavaliação, observou-se uma recuperação discreta da propriocepção e da localização tátil, sugerindo uma reorganização sensorial e início de reintegração funcional do esquema corporal. Estes resultados sustentam as conclusões de autores como Zacarioto et al., (2016) que destacam a importância da estimulação sensório-motora em lesões neurológicas para recuperação da funcionalidade.

A força muscular, avaliada pela Escala MRC, também apresentou melhoria bilateral, particularmente no membro inferior direito (de 3/5 para 4/5), o mais afetado inicialmente. Esta recuperação demonstra um progresso relevante na ativação neuromuscular e no controlo motor, condição essencial para o sucesso do treino de marcha e das transferências. Como refere Coelho et al., (2017) a melhoria da força muscular aliada à reeducação sensorial contribui diretamente para a autonomia funcional da pessoa em contexto de reabilitação neurológica.

Embora o risco de queda, avaliado pela Escala de Morse, tenha aumentado de 60 para 65 pontos, mantendo-se dentro da categoria de alto risco. A melhoria da força e mobilidade pode ter conduzido a uma maior tentativa de independência, o que, na ausência de equilíbrio totalmente restabelecido, aumenta a probabilidade de eventos de queda. Tal como referem Cunha et al., (2022) esta fase subaguda do enfarte medular requer vigilância apertada e reforço das estratégias de prevenção de quedas.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
De Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Ingerência Motora com Percepção – Relato de Caso Clínico

O equilíbrio corporal, severamente comprometido na primeira avaliação (4 pontos na Escala de Berg), registou um avanço notável para 21 pontos, ainda que aquém do limiar de segurança para marcha autónoma. Este aumento é indicativo de ganhos no controlo postural e estabilidade dinâmica, sugerindo maior eficácia na execução das tarefas motoras. A evidência mostra que pontuações inferiores a 45 indicam elevado risco de queda, pelo que a intervenção deve continuar a focar-se no treino do equilíbrio estático e dinâmico (Zacarioto et al., 2016).

Em síntese, os resultados obtidos refletem a efetividade da abordagem reabilitadora centrada na pessoa, evidenciando ganhos ao nível da funcionalidade, força e equilíbrio, ainda que persistam riscos que exigem vigilância contínua. Estes dados sustentam a importância da avaliação contínua com instrumentos sensíveis e da atuação precoce e diferenciada do EEER.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso clínico permitiu evidenciar os ganhos em saúde resultantes de um programa de reabilitação individualizado e centrado na pessoa, com isquemia medular e paraparesia secundária. Ao longo de três semanas, foram observadas melhorias significativas ao nível da força muscular, da sensibilidade tátil e da propriocepção, com reflexos diretos na autonomia funcional, no equilíbrio e na segurança da marcha.

A atuação do EEER revelou-se fundamental para a monitorização contínua, adaptação das intervenções e promoção da capacitação da pessoa para o autocuidado. A abordagem baseada em instrumentos validados e no princípio FITT-VP contribuiu para a eficácia e segurança do plano de cuidados.

Contudo, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente:

O curto período de intervenção (apenas três semanas), que pode não refletir todo o potencial de reabilitação funcional da pessoa. A restrição de recursos materiais disponíveis para a execução das sessões, o que exigiu adaptações com impacto possível na intensidade e diversidade dos exercícios. A falta de tempo para a dedicação a que este trabalho propõe. É muito difícil conciliar em 10 semanas de estágio – o emprego, o estágio em si, a vida pessoal e familiar, a somar a quantidade elevada de trabalhos académicos solicitados, quando tudo o que estudamos e incutimos nos outros, falhamos grandemente connosco próprios - autocuidado

Estas limitações apontam para a necessidade de futuras investigações, com amostras maiores e períodos de acompanhamento mais longos, que explorem os efeitos de programas estruturados de reabilitação neurosensorial e funcional. Seria ainda pertinente avaliar o impacto de diferentes estratégias de capacitação e envolvimento do cuidador informal no sucesso da reabilitação domiciliária.

Em suma, este trabalho reforça a importância da intervenção especializada do EEER na recuperação da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com lesão neurológica, sublinhando o seu papel ativo na promoção da autonomia e na prevenção de complicações secundárias à imobilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Sports Medicine. (2017). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins

Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227–251). Loures: Lusodidacta

Correio, M. P. C., Ferreira, A., Ermida, E., Peixoto, I., Teixeira, P., Vaz, M. F., Albuquerque, N., & Caldas, J. (2017). Enfarte medular: Da revisão teórica à prática clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 29(1), 40–44. <https://doi.org/10.25759/spmfr.255>

Cunha, A. C., Araújo, L., & Pereira, F. (2022). Cuidados de enfermagem em contexto agudo à pessoa com lesão medular: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 1–20. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.204>

Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro. (1998). *Diário da República*, 1.ª série, 247, 5536–5546. https://www.uc.pt/site/assets/files/475840/19981026_lei_67_98_lpd.pdf

Guia para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – Normas APA (7.ª ed.). (2022). Escola Superior de Saúde Atlântica

Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J. F., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries-epidemiology in Portugal's central region. *Spinal cord*, 36(8), 574–578. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100657>

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: A atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Pereira, E. W., M., J. C. S., Calvo, J. R., Almeida, M. R. A., & Honorato, M. M. (2024). Acidente vascular medular: Relato de uma série de casos no interior da Amazônia. *Revista Amazônia Science & Health*, 12(4), 80–92. <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v12n4p80-92>

Pelletier, C. A. (2023). *Exercise prescription for persons with spinal cord injury: A review of physiological considerations and evidence-based guidelines*. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, xxx, 882–895. <https://doi.org/10.1139/apnm-2023-0227>

Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série, 85, 13565–13568. <http://www.aenfermagemleis.pt/2019/05/03/regulamento-dascompetencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-de-reabilitacao-ordendos-enfermeiros>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 113–122). Lusodidacta

Tattera, D., Skinningsrud, B., Pękala, P. A., Hsieh, W. C., Cirocchi, R., Walocha, J. A., Tubbs, R. S., Tomaszewski, K. A., & Henry, B. M. (2019). Artery of Adamkiewicz: A meta-analysis of anatomical characteristics. *Neuroradiology*, 61(8), 869–880. <https://doi.org/10.1007/s00234-019-02207-y>

Zacarioto, A. D., Neto, J. M. F. A., & Sousa, G. A. F. (2016). Resultados da técnica de facilitação neuromuscular proprioceptiva nas disfunções neurológicas: Revisão sistemática da literatura. *CONSCIESI – Revista Científica do Centro Universitário CESMAC*, 1(1), 114–129

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsinquia¹ 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 assinie o consentimento.

Título do estudo: ... Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Isquemia Medular com Paraparesia.

Enquadramento: ... O estudo-Relato de Caso Clínico insere-se no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade Cuidados Continuados – Lumiar Mais, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Susana Esteves.

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 Défice Sensitivo; Movimento Muscular e Equilíbrio Corporal e 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.

Agradeço a oportunidade.

Aluna: Patrícia Alexandra Pereira Horta, TLM 918915362; email: patriciaaphorta@gmail.com

Assinatura/s:

Patrícia Alexandra Pereira Horta

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicada pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada a 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:

Assinatura: Data: /..... /.....

| | |
|---|--|
| <small>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)</small> | |
| Nome: | DATA DA VALIDADE: /..... /..... |
| BI/CD Nº: | GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: |
| ASSINATURA | |

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ <https://www.dha.mta.edu.br/br/contato/eletronicos/21/2016/03/declaracao-eticas.pdf>

² <http://www.etsa.org.br/br/2003/03/03/200303014003E.pdf>

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crônica

Nome: Auréliano Idade: 75-80 Sexo: F
Diagnóstico: Isquemia Medular Data Avaliação: 03/06/2025

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

| N I V E I S | Independente | | SEM ASSISTÊNCIA | | |
|--------------------------------|---|------------|--------------------|--------------|--------------------|
| | 7 - Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 - Independência modificada (Ajuda técnica) | | | | |
| | Dependência Modificada | | COM ASSISTÊNCIA | | |
| | 5 - Supervisão 4 - Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 - Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 - Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 - Assistência Total (Sujeito ≥ 10%) | | | | |
| Atividade | Atividades | Data | 1º Av. | 2º Av. | 3º Av. |
| Autocuidado | | | | | |
| A | Alimentação | 03/06/2025 | 5 | 1 | 4 |
| B | Higiene pessoal: apresentação e aparência | | 3 | | 4 |
| C | Banho: lavar o corpo | | 3 | | 4 |
| D | Vestir: metade superior do corpo | | 4 | | 3 |
| E | Vestir: metade inferior do corpo | | 3 | | 3 |
| F | Utilização do vaso sanitário | | 3 | | 4 |
| Controle dos esfínteres | | | | | |
| G | Controle da urina: frequência de incontinência | | 3 | | 3 |
| H | Controle das fezes | | 3 | | 3 |
| Mobilidade | | | | | |
| I | Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas | | 3 | | 4 |
| J | Transferências: vaso sanitário | | 3 | | 4 |
| K | Transferências: banheira ou chuveiro | | 3 | | 4 |
| Locomoção | | | | | |
| L | Marcha/Cadeira de rodas | | M 3 CR 3 | M CR | M 5 CR 5 |
| M | Escadas | | 2 | | 4 |
| Comunicação | | | | | |
| N | Compreensão | | A 3 VI 3 V 3 | A VI V | A 3 VI 3 V 3 |
| O | Expressão | | NV 3 | NV | NV 3 |
| Conhecimento Social | | | | | |
| P | Interação Social | | 3 | | 3 |
| Q | Resolução de Problemas | | 3 | | 3 |
| R | Memória | | 4 | | 4 |
| Total | | | 98 | | 115 |

OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa - Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal

Pontos do Coef
18 - dependência completa
19-60 dependência modificada (assistência de 50% tarefa)
61-103 dependência modificada (assistência de 25% tarefa)
104-126 independência completa

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Nome: <u>Anúscimo</u> | Idade: <u>75-80</u> | Sexo: <u>F</u> |
| Diagnóstico: <u>Isquemia Radular</u> | Data Avaliação: <u>03/06/2025</u> | |

Avaliação sensorial de Nottingham (Lincoln et al.¹⁹)

Nome: Anúscimo Data do AVE: 30/04/2025
 Idade: 75-80 Tipo do AVE (AV): Isquemia Radular
 Examinador: Patrícia Horta Data de avaliação: 03/06/25

Lado do corpo afetado: Direito Nenhum Ambos
 Presença de edema: Sim Não Se AMBOS, lado avaliado: MI, IV's do 2º e 3º
 Se sim, onde? _____

| Regiões do corpo | Sensação Tátil | | | | | | | | | | Propriocepção | |
|------------------|----------------|---|---------|---|--------|---|-------------|---|-------------------|---|---------------|----------------------------|
| | Toque leve | | Pressão | | Picada | | Temperatura | | Localização tátil | | | Toque bilateral simultâneo |
| | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E | | |
| Face | | | | | | | | | | | | |
| Tronco | | | | | | | | | | | | |
| Ombro | | | | | | | | | | | | |
| Cotovelo | | | | | | | | | | | | |
| Punho | | | | | | | | | | | | |
| Mão | | | | | | | | | | | | |
| Quadril | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Joelho | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Tornozelo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Pé | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |

Esteréognosia

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Moeda de R\$ 0,01 | <input checked="" type="checkbox"/> Caneta estilográfica | <input checked="" type="checkbox"/> Ponto | <input checked="" type="checkbox"/> Esponja | <input checked="" type="checkbox"/> Xizara |
| <input checked="" type="checkbox"/> Moeda de R\$ 0,10 | <input checked="" type="checkbox"/> Lápis | <input checked="" type="checkbox"/> Tesoura | <input checked="" type="checkbox"/> Flanela | <input checked="" type="checkbox"/> Copo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Moeda de R\$ 1 | <i>usado nos 2º e 3º</i> | | | |

Discriminação entre dois pontos

| | | |
|------------------|----|-----------|
| Palma da mão | mm | Pontuação |
| | 1 | 1 |
| Pontas dos dedos | mm | Pontuação |
| | 1 | 1 |

Pontuação

| Sensação Tátil e Esteréognosia | Propriocepção | Discriminação entre 2 pontos |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| 0: Ausente | 0: Ausente | 0: Ausente |
| 1: Alterado | 1: Execução do movimento (direção errada) | 1: >3mm dedos e >8 mm mão |
| 2: Normal | 2: Direção do movimento (>10°) | 2: <3mm dedos e <8 mm mão |
| 4 a 9: Não testável | 3: Normal ou posição articular <10° | 4 a 9: Não testável |
| | 4 a 9: Não testável | |

Comentários: (por exemplo: edema ou palidez presente, meios de compressão, presença de reflexos)

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crônica

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Nome: <u>Andréino</u> | Idade: <u>75-80</u> | Sexo: <u>F</u> |
| Diagnóstico: <u>Isquemia Medular</u> | Data Avaliação: <u>19/06/2025</u> | |

Avaliação sensorial de Nottingham (Lincoln et al. 1983)

Nome: Andréino Data do AVE: 30/04/2025
 Idade: 75-80 Tel(s): () Tipo do AVE (AV): Isquemia Medular
 Examinador: Patrícia Horta Data da avaliação: 19/06/2025

Lado do corpo afetado: Direito Nenhum Ambos
 Presença de edema: Sim Não Se AMBOS, lado avaliado: TTU/Ls dte e esp.
 Se sim, onde? _____

| Regiões do corpo | Sensação Tátil | | | | | | | | | | Toque bilateral simultâneo | Propriocepção |
|------------------|----------------|---|---------|---|--------|---|-------------|---|-------------------|---|----------------------------|---------------|
| | Toque leve | | Pressão | | Picada | | Temperatura | | Localização tátil | | | |
| | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E | | |
| Face | | | | | | | | | | | | |
| Tronco | | | | | | | | | | | | |
| Ombro | | | | | | | | | | | | |
| Colovelo | | | | | | | | | | | | |
| Punho | | | | | | | | | | | | |
| Mão | | | | | | | | | | | | |
| Quadril | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Joelho | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Tornozelo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Pé | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |

Estereognosia

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Moeda de R\$ 0,01 | <input checked="" type="checkbox"/> Caneta esferográfica | <input checked="" type="checkbox"/> Pente | <input checked="" type="checkbox"/> Esponja |
| <input checked="" type="checkbox"/> Moeda de R\$ 0,10 | <input checked="" type="checkbox"/> Lápis | <input checked="" type="checkbox"/> Tesoura | <input checked="" type="checkbox"/> Flanelas |
| <input checked="" type="checkbox"/> Moeda de R\$ 1 | | | <input checked="" type="checkbox"/> Xicara |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> Copo |

usado nos TTU/Ls

Discriminação entre dois pontos

| Palma da mão | mm | Pontuação | Pontas dos dedos | mm | Pontuação |
|--------------|----|-----------|------------------|----|-----------|
| | | | | | |

Pontuação

| Sensação Tátil e Estereognosia | Propriocepção | Discriminação entre 2 pontos |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| 0: Ausente | 0: Ausente | 0: Ausente |
| 1: Alterado | 1: Execução do movimento (direção errada) | 1: >3mm dedos e >8 mm mão |
| 2: Normal | 2: Direção do movimento (>10°) | 2: <3mm dedos e <8 mm mão |
| 4 a 9: Não testável | 3: Normal ou posição articular <10° | 4 a 9: Não testável |
| | 4 a 9: Não testável | |

Comentários: (por exemplo: edema ou palidez presente, metas de compressão, presença de reflexos).

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Nome: <u>Aróniuo</u> | Idade: <u>35-80</u> | Sexo: <u>F</u> |
| Diagnóstico: <u>Isquemia Medular</u> | Data Avaliação: <u>03/06/2025</u> | |

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR – MEDICAL RESEARCH COUNCIL

| FORÇA | MSD | | MSE | | MID | | MIE | |
|-------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | PROXIMAL | DISTAL | PROXIMAL | DISTAL | PROXIMAL | DISTAL | PROXIMAL | DISTAL |
| 0 | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | N/A | | | | | | |
| 3 | | | | | X | X | | |
| 4 | | | | | | | X | X |
| 5 | | | | | | | | |
| | | | | | 3/5 | | 4/5 | |

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A ESCALA DE FORÇA MUSCULAR TEM OS SEGUINTE NÍVEIS:

- 0 - SEMI CONTRAÇÃO MUSCULAR PALPÁVEL OU VISÍVEL
- 1 - CONTRAÇÃO PALPÁVEL OU VISÍVEL, MAS SEM MOVIMENTO DO MEMBRO
- 2 - MOVIMENTO SEM VENCER A GRAVIDADE AO LONGO DA QUASE TOTALIDADE DA AMPLITUDE ARTICULAR
- 3 - MOVIMENTO QUE VENCE A GRAVIDADE AO LONGO DA QUASE TOTALIDADE DA AMPLITUDE ARTICULAR, MAS NÃO VENCE RESISTÊNCIA
- 4 - MOVIMENTO CONTRA RESISTÊNCIA MODERADA AO LONGO DA TOTALIDADE DA AMPLITUDE ARTICULAR, QUE VENCE A GRAVIDADE
- 5 - FORÇA NORMAL

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
| Nome: <u>Anónimo</u> | Idade: <u>75-80</u> | Sexo: <u>F</u> |
| Diagnóstico: <u>Insuficiência Modular</u> | Data Avaliação: <u>19/06/2025</u> | |

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - MEDICAL RESEARCH COUNCIL

| FORÇA | MSD | | MSE | | MID | | MIE | |
|-------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | PROXIMAL | DISTAL | PROXIMAL | DISTAL | PROXIMAL | DISTAL | PROXIMAL | DISTAL |
| 0 | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | N/A | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | X | X | | |
| 5 | | | | | | | X | X |
| | | | | | 4/5 | | 5/5 | |

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A ESCALA DE FORÇA MUSCULAR TEM OS SEGUINTE NÍVEIS:

- 0 - SEM CONTRAÇÃO MUSCULAR PALPÁVEL OU VISÍVEL
- 1 - CONTRAÇÃO PALPÁVEL OU VISÍVEL, MAS SEM MOVIMENTO DO MEMBRO
- 2 - MOVIMENTO SEM VENCER A GRAVIDADE AO LONGO DA QUASE TOTALIDADE DA AMPLITUDE ARTICULAR
- 3 - MOVIMENTO QUE VENCE A GRAVIDADE AO LONGO DA QUASE TOTALIDADE DA AMPLITUDE ARTICULAR, MAS NÃO VENCE RESISTÊNCIA
- 4 - MOVIMENTO CONTRA RESISTÊNCIA MODERADA AO LONGO DA TOTALIDADE DA AMPLITUDE ARTICULAR, QUE VENCE A GRAVIDADE
- 5 - FORÇA NORMAL

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
| NOME: <u>Andréia</u> | IDADE: <u>75-80</u> | SEXO: <u>F</u> |
| DIAGNÓSTICO: <u>Isquemia Múltipla</u> | DATA AVALIAÇÃO: <u>03/06/2025</u> | |
| SEQUELAS: <u>Paraparesia Membros Inferiores</u> | | |

Escala de Equilíbrio de Berg

| DESCRIÇÃO DOS ITENS | Pontuação (0-4) |
|--|------------------------------------|
| 1. Sentado para em pé | <u>1</u> |
| 2. Em pé sem apoio | <u>0</u> |
| 3. Sentado sem apoio | <u>1</u> |
| 4. Em pé para sentado | <u>1</u> |
| 5. Transferências | <u>1</u> |
| 6. Em pé com os olhos fechados | <u>0</u> |
| 7. Em pé com os pés juntos | <u>0</u> |
| 8. Reclinar à frente com os braços estendidos | <u>0</u> |
| 9. Apanhar objeto do chão | <u>0</u> |
| 10. Virando-se para olhar para trás | <u>0</u> |
| 11. Girando 360 graus | <u>0</u> |
| 12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco | <u>0</u> |
| 13. Em pé com um pé em frente ao outro | <u>0</u> |
| 14. Em pé apoiado em um dos pés | <u>0</u> |
| TOTAL | <u>4</u> - Equilíbrio comprometido |

INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter seus equilíbrios enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente na performance e na pontuação.
- Os equipamentos necessários são um cronómetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item #12.

Pontuação:
 0-20 prejuízo do equilíbrio
 21-40 equilíbrio acidental
 41-56 bom equilíbrio

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
| NOME: <u>Anônimo</u> | IDADE: <u>75-80</u> | SEXO: <u>F</u> |
| DIAGNÓSTICO: <u>Insuficiência Medular</u> | DATA AVALIAÇÃO: <u>19/06/2025</u> | |
| SEQUELAS: <u>Paraparesia Membros Inferiores</u> | | |

Escala de Equilíbrio de Berg

| DESCRIÇÃO DOS ITENS | Pontuação (0-4) |
|--|----------------------------------|
| 1. Sentado para em pé | <u>3</u> |
| 2. Em pé sem apoio | <u>1</u> |
| 3. Sentado sem apoio | <u>4</u> |
| 4. Em pé para sentado | <u>2</u> |
| 5. Transferências | <u>3</u> |
| 6. Em pé com os olhos fechados | <u>0</u> |
| 7. Em pé com os pés juntos | <u>1</u> |
| 8. Reclinar a frente com os braços estendidos | <u>1</u> |
| 9. Apanhar objeto do chão | <u>0</u> |
| 10. Virando-se para olhar para trás | <u>2</u> |
| 11. Girando 360 graus | <u>2</u> |
| 12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco | <u>0</u> |
| 13. Em pé com um pé em frente ao outro | <u>2</u> |
| 14. Em pé apoiado em um dos pés | <u>0</u> |
| TOTAL | <u>21 - Equilíbrio aceitável</u> |

INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução de tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter seus equilíbrios enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual pé permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente na performance e na pontuação.
- Os equipamentos necessários são um cronómetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item #12.

Pontuação:
 0-20 prejuizo do equilibrio
 21-40 equilibrio aceitavel
 41-56 bom equilibrio

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Nome: Andriano Idade: 75-80 Sexo: F
Diagnóstico: Isquémia Medular Data Avaliação: 03/06/2025

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

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

Fonte: Costa-Dias, M.; Ferreira, P.; Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência, 2014, N. Serie (2), pp. 7-17.

TOTAL: 60

Alto Risco Queda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Nome: <u>Abóruuo</u> | Idade: <u>75-80</u> | Sexo: <u>F</u> |
| Diagnóstico: <u>Isquémia Têdular</u> | Data Avaliação: <u>19/06/2025</u> | |

Escaia de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

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

Fonte: Costa-Dias, M; Ferreira, P; Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014. N Serie (2), pp. 7-17.

TOTAL: 65
ALTO RISCO QUEDA

**Apêndice II - A Intervenção do EEER na Gestão da Função Respiratória com recurso à
Inaloterapia na Pessoa com Neoplasia Pulmonar – Relato de Caso Clínico**



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar
Relato de Caso Clínico**

Regente da Unidade Curricular: Professor Doutor Luís Sousa
Professor Orientador: Professor Doutor Luís Sousa
Enfermeira Supervisora: Catarina Simão

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante
Serviço de Pneumologia – Hospital Egas Moniz

Elaborado por: Patricia Horta nº 202129841

Barcarena, novembro de 2025

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da
Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

3º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar
Relato de Caso Clínico**

Regente da Unidade Curricular: Professor Doutor Luís Sousa
Professor Orientador: Professor Doutor Luís Sousa
Enfermeira Supervisora: Catarina Simão

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante
Serviço de Pneumologia – Hospital Egas Moniz

Elaborado por: Patrícia Horta nº 202129841

Barcarena, novembro de 2025

Patrícia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da
Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

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

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão
da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

Aprox. - Aproximadamente

AVD's – Atividades de vida diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

RR – Reabilitação Respiratória

S – Sessão

SpO₂ – Saturação parcial de oxigénio

x - Vezes

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

RESUMO

O presente relato de caso clínico tem como objetivo descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com neoplasia pulmonar para a gestão da sua função respiratória. O estudo, de natureza descritiva e reflexiva, seguiu as *CARE Case Report Guidelines* e descreve o processo de uma pessoa internada no serviço de Pneumologia com diagnóstico de pneumonia e adenocarcinoma pulmonar em estadio I. A recolha de dados efetuou-se através da consulta do processo clínico, anamnese e aplicação sequencial de instrumentos de avaliação em 3 momentos distintos, com o objetivo de monitorizar a evolução funcional, respiratória e sintomática.

Os resultados evidenciaram um declínio progressivo da independência funcional, com aumento da dispneia, fadiga e sofrimento emocional, o que condicionou a transição de um sistema de autocuidado parcial para um sistema totalmente compensatório. A intervenção da Enfermagem de Reabilitação privilegiou o ensino da técnica inalatória, estratégias de conservação de energia, ventilação controlada e suporte emocional, ajustadas às necessidades emergentes e respostas humanas a este processo.

Conclui-se que a atuação especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é fundamental para promover autonomia possível, aliviar o desconforto respiratório e facilitar a adaptação ao processo de saúde-doença, assegurando continuidade, conforto e dignidade na prestação de cuidados.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Inaloterapia; Neoplasia Pulmonar; Função Respiratória; Cuidados de Enfermagem

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1 - INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 - MATERIAIS E MÉTODOS | 9 |
| 2.1 - Apresentação do Caso | 10 |
| 2.2 - Avaliação de Enfermagem de Reabilitação | 10 |
| 3 - RESULTADOS | 14 |
| 4 - DISCUSSÃO | 17 |
| 5 - CONCLUSÃO | 18 |
| BIBLIOGRAFIA | 19 |
| ANEXOS | 23 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1- Plano de cuidados de ER, foco: Ventilação | 11 |
| Quadro 2- Plano de cuidados de ER, foco: Limpeza das Vias Aéreas | 12 |
| Quadro 3- Plano de cuidados de ER, foco: Intolerância Atividade | 12 |
| Quadro 4- Plano de cuidados de ER, foco: Gestão do Regime Terapêutico | 13 |
| Quadro 5- Plano de cuidados de ER, foco: Conforto | 13 |

ÍNDICE DE IMAGENS

| | |
|--|----|
| Imagem 1- Telerradiografia do tórax 30/09 | 14 |
| Imagem 2 - Telerradiografia do tórax 31/10 | 16 |

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

1 - INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio Profissionalizante, integrado no 1º semestre do 2º ano, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), orientado pelo Professor Doutor Luis Sousa e pela Enfermeira Supervisora Catarina Simão, foi proposto a realização de um Relato de Caso Clínico de forma a identificar-se focos, diagnósticos de Enfermagem e estruturar planos de cuidados diferenciados em Enfermagem de Reabilitação (ER), de modo a potenciar o desenvolvimento de competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e de mestre, tendo por base as respostas humanas da pessoa neste contexto.

O estudo descreve a situação clínica de uma doente internada no serviço de Pneumologia do Hospital Egas Moniz, com diagnóstico médico de pneumonia e adenocarcinoma do pulmão alocado no lóbulo superior direito em estadio I, em progressão. A doente foi selecionada por meio de uma amostragem intencional por apresentar limitações decorrentes de uma neoplasia do pulmão, com necessidade de reabilitação respiratória (RR) e uso de inaladores. O programa de reabilitação iniciou-se a 30 setembro até 31 outubro de 2025, correspondendo a 4 semanas de intervenção, 3 dias por semana, com 1 horas/sessão aproximadamente (aprox.)

Após avaliação inicial pela ER foi estabelecido um plano de cuidados, baseado nos focos de Enfermagem – Ventilação, Intolerância à Atividade, Limpeza das Vias Aéreas, Gestão do Regime Terapêutico e Conforto.

O objetivo deste relato de caso clínico é Descrever a intervenção do EEER aliado à pessoa em estudo na sua recuperação respiratória.

Emergindo assim, a seguinte questão de investigação: De que forma a intervenção do EEER contribui para a capacitação, adaptação e promoção do conforto respiratório da pessoa com neoplasia pulmonar?

A elaboração deste trabalho rege-se pelo Guia Orientador de Estágio Profissionalizante do ano letivo 2025/2026 e pelo Guia de Trabalhos Escritos da ESSATLA, publicado em 2022. As Referências Bibliográficas e Citações seguem as Norma APA. As bases de dados utilizadas para fundamentar a pesquisa foram: *Medline* via Pubmed, *Cinahl* via EBSCO e Scielo. São os descritores DeCS/MeSH: Enfermagem de Reabilitação; Inaloterapia; Neoplasia Pulmonar; Função Respiratória; Cuidados de Enfermagem.

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão
da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

De acordo com o relatório Perfis do Cancro – Portugal 2025, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e da Comissão Europeia, o cancro do pulmão mantém-se como uma das principais causas de mortalidade oncológica em Portugal. Em 2022, registaram-se 79 novos casos por 100 000 homens e 28 casos por 100 000 mulheres, correspondendo respetivamente ao terceiro e quarto cancro mais frequente. Apesar de uma ligeira redução global da mortalidade por cancro (-8% entre 2011 e 2021), a mortalidade por cancro do pulmão diminuiu apenas 3% nos homens e aumentou 23% nas mulheres. O relatório prevê ainda um aumento de 20% de novos casos até 2040, superior à média europeia.

O tabagismo é reconhecido como o principal fator de risco, associado a cerca de 80% dos casos (Schabath & Cote, 2019), mas também os antecedentes familiares, alcoolismo, a fibrose pulmonar e a exposição a produtos químicos ou metais pesados também contribuem significativamente para o desenvolvimento da doença (Alduais et al., 2023).

Segundo Luo et al. (2024), os avanços terapêuticos têm contribuído para o aumento da sobrevivência das pessoas com cancro do pulmão, contudo, persistem sintomas debilitantes como fadiga, dor, náuseas e alterações do sono que limitam a atividade física e comprometem a qualidade de vida. De forma semelhante, Avancini et al. (2020) referem que este diagnóstico está frequentemente associado a dispneia, perda de massa e força muscular, dor, fadiga, anorexia e deterioração da função pulmonar e sofrimento psicológico (Molassiotis et al., 2021), originando elevados níveis de incapacidade e dependência. Corroborando Saetan et al. (2020), a progressão da doença e a exacerbação sintomática podem contribuir para diminuição do autocuidado, exigindo intervenções especializadas pela ER. Neste contexto, a RR apresenta-se como um recurso essencial na mitigação dos sintomas e na promoção da autonomia funcional (Chen et al., 2023).

A RR é uma das áreas de intervenção do EEER (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018), pois desenvolve e implementa planos de cuidados de reabilitação personalizados, com foco na promoção da saúde, prevenção de complicações e na reabilitação, visando maximizar o potencial das pessoas, melhorar funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades diárias e minimizar os impactos das incapacidades causadas por doenças (OE, 2018; Regulamento n.º 392/2019).

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

2 - MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato de caso clínico foi elaborado de acordo com as *CARE Case Report Guidelines*, assumindo uma natureza descritiva e reflexiva (CARE Group, n.d.). Este tipo de estudo promove o pensamento crítico e a análise das práticas de cuidados, permitindo evidenciar os ganhos decorrentes da intervenção do EEER na pessoa em estudo.

O caso refere-se a uma doente internada no serviço de Pneumologia, com diagnóstico de pneumonia e adenocarcinoma pulmonar do lobo superior direito em estágio I. OEEER em parceria com a doente, delimitou e implementou um programa de RR e capacitação para a autogestão da doença, promovendo conforto e alívio sintomático.

A participação foi voluntária, tendo sido obtido Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, garantindo anonimato e confidencialidade dos dados, de acordo com princípios éticos e em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Nunes, 2020; RGPD, 2016). Foi igualmente assegurado o direito de desistência, sem prejuízo para a doente (Anexo I).

A recolha de dados foi efetuada através da consulta do processo clínico no sistema hospitalar-SClinico, complementada por anamnese e avaliações sequenciais durante o acompanhamento em reabilitação.

Foram utilizados instrumentos de avaliação reconhecidos e recomendados na prática clínica:

- Medida de Independência Funcional (MIF) – Avalia o nível de independência funcional da pessoa na realização das AVD's, motoras e cognitivas. É pontuada entre 18 e 126, onde valores mais elevados indicam maior independência. É validada pela OE (2017).
- Escala de Borg modificada – Igualmente validada pelo OE (2017), avalia a perceção subjetiva de dispneia/esforço respiratório durante a atividade. Pontua de 0 (sem esforço) a 10 (dispneia muito intensa).
- *Checklist* Direção Geral de Saúde (DGS), (2017) – Lista de Verificação para Avaliação da Técnica Inalatória. Permite verificar se a técnica de administração de inaladores é realizada corretamente, identificando erros em cada passo da inalação. Apresenta-se em itens assinaláveis (certo/errado).
- Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), (Delgado & Lima, 2001) – Avalia a consistência com que a pessoa segue o regime terapêutico, incluindo toma de medicação e rotina de tratamento. Pontuada em escala de Likert (sempre → nunca), indicando boa, moderada ou baixa adesão.
- Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r) – avaliação da intensidade de

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

sintomas físicos e emocionais, (ex.: dor, fadiga, ansiedade, falta de ar). Cada sintoma é pontuado de 0 (ausência) a 10 (máxima intensidade). Utilizada pela equipa de Medicina Paliativa da Instituição (Gonçalves et al., 2024).

A elaboração dos planos de cuidados de ER foi realizada em parceria com a doente, de acordo com os princípios dos cuidados centrados na pessoa e família (RNAO, 2015), utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o Padrão Documental da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015), garantindo sistematização e uniformidade na prática clínica.

2.1 - Apresentação do Caso

O presente relato de caso clínico retrata uma pessoa portuguesa, do sexo feminino, de 71 anos, com 1 filho, reformada (comerciante de produtos de limpeza) e reside sozinha.

Tem como antecedentes pessoais asma brônquica desde a infância; tuberculose pulmonar; ex-fumadora com cessação tabágica em 2022, síndrome apneia obstrutiva do sono sob ventilação mecânica não invasiva no período noturno e história de exposição ocupacional a produtos de limpeza sem uso de proteção.

Inicia quadro de dispneia e tosse produtiva, sendo admitida no internamento de Pneumologia a 17 setembro 2025 com diagnóstico médico de pneumonia e adenocarcinoma do pulmão aloado no lóbulo superior direito em estadio I, outrora diagnosticado em janeiro de 2022. Previamente independente nas atividades de vida diárias (AVD's), orientada e participativa na gestão da sua doença e reabilitação. Autónoma no uso da sua terapêutica inalatória. No decorrer do internamento, apesar das medidas terapêuticas estabelecidas, a doença neoplásica foi progredindo encontrando-se atualmente no estadio III, já com metastização mediastínica, rouquidão e síndrome da veia cava superior (edemas e cianose central), apresentando agravamento de sintomas – dispneia, dependência funcional e desconforto.

Assim, o EEER intervém proporcionando manutenção da função motora, evitando instalação de padrão espástico, alívio respiratório através de RR e promoção de bem-estar através de estratégias não farmacológicas (massagem de relaxamento e linfática).

2.2 - Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Identificaram-se os seguintes diagnósticos de Enfermagem e intervenções de ER estabelecidos em plano de cuidados (quadro 1-5). As avaliações ocorreram em 3 momentos distintos, durante 4 semanas de programa de reabilitação.

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar |
 Estágio Profissionalizante |

Quadro 1- Plano de cuidados de ER, foco: Ventilação

| | |
|--|---|
| Foco: Ventilação | Instrumento Avaliação: Observação; Auscultação; Palpação |
| Diagnóstico Enfermagem: Ventilação comprometida | |
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>Observar tórax</u> (deformidades, coloração, simetrias, 15 minutos antes e após intervenção) - <u>Palpação do tórax</u> (simetria da expansão torácica e do frêmito toraco-vocal, posição da traqueia) - <u>Auscultar tórax</u> (Som respiratório: murmúrio vesicular; ruídos adventícios: estridor; roncos, sibilos, crepitações/fervores, atrito pleural) - <u>Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento</u> (cabeceira 30° a 45°) - <u>Vigiar ventilação</u> (tipo de respiração; frequência; ritmo; profundidade e simetria) - <u>Vigiar respiração</u> (esforço respiratório em repouso/descanso; sinais de desconforto respiratório – cianose central/periférica; uso de músculos acessórios; tiragem) - <u>Observar exame</u> (Gasometria arterial e telerradiografia do tórax) - <u>Executar cinesioterapia respiratória</u> (controlo e dissociação dos tempos respiratórios – 3 sessões (S) 5 repetições (R); reeducação diafragmática – 3S 5R, abertura costal global com recurso a bastão- 3S 5R e seletiva à direita e à esquerda com uso de fita elástica - 3S 5R, exercício de rotação da articulação escapulo-umeral – 1S 5R; expansão torácica com bloqueio contralateral manual – 2S 5R) - <u>Monitorização saturação de oxigénio (SpO2)</u> - <u>Gerir oxigenoterapia (óculos nasais/máscara facial)</u> - <u>Executar técnica através de inspirómetro de incentivo por fluxo (disponível no serviço) - 2S 5R</u> | |
| Resultados Esperados: Melhoria da ventilação; Melhoria do recrutamento da musculatura respiratória, da função diafragmática e da ventilação, Correção de assínergias | |

Elaboração: própria

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar |
Estágio Profissionalizante |

Quadro 2- Plano de cuidados de ER, foco: Limpeza das Vias Aéreas

| | |
|---|---|
| Foco: Limpeza das Vias Aéreas | Instrumento Avaliação: NOC 0410 – Permeabilidade das Vias Aéreas (Moorhead et al., 2018) |
| Diagnóstico Enfermagem: Limpeza das Vias Aéreas ineficaz | |
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>Avaliar permeabilidade das vias aéreas</u> (segundo indicadores da NOC 0410) - <u>Avaliar reflexo de tosse</u> (presença e eficácia) - <u>Executar cinesioterapia respiratória</u> (manobras acessórias de compressão na expiração - 3S 5R e vibrocompressão - 2S 5R; tosse dirigida – 3S 5R, Ciclo ativo de Técnicas Respiratórias - 3S 5R, huffing com técnica de inspiração forçada - 2S 3R) - <u>Executar técnica de posicionamento</u> – 10 minutos (drenagem postural modificada através de decúbitos laterais, com declive da cama de 15° a 20°) - <u>Executar terapêutica inalatória</u> (pMDI com câmara expansora) – conforme prescrição ou SOS - <u>Vigiar expetoração</u> (cor, consistência, quantidade) | |
| Resultados Esperados: Mobilização de secreções; Modificação das propriedades da expetoração; Melhoria do padrão ventilatório e da eficácia da tosse | |

Elaboração: própria

Quadro 3- Plano de cuidados de ER, foco: Intolerância Atividade

| | |
|---|---|
| Foco: Intolerância Atividade | Instrumento Avaliação: Escala de Borg modificada |
| Diagnóstico Enfermagem: | |
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>Avaliar intolerância à atividade</u>, através da escala de Borg modificada - <u>Executar técnica através de inspirómetro de incentivo por fluxo</u> (disponível no serviço) - 2S 5R - <u>Executar técnicas de conservação de energia</u> (consciencialização e controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados) – 2S 5R - <u>Planear repouso durante as AVD's</u> (posição de descanso e relaxamento) - <u>Gerir esforço durante as AVD's</u> (estratégias de conservação de energia) - <u>Otimizar terapêutica inalatória</u> – conforme prescrição ou SOS - <u>Gerir oxigenoterapia</u> (óculos nasais/máscara facial) | |
| Resultados Esperados: Diminuição da dispneia durante as AVD's; Melhoria da dispneia; Redução da hiperinsuflação; Aumento da intolerância ao esforço; Melhoria da capacidade inspiratória e da tosse | |

Elaboração: própria

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar |
Estágio Profissionalizante |

Quadro 4- Plano de cuidados de ER, foco: Gestão do Regime Terapêutico

| | |
|--|--|
| Foco: Gestão do Regime Terapêutico | Instrumento Avaliação: MAT e <i>Checklist</i> Avaliação da Técnica Inalatória |
| Diagnóstico Enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico comprometido | |
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso</u> através de escala MAT - <u>Avaliar gestão do regime medicamentoso</u> através da técnica - <i>checklist</i> da DGS - <u>Ensinar técnica inalatória</u> com ênfase nos passos da <i>checklist</i> incorretos - <u>Treinar técnica inalatória</u> (pMDI sem e com câmara expansora) | |
| Resultados Esperados: Aumentar o conhecimento da terapêutica inalatória; Capacitação da pessoa na gestão terapêutica inalatória; Minimização do impacto da doença na qualidade de vida | |

Elaboração: própria

Quadro 5- Plano de cuidados de ER, foco: Conforto

| | |
|--|--------------------------------------|
| Foco: Conforto | Instrumento Avaliação: ESAS-r |
| Diagnóstico Enfermagem: Bem-estar comprometido | |
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>Executar técnica de relaxamento</u> (consciencialização e controlo e dissociação dos tempos respiratórios; expiração com os lábios semicerrados - 3S 5x; reeducação diafragmática - 5S 5R - <u>Executar massagem de relaxamento</u> 15 minutos (músculos da cintura escapular, pescoço e membros superiores) - <u>Executar massagem de drenagem linfática</u> 20 minutos (presença de edemas nos membros superiores bilateral) - <u>Assistir na gestão da ansiedade</u> - <u>Planear cuidados paliativos com a doente</u> | |
| Resultados Esperados: Reduzir tensão psíquica e muscular; Redução da frequência respiratória, Reduzir a ansiedade, Promover o conforto e tranquilidade | |

Elaboração: própria

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

3 - RESULTADOS

A aplicação das escalas de avaliação foi realizada em 3 momentos distintos (30 de setembro, 15 de outubro e 31 de outubro de 2025), permitindo acompanhar a evolução clínica da pessoa ao longo do tempo. De acordo com Sousa et al. (2023), a avaliação efetuada pelo EEER requer a utilização de instrumentos válidos, fiáveis e sensíveis à mudança, uma vez que os resultados obtidos orientam a tomada de decisão e possibilitam o reajustamento contínuo do plano de cuidados. Por este motivo, os instrumentos de avaliação preenchidos utilizados encontram-se em Anexo II, por conseguinte, os resultados obtidos inerentes à intervenção de ER serão descritos abaixo.

1ª Avaliação - 30/09/2025

Perante a telerradiografia apresentada na imagem 1, constata-se uma abordagem posteroanterior, em ortoestatismo, com penetração suficiente, pois observam-se os discos vertebrais. Evidencia derrame pleural de grande volume no hemitórax direito, determinando opacificação dos campos médio e inferior e obliteramento do seio costofrênico direito, associado a desvio mediastínico para a esquerda. O hemitórax esquerdo apresenta transparência preservada.



Imagem 1 – Telerradiografia do tórax 30/09

À observação a doente apresentava uma respiração torácica com recurso dos músculos acessórios, taquipneia, sem alterações da cor da pele, nem assimetrias. Na auscultação, os sons de murmúrio vesicular eram audíveis em todos os campos do hemitórax à esquerda e no campo médio à direita. No campo superior do hemitórax direito o som predominante era roncós e de atrito pleural no campo inferior (Imagem 1), a SpO₂ era de 94% com aporte de oxigénio por óculos nasais a 2 litro/minuto.

Relativamente ao nível de independência funcional avaliado pela Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) foi de 108 pontos, o que indicava limitação mínima a moderada nas AVD's. Segundo a escala de Borg modificada, a doente apresenta uma dispneia leve 2/10. A aplicação da MAT – Inaloterapia, foi de avaliação única e apresenta segundo os itens avaliados mais incidência sobre os itens “raramente” e “às vezes” evidenciando adesão terapêutica parcial dos inaladores marcada por esquecimento pontual da medicação; dificuldades na integração dos horários terapêuticos na rotina diária; e descontinuação

Patricia Horta | novembro 2025 | ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

intencional do fármaco quando se sente melhor. Quanto à avaliação do conhecimento e capacidade para o uso de inaladores verificada através da *Checklist* de Avaliação da Técnica Inalatória da DGS, sendo a doente, neste período, autónoma na gestão e administração de inalador pressurizado doseável (pMDI), a falha detetada na técnica foi na remoção do contentor cilíndrico da embalagem, de aquecê-lo entre as mãos e recolocá-lo; na realização de uma expiração lenta prévia à administração e expiração forçada após inalação. Com inconformidade também no bochecho com água após inalação.

Quanto à ESAS-r, a sensação de fadiga, de depressão, apetite e bem-estar apresentam valores 6/10, sendo a sensação de falta de ar e ansiedade os valores mais conotados com 7/10.

2ª Avaliação – 15/10/2025

Com a progressão da doença, o tipo de respiração mantinha-se torácica com recurso aos músculos acessórios, taquipneica, taquicárdica, com discreta cianose central devido à síndrome da veia cava superior, com assimetria do tórax, apresentando maior expansão torácica à esquerda. Na auscultação, mantinha murmúrio vesicular em todos os campos do hemitórax à esquerda, porém com apagamento dos sons na base. No hemitórax à direita, permanecia com murmúrio vesicular e roncocal no campo superior e médio. Já no campo inferior direito mantinha-se som de atrito pleural. Encontrava-se bem oxigenada com SpO₂ de 97% e aporte de oxigénio por óculos nasais a 1 litro/minuto.

A pontuação na MIF diminuiu para 90 pontos, refletindo prevalência de ajuda moderada nas AVD's. Aplicada a escala de Borg modificada, o grau de dispneia é considerado moderada 3/10. No que concerne à avaliação do conhecimento e capacidade para o uso de inaladores, segundo a *checklist* da DGS, encontrando-se a doente com agravamento do grau de dependência e da dispneia, considerou-se o uso de câmara expansora para administração autónoma de pMDI. Mantem-se a falha detetada anteriormente na remoção do contentor cilíndrico da embalagem, de aquecê-lo entre as mãos e recolocá-lo; retirar a tampa da embalagem e agitar na posição vertical; incumprimento no tempo respiratório de 5-10 ciclos e mantida inconformidade no bochecho com água após Inaloterapia. A escala ESAS-r apresenta um aumento nos scores na sensação de fadiga, de depressão, apetite e bem-estar para 7/10 e agravamento da sensação de falta de ar e ansiedade para 8/10.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

3ª Avaliação – 31/10/2025

Segundo a telerradiografia do tórax, apresentada na imagem 2, a abordagem é posteroanterior, posição sentada, com penetração adequada visualizando-se as apófises espinhosas. A telerradiografia evidencia grande derrame pleural no hemitórax direito, com opacificação dos campos médio e inferior, obliteramento do seio costofrénico e desvio mediastínico para a esquerda. O hemitórax esquerdo apresenta transparência preservada.



Imagem 2 – Telerradiografia do tórax 30/10

Devido ao agravamento progressivo, e estadiamento da neoplasia em grau III, o tipo de respiração mantinha-se torácica com recurso aos músculos acessórios e tiragem supraclavicular, taquipneica, bradicárdica, com marcada cianose central, acentuada assimetria do tórax à esquerda como compensação ventilatória. À auscultação, mantinha murmúrio vesicular em todos os campos do hemitórax à esquerda, com apagamento dos sons na base.

No hemitórax à direita permanecia com murmúrio vesicular no campo médio. Já no campo superior direito com apagamento de sons e mantinha atrito pleural no campo inferior do hemitórax à direita. Apesar de SpO₂ de 97% com aporte de oxigénio por óculos nasais a 1 litro/minuto, gasometricamente apresentava PCO₂ 60mmHg e maior sensação de dispneia (Imagem 2).

Denota-se um declínio na independência funcional, encontrando-se a doente com necessidade de assistência máxima a total nas suas AVD's – 72 pontos, porém a plenitude da sua capacidade intelectual mantém-se intacta. A dispneia revela-se agravada com 5/10, de acordo com a Borg modificada (dispneia intensa). Por este motivo, não se efetuou o 3º momento de preenchimento da *Checklist* de Avaliação da Técnica Inalatória da DGS, por os inaladores passarem a ser administrados pelos enfermeiros. A escala ESAS-r apresenta um crescente nos scores na sensação de fadiga, de depressão e bem-estar para 8/10, mantendo-se diminuição do apetite em 7/10 e agravamento da sensação de falta de ar e ansiedade para 9/10.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

4 - DISCUSSÃO

A análise dos 3 momentos de avaliação demonstra um agravamento progressivo da limitação funcional, da dispneia e dos sintomas, consistente com a evolução da neoplasia pulmonar avançada (Gonçalves et al., 2024). Na fase inicial, a doente apresentava dependência em grau reduzido (MIF=108) e dispneia leve (Borg=2), embora com adesão terapêutica parcial e falhas na técnica inalatória, justificando a intervenção educativa do EEER segundo a orientação da DGS (2017). Na 2ª avaliação, observa-se aumento do grau de dependência, agora com dependência em grau moderado (MIF=90), e aumento da dispneia (Borg= 3). A intensificação da fadiga e da ansiedade observada na ESAS-r (8/10), traduz a interdependência entre limitação ventilatória, aumento do esforço respiratório e sofrimento emocional, em concordância com o estudo de Gonçalves et al. (2024), que descreve esta associação como um marcador de agravamento clínico em doença oncológica avançada. A adoção da câmara expansora visou otimizar a técnica inalatória e promover maior autonomia na autogestão do tratamento, em consonância com os princípios da *Person and Family Centered Care*, recomendados pela RNAO (2015).

Constata-se na 3ª avaliação um declínio funcional marcado (MIF = 72) e um agravamento significativo da dispneia (Borg = 5), acompanhado pelo aumento da sensação de falta de ar e ansiedade (ESAS-r = 9/10). Perante esta involução, tornou-se necessária a administração da terapêutica inalatória pela equipa de enfermagem, assumindo-se um sistema de autocuidado totalmente compensatório, conforme Teoria do Autocuidado de Orem, citado por Queirós et al., (2014).

Em todas as sessões de reabilitação foi proporcionado conforto através de massagem de relaxamento e de drenagem linfática dos membros superiores. O risco/benefício foi analisado e apesar da contraindicação de massagem linfática em contexto de síndrome de veia cava superior, optou-se por realizá-la dado o prognóstico reservado. (All-Ireland LGDG, pg. 96, 2022). O toque terapêutico e a massagem proporcionaram sensação de alívio e bem-estar à doente.

Esta trajetória reflete uma transição saúde-doença com crescente vulnerabilidade, na qual o EEER assume um papel essencial como facilitador da adaptação, do conforto e do suporte emocional (Meleis, 2010), garantindo a continuidade, a segurança e a dignidade nos cuidados, em consonância com as recomendações da RNAO (2023).

Relato Caso Clínico – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória na Pessoa com Neoplasia Pulmonar | Estágio Profissionalizante |

5 - CONCLUSÃO

O presente relato de caso clínico permitiu evidenciar a relevância da intervenção do EEER na capacitação da pessoa com neoplasia pulmonar para a gestão da função respiratória, numa trajetória marcada pela progressão da doença e pela consequente diminuição da independência funcional. A atuação centrada na pessoa possibilitou diagnosticar, definir objetivos, prescrever intervenções ajustadas e implementá-las, favorecendo a autogestão, a diminuição do impacto sintomático e a promoção do bem-estar.

A análise dos três momentos de avaliação evidenciou um agravamento contínuo da dispneia, da fadiga, da limitação funcional e do sofrimento emocional, refletindo a natureza multidimensional e complexa da neoplasia pulmonar. As intervenções implementadas — reabilitação respiratória, treino da técnica inalatória e ensino para a gestão terapêutica — contribuíram para otimizar a ventilação, otimizar a conservação de energia nas AVD's e proporcionar maior conforto respiratório, apesar da progressão da doença. A crescente dependência motivou a transição de um sistema de autocuidado parcial para totalmente compensatório, conforme Orem. Esta trajetória configura uma transição saúde-doença, segundo Meleis, que requer acompanhamento contínuo, apoio emocional e facilitação da adaptação. Neste processo, o EEER assume um papel central na promoção da dignidade, segurança, conforto e continuidade dos cuidados, em consonância com as orientações da RNAO.

Em síntese, a intervenção especializada do EEER revelou-se fundamental para promover a autonomia possível, aliviar o desconforto respiratório, físico e psicológico e apoiar na adaptação da pessoa à sua condição de saúde, reforçando a importância de uma prática fundamentada, reflexiva e centrada na pessoa e na sua família.

BIBLIOGRAFIA

Alduais, Y., Zhang, H., Fan, F., Chen, J., & Chen, B. (2023). *Non-small cell lung cancer (NSCLC): A review of risk factors, diagnosis, and treatment*. *Medicine*, 102(8), e32899. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032899>

All-Ireland Lymphoedema Guideline Development Group. (2022). *All-Ireland lymphoedema guidelines for the diagnosis, assessment and management of lymphoedema (Version 1/2022)*. Health Service Executive & Lymphoedema Network Northern Ireland. Disponível em: <https://www2.healthservice.hse.ie/organisation/national-pppgs/all-ireland-lymphoedema-guidelines/>

Avancini, A., Sartori, G., Gkoutakos, A., Casali, M., Trestini, I., Tregnago, D., Bria, E., Jones, L. W., Milella, M., Lanza, M., & Pilotto, S. (2020). *Physical Activity and Exercise in Lung Cancer Care: Will Promises Be Fulfilled?* *The Oncologist*, 25(3), e555–e569. Disponível em: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0463>

CARE Group. (n.d.). *The CARE guidelines and related documents*. Disponível em: <https://www.care-statement.org/checklist>

Chen, B., Yan, X., Wang, X. & Mao, Y. (2023). *Effectiveness of precise and quantitative rapid pulmonary rehabilitation nursing program for elderly patients with lung cancer during the perioperative period: A randomized controlled trial*. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 39(2), 572-577. Disponível em: <https://doi.org/10.12669/pjms.39.2.7103>

Conselho de Enfermagem. (2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação* [PDF]. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. *Psicologia Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36220206.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017, 26 de junho). Orientação n.º 010/2017: *Ensino e avaliação da técnica inalatória na asma*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>

Gonçalves, F., Gaudêncio, M., Paiva, I., Rego, F., & Nunes, R. (2024). *Evaluation of emotional distress in oncology palliative patients: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and Palliative Outcome Scale (POS)—A Portuguese cross-sectional study*. *Cancers*, 16(24), 4232. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/cancers16244232>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2023). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – À Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-122). Sabooks - Lusodidacta.

Luo, Y., Luo, J., Su, Q., Yang, Z., Miao, J., & Zhang, L. (2024). *Exploring Central and Bridge Symptoms in Patients with Lung Cancer: A Network Analysis*. *Seminars in Oncology Nursing*, 40(3), 151651. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151651>

Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, (664p). ISBN: 978-0-8261-0535-6

Molassiotis, A., Yates, P., & Yorke, J. (2021). Editorial: *Quality of Life and Side Effects Management in Lung Cancer Treatment*. *Frontiers in Oncology*, 11, 651797. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.651797>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes* (5th ed.). Elsevier

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Setúbal: ESS | IPS. ISBN 978-989-54837-0-9. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/779a9fb6-7b60-4154-b76e-3ad9f38e6369>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática - Reabilitação respiratória*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

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

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) & Comissão Europeia. (2025). *Perfis do cancro por país 2025: Portugal*. Paris: OCDE. Disponível em: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-portugal-2025_699bde59/ffdcd7a9-pt.pdf

Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia. (2016, 27 de abril). *Regulamento (UE) N.º 2016/679 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados*. JO L119, 4-88. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S., & Almeida Filho, A. J. (2014). *Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, IV(3), 157–164. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Em Diário da República, 2ª Série, n. 26, 4744 – 4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio. (2019). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Em Diário da República, 2ª Série, n. 85, 13565 - 13568. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and family-centred care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Disponível em: <https://rmao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). *Transitions in care and services* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Disponível em: <https://rmao.ca/bpg/guidelines/transitions-care-and-services>

Saetan, P., Chaiviboontham, S., Pokpalagon, P., & Chansriwong, P. (2020). *The Effects of the Respiratory Rehabilitation Program on Perceived Self-Efficacy and Dyspnea in Patients with Lung Cancer*. *Asian Nursing Research*, 14(5), 277–285. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.08.010>

Schabath, M. B., & Cote, M. L. (2019). *Cancer Progress and Priorities: Lung Cancer*. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 28(10), 1563–1579. Disponível em: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0221>

ANEXOS

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÁNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO

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

Assunto: Pedido para realização de um **Relato de Caso Clínico** em contexto de estágio

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA

A estudante **Patrícia Alexandra Pereira Horta** da ESSATLA solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do **Estágio Profissionalizante** inserido no **3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSATLA**, a decorrer no serviço de Internamento de Pneumologia do Hospital Egas Moniz, sob orientação do **Professor Coordenador do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Luís Sousa** e sob supervisão clínica da Sra Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Catarina Simões.

Título do estudo: A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Gestão da Função Respiratória com Recurso à Inaloterapia na Pessoa com Neoplasia Pulmonar — Relato de Caso Clínico

Enquadramento: O relato de caso clínico insere-se no Estágio Profissionalizante a decorrer no Serviço de Internamento de Pneumologia do Hospital Egas Moniz, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, integrada no 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica.

No decorrer do estágio, perante a necessidade do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de mestre, surge como essencial a elaboração de um relato caso clínico, tendo por base as respostas humanas da pessoa neste contexto.

Este relato de caso clínico é centrado na experiência de cuidados à pessoa internada no serviço de internamento de pneumologia, com diagnóstico médico de neoplasia pulmonar, dando ênfase à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação respiratória com recurso a inaloterapia. Tem como objetivo descrever a intervenção especializada do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na recuperação respiratória da pessoa internada com neoplasia pulmonar, através da utilização de inaloterapia. E descrever a evidência de resultados em Enfermagem de Reabilitação através dos focos: Ventilação, Intolerância à Atividade, Limpeza das Vias Aéreas, Adesão ao Regime Terapêutico e Bem-Estar. O relato tem como propósito apresentar uma experiência real e contextualizada, evidenciando intervenções específicas e a evolução clínica ao longo do processo, contribuindo para a partilha de boas práticas e o desenvolvimento do conhecimento na área da Enfermagem de Reabilitação.

Metodologia: O relato de caso clínico consiste num estudo descritivo e será elaborado de acordo com as diretrizes metodológicas propostas na Checklist Care do EQUATOR network. Este estudo incluirá, por meio de uma amostragem intencional, uma pessoa internada no serviço de pneumologia, que apresente limitações decorrentes de uma neoplasia do pulmão, com necessidade de reabilitação respiratória e uso de inaladores.

Em anexo apresenta-se também as escalas validada pela Ordem dos Enfermeiros, que se utilizarão nos diferentes momentos de avaliação: Medida de Independência Funcional (MIF); Escala de Borg modificada; Lista de Verificação para Avaliação da Técnica Inalatória da DGEs, Medida de Adesão ao Tratamento (MTA) e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r).

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no relato de caso clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento na área de enfermagem de reabilitação sobre a identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e a execução de uma avaliação do plano delineado em conjunto com a pessoa. A recolha de dados será feita por meio de uma entrevista estruturada, que segue em anexo, durante o decorrer do estágio (de 9 setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados para sua documentação instrumentos de avaliação para identificar as

¹ <https://www.who.int/medicines/ethics-committee/helsinki/1520190224declarationhelsinki.pdf>

² <https://doi.org/10.1002/9781118901261.ch1>

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença
Respiratória Crónica

respostas humanas da pessoa que resultem em limitações na sua atividade e qualidade de vida, podendo ser alvo de intervenção em conjunto com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
A sua participação no relato de caso clínico, terá como benefício melhorar o seu conhecimento e capacidade sobre Ventilação, Intolerância à Atividade, Limpeza das Vias Aéreas, Adesão ao Regime Terapêutico e Bem-Estar, contribuindo para a sua recuperação, alívio de sintomas e também para melhorar a sua qualidade de vida. De ressaltar que não se identificam riscos para a pessoa no caso de aceitar ou recusar participar no relato de caso clínico, na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

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

Confidencialidade e anonimato: Neste relato de caso clínico 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. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um relato de caso clínico. Findo este processo, os dados serão preservados e destruídos de forma definitiva e segura até 30 dias após a avaliação final do relato de caso clínico, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade e atenção, subscrevo-me com elevada consideração,

Patricia Alexandra Pereira Horta

Estudante do Curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação (nº estudante – 202129841; contacto telefónico 918915362; email – 202129841@academia.uatlantica.pt).

Assinatura/s: 

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nome: <u>Anônimo</u> | Sexo: <u>Feminino</u> | Data Avaliação: <u>30/09/2025</u> |
| Idade: <u>32</u> | | |

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

| N I V E I S | Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica) | | SEM ASSISTÊNCIA | | |
|----------------------------|---|-------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%) | | COM ASSISTÊNCIA | | |
| Avaliação | Atividades | Data | 1º Av. | 2º Av. | 3º Av. |
| | Autocuidado | | | | |
| A. | Alimentação | <u>30/09/2025</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>3</u> |
| B. | Higiene pessoal: apresentação e aparência. | | <u>4</u> | <u>3</u> | <u>2</u> |
| C. | Banho: lavar o corpo | | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>1</u> |
| D. | Vestir: metade superior do corpo | | <u>4</u> | <u>3</u> | <u>2</u> |
| E. | Vestir: metade inferior do corpo | | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>1</u> |
| F. | Utilização do vaso sanitário | | <u>4</u> | <u>3</u> | <u>1</u> |
| | Controle dos esfínteres | | | | |
| G. | Controle da urina: frequência de incontinência | | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>3</u> |
| H. | Controle das fezes | | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>3</u> |
| | Mobilidade | | | | |
| I. | Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas | | <u>4</u> | <u>3</u> | <u>1</u> |
| J. | Transferências: vaso sanitário | | <u>4</u> | <u>3</u> | <u>1</u> |
| K. | Transferências: banheira ou chuveiro | | <u>4</u> | <u>3</u> | <u>1</u> |
| | Locomoção | | | | |
| L. | Marcha/Cadeira de rodas | | M <u>5</u> CR <u>2</u> | M <u>3</u> CR <u>2</u> | M <u>2</u> CR <u>1</u> |
| M. | Escadas | | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>1</u> |
| | Comunicação | | | | |
| N. | Compreensão | | A <u>3</u> VI <u>3</u> | A <u>3</u> VI <u>3</u> | A <u>3</u> VI <u>3</u> |
| O. | Expressão | | V <u>3</u> NV <u>3</u> | V <u>3</u> NV <u>3</u> | V <u>3</u> NV <u>3</u> |
| | Conhecimento Social | | | | |
| P. | Interação Social | | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>3</u> |
| Q. | Resolução de Problemas | | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>2</u> |
| R. | Memória | | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>4</u> |
| | Total | | <u>108</u> | <u>90</u> | <u>72</u> |

OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.

| | | |
|---------------|----------------|----------------------------|
| Nome: Anónimo | 1ª Avaliação | |
| Idade: 72 | Sexo: Feminino | Data Avaliação: 30/09/2025 |

ESCALA DE BORG MODIFICADA

| | |
|-----|----------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 0,5 | Muito, muito leve |
| 1 | Muito leve |
| ② | Leve |
| 3 | Moderada |
| 4 | Pouca intensa |
| 5 | Intensa |
| 6 | |
| 7 | Muito intensa |
| 8 | |
| 9 | Muito, muito intensa |
| 10 | Máxima |

| | | |
|--------------|----------------|----------------------------|
| Nome: Anémio | 2ª Avaliação | |
| Idade: 72 | Sexo: FEMININO | Data Avaliação: 15/10/2025 |

ESCALA DE BORG MODIFICADA

| | |
|-----|----------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 0,5 | Muito, muito leve |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderada |
| 4 | Pouca intensa |
| 5 | Intensa |
| 6 | |
| 7 | Muito intensa |
| 8 | |
| 9 | Muito, muito intensa |
| 10 | Máxima |

| | | |
|---------------|----------------|----------------------------|
| Nome: Anónimo | 3ª Avaliação | |
| Idade: 72 | Sexo: Feminino | Data Avaliação: 31/10/2025 |

ESCALA DE BORG MODIFICADA

| | |
|-----|----------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 0,5 | Muito, muito leve |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderada |
| 4 | Pouca intensa |
| 5 | Intensa |
| 6 | |
| 7 | Muito intensa |
| 8 | |
| 9 | Muito, muito intensa |
| 10 | Máxima |

ANEXOS

ANEXO I - Listas de verificação ("checklists") para avaliação da técnica inalatória

Tabela 1. Os 3 passos fundamentais da técnica inalatória

| Inalador de pó seco (DPI) | Inalador pressurizado (pMDI) | Inalador com solução para inalação por nebulização (Respimat®) | pMDI + Câmara expansora Inalação única | pMDI + Câmara expansora Inalação múltipla |
|----------------------------|------------------------------|--|--|---|
| Expiração prévia forçada | | | Sem expiração prévia forçada | |
| Inalação rápida e vigorosa | Inalação lenta e profunda | | Inalação em volume corrente | |
| Apneia final | | | Sem apneia final | |

Tabela 2

a) Inaladores para tratamento da asma na criança:

| | |
|----------|---|
| < 4 anos | inalador pressurizado + câmara expansora com máscara |
| 4-6 anos | inalador pressurizado + câmara expansora com bucal |
| >6 anos | inalador de pó seco OU inalador pressurizado + câmara expansora com bucal |

b) Escolha do tipo de inalador:

| Consegue fazer uma inalação: | Recomendação: |
|------------------------------|------------------------|
| Rápida e vigorosa | DPI |
| Lenta e profunda | pMDI ou Respimat® |
| Ambas | DPI; pMDI ou Respimat® |

Tabela 3. Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI)

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada; | X | |
| 2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente; | | X |
| 3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical); | X | |
| 4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma; | X | |
| 5. Incline ligeiramente a cabeça para trás | X | |
| 6. Efetuar uma expiração lenta; | | X |
| 7. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerossol para os olhos); | X | |
| 8. Começar a inspirar lentamente e aboar o pMDI; | X | |
| 9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total; | X | |
| 10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças); | X | |
| 11. Realizar uma expiração forçada; | | X |
| 12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir; | | X |
| 13. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas. | X | |

Notas:

1. Se tiver sido prescrito mais de uma inalação ("puff"), aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação;

2. Atender ao contador de doses, quando este existe, para aquisição de nova embalagem;

3. Após um intervalo de tempo sem utilização do MDI, e antes da utilização seguinte, devem ser realizadas 3-4 ativações para o ar.

Tabela 4. Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com CE

(adequada ao grupo etário)

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada; | | |
| 2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente; | | |
| 3. Retirar a tampa da embalagem e agitar a embalagem (na posição vertical); | | |
| 4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à CE; | | |

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica



| | | |
|---|--|--|
| 5. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional) (adultos e crianças > 5 anos); | | |
| 6. Câmara expansora com: - Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo; - Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca; | | |
| 7. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma; | | |
| 8. Contar 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada no adulto de 30 segundos ou 5 inspirações na idade pediátrica); | | |
| 9. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da CE e aproveitamento completo da dose administrada; | | |
| 10. Nas CE com apito, se ouvir o som do apito é indicativo de que está a inspirar demasiado rápido; | | |
| 11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face se utilizar máscara. | | |

Notas:
1- Se tiver sido prescrito mais de uma inalação (pMDI) desadapte o bucal ou afaste da face a máscara e aguarde, pelo menos, 30 segundos antes de repetir uma nova inalação.

Tabela 5. Técnica de inalação com inalador de pó seco (DPI)

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada; | | |
| 2. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador; | | |
| 3. Prepare o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI; | | |
| 4. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional); | | |
| 5. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar; | | |
| 6. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca; | | |
| 7. Sustentar a respiração durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (criança); | | |
| 8. Expirar lentamente; | | |
| 9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador; | | |

Atualizada em 01/03/2017 de 26/06/2017

22/14

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica



| | | |
|---|--|--|
| 10. Repita os passos 3, 4, 5, 6, 7 e 8 para novas inalações, caso tenham sido prescritas. Esperar entre 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação; | | |
| 11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade bucal e/ou bochechar com água e deitar fora. | | |

Notas:

1. Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem;
2. Não realizar a expiração forçada com o inalador na boca;
3. Não guardar o inalador na casa de banho;
4. Não lavar o inalador com água ou limpar com pano húmido;
5. Após cada utilização limpar o bucal com lenço de papel.

Tabela 6. Técnica de inalação do Respimat®

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. Expire lenta e profundamente (idealmente até à capacidade de reserva funcional); | | |
| 2. Sele os lábios, ajustando-os à volta do bucal enquanto se inspira lenta e profundamente, pressione o botão de libertação de dose e continue a inspirar lentamente, o máximo que conseguir; | | |
| 3. Sustenha a respiração 10 segundos; | | |
| 4. Expirar lentamente; | | |
| 5. Repita todos os passos para administração da segunda inalação. | | |

Notas:

1. Prepare o inalador antes da primeira utilização e sempre que não o utilizar por um período superior a 7 dias
2. Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem;

2ª Avaliação
15/10/2025

Anónimo - 72 anos
Feminino

ANEXOS

ANEXO I - Listas de verificação ("checklists") para avaliação da técnica inalatória

Tabela 1. Os 3 passos fundamentais da técnica inalatória

| Inalador de pó seco (DPI) | Inalador pressurizado (pMDI) | Inalador com solução para inalação por nebulização (Respimat®) | pMDI * Câmara expansora Inalação única | pMDI * Câmara expansora Inalação múltipla |
|----------------------------|------------------------------|--|---|--|
| Expiração prévia forçada | | | Sem expiração prévia forçada | |
| Inalação rápida e vigorosa | Inalação lenta e profunda | | Inalação em volume corrente | |
| Apneia final | | | Sem apneia final | |

Tabela 2

a) Inaladores para tratamento da asma na criança:

| | |
|----------|---|
| < 4 anos | inalador pressurizado + câmara expansora com máscara |
| 4-6 anos | inalador pressurizado + câmara expansora com bucal |
| >6 anos | inalador de pó seco OU inalador pressurizado + câmara expansora com bucal |

b) Escolha do tipo de inalador:

| Consegue fazer uma inalação: | Recomendação: |
|------------------------------|------------------------|
| Rápida e vigorosa | DPI |
| Lenta e profunda | pMDI ou Respimat® |
| Ambas | DPI; pMDI ou Respimat® |

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica



Tabela 3. Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI)

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada; | | |
| 2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente; | | |
| 3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical); | | |
| 4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma; | | |
| 5. Incline ligeiramente a cabeça para trás | | |
| 6. Efetuar uma expiração lenta; | | |
| 7. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerossol para os olhos). | | |
| 8. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI; | | |
| 9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total; | | |
| 10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças); | | |
| 11. Realizar uma expiração forçada; | | |
| 12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir; | | |
| 13. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas. | | |

Notas:

1- Se tiver sido prescrito mais de uma inalação ("puff"), aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação;

2- Atender ao contador de doses, quando este existe, para aquisição de nova embalagem;

3- Após um intervalo de tempo sem utilização do MDI, e antes da utilização seguinte, devem ser realizadas 3-4 ativações para o ar.

Tabela 4. Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com CE

(adequada ao grupo etário)

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada; | X | |
| 2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente; | | X |
| 3. Retirar a tampa da embalagem e agitar a embalagem (na posição vertical); | | X |
| 4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à CE; | X | |

Protocolo nº 016/2017 de 16.06.2017

7/11

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DGS Direção-Geral de Saúde

| | | |
|---|---|---|
| 5. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional) (adultos e crianças > 5 anos); | X | |
| 6. Câmara expansora com: - Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo; - Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca; | X | |
| 7. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma; | X | |
| 8. Contar 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada no adulto de 30 segundos ou 5 inspirações na idade pediátrica); | | X |
| 9. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da CE e aproveitamento completo da dose administrada; | X | |
| 10. Nas CE com apito, se ouvir o som do apito é indicativo de que está a inspirar demasiado rápido; | X | |
| 11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face se utilizar máscara. | | X |

Notas:

1- Se tiver sido prescrito mais de uma inalação ("puff") desdobre o bucal ou afaste da face a máscara e aguarde, pelo menos, 30 segundos antes de repetir uma nova inalação.

Tabela 5. Técnica de inalação com inalador de pó seco (DPI)

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada; | | |
| 2. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador; | | |
| 3. Prepare o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI; | | |
| 4. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional); | | |
| 5. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar; | | |
| 6. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca; | | |
| 7. Sustentar a respiração durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (criança); | | |
| 8. Expirar lentamente; | | |
| 9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador; | | |

Atualizada em 01/07/2017 de 36/06/2017

2017

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica



| | | |
|---|--|--|
| 10. Repita os passos 3, 4, 5, 6, 7 e 8 para novas inalações, caso tenham sido prescritas. Esperar entre 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação; | | |
| 11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade bucal e/ou bochechar com água e deitar fora. | | |

Notas:

- 1-Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem;
- 2-Não realizar a expiração forçada com o inalador na boca;
- 3-Não guardar o inalador na casa de banho;
- 4-Não lavar o inalador com água ou limpar com pano húmido;
- 5.Após cada utilização limpar o bucal com lenço de papel.

Tabela 6. Técnica de inalação do Respimat®

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. Expire lenta e profundamente (idealmente até à capacidade de reserva funcional); | | |
| 2. Sele os lábios, ajustando-os à volta do bucal enquanto se inspira lenta e profundamente, pressione o botão de libertação de dose e continue a inspirar lentamente, o máximo que conseguir; | | |
| 3 Sustenha a respiração 10 segundos; | | |
| 4. Expirar lentamente; | | |
| 5. Repita todos os passos para administração da segunda inalação. | | |

Notas:

1. Prepare o inalador antes da primeira utilização e sempre que não o utilizar por um período superior a 7 dias
2. Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem;

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nome: <u>Anónimo</u> | 1ª Avaliação | |
| Idade: <u>72</u> | Sexo: <u>FEMININO</u> | Data Avaliação: <u>30/09/2025</u> |

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

| Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|----------------|----------------|------------|--|
| 1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença? | | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 | |
| 2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença? | | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 | |
| 3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor? | | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 | |
| 4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? | | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 | |
| 5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? | | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 | |
| 6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? | | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 | |
| 7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? | | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 | |

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) in Delgado e Lima (2001).

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nome: <u>Anónimo</u> | 1ª Avaliação | |
| Idade: <u>72</u> | Sexo: <u>Feminino</u> | Data Avaliação: <u>30/09/2025</u> |

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------|
| Sem dor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior dor possível |
| Sem fadiga | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior fadiga possível |
| Sem náusea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior náusea possível |
| Sem depressão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior depressão possível |
| Sem ansiedade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior ansiedade possível |
| Sem sonolência | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior sonolência possível |
| Bom apetite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior apetite possível |
| Boa sensação de bem-estar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior mal-estar possível |
| Sem falta de ar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior falta de ar possível |
| Outro Sintoma <u>N/A</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nome: <u>Andréia</u> | 2ª Avaliação | |
| Idade: <u>72</u> | Sexo: <u>Feminino</u> | Data Avaliação: <u>15/10/2025</u> |

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------|
| Sem dor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior dor possível |
| Sem fadiga | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior fadiga possível |
| Sem náusea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior náusea possível |
| Sem depressão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior depressão possível |
| Sem ansiedade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior ansiedade possível |
| Sem sonolência | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior sonolência possível |
| Bom apetite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior apetite possível |
| Boa sensação de bem-estar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior mal-estar possível |
| Sem falta de ar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior falta de ar possível |
| Outro Sintoma <u>N/A</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nome: <u>Anónimo</u> | 3ª Avaliação | |
| Idade: | Sexo: <u>Feminino</u> | Data Avaliação: <u>31/10/2025</u> |

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------|
| Sem dor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior dor possível |
| Sem fadiga | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior fadiga possível |
| Sem náusea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior náusea possível |
| Sem depressão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior depressão possível |
| Sem ansiedade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior ansiedade possível |
| Sem sonolência | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior sonolência possível |
| Bom apetite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior apetite possível |
| Boa sensação de bem-estar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior mal-estar possível |
| Sem falta de ar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Pior falta de ar possível |
| Outro Sintoma <u>N/A</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Apêndice III - Fotografia de Peça Anatômica Pedagógica



Apêndice IV - Fotografias de Kit de Neurologia



Apêndice V - Tabuleiro de Comunicação Aumentativa e Alternativa



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA

TABULEIRO COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA CAA

UCC LUMAR + CUIDAMOS EM REDE

 NÃO QUERO

 QUERO

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
|  VESTIDO |  SAIA |  ESCOVA |  BATON |  T-SHIRT |  BLUSA |
|  CALÇAS |  CALÇÃO |  ESCOVA DE DENTES | |  CASACO |  CAMISOLA |
|  SAPATO |  CHINELOS |  ECHARPE |  CHAPÉU | | |
| | |  MEIAS |  CUECA |  PIJAMA |  ROUPÃO |

Fonte: Google Imagens, 2025

Realizado por: Isabel Matos; Susana Esteves, Marta Esteves; Patricia Horta (aluna ESSATLA- MER) junho/2025

Apêndice VI - Plano de Exercício Físico Personalizado à pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica

| Aquecimento | | Sequência de treino | | | Retorno à calma |
|-----------------------|--------------------------------------|--|-------------------------|----------|-----------------|
| Posição | | Exercício | Nº repetições | | |
| Deitado na cama | Barriga para cima (Dorsal) | 1 Dobrar uma perna de cada vez até 90º (Flexão) Perna esq usar elástico | 5x | 2 séries | |
| | | 2 Levantar o rabo (Ponte) | 5x | 2 séries | |
| | | 3 Elevar braços (Flexão) + peso 0.5kg | 5x | 2 séries | |
| | | 4 Pressão joelho ao peito (Flexão joelhos tórax anterior) | Durante 15 seg | | |
| | De lado (decúbito lateral) dtº e esq | 5 Levantar a perna acima e abaixo (Abdução) | 5x | 2 séries | |
| | | 6 Elevar braços (abdução) + peso 0.5kg | 5x | 2 séries | |
| Sentado na cama | | 7 Sentir o chão c/ os pés e dar passos | 5x | 2 séries | |
| | | 8 Levantar e sentar na beira da cama | 5x | 2 séries | |
| De pé (Posição ereta) | | 9 Caminhar na passareira | Durante 5 min e devagar | | |
| Sentado na scooter | | 10 Rodar tronco para a dtº e esq apoiado na bola de pilatos | 5x | 2 séries | |
| | | 11 Trajeto no exterior/espaco circundante ao prédio | Durante 30 min | | |

Cronograma de atividade semanal

| 2ªfeira | 3ªfeira | 4ªfeira | 5ªfeira | 6ªfeira | Sábado | Domingo |
|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| 1 | 1 7 | 1 | 1 7 | 1 | 1 7 | 1 |
| 2 | 2 8 | 2 | 2 8 | 2 | 2 8 | 2 |
| 3 | 3 9 | 3 | 3 9 | 3 | 3 9 | 3 |
| 4 | 4 10 | 4 | 4 10 | 4 | 4 10 | 4 |
| 5 | 5 11 | 5 | 5 11 | 5 | 5 11 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |

Apêndice VII - Fluxogramas Clínicos na Emergência Pneumológica: Justificação, Relevância e Contributos para a Prática de Enfermagem



3º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Fluxogramas Clínicos na Emergência Pneumológica: Justificação, Relevância e Contributos para a Prática de Enfermagem

Regente da Unidade Curricular: Professor Doutor Luis Sousa
Professor Orientador: Professor Doutor Luis Sousa
Enfermeira Supervisora: Catarina Simão

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante
Serviço de Pneumologia – Hospital Egas Moniz

Elaborado por: Patricia Horta nº 202129841

Barcarena, novembro de 2025

INTRODUÇÃO

A dispneia constitui um dos sintomas mais frequentes e um critério de gravidade no serviço de Pneumologia, exige uma resposta célere, estruturada e tecnicamente adequada por parte da equipa de enfermagem. A literatura reconhece que a ausência de uniformização dos procedimentos em emergências respiratória aumenta o risco de atrasos na intervenção, erros de atuação e variabilidade clínica (Baker et al., 2017). Do mesmo modo, a necessidade de limpeza eficaz das vias aéreas — seja por técnicas de permeabilização, aspiração de secreções ou manobras de otimização ventilatória — é descrita como uma competência no cuidado às pessoas com compromisso respiratório (Andrews et al., 2013). Neste contexto, a criação de fluxogramas operacionais representa uma ferramenta essencial, especialmente para a equipa de enfermagem generalista que diariamente são desafiados com situações de elevada complexidade clínica. A necessidade expressa pela equipa de enfermagem reforça a relevância da implementação de instrumentos práticos, acessíveis e baseados na evidência. Os fluxogramas evidenciam também o papel do EEER perante uma emergência pneumológica e a parceria de cuidados existente entre ele e a equipa de enfermeiros generalistas.

DESENVOLVIMENTO

Os fluxogramas clínicos são amplamente reconhecidos como instrumentos facilitadores na tomada de decisão em contextos de emergência, promovendo a segurança, a standardização dos cuidados e a redução da variabilidade assistencial (Marcos et al., 2015). No âmbito da pneumologia, onde o tempo de resposta é determinante para prevenir o agravamento respiratório, estes algoritmos constituem ferramentas estratégicas para orientar intervenções imediatas, sistematizadas e alinhadas com as melhores práticas.

A dispneia, enquanto experiência subjetiva de dificuldade respiratória com origem multifatorial, exige uma avaliação rápida e estruturada, incluindo análise clínica, monitorização e implementação precoce de medidas terapêuticas (Parshall et al., 2012). Assim, um fluxograma de atuação permite que a equipa identifique sinais de gravidade, adote medidas de posicionamento, otimize a oxigenoterapia, administre inaloterapia prescrita e acione níveis superiores de resposta de forma coordenada.

Do mesmo modo, a limpeza das vias aéreas é crucial na promoção da ventilação eficaz, prevenção de complicações e manutenção da permeabilidade respiratória. Corroborando

Andrews *et al.*, (2013) as técnicas não farmacológicas de clearance das vias aéreas (*ex.* ciclo ativo de respiração, pressão expiratória positiva) são eficazes em melhorar os parâmetros respiratórios e a qualidade de vida dos doentes.

A criação de um fluxograma dedicado à limpeza das vias aéreas garante que a equipa de enfermeiros generalistas disponha de uma orientação sequencial clara, apoiada na evidência e ajustada ao contexto do serviço, promovendo intervenções mais seguras e consistentes (Marcos *et al.*, 2015).

Cada fluxograma delineado destaca a intervenção do EEER em articulação com a equipa de enfermagem, assumindo-se como um elemento de referência para uma resposta célere e eficaz em situações agudas.

Importa reforçar que a elaboração destes fluxogramas surge não apenas como uma proposta integrada no estágio profissionalizante, mas como resposta a uma necessidade real identificada pela própria equipa de enfermagem. A prática clínica demonstra que instrumentos visuais de apoio à decisão aumentam a confiança dos profissionais, agilizam a comunicação interprofissional e contribuem para ganhos em eficiência e qualidade assistencial (Henriques *et al.*, 2024). Assim, ao proporcionar diretrizes claras e uniformizadas, estes fluxogramas atuam como elementos integradores entre conhecimento teórico, prática clínica e segurança do doente.

CONCLUSÃO

A implementação de fluxogramas de atuação na dispneia e na limpeza das vias aéreas reforça a segurança, a qualidade e a consistência dos cuidados em emergências pneumológicas. As padronizações de intervenções apoiam a tomada de decisão, estes instrumentos promovem autonomia, desenvolvem competências e melhoram os resultados em saúde.

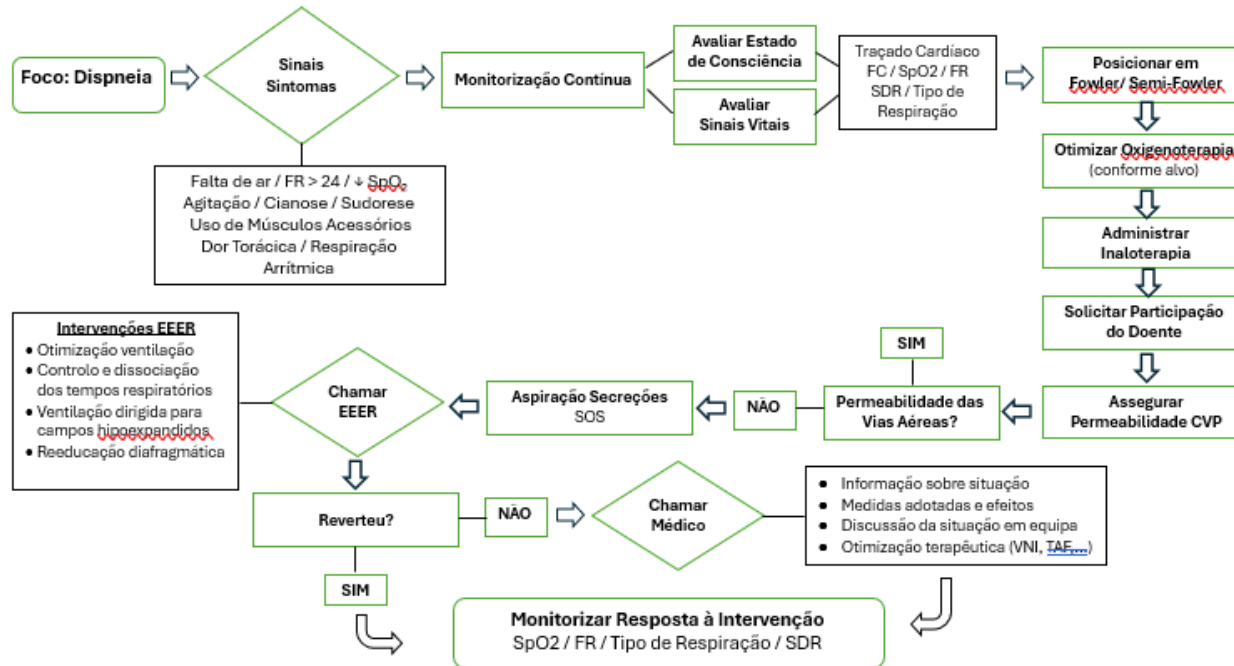
O EEER assume um papel essencial neste processo, integrando técnicas especializadas de reabilitação respiratória, orientando a equipa e prevenindo complicações. Assim, os fluxogramas representam um contributo significativo para uma prática mais eficaz, segura e baseada na evidência.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Doença Respiratória Crónica



Serviço Pneumologia / UVNI

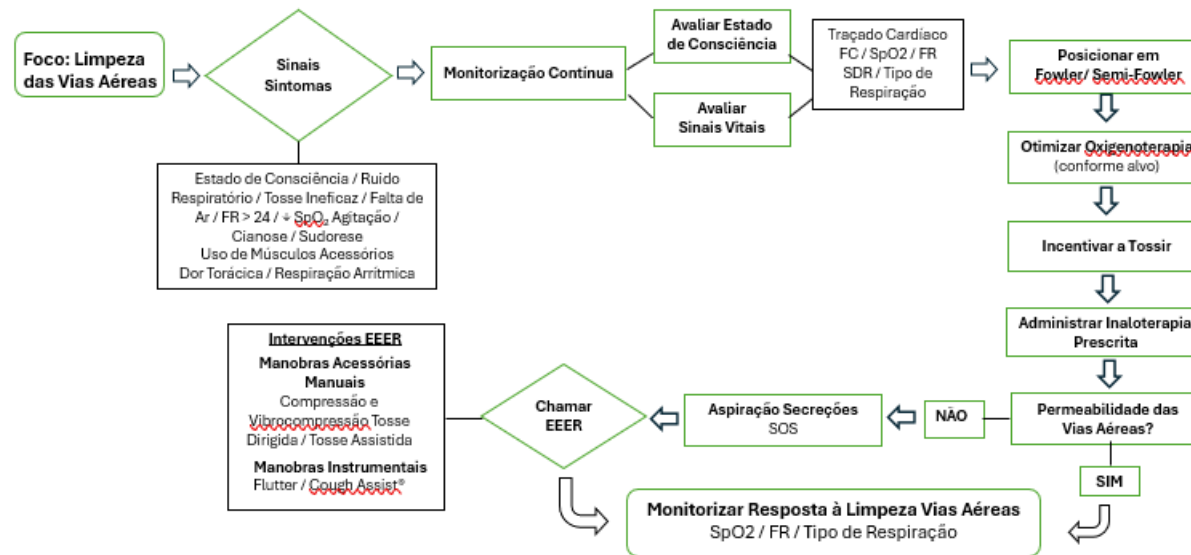
EMERGÊNCIA PNEUMOLÓGICA





Serviço Pneumologia / UVNI

EMERGÊNCIA PNEUMOLÓGICA



BIBLIOGRAFIA

Andrews, J., Krishnaswami, S., McPheeters, M. (2013). Airway clearance techniques: Physiologic mechanisms, indications and outcomes. *Respiratory Care*, 58(10), 1667-1680. <https://doi.org/10.4187/respcare.02704>

Baker, K., DeSanto-Madeya, S., & Banzett, R. B. (2017). Routine dyspnea assessment and documentation: Nurses' perspectives on barriers and facilitators. *BMC Nursing*, 16(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0196-9>

Henriques, M. (2024). Clinical decision-support tools and workflow optimization in respiratory care: A systematic review. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 36, 100325. <https://doi.org/10.1016/j.ijms.2024.03.008>

Marcos, P. J., Huerta, A., & Engler, M. J. (2015). Using standardized care bundles in the emergency department to decrease mortality in patients presenting with community-acquired pneumonia and acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Current Infectious Disease Reports*, 17(2), 458. <https://doi.org/10.1007/s11908-014-0458-1>

Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., O'Donnell, D. E. (2012). An official American Thoracic Society statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435-452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>

Apêndice VIII - Artigo “*Rehabilitation Nursing Care for a Person with Secondary Paraparesis due to Spinal Cord Ischemia: Case Report*” publicado a 25 novembro de 2025 no *International Journal of Neurology* <https://doi.org/10.62486/ijn2025116>



www.ageditor.org

Montevideo, November 25, 2025

Dear authors,

We hereby certify the acceptance —after peer review— of the manuscript titled “*Rehabilitation Nursing Care for a Person with Secondary Paraparesis due to Spinal Cord Ischemia: Case Report*” submitted by *Patricia Horta, Susana Esteves, Nelson Guerra, Sandy Severino, Luis Sousa*, for publication in the Journal *International Journal of Neurology*.

The article has been published on our journal’s website and is available under the following persistent identifier: <https://doi.org/10.62486/ijn2025116>

Once the final layout of the article is available on the journal website, you may freely share the PDF in your scientific social networks, blogs, and/or institutional repositories, given that the article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

International Journal of Neurology is a peer-reviewed scientific journal indexed in CAS, Dialnet and Harvard Library’s catalog HOLLIS. It employs a double-blind review process and aims to promote the dissemination of scientific research from both national and international sources.

On behalf of the journal’s editorial team, we extend our warmest congratulations on this academic achievement.

Dr. Andrew Alberto López Sánchez
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9592-5747>
Editor-in-Chief - *International Journal of Neurology*
ISSN: 0020-7446
<https://ijn.ageditor.uy/>

Karina
Maldonado

Firmado
digitalmente por
Karina Maldonado
Fecha: 2025.11.25
17:28:37 -03'00'



Dialnet

HARVARD
LIBRARY



Crossref

Anexo I - Emissão do Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA, autorização PCE65_2025 de
30 de junho de 2025



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE65_2025

Assunto: Projeto no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação_ Relato de Caso Clínico: “Da Lesão à Reabilitação: O Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Isquemia Medular com Paraparésia”.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 30 de junho de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS
SANTOS
Num. de identificação: 08540466
Data: 2025.06.30 13:58:52+01'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

Anexo II - Emissão do Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA, autorização PCE91_2025
de 02 dezembro de 2025



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE91_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação:
“A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, na Reabilitação Respiratória com
recurso à Inaloterapia na Pessoa com Pneumonia” – Relato de Caso Clínico, no âmbito do
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito
de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada,
respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações. Considerado que
se encontra ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a
garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão
de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 2 de dezembro de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **Maria João de Almeida dos Santos**
Num. de identificação: 08540466
Data: 2025.12.02 16:21:20 +00'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

Anexo III - Cartaz Institucional – Semana da DPOC realizada de 10 a 14 novembro 2025

The poster is for the 'Semana da DPOC' (COPD Week) held from November 10 to 14, 2025. It features the logo of the 'Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental' at the top left. The dates '10 NOV.' and '14 NOV.' are prominently displayed at the top, with an arrow pointing from the 10th to the 14th. The main title 'SEMANA DPOC' is in large, bold letters, with 'SEMANA' highlighted in yellow. Below the title, three diagnostic questions are listed: 'É FUMADOR/A OU EX FUMADOR/A?', 'FICA CANSADO/A A REALIZAR AS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA?', and 'TEM TOSSE OU EXPETORAÇÃO A MAIOR PARTE DOS DIAS?'. To the right, the text reads 'SABE O QUE É A DPOC? APRENDA A GERIR A SUA DOENÇA' and 'FAÇA O SEU RASTREIO GRATUITAMENTE', with 'FAÇA O SEU RASTREIO' highlighted in yellow. A list of five events follows, detailing dates, times, and locations: 10 Nov (Hospital de Egas Moniz), 11 Nov (Hospital de São Francisco Xavier), 12 Nov (Hospital de Santa Cruz), 13 Nov (Centro de Saúde de Oeiras and Restelo), and 14 Nov (USF Vila). At the bottom left, there is a detailed anatomical illustration of human lungs, with various types of green leaves and branches overlaid on the lung structure, symbolizing the connection between nature and respiratory health.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LISBOA OCIDENTAL

10 NOV. → **14 NOV.**

**SEMANA
DPOC**

É FUMADOR/A OU EX FUMADOR/A?
FICA CANSADO/A A REALIZAR AS
ATIVIDADES DO DIA-A-DIA?
TEM TOSSE OU EXPETORAÇÃO A MAIOR
PARTE DOS DIAS?

**SABE O QUE É A
DPOC?
APRENDA A GERIR A
SUA DOENÇA**

**FAÇA O SEU
RASTREIO
GRATUITAMENTE**

10 nov | 9h - 12h, Hospital de Egas Moniz
(junto ao Gabinete do Cidadão)

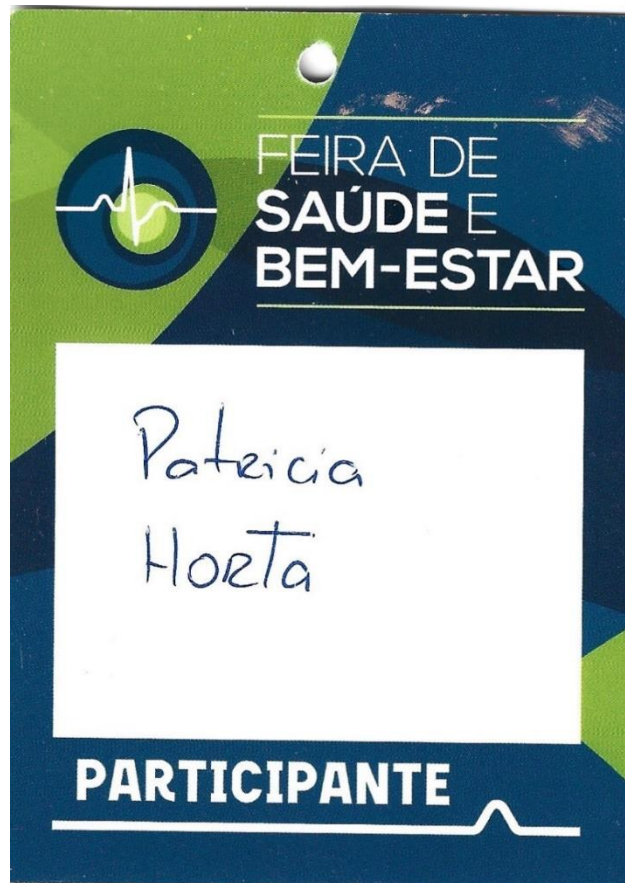
**11 nov | 9h - 12h, Hospital de São
Francisco Xavier**
(junto ao Gabinete do Cidadão - Ed. 2, Piso -3)

12 nov | 9h - 12h, Hospital de Santa Cruz
*(junto às Consultas Externas e elevadores do
Piso -1)*

**13 nov | 9h - 12h, Centro de Saúde de
Oeiras**
**14h - 16h, Centro de Saúde do
Restelo**

14 nov | 9h - 12h, USF Vila
*(nova Unidade de Saúde de Cascais, antigo
edifício das Águas)*

Anexo IV - Feira de Saúde e Bem-Estar, realizada a 10 de outubro de 2025, no Jardim Botânico da Ajuda em Lisboa



Anexo V - Participação nas 1ª Jornadas do Núcleo de ER da ULS Santa Maria realizadas a 06 junho 2025



Anexo VI - Formação da Linde sobre VNI a 02 novembro de 2025



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica que Patricia Alexandra Pereira Horta, natural de França, nascido(a) a 09/02/1981, com o documento de identificação civil (C. C.) n.º 11973119, válido até 10/05/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional

“Ventilação Não Invasiva”

Data de realização: 2 de Outubro de 2025
Duração: 6 horas

Lisboa, 03 de Outubro de 2025

P' A Coordenadora da Unidade de Formação

Assinado por: **Elisabeth Maria Lourenço Pires Lino**
Número de identificação: 07329546
Data: 2025.09.24 23:19:21 +0000

(Sónia Cardoso)

Certificado n.º 0765/2025 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho)
Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação n.º 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde

ULSLO - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-006 Lisboa
Tel.: 21 043 10 00

Anexo VII - Participação nas 2ª jornadas do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, realizadas a 6 de novembro de 2025 com o tema “O presente e o futuro dos EEER nos Centros Especializados”



Anexo VIII - Participação no workshop “RR: Impacto do treino dos músculos respiratórios” nas 2ª jornadas do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, realizada a 6 de novembro de 2025



Anexo IX – Participação nas 1ª Jornadas do Núcleo ER da ULS Lisboa Ocidental realizada a 20 novembro de 2025, com o tema “A Transição de Cuidados de Reabilitação”

