

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A responsabilidade da Enfermagem de
Reabilitação no processo de transição da
pessoa submetida a cirurgia cardíaca**

Ana Margarida Cansado Gomes
2026

Escola Superior de Saúde Atlântica
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

A responsabilidade da Enfermagem de Reabilitação no processo de transição da pessoa submetida a cirurgia cardíaca

Realizado por:

Ana Margarida Gomes nº: 202490020

Orientação:

Professora Sandy Severino

Barcarena

março 2026

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

AGRADECIMENTOS

Ao grupo docente da Escola Superior de Saúde Atlântica, expresso o meu reconhecimento pela dedicação, pela qualidade do ensino lecionado e pelo acompanhamento atento ao longo deste percurso formativo.

Ao Professor Doutor Luís Sousa, coordenador do mestrado, agradeço a liderança, a exigência académica e o contributo para uma formação sustentada no rigor científico e na excelência profissional.

À Professora Sandy Severino, agradeço o profissionalismo, a disponibilidade, o incentivo constante, o carinho e o apoio ao longo deste caminho. A sua orientação foi fundamental não apenas para o desenvolvimento deste relatório, mas também para o meu crescimento enquanto profissional.

À minha enfermeira orientadora, Raquel Rombo, deixo um agradecimento muito especial pelo exemplo de empatia, responsabilidade e dedicação. Foi ao longo deste percurso que compreendi verdadeiramente o significado de ser enfermeira de reabilitação, pela forma como exerce a profissão e pelo cuidado que coloca em cada intervenção. A sua capacidade de motivar, orientar e partilhar conhecimento foi fundamental para o meu crescimento em contexto clínico.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, entreaajuda e partilha de conhecimento. O apoio, as discussões construtivas e os momentos de incentivo mútuo foram fundamentais para tornar esta caminhada mais fácil.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e apoio ao longo deste percurso, facilitando a conciliação entre as exigências académicas e profissionais. Agradeço a vossa disponibilidade, o sentido de equipa e a partilha que sempre demonstraram.

Agradeço, de forma muito especial, a todas as pessoas e respetivas famílias que tive o privilégio de cuidar ao longo deste percurso. Cada encontro foi uma oportunidade de aprendizagem e crescimento, tanto a nível profissional como pessoal. Foi com cada pessoa, que aprofundei o meu olhar enquanto enfermeira e fortaleci o meu compromisso com um cuidar mais consciente, humano e responsável.

À Isabel e ao Vítor, deixo um agradecimento especial por todo o apoio, disponibilidade e preocupação constante ao longo destes meses, tanto a nível profissional quanto pessoal. A presença e o apoio nos momentos mais exigentes fizeram a diferença neste caminho.

Aos meus amigos, agradeço a compreensão pela minha ausência não habitual ao longo deste período de mestrado, bem como as palavras de apoio, amizade e incentivo que foram essenciais nos momentos de maior exigência.

À minha mãe, agradeço o amor pela Enfermagem que me transmitiu de forma tão natural ao longo da vida. O seu exemplo, dedicação e valores foram uma inspiração silenciosa neste percurso. A motivação constante para que continue a crescer e a melhorar, enquanto pessoa e profissional, acompanha-me diariamente e dá sentido a cada conquista alcançada.

À minha avó, deixo um agradecimento cheio de amor. Mesmo não conhecendo em detalhe todo o trabalho desenvolvido ao longo deste tempo, nunca houve um único momento em que não perguntasse como estava a correr o mestrado. A sua preocupação constante, expressa em palavras simples, mas cheias de carinho e força, constituiu um apoio profundamente significativo.

Ao meu sobrinho Tomás, que foi também uma das minhas maiores motivações ao longo deste caminho, deixo o meu agradecimento cheio de carinho. A organização do tempo entre turnos, trabalho e estágio, de forma a conseguir partilhar momentos, apesar da distância, foi um estímulo constante para manter a dedicação. Cada reencontro representou um lembrete do que verdadeiramente importa.

Ao meu amor, que foi o pilar essencial deste percurso e quem me incentivou a iniciar este caminho, deixo o meu mais sincero agradecimento pela presença, compreensão, ajuda e motivação. Foi o meu refúgio nos períodos de maior cansaço e quem contribuiu para tornar este percurso mais leve e equilibrado. Esta conquista reflete também esse amor e esse apoio incondicional, sendo, por isso, uma vitória que sinto como nossa.

A todos, deixo o meu profundo agradecimento por terem sido parte essencial deste percurso.

RESUMO

Introdução: A construção do conhecimento deve ser contínua, acompanhar a complexidade das intervenções, refletir transformações e evidenciar novos caminhos que conduzam à excelência dos cuidados. Este relatório pretende enquadrar a aquisição de competências, com foco na responsabilidade do enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, para que esta tenha uma transição segura.

Objetivos: Descrever o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão das transições da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, na fase pré-operatória, pós-operatória e de preparação para alta, destacando o impacto na recuperação da funcionalidade, prevenção de complicações e capacitação para o autocuidado.

Metodologia: O processo metodológico foi sustentado por uma análise crítico-reflexiva da prática clínica, desenvolvida em contexto comunitário e hospitalar, orientada pelos referenciais teóricos das Transições e dos Cuidados Centrados na Pessoa, enquanto enquadramento conceptual estruturante para a fundamentação do desenvolvimento e aquisição de competências.

Resultados: A aquisição e o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre consolidaram-se através da integração e mobilização de conhecimentos teórico-práticos ao longo do estágio profissionalizante, num processo sustentado de reflexão crítica e aperfeiçoamento da prática clínica. A implementação de programas estruturados de enfermagem de reabilitação demonstrou ganhos significativos na funcionalidade e na capacitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, favorecendo a prevenção de complicações pós-operatórias, a promoção da autonomia e do autocuidado, bem como uma preparação segura para a alta, assegurando a continuidade dos cuidados e uma adaptação eficaz à nova condição de saúde.

Conclusão: A reflexão crítico-reflexiva constituiu um processo fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências, sustentando uma prática clínica consciente, fundamentada e orientada para a melhoria contínua dos cuidados. O trabalho desenvolvido ao longo do mestrado de enfermagem de reabilitação, suportado por numa metodologia científica, evidencia não só a consolidação dessas competências, como também ganhos em saúde na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; cirurgia cardíaca; pré-habilitação; transições; complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

Introduction: The construction of knowledge should be continuous, keeping pace with the complexity of interventions, reflecting transformations, and highlighting new pathways that lead to excellence in care. This report aims to frame the development of competencies, with a focus on the responsibility of the Specialist Nurse in Rehabilitation for patients undergoing cardiac surgery, ensuring a safe transition.

Objectives: To demonstrate the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation in managing transitions for patients undergoing cardiac surgery during the preoperative, postoperative, and discharge preparation phases, highlighting the impact on functional recovery, prevention of complications, and empowerment for self-care.

Methodology: The methodological process was underpinned by a critical-reflective analysis of clinical practice, carried out in both community and hospital settings, guided by the theoretical frameworks of Transitions and Person-Centred Care, serving as a structuring conceptual framework to support the development and acquisition of competencies.

Results: To describe and consolidation of common, specific, and master-level competencies were achieved through the integration and application of theoretical and practical knowledge during the professional internship, in a process supported by critical reflection and clinical practice improvement. The implementation of structured rehabilitation nursing programs demonstrated significant gains in patient functionality and empowerment, particularly for individuals undergoing cardiac surgery, promoting the prevention of postoperative complications, autonomy, self-care, and safe discharge, while ensuring continuity of care and effective adaptation to the new health condition.

Conclusion: Critical-reflective practice proved to be a fundamental process in the development and consolidation of competencies, supporting a conscious, evidence-based, and practice-oriented approach aimed at the continuous improvement of care. The work developed throughout the Master's in Rehabilitation Nursing, grounded in scientific methodology, demonstrates not only the consolidation of these competencies but also health gains for patients undergoing cardiac surgery.

Keywords: Rehabilitation nursing; cardiac surgery; prehabilitation; transitions; postoperative complications.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. APRECIACÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO	5
2.1. CONTEXTO COMUNITÁRIO - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	5
2.2. CONTEXTO HOSPITALAR – SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA.....	7
2.3. CONTEXTO HOSPITALAR – SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	9
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
3.1. DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	13
3.2. PRÉ-HABILITAÇÃO	14
3.3. CIRURGIA CARDÍACA	18
3.4. COMPLICAÇÕES PÓS CIRURGIA CARDÍACA.....	20
3.5. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	22
3.7. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	31
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO.....	45
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	51
5. ANÁLISE SWOT	53
6. CONCLUSÃO	57
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	i
Apêndice I – A pessoa submetida a artroplastia da anca: Relato de caso clínico.....	iii
Apêndice II – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Relato de caso clínico.....	xxxi
Apêndice III – Deglutição comprometida – disfagia.....	lxxvii
Apêndice IV - T.P.C. da Enfermagem de Reabilitação	lxxxix
Apêndice V - Short communication “Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings”	xc
Apêndice VI – Capítulo 4: Intervenções de Enfermagem no Adulto com Fibrose Quística	xciii
ANEXOS	xciv
Anexo I – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, consentimento informado e parecer da Comissão de Ética	xcv
Anexo II – Certificado de Formação profissional: “A Segurança do Utente e Profissionais na Prestação de Cuidados de Saúde”	ci
.....	ci
Anexo III - 1ª Jornadas da ULS Lisboa Ocidental: “A Transição de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”	ciii

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

BO – Bloco Operatório

BPM – Batimentos por minuto

CATR - Ciclo Ativo Das Técnicas Respiratórias

CC – Cirurgia Cardíaca

CCP – Cuidados Centrados na Pessoa

CCT – Cirurgia Cardiotorácica

CPM – Ciclos por minuto

CPP – Complicações pós-operatórias

DCV – Doença Cardiovascular

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EOT – Entubação Orotraqueal

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

FA – Fibrilhação Auricular

FITT-VP - *Frequency, Intensity, Time, Type, Volume, Progression*

GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

LMERT – Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MRC – Escala *Medical Research Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Plano de Cuidados

PDCEER – Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem Da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

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

RCC – Relato de Caso Clínico

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNAO – *Registered Nurses' Association of Ontario*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*

TVM – Traumatismo vertebromedular

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT – Unidade de cuidados Intermédios

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio Profissionalizante constitui um requisito fundamental para a conclusão do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre e título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A sua elaboração permite-me descrever, analisar criticamente e refletir sobre o percurso formativo desenvolvido em contexto de prática clínica especializada, evidenciando a consolidação de conhecimentos, competências e atitudes inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER).

Este relatório decorre das experiências vivenciadas em contexto hospitalar, onde participei na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados na pessoa com alterações do processo cardiorrespiratório e neurológico, e em contexto comunitário, onde desenvolvi intervenções direcionadas à reabilitação de pessoas com alterações do processo ortopédico e neurológico. Estes ambientes formativos proporcionaram-me a oportunidade de mobilizar conhecimentos adquiridos ao longo da formação, aplicando-os em situações clínicas complexas e dinâmicas, orientadas para a maximização da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Ao longo do estágio, fui desafiada a aplicar e integrar a melhor evidência científica disponível, a aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como a desenvolver pensamento crítico face às implicações éticas e sociais inerentes à prática profissional. Paralelamente, tive a oportunidade de adquirir e consolidar competências de avaliação e intervenção em Enfermagem de Reabilitação (ER), promovendo também o desenvolvimento de aprendizagens através da supervisão e partilha de conhecimentos com outros profissionais.

De acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros, este relatório deve evidenciar o desenvolvimento de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) e específicas do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 392/2019) (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), e demonstrar as competências inerentes ao grau de Mestre, conforme estipulado no Decreto-Lei n.º 65/2018. Neste sentido, o presente documento não se limita a descrever as atividades realizadas, mas integra uma reflexão crítica fundamentada no pensamento teórico de enfermagem e na evidência científica atual, constituindo um contributo para o avanço da prática clínica e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em ER.

Esta fase do percurso formativo ocorreu no segundo ano, constituindo a base para a elaboração do presente relatório. Esta fase desenvolveu-se em duas unidades hospitalares distintas da Região de Lisboa. A primeira experiência teve lugar no serviço de cirurgia cardiorrespiratória (CCT), onde acompanhei a pessoa com patologia cardíaca no período pré e pós-operatório (o processo cardiorrespiratório

assumiu maior representatividade em termos de horas de prática). A segunda fase decorreu no serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) de um hospital da área da Grande Lisboa, onde prestei cuidados a pessoas com alterações neurológicas, orto-traumatológicas e degenerativas, com particular enfoque na promoção do autocuidado.

Nas últimas décadas, a evolução científica e tecnológica, aliada ao envelhecimento progressivo da população, tem contribuído para o aumento significativo do número de pessoas que vivem com condições crónicas e limitações funcionais. Neste cenário sociodemográfico, a intervenção do EEER assume particular relevância, tornando-se essencial tanto para a comunidade em geral como para a pessoa com necessidades específicas de cuidados. Torna-se, assim, cada vez mais evidente a urgência em ampliar a oferta de cuidados de reabilitação, reconhecendo-se que a intervenção especializada em ER constitui um direito inquestionável das pessoas, das famílias e da sociedade. (Pestana, 2023a)

Considerando que a demonstração do desenvolvimento de competências em ER exige a análise aprofundada de uma temática central relacionada com o contexto de estágio profissionalizante, tornou-se necessário selecionar um foco de intervenção que refletisse a prática especializada desenvolvida. A escolha do tema resultou tanto do interesse pessoal, como da experiência profissional prévia, sustentada pelo contacto quotidiano com a pessoa com comprometimento do processo cardiorrespiratório no meu contexto de exercício profissional.

Deste modo, o planeamento das estratégias de intervenção e a consolidação de competências foram orientados para a área da cirurgia cardíaca, destacando-se a temática: A responsabilidade da Enfermagem de Reabilitação no processo de transição da pessoa submetida a cirurgia cardíaca (CC), com enfoque nas intervenções desenvolvidas durante o período pré e pós-operatório. Pretendeu-se, assim, evidenciar o contributo do EEER para a preparação, acompanhamento e recuperação funcional da pessoa ao longo de todo o processo cirúrgico.

No âmbito da prática especializada em ER, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados constituem um referencial essencial que orienta intervenções seguras, eficazes e fundamentadas na evidência, assegurando a promoção da autonomia, a prevenção de complicações e a melhoria dos resultados em saúde. Estes padrões estabelecem critérios de excelência que guiam a atuação do enfermeiro especialista, garantindo que os cuidados prestados contribuem efetivamente para o bem-estar e a funcionalidade da pessoa. Complementarmente, a norma da *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) intitulada “*People-Centred Care*” reforça esta perspetiva de qualidade, ao enfatizar a importância da parceria terapêutica, da comunicação empática e da participação ativa da pessoa nas decisões sobre o seu cuidado. Ao integrar estes referenciais —um nacional e outro internacional— o presente relatório sustenta a prática de ER num modelo de cuidados que valoriza simultaneamente a

excelência técnica, a segurança, a dignidade e o envolvimento da pessoa, orientando uma intervenção especializada verdadeiramente centrada nas suas necessidades, objetivos e experiência. (Martins et al., 2018; RNAO, 2025)

Tendo em consideração as competências específicas, comuns e de mestre desenvolvidas ao longo do percurso formativo, este relatório tem como objetivos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, 2019b):

1. Descrever o desenvolvimento de aquisição de competências: comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre;
2. Refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, nos contextos comunitário e hospitalar;
3. Evidenciar e descrever a intervenção do EEER na pessoa submetida a CC.

O relatório encontra-se organizado de acordo com as orientações definidas pela Unidade Curricular (UC), iniciando-se com a caracterização dos contextos de estágio, com especial enfoque no contexto hospitalar, seguida do respetivo enquadramento conceptual sustentado em literatura atual e pertinente. A problemática definida será analisada e interpretada à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, dos cuidados centrados na pessoa (CCP) de McCance e McCormack e das orientações da RNAO sobre cuidados centrados na pessoa, que constituem o referencial teórico para a compreensão e discussão das intervenções implementadas ao longo do estágio profissionalizante.

De seguida, desenvolve-se uma apreciação crítico-reflexiva do percurso formativo, evidenciando as competências adquiridas e aprofundadas durante a prática clínica, integrando as competências EEER, as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e as competências de mestre, nomeadamente no domínio da análise crítica, tomada de decisão fundamentada e integração da evidência científica na prática avançada.

Por fim, integra-se uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*), que permitirá identificar fatores internos e externos que influenciaram o desenvolvimento de competências, salientando forças e oportunidades que potenciaram a aprendizagem, bem como fraquezas e ameaças que condicionaram o processo formativo.

O presente relatório foi elaborado em conformidade com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2021), constantes no documento orientador para a componente clínica do mestrado em Enfermagem, visando o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do título de EE. Adicionalmente, o relatório respeita as normas institucionais da Escola Superior de Saúde Atlântica

(ESSATLA), adotando a referenciação bibliográfica de acordo com a 7.ª edição das normas da *American Psychological Association* (APA).

2. APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO

As análises dos contextos têm como finalidade descrever e enquadrar os diferentes contextos clínicos onde decorreram os estágios. Ao longo deste período formativo, tive a oportunidade de implementar planos de cuidados que elaborei de forma individualizada e dinamizar atividades, que permitiram desenvolver as competências previstas para a formação em mestrado e para o exercício futuro enquanto EEER.

2.1. CONTEXTO COMUNITÁRIO - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A primeira etapa da componente prática decorreu em contexto comunitário, especificamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) localizada na área da grande Lisboa, onde as intervenções de ER se centraram na pessoa submetida a cirurgia ortopédica e na pessoa com alterações decorrentes do processo neurológico. Este ambiente possibilitou a prestação de cuidados diferenciados no domicílio e na comunidade, orientados para a recuperação funcional, prevenção de incapacidades, adaptação ao contexto específico, promoção da autonomia em colaboração com a família/cuidador, uma vez que sem ela não era possível a continuidade de cuidados, mostrando-se fundamental para o processo de reabilitação seguro e eficaz.

A UCC caracteriza-se por uma equipa multidisciplinar, constituída por EE nas áreas de Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária, Enfermagem de Saúde Mental, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação, integrando ainda um fisioterapeuta, um nutricionista, um higienista oral, duas técnicas de serviço social e dois psicólogos. Atualmente, a UCC não dispõe de médico na sua composição, sendo a responsabilidade clínica de cada pessoa assegurada pelo respetivo médico de família da Unidade de Saúde Familiar (USF) à qual se encontra inscrito.

A UCC desenvolve um conjunto de programas e projetos de intervenção comunitária, dos quais se destacam:

- O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- O Programa de Saúde Escolar, no qual se evidencia a intervenção do EEER na promoção da saúde postural dos jovens, nomeadamente no que concerne à prevenção de alterações posturais associadas ao transporte inadequado de mochilas escolares;
- Programa de Cuidados Continuados Integrados, através da realização de ações de formação sobre diversas temáticas dirigidas à comunidade (pessoa, família e cuidadores informais), com enfoque na capacitação para a vivência com diferentes patologias e na adoção de cuidados

adequados, nomeadamente no que se refere à diabetes, doença cardíaca, hipertensão arterial, ostomia intestinal e prevenção de quedas;

- O Programa Nacional de Saúde Oral.

No desenvolvimento da sua atividade, a UCC estabelece parcerias com diversas entidades da comunidade, designadamente a Junta de Freguesia, a Câmara Municipal de Lisboa, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, outras unidades da Unidade Local de Saúde (ULS), a Polícia de Segurança Pública, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Instituições Particulares de Solidariedade Social e estabelecimentos de ensino.

A referenciação para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é efetuada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA), durante o internamento hospitalar da pessoa, mediante o preenchimento do Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Após a referenciação, e desde que cumpridos os critérios de admissão, procede-se ao encaminhamento para a UCC. Os critérios de referenciação assentam na presença de situações de fragilidade, limitação funcional grave, agudização de doença crónica, doença aguda ou necessidades de cuidados paliativos, que impliquem a prestação de cuidados diários, com duração superior a 1h30 e/ou frequência superior a três vezes por semana, bem como necessidades específicas de reabilitação, fisioterapia, psicologia e capacitação do cuidador informal.

A referenciação poderá igualmente ser efetuada pelas Unidades de Internamento da RNCCI, bem como pelas USF e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

A intervenção do EEER na UCC decorre em dias úteis, no horário compreendido entre as 9h00 e as 16h00, estando atualmente um único EEER. A maior prevalência de atuação deste profissional verifica-se junto de pessoa submetida a cirurgia ortopédica, maioritariamente na sequência de quedas que resultam em fraturas, constituindo este o principal grupo-alvo da intervenção.

A intervenção do EEER é desenvolvida em estreita articulação com a fisioterapeuta da equipa, sendo o plano de cuidados delineado de forma integrada e complementar. Esta articulação permite a organização dos cuidados de modo alternado, garantindo que a pessoa beneficia, em dias distintos, da intervenção do EEER e da fisioterapia, promovendo a continuidade dos cuidados, a maximização do potencial funcional e a prevenção de complicações associadas à imobilidade.

Para além da área ortopédica, a intervenção do EEER estende-se à área neurológica, incidindo sobre pessoas com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) com sequelas neurológicas, bem como doenças neurológicas degenerativas, tais como a Doença de Parkinson e a Esclerose Lateral

Amiotrófica. Nestes contextos, a atuação do EEER centra-se na promoção e manutenção da funcionalidade, da atividade e da participação, na prevenção de incapacidades e complicações secundárias, na readaptação funcional e na capacitação da pessoa e da família, visando a gestão das limitações decorrentes da evolução do processo de doença e a maximização da independência.

A intervenção especializada do EEER integra a implementação de programas individualizados de reabilitação, contemplando o treino das atividades de vida diária (AVD), o treino de equilíbrio e marcha, a reeducação funcional, a prevenção de quedas e a prevenção de complicações associadas à imobilidade. Paralelamente, o EEER procede à avaliação das condições do domicílio, identificando barreiras arquitetónicas e fatores ambientais que possam comprometer a segurança e a independência da pessoa, intervindo na adequação do espaço habitacional através da recomendação de adaptações domiciliárias e produtos de apoio, bem como da reorganização do ambiente físico.

É fundamental a capacitação da pessoa, da família e/ou do cuidador informal, através da educação para a saúde, do ensino de técnicas facilitadoras da mobilidade e da promoção de estratégias de segurança, com o objetivo de potenciar a independência, assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

2.2. CONTEXTO HOSPITALAR – SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

O estágio decorreu num serviço de CCT de uma ULS da área da grande Lisboa, onde são admitidas pessoas que serão submetidos a CC, eletivamente ou transferidos de outra unidade hospitalar.

Apresenta-se como contexto altamente diferenciado que integra recursos humanos, físicos e organizacionais direcionados para a prestação de cuidados complexos.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, sendo a equipa de enfermagem constituída por 40 elementos: 2 Enfermeiras Gestoras; 3 Enfermeiras de EEER, 2 delas estritamente responsáveis pela prestação de cuidados de ER. O serviço de CCT conta ainda com 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica, sendo os restantes generalistas. A restante equipa é constituída da seguinte forma: 16 assistentes operacionais, 1 assistente social, 2 técnicos administrativos, 1 dietista, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta da fala (presente 2 vezes por semana, quando solicitada pela equipa médica ou de enfermagem) e equipa médica, constituída: cirurgiões e cardiologistas.

Relativamente à equipa de reabilitação do serviço de CCT, como foi referido acima, esta é formada por

2 enfermeiras, que só prestam cuidados de ER, exercem funções durante o turno da manhã (todos os dias da semana à exceção de sábado) e fica 1 EEER responsável pelos cuidados da Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) e outra pelos cuidados na enfermaria, com rotatividade semanal. O segundo elemento do serviço também é EEER, mas as suas funções prendem-se exclusivamente com a gestão do serviço.

O serviço dispõe de uma enfermaria com 16 camas e como monitorização cardíaca contínua – telemetria, e uma UCINT com 8 vagas (incluindo 2 quartos de isolamento) com monitorização contínua. Habitualmente é admitida na UCINT a pessoa transferida da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) após ser submetida CC, que ainda apresentem alguma instabilidade hemodinâmica ou ainda apresentem dispositivos médicos (p.e. drenagem torácica, terapêutica em perfusão contínua), pessoa submetida a transplante cardíaco (quarto de isolamento) e ainda a pessoa que tenha apresentado complicações pós-operatórias: do foro neurológico – acidente vascular cerebral, e complicações respiratórias que tenham necessidade de realizar ventilação não invasiva.

O EEER assume uma responsabilidade no seio da equipa multidisciplinar, no acompanhamento e prestação de cuidados à pessoa submetida a CC, tanto no período pré como no pós-operatório. Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa e família, promovendo a implementação de atividades direcionadas para a otimização das suas capacidades funcionais, de modo a favorecer o desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando simultaneamente a sua independência, rendimento, desenvolvimento pessoal e consequentemente na qualidade de vida. (Ordem dos Enfermeiros, 2019b)

Na fase de acolhimento no serviço de CCT, o EEER desempenha um papel fundamental na avaliação dos conhecimentos prévios da pessoa, adaptando a informação às suas necessidades individuais e promovendo a aprendizagem gradual, o esclarecimento de dúvidas e o desenvolvimento da autonomia nos cuidados. Esta abordagem foi alinhada com as recomendações da RNAO (2025) e com as Competências Comuns e Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, 2019b) através de estratégias concretas, tais como: a identificação das lacunas de conhecimento da pessoa sobre a sua condição clínica; a utilização de linguagem adaptada ao grau de escolaridade e literacia em saúde; a demonstração prática de técnicas de autocuidado; supervisão progressiva das AVD's, permitindo à pessoa adquirir confiança e competência na autogestão dos cuidados.

Estas intervenções refletem uma abordagem claramente centrada na pessoa, na medida em que reconhecem e valorizam a experiência prévia, os objetivos individuais e o ritmo de cada pessoa, envolvendo-a de forma ativa na tomada de decisão relativamente aos cuidados prestados. (McCance

& McCormack, 2025)

Ao promover a autonomia, a responsabilização e a literacia em saúde, a atuação do EEER evidencia que a centralidade da pessoa transcende a mera transmissão de informação, concretizando-se na construção colaborativa de estratégias de autocuidado, sempre com respeito pela dignidade, pelas preferências e pelas necessidades específicas de cada pessoa. (RNAO, 2025)

Ainda é da responsabilidade da EEER a dinamização de sessões de ginástica laboral 2 vezes por semana pelas 8h30, contando com a participação de enfermeiros do turno da noite e da manhã, assistentes operacionais, dietista, técnica de análises, variando a adesão a cada sessão. São ainda responsáveis pela realização da formação “Prevenção das Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)” a nível da instituição hospitalar.

2.3. CONTEXTO HOSPITALAR – SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

A última etapa do estágio decorreu num serviço de MFR de uma ULS da área da grande Lisboa, destinado à reabilitação de pessoas em idade adulta com condições de saúde associadas a alterações da funcionalidade.

A admissão no internamento de MFR depende de uma avaliação médica prévia, realizada de acordo com critérios clínicos específicos, sendo as pessoas encaminhados a partir de diferentes serviços de internamento da própria ULS ou de outras unidades hospitalares. Relativamente à caracterização da população, verifica-se uma predominância de pessoas com sequelas de AVC isquémico e/ou hemorrágico, traumatismo vertebromedular (TVM), traumatismo crânio encefálico grave e doenças neurológicas degenerativas.

Apesar do enfoque predominante nas patologias neurológicas e ortotraumatológicas, foi possível desenvolver intervenções de ER em diversas áreas, nomeadamente respiratória, motora, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade. Destaca-se, contudo, que o principal foco de intervenção do EEER incide na promoção e reeducação dos autocuidados.

O serviço de internamento de MFR dispõe de 18 camas, distribuídas por quatro quartos. A equipa multidisciplinar é composta por 6 EEER, 2 EE em Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 11 enfermeiros generalistas. Integra ainda médicos especialistas em MFR e fisiatras, técnicos auxiliares de saúde, dietista, assistente social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e serviço religioso.

Existe uma articulação estreita entre o internamento de MFR e os diferentes contextos terapêuticos, como o ginásio, a piscina e as áreas de terapia da fala e terapia ocupacional. Esta articulação encontra-se devidamente organizada e calendarizada, estando definidos os horários de encaminhamento para as diferentes terapias. A planificação das intervenções é realizada de forma individualizada, considerando a condição clínica de cada pessoa e as áreas com maior necessidade de desenvolvimento e reforço de competências funcionais.

No serviço de MFR, é prática habitual, sempre que reunidas as condições clínicas e sociais, as pessoas realizarem saídas temporárias ao domicílio durante o fim de semana. Esta estratégia permite que a pessoa se confronte com as dificuldades reais do seu contexto habitacional e funcional, possibilitando a sua identificação e posterior comunicação à equipa de enfermagem. As limitações e desafios vivenciados, quer pela própria pessoa quer pelo cuidador e/ou família, são posteriormente analisados e trabalhados em conjunto nos dias seguintes, através da adaptação de estratégias, desenvolvimento de novas ferramentas e reforço dos autocuidados. Este processo facilita a consciencialização para a nova realidade funcional e evidencia a intervenção fundamental do EEER na promoção da autonomia e preparação para o regresso ao domicílio.

O internamento em MFR integra o projeto “Cuidando – cuidadores informais: o caminho para a independência”, dinamizado por EEER, com o objetivo de capacitar cuidadores informais e/ou família para uma transição segura e eficaz do hospital para o domicílio. O projeto centra-se no fortalecimento da autonomia do cuidador e na garantia da continuidade dos cuidados após a alta, prevenindo complicações associadas à dependência funcional.

A intervenção decorre semanalmente, envolvendo a pessoa internada e o respetivo cuidador, e assenta no desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados nas AVD’s. Para assegurar coerência nos ensinamentos, foi promovida a uniformização da informação transmitida por toda a equipa de enfermagem, pela equipa de EEER, através de formações no serviço e elaboração de folhetos.

No contexto do internamento em MFR, o autocuidado assume-se como eixo central da intervenção especializada em ER. Compete ao EEER avaliar os défices funcionais, definir objetivos individualizados e implementar programas de reabilitação ajustados às necessidades, capacidades e contexto da pessoa. A intervenção é centrada na promoção da participação ativa no processo de reabilitação, visando o desenvolvimento ou a readaptação das competências necessárias ao desempenho das AVD’s e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD’s). (António et al., 2025)

A intervenção do EEER assume especial relevância nos processos adaptativos da pessoa após o declínio funcional, potenciando capacidades remanescentes e promovendo estratégias adaptativas que favorecem a independência e o autocuidado.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

3.1. DOENÇA CARDIOVASCULAR

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem um grupo de patologias que afetam o coração e os vasos sanguíneos, comprometendo a sua função mecânica e hemodinâmica. Incluem, entre outras, a doença coronária, a doença valvular cardíaca, a insuficiência cardíaca e outras alterações estruturais ou funcionais do coração. Trata-se de condições de carácter crónico e de elevada prevalência, cujo impacto aumenta progressivamente com o envelhecimento populacional, em que a incidência na Europa ronda os 3 casos por 1000 pessoas por ano e cresce de forma acentuada em idades mais avançadas. (Barbosa et al., 2024; Mazzoli-Rocha et al., 2025)

A doença arterial coronária aterosclerótica é uma das principais causas de doença cardíaca isquémica e mortalidade global. Os fatores de risco cardiovasculares tradicionais modificáveis — hipertensão, dislipidemia, diabetes, tabagismo e obesidade — são responsáveis por grande parte dos casos e a sua gestão melhora os desfechos clínicos. Estudos internacionais mostram que quase 60% da doença coronária aterosclerótica está associada a estes fatores, reforçando a importância da sua identificação e controlo. (Almeida et al., 2020; Saito et al., 2025)

Após um evento isquémico agudo, a avaliação e monitorização da capacidade funcional assumem um papel determinante, mesmo em pessoas previamente independentes (Ordem dos Enfermeiros, 2020). A redução da capacidade funcional neste contexto decorre, fundamentalmente, de dois fatores principais. O primeiro relaciona-se com a remodelação cardíaca extensa subsequente a um evento coronário isquémico, caracterizada pela deposição de tecido fibroso no miocárdio, que origina alterações estruturais, aumento da rigidez miocárdica e potencial desenvolvimento de disfunção ventricular. (Delgado et al., 2025) O segundo fator associa-se às consequências do período de imobilidade e repouso durante o internamento após o evento coronário agudo, traduzindo-se no declínio dos sistemas muscular e osteoarticular e, consequentemente, na diminuição da capacidade funcional global. (Shoemaker et al., 2020)

A implementação precoce de programas de reabilitação cardíaca baseados em exercício tem mostrado benefícios consistentes, promovendo melhorias na capacidade funcional, na tolerância ao esforço e na função ventricular, ao mesmo tempo que contribui para a redução de complicações associadas à imobilidade. (Prabhu et al., 2020)

Na pessoa com doença cardíaca, a perda ou limitação da capacidade funcional traduz-se não apenas

numa diminuição do desempenho físico, mas também num impacto significativo na autonomia, participação social e perceção de qualidade de vida. (Dibben et al., 2023) Neste contexto, a intervenção do EEER assume uma responsabilidade determinante, ao centrar-se na maximização do potencial funcional e na adaptação da pessoa às limitações impostas pela doença cardíaca.

O EEER desenvolve uma intervenção sistemática e contínua, centrada na avaliação funcional da pessoa com DCV, permitindo a identificação precoce de sinais e sintomas, fatores de risco e barreiras ao processo de recuperação. Esta avaliação integra dados clínicos, funcionais e psicossociais, constituindo a base para o planeamento de intervenções individualizadas, ajustadas à condição clínica, à capacidade funcional, à tolerância ao esforço e ao contexto de vida da pessoa e familiar, assegurando uma reabilitação segura.

Para além da dimensão física, a intervenção do EEER caracteriza-se por uma abordagem educativa e de capacitação, orientada para a promoção da literacia em saúde e para o desenvolvimento de competências de autocuidado. Neste âmbito, a pessoa é apoiada na compreensão da sua condição clínica, no reconhecimento de sinais e sintomas de alerta e na gestão adequada do esforço nas AVD's, contribuindo para a redução do medo associado à atividade física e para a prevenção de comportamentos sedentários frequentemente observados no período pós-evento cardíaco.

O sedentarismo e a inatividade física constituem importantes fatores de risco para a mortalidade global e para a saúde pública, encontrando-se associados à elevada prevalência de doenças crónicas, em particular à patologia cardiovascular, bem como a consequências negativas na saúde mental, como sintomas de depressão, ansiedade e declínio cognitivo. (Cruz et al., 2025)

Deste modo, a intervenção do EEER na pessoa com DCV transcende a implementação de programas de exercício estruturado, configurando-se como um processo terapêutico integrado e centrado na pessoa. Este processo visa a promoção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida, assumindo um papel determinante na prevenção secundária.

3.2. PRÉ-HABILITAÇÃO

O risco de desenvolvimento de complicações pós-operatórias (CPP) pode ser diminuído ou até prevenido através de uma preparação adequada da pessoa no período pré-operatório. Nesta fase, é fundamental proceder à gestão dos fatores de risco associados à patologia cardíaca, uma vez que estes podem contribuir de forma significativa para o aumento da incidência das CPP.

A pré-habilitação surge como uma estratégia estruturada e multidimensional destinada a otimizar o estado global da pessoa antes da CC, potenciando a recuperação e reduzindo complicações pós-operatórias. (Ordem dos Enfermeiros, 2018) Durante o período de espera para a intervenção, frequentemente marcado por inatividade física, ansiedade e deterioração funcional, a pré-habilitação atua de forma preventiva, preparando o organismo para o impacto fisiológico da cirurgia e fortalecendo a capacidade de recuperação. (Banasiewicz et al., 2023; Hartog et al., 2019)

Segundo Mazzoli-Rocha (2025) a pré-habilitação deve incluir treino físico geral e treino dos músculos respiratórios, ajustado às necessidades individuais e aos fatores de risco de cada pessoa, sobretudo em populações mais vulneráveis.

O treino muscular inspiratório, realizado com resistência durante a inspiração, tem demonstrado ser seguro, bem tolerado e eficaz, fortalecendo os músculos respiratórios e aumentando a sua resistência. Esta intervenção contribui de forma significativa para a redução de complicações respiratórias pós-operatórias, como atelectasias e pneumonia, e para a diminuição do tempo necessário à recuperação funcional da pessoa. (Bjarnason-Wehrens & Predel, 2018; Mazzoli-Roch et al., 2025; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Talib Abdullah et al., 2024)

No período pós-operatório, estas alterações tornam-se particularmente evidentes, uma vez que o trauma cirúrgico ao nível torácico pode originar limitação da mobilidade da parede torácica, com consequente diminuição da compliance pulmonar e desenvolvimento de um padrão ventilatório restritivo. (Malcato, 2023) Inicialmente, este padrão caracteriza-se por aumento da frequência respiratória e redução do volume corrente. Neste contexto, a intervenção do EEER revela-se fundamental, através do treino dos músculos inspiratórios, visando o aumento da capacidade funcional respiratória, a melhoria do volume inspirado e o relaxamento das estruturas torácicas, frequentemente condicionadas pela dor e pelo receio da mesma. (Ordem dos Enfermeiros, 2023)

No âmbito da reeducação funcional respiratória (RFR), recorrem-se a diferentes dispositivos que permitem otimizar a função ventilatória e promover o fortalecimento da musculatura respiratória, com especial enfoque nos músculos inspiratórios.

Quando a pessoa inspira através do *Threshold*, o ar entra contra uma resistência criada por uma válvula de mola, essa válvula apenas se abre quando é atingida a pressão inspiratória previamente definida. (Ordem dos Enfermeiros, 2018) Durante a expiração, o ar sai livremente, sem qualquer resistência. Desta forma, o dispositivo garante uma carga constante e específica sobre os músculos inspiratórios, permitindo o seu fortalecimento, independentemente da velocidade ou do padrão respiratório adotado pela pessoa. (Couto et al., 2021)

A utilização do inspirómetro de incentivo inicia-se com uma expiração prévia. De seguida, a pessoa coloca o bocal na boca, mantendo os lábios bem ajustados à sua volta para evitar a saída de ar. Após isso, realiza uma inspiração lenta, profunda e sustentada, mantendo uma pausa inspiratória com duração média de três segundos. Este dispositivo estimula a realização de inspirações profundas, favorecendo a expansão pulmonar e o recrutamento de alvéolos colapsados, contribuindo assim para uma melhor ventilação pulmonar. (Cerqueira et al., 2025; Couto et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

No serviço de CCT, o primeiro contacto com a pessoa que irá ser submetida a CC, ocorre frequentemente apenas um ou dois dias antes da cirurgia, contrastando com as recomendações da literatura, que defendem o início da intervenção desde o momento do diagnóstico. (Ordem dos Enfermeiros, 2020) Ainda assim, mesmo quando realizada pouco antes da cirurgia, a pré-habilitação demonstra benefícios significativos, permitindo reduzir o stress pré-operatório, esclarecer dúvidas, promover a literacia em saúde e proporcionar ensinamentos e cuidados essenciais à pessoa e à sua família. (Barbosa et al., 2024)

Neste contexto, a disponibilidade do EEER é determinante, pois permite responder a questões individuais, favorecer a adesão às recomendações e intervir positivamente no processo de recuperação pós-operatória. Cabe ao EEER individualizar e adaptar o plano educativo às necessidades específicas da pessoa, da família e dos cuidadores.

A evidência científica recente demonstra que programas de pré-habilitação, ao prepararem a pessoa física e emocionalmente, promovem uma recuperação mais rápida, reduzem complicações, aumentam a adesão à reabilitação pós-operatória e melhoram a qualidade de vida. (Mazzoli-Rocha et al., 2025) Assim, a pré-habilitação representa uma abordagem centrada na pessoa, preventiva e baseada na evidência, assumindo um papel determinante na otimização dos resultados clínicos em CC. (Hartog et al., 2019)

A intervenção pré-operatória caracteriza-se por uma abordagem integrada que combina treino físico, exercícios respiratórios específicos, mobilização precoce e estratégias de gestão da ansiedade, articulando-se continuamente com a equipa multidisciplinar para garantir um acompanhamento ajustado às necessidades da pessoa. A componente educativa assume particular relevância, englobando o ensino de técnicas de tosse eficaz, métodos de expansão pulmonar, estratégias de limpeza das vias aéreas, correção postural e orientações sobre o tipo de cirurgia e cuidados com a ferida operatória. (Banasiewicz et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Estas estratégias reduzem significativamente a ocorrência de pneumonia, atelectasia, hipoxemia e necessidade de suporte ventilatório no pós-operatório, traduzindo-se numa recuperação mais rápida, menor tempo de internamento e menos morbilidade respiratória. A pré-habilitação, ao atuar de forma preventiva e multidimensional, constitui assim uma intervenção essencial para diminuir o risco de complicações e promover melhores resultados clínicos. (Schwartz et al., 2020)

Esta atuação, centrada na pessoa e sustentada pela evidência, potencia a recuperação e minimiza o impacto fisiológico e emocional da cirurgia, reforçando a pré-habilitação como uma estratégia fundamental para melhorar os resultados clínicos, na qual o EEER, pela proximidade, vigilância e competência educativa, desempenha um papel crucial na prestação de cuidados individualizados, seguros e eficazes.

Entre as principais medidas preventivas destaca-se a cessação tabágica, visto que o tabagismo compromete a depuração mucociliar, aumenta a produção de muco, reduz o lúmen das vias aéreas e potencia a hiper-reatividade brônquica inespecífica. (Haywood et al., 2020; Malcato, 2023)

O EEER detém competência para promover e reforçar a adesão da pessoa à terapêutica broncodilatadora no período pré-operatório, particularmente em contexto de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com hiper-reatividade brônquica, contribuindo assim para a otimização da função respiratória e para a redução do risco de complicações no período pós-cirúrgico. (Ammous et al., 2023)

Durante o estágio, foi possível contactar com pessoas com hábitos tabágicos, as quais foram sensibilizadas para o aumento do risco de acumulação de secreções no período pós-operatório, bem como para a importância da implementação precoce de exercícios de limpeza das vias aéreas. No decurso destes momentos de ensino, as próprias pessoas verbalizaram que este período poderia constituir uma oportunidade favorável para a cessação tabágica, reconhecendo o impacto positivo dessa decisão na sua recuperação e prognóstico.

Relativamente à pessoa com DPOC, foram desenvolvidos ensinamentos centrados na relevância da adesão à terapêutica farmacológica, com o objetivo de reduzir a ocorrência de complicações pulmonares pós-operatórias. A compreensão dos benefícios associados a estas intervenções suscitou uma atitude de maior envolvimento e motivação, evidenciando-se abertura para a adoção de comportamentos promotores da saúde. Neste contexto, foi igualmente possível proceder à avaliação da técnica de utilização dos broncodilatadores, bem como à sua correção sempre que necessário, contribuindo para a otimização da terapêutica instituída.

Durante o estágio, a pré-habilitação integrou diversas vertentes, como gestão da ansiedade, educação em saúde, esclarecimento de dúvidas e treino de técnicas respiratórias, incluindo controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdómen-diafragmática e contenção torácica para limpeza das vias aéreas e transferência cama-cadeirão. Embora os programas de pré-habilitação possam abranger também treino físico, a intervenção focou-se na componente respiratória, dada a sua importância na prevenção de complicações pós-operatórias em CC.

Como já foi descrito, no serviço de CCT, o contacto pré-operatório ocorre frequentemente apenas um ou dois dias antes da cirurgia, limitando a implementação de um programa completo. Ainda assim, foi possível realizar intervenções individualizadas e significativas, promovendo a função respiratória, incentivando a adesão às recomendações de saúde, reduzindo a ansiedade e aumentando a literacia em saúde da pessoa e da sua família.

Esta experiência encontra-se em consonância com a literatura, que sugere que a pré-habilitação, mesmo quando implementada em períodos curtos, pode constituir uma intervenção relevante para potenciar a recuperação, minimizar complicações e otimizar os resultados clínicos em CC.

3.3. CIRURGIA CARDÍACA

A CC é uma intervenção terapêutica central no tratamento das DCV, sendo cada vez mais realizada em pessoas de idade avançada, devido ao aumento da sobrevivência global. Esta população apresenta maior suscetibilidade a complicações, tanto no período intraoperatório como no pós-operatório, devido a múltiplos fatores inter-relacionados. (Lai et al., 2020)

A cirurgia de revascularização do miocárdio encontra-se indicada nos casos de doença coronária extensa, sendo o *bypass* coronário a técnica cirúrgica mais utilizada. Este procedimento tem como finalidade restabelecer a perfusão miocárdica, através da criação de uma ponte entre segmentos saudáveis das artérias coronárias, contornando as zonas de obstrução. Para o efeito, são utilizados enxertos que funcionam como condutos, maioritariamente autoenxertos de origem venosa ou arterial. (Cerqueira et al., 2025)

A artéria mamária interna constitui o enxerto arterial mais utilizado, sobretudo na revascularização da artéria descendente anterior, enquanto a veia safena é o conduto venoso mais frequentemente empregue na revascularização das restantes artérias coronárias. (Ordem dos Enfermeiros, 2020) Os enxertos arteriais apresentam vantagens relativamente aos venosos, uma vez que demonstram melhor adaptação às alterações hemodinâmicas associadas ao aumento do fluxo e da pressão

sanguínea no período pós-cirúrgico, conferindo-lhes maior durabilidade a longo prazo. (Almeida et al., 2020)

O próprio procedimento cirúrgico contribui para a vulnerabilidade da pessoa, uma vez que a manipulação cardíaca, a anestesia e o período de imobilização podem induzir complicações físicas, como dor, alterações respiratórias, fraqueza muscular e distúrbios do sono, bem como repercussões psicológicas, incluindo ansiedade e depressão. (Barbosa et al., 2024)

A pessoas candidata a CC são, na maioria das vezes, idosas e apresentam múltiplas comorbilidades, o que as torna particularmente vulneráveis a complicações peri operatórias. A fragilidade, frequente nesta população, associa-se a maior morbidade, mortalidade e prolongamento do internamento hospitalar, bem como a alterações cognitivas e emocionais no período pós-operatório. (Mazzoli-Rocha et al., 2025)

O envelhecimento acarreta alterações fisiológicas significativas, incluindo a diminuição da reserva cardiovascular, a redução da capacidade respiratória e alterações metabólicas, que comprometem a capacidade do organismo de responder às exigências fisiológicas impostas pela cirurgia. Além disso, a presença frequente de comorbilidades — incluindo hipertensão, diabetes, insuficiência renal ou doença pulmonar — aumenta a complexidade do cuidado, amplificando o risco de complicações. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Estas alterações combinadas afetam a capacidade funcional da pessoa e a sua qualidade de vida, justificando a necessidade de uma intervenção do EEER estruturada e individualizada, que previna complicações, promova a recuperação física e psicológica e favoreça a reintegração da pessoa na sua vida diária.

As alterações metabólicas constituem um dos fatores que podem comprometer a capacidade funcional da pessoa com doença cardiovascular. Em particular, os desequilíbrios eletrolíticos, ao reduzirem a eficiência muscular, contribuem para a diminuição da força muscular e, conseqüentemente, para um menor desempenho durante as sessões de exercício integradas num programa de reabilitação. (Delgado et al., 2025) Estas alterações são especialmente frequentes no período pós-operatório de CC, em resultado do *stress* cirúrgico, das alterações hemodinâmicas e da terapêutica instituída, tendo sido esta uma realidade frequentemente no serviço de CCT, com impacto direto na tolerância ao esforço.

A avaliação clínica antes de cada sessão de reabilitação constitui um elemento central para garantir uma intervenção segura, eficaz e adequada à condição da pessoa. A situação descrita vem reforçar a importância desta prática, evidenciando como alterações clínicas, quando não identificadas

atempadamente, podem comprometer a tolerância ao exercício. A consulta do processo clínico, associada a uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, nomeadamente através da passagem de turno, permite acompanhar a evolução clínica, identificar intervenções terapêuticas recentes e ajustar a intervenção às condições atuais da pessoa.

A ausência desta avaliação estruturada pode comprometer a experiência da pessoa durante o exercício, aumentar o risco de intercorrências e influenciar negativamente a adesão ao programa de reabilitação, limitando os ganhos funcionais esperados.

A RC constitui uma intervenção multidimensional, englobando ações de educação para a saúde e a modificação dos fatores de risco cardiovascular, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas. No âmbito dos programas de RC, o exercício físico assume-se como um elemento central, enquanto estratégia eficaz para a otimização do desempenho físico e para a atenuação dos sintomas associados à doença cardíaca e aos procedimentos cirúrgicos. (Barbosa et al., 2024)

3.4. COMPLICAÇÕES PÓS CIRURGIA CARDÍACA

As complicações no período pós-operatório podem surgir tanto de forma precoce como em fases mais tardias. Entre as complicações imediatas encontram-se a infeção e a insuficiência respiratória, o derrame pleural, a pneumonia, as infeções do local cirúrgico, a mediastinite, o acidente vascular cerebral, o delírio, a hemorragia, a fibrilhação auricular, o enfarte agudo do miocárdio e a insuficiência renal. No que respeita às complicações tardias, incluem-se o edema agudo do pulmão, o tromboembolismo pulmonar, a endocardite e, por vezes, a necessidade de colocação de um pacemaker definitivo ou temporário, particularmente quando ocorre bloqueio auriculoventricular completo. (Lima et al., 2024; Vermelho et al., 2021).

Entre as complicações respiratórias mais frequentes em pessoas submetidas a CC destacam-se a hipoxemia, resultante da redução da capacidade residual funcional e da diminuição da *compliance* pulmonar; as atelectasias, responsáveis por cerca de 80% das complicações pós-operatórias; a pneumonia, terceira infeção mais comum em serviços cirúrgicos, relacionada com a duração da ventilação mecânica; o derrame pleural, frequentemente associado à utilização do enxerto da artéria torácica interna, com incidência de aproximadamente 65%, diminuindo para 55% quando se utiliza apenas enxerto venoso; e a parésia diafragmática, que compromete a capacidade de expansão do tórax e dos pulmões. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

A pessoa submetida a CC necessita, durante o procedimento, de ventilação mecânica invasiva (VMI)

para garantir a oxigenação e a ventilação adequadas. Embora indispensável para a realização segura da cirurgia, a VMI pode comprometer a função respiratória, interferindo com a mobilidade do tórax e a mecânica ventilatória. (Ordem dos Enfermeiros, 2020) Associada à anestesia, que reduz a eficácia do transporte mucociliar, e à hipersecreção brônquica frequentemente observada neste contexto, a VMI dificulta a tosse eficaz, promovendo o acúmulo de secreções e aumentando o risco de atelectasias e outras complicações respiratórias no pós-operatório. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Relativamente às alterações respiratórias, a esternotomia tem um impacto significativo sobre a função dos músculos respiratórios, em consequência da lesão cirúrgica e da subsequente redução da estabilidade, mobilidade e amplitude da parede torácica. Este comprometimento é agravado pela dor pós-operatória, frequentemente controlada com analgesia farmacológica, a qual pode diminuir o estímulo da tosse, reduzir a sua eficácia e favorecer a retenção de secreções brônquicas. A conjugação destes fatores aumenta substancialmente o risco de complicações pulmonares no período pós-operatório (Cerqueira et al., 2025; Ordem dos Enfermeiros, 2018; 2020).

Em consequência da esternotomia e da colocação de drenos pleurais, o período pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio caracteriza-se por uma diminuição do volume residual, da capacidade pulmonar total, da capacidade vital e da capacidade residual funcional. (Almeida et al., 2020) Estas alterações favorecem o desenvolvimento de atelectasias, associadas a perturbações da relação ventilação-perfusão. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

No período pós-operatório, a intervenção do EEER centra-se, prioritariamente, na manutenção da permeabilidade da via aérea, através da mobilização eficaz das secreções, recorrendo a técnicas como a drenagem postural modificada e, sempre que necessário, a manobras acessórias, nomeadamente vibração e compressão torácica, ajustadas às necessidades da pessoa. Para potenciar estes objetivos, pode ser indicado o recurso a dispositivos de apoio, como o inspirómetro de incentivo ou dispositivos expiratórios, facilitando a mobilização das secreções e compensando temporariamente a diminuição da função mucociliar. (Malcato, 2023)

Paralelamente, é assegurada a estabilidade do esterno durante a tosse assistida ou dirigida, realizada com flexão moderada do tronco e aplicação de pressão na grelha costal, de forma a permitir a execução eficaz do ciclo ativo das técnicas respiratória (CATR). A melhoria da capacidade funcional respiratória é promovida através da aplicação de técnicas como a respiração abdomino-diafragmática, a ênfase na inspiração, a expiração forçada (*huff*) e o próprio CATR, integradas num programa estruturado no período pré e pós-operatório, complementado pela marcha. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; 2020)

Adicionalmente, a intervenção do EEER visa a melhoria da capacidade funcional motora e a prevenção das complicações associadas à imobilidade, através da mobilização precoce, levante e deambulação, de acordo com a tolerância da pessoa. A prevenção e correção de alterações ventilatórias são igualmente asseguradas pela otimização da ventilação alveolar e da relação ventilação-perfusão, recorrendo a dispositivos como o inspirómetro de incentivo, que fornece *feedback* visual em tempo real, reforçando a adesão ao treino respiratório e envolvendo a pessoa e a família, contribuindo para o aumento do volume corrente, da força e da resistência dos músculos respiratórios, bem como para a melhoria da expansão pulmonar. (Cerqueira, 2025; Malcato, 2023; Talib Abdullah et al., 2024)

3.5. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

A prevenção e o controlo da DCV, assume um papel fundamental na redução da mortalidade, na melhoria da qualidade de vida, na diminuição dos internamentos e na atenuação da intolerância ao esforço. Estes benefícios resultam sobretudo da otimização da função cardiovascular e respiratória, expressa pelo aumento da capacidade máxima de oxigénio, pela menor sobrecarga miocárdica, pela redução da pressão arterial e da frequência cardíaca em repouso, bem como pelo incremento do limiar isquémico, fatores que favorecem a modificação dos fatores de risco e a redução da mortalidade coronária. (Delgado et al., 2018)

Integrado como elemento central dos programas de reabilitação, o exercício físico constitui um elemento determinante na melhoria da capacidade funcional e na diminuição da sintomatologia decorrente da patologia e da intervenção cirúrgica. Assim, perante o impacto fisiológico e funcional associado à CC, torna-se imprescindível planejar, executar e avaliar intervenções que visem minimizar as limitações resultantes destes processos, promovendo uma recuperação mais eficaz e segura. (Barbosa et al., 2024)

A implementação do programa de Reabilitação representa um processo estruturado, individualizado e orientado para a otimização da funcionalidade, o reforço da autonomia e o regresso progressivo e seguro da pessoa às suas atividades habituais. Neste âmbito, as técnicas de conservação e gestão de energia assumem particular relevância, devendo ser incorporadas no quotidiano da pessoa. Estas estratégias têm como propósito principal possibilitar a realização das atividades com o menor dispêndio energético possível, prevenindo a instalação de fadiga e favorecendo a manutenção da independência funcional. (Vigia et al., 2025)

No contexto da CC, o processo de reabilitação integra um programa de exercício físico sistematizado, composto por treino aeróbio e anaeróbio, concebido para promover a readaptação ao esforço e melhorar a capacidade funcional. A intolerância à atividade física, frequentemente observada nestas pessoas, foi abordada através da implementação de um plano de treino progressivo, permitindo uma exposição gradual e segura ao esforço. O exercício físico constitui, assim, um eixo central da intervenção do EEER, cuja prescrição se baseia em parâmetros específicos — intensidade, frequência, duração, tipo de exercício, volume e progressão — garantindo uma intervenção adequada e orientada. (Ribeiro et al., 2021)

A formulação do programa de reabilitação deve ser antecedida por uma avaliação aprofundada do estado de saúde da pessoa, considerando o seu perfil de risco, comportamentos de saúde e outros fatores pertinentes. Esta avaliação inicial é determinante para identificar a capacidade funcional e ajustar o plano de exercício às necessidades e limitações individuais, assegurando simultaneamente a eficácia e a segurança da intervenção. (Milani et al., 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A prescrição do exercício físico requer a consideração de um conjunto de parâmetros fundamentais, designadamente a intensidade, a frequência, a duração, o tipo de exercício, o volume e a progressão do treino, integrados no modelo FITT-VP (*Frequency, Intensity, Time, Type, Volume, Progression*). (Loureiro et al., 2025)

De acordo com as recomendações do Guia de Boas Práticas: Reabilitação Cardíaca (Ordem dos Enfermeiros, 2020), o programa de reabilitação cardíaca intra-hospitalar deve ser estruturado em três fases:

1. Aquecimento: inclui alongamentos, exercícios respiratórios e mobilização musculoesquelética dos membros superiores e inferiores, realizados em posição deitada, sentada ou em pé (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Durante a execução dos exercícios, recomenda-se que a pessoa expire na fase de contração muscular (fase concêntrica) e inspire na fase de retorno (fase excêntrica), de forma a otimizar o gasto energético e reduzir o esforço respiratório e cardiovascular. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Vermelho et al., 2021)
2. Treino: consiste na realização de exercícios físicos dos membros, marcha estática e/ou dinâmica, e subida e descida de escadas, integrados no modelo FITT-VP e ajustados à tolerância da pessoa. Esta fase permite avaliar a capacidade funcional e a resistência ao esforço. (Pestana et al., 2023)
3. Relaxamento: corresponde à redução gradual da intensidade do exercício, promovendo o retorno aos parâmetros vitais basais. (Barbosa et al., 2024)

A aplicação do modelo FITT-VP permite aos EEER a conceção de planos de exercício físico estruturados, flexíveis e ajustados às necessidades das pessoas ao longo do ciclo de vida, promovendo a saúde e prevenindo complicações, através de uma reabilitação segura e eficaz. A prescrição do exercício físico deve ser individualizada, considerando fatores como a idade, a condição clínica, o nível de aptidão física e os objetivos terapêuticos de cada pessoa, com base numa avaliação inicial detalhada e rigorosa, sendo igualmente fundamental assegurar uma monitorização contínua e sistemática ao longo da implementação do programa. (Novo et al., 2025)

Paralelamente, o plano de treino deve respeitar os princípios fundamentais do exercício — sobrecarga, individualidade, especificidade e reversibilidade — de forma a garantir a consistência dos ganhos funcionais ao longo do tempo e a prevenir possíveis regressões durante o processo de reabilitação. (Vigia et al., 2025)

No período de treino intra-hospitalar, a monitorização contínua e rigorosa dos parâmetros fisiológicos é imprescindível para assegurar a segurança clínica e minimizar o risco de complicações. A intensidade do exercício deve ser controlada através da frequência cardíaca, que não deve exceder um acréscimo de 30 BPM face ao valor basal, e da perceção subjetiva de esforço avaliada pela escala de Borg modificada. (Loureiro et al., 2025) A conjugação destes dois indicadores permite ao EEER avaliar a tolerância ao esforço e ajustar a carga de treino de forma dinâmica. (Ordem dos Enfermeiros, 2020) O esforço reportado deve situar-se entre “fácil” e “moderadamente difícil”, assegurando uma intensidade adequada ao estado clínico da pessoa. A utilização da escala de Borg, pela sua simplicidade, fiabilidade e carácter não invasivo, deve ocorrer antes, durante e após cada sessão, permitindo reajustar a intensidade do treino e evitar sobrecarga cardiovascular. (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Vermelho et al., 2021)

A monitorização eletrocardiográfica, associada ao controlo da frequência cardíaca, da pressão arterial e da perceção de esforço, constitui um elemento essencial para garantir a segurança da pessoa e a eficácia do programa na fase inicial da reabilitação. (Delgado et al., 2021)

Do ponto de vista cardíaco, a fibrilhação auricular (FA) constitui a arritmia mais frequente no pós-operatório, durante os programas de reabilitação, pode ocorrer extrassístoles supraventricular, que frequentemente precede a FA, resultante tanto da cirurgia como de situações de esforço físico aumentado. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Neste contexto, o EEER deve estar apto para identificar precocemente sinais de instabilidade hemodinâmica, através da monitorização sistemática dos parâmetros vitais, vigilância do ritmo e frequência cardíaca, avaliação da resposta da pessoa ao exercício (dispneia, fadiga, dor torácica,

tonturas), bem como da observação de alterações da perfusão periférica e do estado de consciência, procedendo à suspensão da atividade e referenciação médica imediata sempre que necessário. (Delgado et al., 2019)

Durante o processo educativo dirigido à pessoa e à sua família, o enfermeiro deve reforçar cuidados específicos, como evitar pegar em pesos durante cerca de dois meses — promovendo o uso preferencial dos membros inferiores — e impedir a elevação dos membros superiores acima dos 90º, devido à fragilidade e instabilidade esternal no período pós-operatório. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

O treino de marcha é uma componente central da reabilitação, devendo iniciar-se com caminhadas entre 5 e 10 minutos, realizadas duas a três vezes por dia, com progressão gradual da duração conforme a tolerância ao esforço e com monitorização cuidadosa. (Delgado et al., 2021) O treino de escadas deve ser introduzido apenas na ausência de sinais de alarme e após a realização bem-sucedida do teste de marcha de dois minutos, garantindo que não existem alterações do equilíbrio corporal. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Quando o treino de marcha não for possível, devido a limitações neurológicas ou ortopédicas, ou à impossibilidade de monitorização contínua, pode-se utilizar pedaleira, ajustando duração e intensidade à tolerância da pessoa e à ausência de sinais de alerta. (Ordem dos Enfermeiros, 2020) A prática de subir escadas deve começar com 5 degraus, aumentando 3 a 5 degraus por dia até atingir 20 degraus antes da alta. Deve ser realizada somente após 2 minutos de marcha sem alterações de equilíbrio e na ausência de sinais de alerta. O treino deve incluir pausas quando necessário e instruções sobre técnicas de conservação de energia, como expirar durante a subida e inspirar em repouso. (Cerqueira et al., 2025)

A aplicação rigorosa de todas estas etapas fortalece a tomada de decisão clínica do EEER, assegurando uma prática alicerçada na melhor evidência disponível e centrada nas necessidades da pessoa. Esta abordagem metodológica orienta a intervenção de Enfermagem de Reabilitação para a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação funcional e a reintegração social da pessoa em processo de transição saúde/doença. (Ordem dos Enfermeiros, 2019b)

A intervenção do EEER, à medida que se aproxima o dia da alta, deve assegurar uma avaliação abrangente da pessoa, considerando o seu estilo de vida, a progressão no programa de reabilitação, as condições habitacionais e o suporte familiar disponível após a alta. Embora a avaliação inicial seja realizada na fase de pré-habilitação, é essencial visitar e questionar todos estes aspetos antes da alta, de modo a identificar possíveis alterações ou necessidades adicionais. A participação ativa da

família no processo educativo é fundamental, permitindo reforçar orientações sobre exercício físico, hábitos de vida saudáveis e estratégias de autocuidado. A utilização de materiais educativos complementares, como panfletos e recursos audiovisuais, contribui para consolidar o ensino e favorecer a adesão ao programa de reabilitação, promovendo a autonomia da pessoa.

Durante o estágio, enquanto realizava intervenções de ER, fui questionada por um familiar sobre a possibilidade de gravar a minha intervenção durante o ensino, a demonstração e a execução dos exercícios a realizar ainda durante o internamento, bem como sobre a relevância dessa gravação para a continuidade do acompanhamento após a alta. Concordei com a proposta e refleti que se trataria de uma mais-valia para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

3.7. REFERENCIAL TEÓRICO

Os paradigmas representam modelos que orientam o pensamento e a prática dos enfermeiros, refletindo um conjunto de conhecimentos, valores e métodos partilhados pela comunidade profissional. Estes paradigmas surgem da necessidade de clarificar o campo de ação da enfermagem e acompanhar as transformações sociais, culturais e científicas que influenciam o modo como os cuidados são concebidos. Assim, após um período marcado por uma visão fragmentada e centrada na doença (paradigma da Categorização) e outro centrado na interação e na pessoa como um ser bio-psico-social (paradigma da Integração), emerge o paradigma da Transformação, que introduz uma nova compreensão do ser humano como um todo único, em permanente relação com o ambiente e em contínuo processo de desenvolvimento. (Ribeiro et al., 2018)

Este paradigma valoriza a experiência vivida da pessoa, entende saúde e doença como fenómenos dinâmicos e subjetivos e coloca o foco no “estar com” a pessoa, reconhecendo a sua singularidade. (Ribeiro et al., 2024; Teixeira et al., 2023)

O paradigma da Transformação encontra grande afinidade com a obra de Afaf Meleis (Sousa et al., 2020), cuja Teoria das Transições aprofunda precisamente a forma como as pessoas vivem processos de mudança e como os enfermeiros podem acompanhá-las de forma sensível, competente e transformadora. Através desta reflexão fez-me todo o sentido fundamentar o meu relatório utilizado da teoria das Transições, sendo que a pessoa submetida a CC vivencia múltiplas transições.

A ER, enquanto área de especialização, exige uma prática baseada em referenciais teóricos sólidos que orientem a decisão clínica e assegurem a articulação entre o saber científico e a intervenção profissional. A adoção de modelos e teorias de enfermagem oferece ao EEER um suporte estruturado,

intencional e centrado na pessoa, favorecendo a recuperação funcional, o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida. (Ribeiro et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021)

Assim, a utilização de um referencial teórico constitui um elemento diferenciador na prática avançada do enfermeiro especialista, permitindo organizar os cuidados de forma integrada e ajustada às necessidades específicas de cada pessoa. (Martins et al., 2018)

A opção pelo referencial de Afaf Meleis justifica-se pela sua relevância na compreensão dos processos de transição vivenciados pela pessoa submetida a CC, valorizando a adaptação, o *empowerment* e a participação ativa no processo de recuperação. A Teoria das Transições de Meleis foca-se no entendimento das mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida e no papel do enfermeiro enquanto facilitador de uma adaptação saudável a essas experiências. Para a autora, a transição corresponde a um processo de passagem entre estados, condições ou fases diferentes, desencadeado por mudanças que exigem reorganização pessoal, emocional e social. (Meleis, 2010; Ribeiro et al., 2021)

Nesta linha, o EEER desempenha um papel determinante ao acompanhar a pessoa nos períodos de maior vulnerabilidade, promovendo estabilidade, bem-estar e funcionalidade. A teoria enfatiza que a consciência da pessoa sobre a sua condição é crucial para uma transição bem-sucedida; compete, portanto, ao EEER intervir precocemente, utilizando estratégias educativas, de capacitação e de suporte emocional que reforcem a compreensão da mudança e favoreçam o envolvimento ativo no processo de reabilitação. (Silva et al., 2019)

Os processos de capacitação representam adaptações que a pessoa vive ao longo da vida, podendo ocorrer gradualmente, em paralelo com as transformações próprias de cada fase, ou de forma súbita perante eventos inesperados. Cada pessoa pode experienciar simultaneamente diversas transições, e reconhecê-las é essencial para decisões autónomas e conscientes no seu percurso de saúde. Neste sentido, a Teoria das Transições de Meleis oferece um enquadramento teórico robusto que permite analisar e intervir nesses fenómenos, destacando a adaptação, o empowerment e o desenvolvimento de competências perante as mudanças. (Sousa et al., 2020)

No contexto do serviço de CCT, esta teoria revela-se especialmente adequada, dado que a pessoa submetida a CC atravessa múltiplas transições encadeadas: da fase pré-operatória para o pós-operatório imediato na UCI, passando posteriormente para a UCINT do serviço de CCT, seguindo-se a transferência para a enfermaria e, finalmente, a transição para o domicílio.

Combinando o referencial teórico de Meleis, as competências específicas do EEER e a prática clínica, constata-se que o enfermeiro especialista desenvolve uma intervenção sistemática, educativa e

terapêutica, que potencia o conhecimento, a aprendizagem de capacidades e o *empowerment* da pessoa. Este processo facilita transições saúde-doença bem-sucedidas, traduzidas na recuperação funcional, reintegração social e melhoria expressiva da qualidade de vida.

A intervenção foi ainda complementada pelas orientações da RNAO relativas aos cuidados centrados na pessoa, suportando uma abordagem individualizada da pessoa submetida a CC. Esta *guideline* adota uma perspetiva biopsicossocial que reconhece a pessoa na sua globalidade, valorizando história de vida, valores, crenças e contexto familiar e social. No caso da pessoa submetida a CC, o EEER operacionaliza estes princípios através de uma avaliação abrangente que inclui as dimensões física, emocional e social, fundamentais para a adaptação à nova condição de saúde. A relação terapêutica — baseada na empatia, confiança e comunicação eficaz — é central, favorecendo o envolvimento ativo da pessoa e da família ao longo do processo de reabilitação. A prática da decisão partilhada é igualmente incentivada, integrando a pessoa e a família na definição de objetivos e estratégias de cuidados, respeitando a autonomia e as preferências individuais. (RNAO, 2025)

A adaptação dos cuidados às necessidades de cada pessoa implica disponibilizar informação clara e acessível, apoiar a autogestão e promover a literacia em saúde, aspetos essenciais para a adesão ao regime terapêutico e para a gestão das transições vivenciadas. A efetividade desta abordagem requer ainda um ambiente organizacional e uma equipa transdisciplinar alinhados com os princípios dos cuidados centrados na pessoa, garantindo uma prática segura, coerente e humanizada em todo o percurso de reabilitação após a CC. (RNAO, 2025).

O modelo de CCP, desenvolvido por McCance e McCormack (2025), enfatiza a importância de um cuidado verdadeiramente humanizado, em que a prática se orienta pela intenção terapêutica e pela construção de relações significativas. Este modelo valoriza tanto as competências profissionais e pessoais do enfermeiro, os fatores organizacionais (tempo disponível e combinação de habilidades), bem como os atributos da pessoa, promovendo cuidados que incentivam a participação ativa e a parceria nas decisões. (Santos, 2023)

Dessa forma, constitui um referencial teórico particularmente relevante para a ER, pois orienta a prática de enfermagem não apenas pela condição clínica ou funcional atual, mas também pela singularidade da pessoa, incluindo seus valores, crenças, objetivos de vida e contexto social (McCormack & McCance, 2006). Esta abordagem mostra-se especialmente pertinente na ER, já que o processo de recuperação funcional e adaptação à condição de saúde envolve mudanças significativas na independência, nos papéis sociais e na dinâmica familiar, exigindo uma intervenção contínua, intencional e relacional por parte do EEER. (McCance & McCormack, 2025)

O conceito de “Envolvimento Autêntico”, de McCormack & McCance (2017), reforça que a qualidade da relação enfermeiro-pessoa depende do conhecimento mútuo, da clareza de valores, da experiência profissional e da capacidade de resolver problemas juntos.

Neste sentido, o modelo CCP e a teoria das transições convergem de forma natural. A comunicação eficaz e o envolvimento autêntico permitem ao enfermeiro identificar como cada pessoa vivencia o processo de transição, saúde-doença, quais as suas preocupações, receios e expectativas, garantindo que as decisões sobre cuidados são tomadas em parceria.

O Guia de Boas Práticas da RNAO (2025) complementa esta abordagem, reforçando que os cuidados centrados na pessoa devem ser seguros e baseados em evidência, promovendo a autonomia e a participação ativa da pessoa e família, em todas as fases do cuidado. No contexto da CC, isso significa envolver a pessoa e/ou família na monitorização de sinais de alerta, na reeducação de estilos de vida, na adesão ao programa de reabilitação, autogestão da doença e na preparação para a reintegração social, garantindo que o cuidado vai além do tratamento da doença propriamente dito.

Assim, a integração do modelo CCP, da teoria das transições e das recomendações da RNAO (2025) permite ao enfermeiro oferecer um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa, capaz de acompanhar a pessoa em cada fase de mudança, responder às suas necessidades emocionais, sociais e físicas, e promover a sua capacitação e resiliência. Esta abordagem não só otimiza os resultados clínicos, mas também humaniza a experiência do cuidado, transformando cada transição numa oportunidade de crescimento e recuperação plena, reafirmando os cuidados centrado na Pessoa como referência de excelência na prática de enfermagem.

Deste modo, a ER, sustentada nestes referenciais, afirma-se como uma prática intencionalmente centrada na pessoa e na família, orientada para a promoção da funcionalidade, da autonomia, independência e de uma experiência de cuidados positiva e significativa, constituindo o suporte teórico que fundamenta a intervenção de EEER desenvolvida ao longo do percurso.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

A ER integra um corpo estruturado de conhecimentos, competências e comportamentos especializados, orientados para apoiar a pessoa com doença aguda ou crónica, a alcançar o mais elevado nível possível de funcionalidade, autonomia e bem-estar. Este processo centra-se numa prática clínica segura, ética e fundamentada, visando preservar a autoestima, reduzir o risco de complicações, promover a adaptação às limitações e potenciar as capacidades remanescentes. Enquanto área avançada do exercício profissional, a ER realiza intervenções que valorizam a pessoa como agente ativo da sua recuperação, atuando em todos os contextos de cuidados e contribuindo para ganhos efetivos em saúde e qualidade de vida. (Martins et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019b; Pestana, 2023a)

Compete ao EEER monitorizar a execução e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando continuamente a sua eficácia e introduzindo os ajustes necessários ao longo do processo de cuidados. Esta análise sistemática permite evidenciar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de reabilitação e assegurar práticas seguras, eficazes e orientadas para a pessoa, a família, a comunidade e a própria organização. (Pestana, 2023a) Além disso, a ER desempenha um papel determinante na obtenção de ganhos em saúde, sendo o EEER o profissional que conduz, sustenta e operacionaliza as intervenções que possibilitam esses resultados, promovendo efetivamente a recuperação funcional e a melhoria da qualidade de vida. (Gaspar et al., 2021; Vargas et al, 2025)

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As Competências Comuns do EE, definidas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, constituem um guia orientador que fundamenta a prática avançada de enfermagem e que é transversal a todas as áreas de especialidade. Estas competências resultam do aprofundamento dos domínios do enfermeiro de cuidados gerais e destinam-se a garantir que o EE mobiliza conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitem atuar de forma segura, autónoma e fundamentada em qualquer contexto de prestação de cuidados, e em todos os níveis de prevenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Pestana, 2023b)

Organizam-se em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C) e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D), e refletem a complexidade e a exigência científica, técnica e humana que caracterizam a prática especializada atual. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a)

Pestana (2023b) reforça a ideia de o EE, ser o profissional dotado de conhecimentos aprofundados e competências avançadas numa área particular da enfermagem, sendo legitimado para exercer práticas especializadas. Esta diferenciação traduz-se numa atuação orientada não só para a prática clínica, mas também para o ensino, gestão, investigação e consultoria.

A reflexão sobre estas competências no âmbito do percurso formativo permite evidenciar a forma como foram integradas na prática clínica, contribuindo para a consolidação de um exercício profissional diferenciado, ético e orientado para a obtenção de ganhos em saúde.

A — “Responsabilidade profissional, ética e legal”

A ética constitui o alicerce da prática profissional, exigindo do enfermeiro uma reflexão contínua sobre o seu agir, de modo a garantir o respeito pela dignidade humana, pelos valores individuais e pelos direitos da pessoa cuidada. A reabilitação, enquanto especialidade de carácter multidisciplinar, tem como objetivo maximizar a autonomia e a independência funcional, promovendo simultaneamente a autoestima e a qualidade de vida. Trata-se de um processo dinâmico que visa otimizar as capacidades físicas, mentais, sociais e económicas, facilitando o retorno às atividades de vida diária e ao padrão de vida anterior. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Vasconcelos, 2021)

O respeito pela autonomia é um princípio central: a vontade da pessoa e o seu consentimento informado devem ser considerados em todas as fases do processo. A inclusão da família na tomada de decisão torna-se essencial quando a pessoa não possui capacidade funcional ou cognitiva para decidir, assegurando sempre o respeito pela dignidade humana e pela sua liberdade. Ainda assim, a decisão final sobre os cuidados compete ao profissional de enfermagem, enquanto detentor do conhecimento técnico-científico necessário. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Vasconcelos, 2021)

A comunicação e a transmissão de informação devem pautar-se pelos princípios de verdade, justiça e privacidade. A informação prestada deve ser clara, objetiva e adequada às capacidades de compreensão da pessoa e dos seus familiares. Em situações excecionais, e apenas perante risco elevado de dano físico ou mental, pode ser considerado o chamado “privilegio terapêutico”, evitando informações que possam causar prejuízo significativo. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Vasconcelos, 2021).

Durante o percurso formativo, procurei assegurar uma prática de ER de forma ética, responsável e alinhada com os princípios legais e deontológicos, quer no contexto hospitalar quer no domicílio. A diversidade de necessidades encontradas nestes dois ambientes, desde a vulnerabilidade física e

emocional associada ao internamento até à exposição do espaço pessoal e familiar no contexto comunitário, reforçou a importância de integrar a ética em cada decisão e interação. Em ambos os cenários, manteve uma postura sensível, respeitadora e centrada na pessoa, garantindo que todas as intervenções fossem prestadas com segurança, dignidade e respeito pelas preferências, crenças e condições individuais.

Em ambos os contextos de prática, a realização do relato de caso clínico (RCC) foi precedida de pedido e parecer favorável da Comissão de Ética da ESSATLA, sendo posteriormente obtido o consentimento informado da pessoa e/ou cuidador, após explicação clara dos objetivos, respeitando a sua autonomia.

No âmbito da privacidade e dignidade da pessoa, manteve uma atenção constante à proteção do espaço individual durante todas as intervenções de ER. Nunca expôs partes do corpo desnecessariamente, mesmo durante exercícios respiratórios, mobilizações, treino de AVD's, treino de marcha e escadas, garantindo que a pessoa permanecia sempre confortável, favorecendo assim o seu bem-estar durante a realização dos programas de reabilitação.

Antes de sair do quarto para realizar treino de marcha ou escadas, questionava a pessoa sobre o conforto com a roupa que vestia, considerando que ficaria mais exposta a outras pessoas, assegurando assim respeito pela sua dignidade. Era habitual passar pelo espelho da casa de banho para que a pessoa pudesse verificar como estava antes de sair do quarto. Esta mesma atenção aplicava-se às intervenções no estágio na comunidade, sendo comunicada na sessão anterior a possibilidade de realizar treino de AIVD's fora do domicílio, permitindo que tivesse tempo para escolher a roupa em que se sentisse mais confortável e confiante fora de casa.

Adicionalmente, adotava uma conduta antecipatória, ajustando a altura da cama, removendo obstáculos do chão e organizando o ambiente, de forma a assegurar condições seguras, prevenir riscos e preservar a dignidade da pessoa.

O consentimento informado esteve presente em todas as etapas do processo de cuidado. Antes de cada intervenção, expliquei de forma clara e acessível o que iria ser realizado, por que motivo e qual a finalidade, promovendo a compreensão e a participação ativa da pessoa no seu processo de saúde-doença. Essa comunicação permitiu reforçar a literacia em saúde, especialmente relevante em pessoas submetidas a cirurgia cardiotorácica, que frequentemente apresentam receios ou limitações temporárias relacionadas com dor, fadiga e ansiedade. Foi adotado um comportamento que já trago da minha prática diária, que se reflete na adoção de uma postura que fique ao mesmo nível da pessoa

que vai receber os meus cuidados, transmitido assim uma postura de empatia e colaboração nos cuidados.

No âmbito da elaboração dos RCC, foi igualmente garantido o consentimento informado (apêndice I, apêndice II), bem como o cumprimento dos procedimentos éticos instituídos, nomeadamente através dos pedidos submetidos à Comissão de Ética da ESSATLA (anexo I). Deste modo, foram salvaguardados os princípios éticos, deontológicos e legais, assegurando-se a não divulgação de elementos identificativos das pessoas e o anonimato do serviço, em respeito pela privacidade e confidencialidade da informação.

A confidencialidade dos dados foi ainda assegurada através da proteção da informação escrita e oral, garantindo que a partilha de informação clínica ocorreu exclusivamente entre profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados e em contextos adequados.

A escuta ativa assumiu também um papel fundamental. Durante a implementação do programa de reabilitação, estes revelaram-se momentos privilegiados de partilha, nos quais a pessoa expressou medos, angústias, expectativas e até conquistas relacionadas com o seu processo de recuperação. Valorizei essa partilha, reconhecendo a sua importância na tomada de decisão e na continuidade de cuidados, centrados na pessoa e nos seus objetivos pessoais. Reforçando a convicção da necessidade de os cuidados de ER serem sempre prestados de forma individualizada e realistas para a pessoa com quem cuidamos.

Adicionalmente, assegurei o respeito pelos valores, crenças espirituais, costumes e práticas individuais, ajustando intervenções e comunicação sempre que necessário. No contexto comunitário, deparei-me com pessoas em condições habitacionais desfavorecidas, algumas a viver em casas partilhadas com vários familiares e pouco organizadas. Nestes casos, adaptei a minha abordagem, respeitando as suas rotinas e hábitos culturais, promovendo uma relação de confiança e evitando julgamentos. No internamento, observei também pessoas que mantinham práticas espirituais regulares, como momentos de oração, e procurei respeitar esses momentos, ajustando o planeamento das intervenções de forma a não os interromper ou desvalorizar. Reconheci que estas ações contribuem para aumentar a motivação, a aceitação dos cuidados e a adaptação ao processo de reabilitação.

Ao lidar com pessoas de diferentes contextos culturais, os cuidados devem ser ajustados aos seus valores, crenças e tradições para garantir intervenções significativas, seguras e de qualidade. Isto exige flexibilidade do enfermeiro, incluindo a capacidade de superar barreiras linguísticas e culturais. A

comunicação, nesse contexto, consiste na transmissão e interpretação de mensagens, sejam elas verbais (faladas ou escritas) ou não verbais (gestos, expressões e símbolos), desempenhando um papel fundamental na troca de ideias, valores, crenças e atitudes entre profissionais de saúde e pessoas. (Gaspar et al., 2020)

Ao longo do estágio, contribuí para a identificação e prevenção de práticas de risco, nomeadamente através da vigilância das respostas à atividade física (por exemplo: através da monitorização, observação do “todo”, da gestão segura de equipamentos/dispositivos médicos - auxiliares de marcha, pedaleira, telemetria, pacemaker externo, drenagem pleural - e da avaliação contínua da tolerância ao esforço).

Em todas estas dimensões, procurei apoiar as decisões através do conhecimento especializado, da reflexão ética e da articulação com a equipa, consolidando uma prática segura, ética e orientada para a promoção da autonomia e da funcionalidade da pessoa em processo de reabilitação.

B — “Melhoria contínua da qualidade”

A segurança da pessoa assume-se como um elemento estruturante da qualidade dos cuidados de saúde, exigindo uma prática profissional orientada para a prevenção de riscos e a minimização de danos associados à prestação de cuidados. Os eventos adversos, pela sua associação à morbilidade e mortalidade, constituem um desafio permanente para os sistemas de saúde, reforçando a necessidade de estratégias organizadas e baseadas na evidência científica. (Astier-Peña et al., 2020)

Neste contexto, os cuidados de enfermagem devem ser planeados de forma sistemática e individualizada, sustentados em conhecimento técnico-científico, com o objetivo de prevenir complicações e promover a recuperação. (Almeida Silva Pol et al., 2025)

Os enfermeiros, enquanto profissionais com maior proximidade à pessoa, desempenham um papel determinante na promoção de ambientes seguros, na vigilância clínica contínua e na identificação precoce de situações de risco, assumindo particular relevância o EEER que, pela especificidade das suas intervenções, deve adotar uma atenção acrescida à segurança da pessoa, integrando-a de forma transversal em todo o processo de reabilitação. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a)

O EEER orienta a sua prática a partir do enquadramento conceptual dos cuidados de Enfermagem, adaptando-o à especificidade da reabilitação para promover a melhoria contínua e reforçar a visibilidade da especialidade. A satisfação da pessoa cuidada constitui um eixo central dos padrões de qualidade, abrangendo o respeito pelas suas capacidades, valores, crenças e preferências, a promoção da autonomia ao longo do processo de reabilitação, o reforço positivo relativamente aos objetivos

alcançados, a construção de interações empáticas, o estabelecimento de uma parceria no planeamento dos cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos e a reflexão conjunta sobre o percurso de cuidados. (Loureiro et al., 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A ER, centrada na pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, tem contribuído para ganhos significativos em saúde e para a melhoria da qualidade dos cuidados. A crescente complexidade dos cuidados e as maiores expectativas dos cidadãos reforçaram a importância da qualidade em saúde e da prática profissional baseada em padrões de excelência. A definição destes padrões para os cuidados especializados em ER visa apoiar a melhoria contínua e orientar a reflexão sobre a prática. (Martins et al., 2018)

Tendo como referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), definidos pela Mesa do Colégio da Especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015), orientei o meu percurso clínico através de uma prática sistemática, intencional e centrada na pessoa, procurando integrar tanto estes referenciais como a evidência científica mais recente em todas as etapas do processo de cuidados. A sua aplicação concretizou-se na avaliação contínua das necessidades da pessoa, no planeamento individualizado das intervenções e na monitorização rigorosa dos resultados obtidos, promovendo a implementação consistente de práticas fundamentadas na qualidade e na melhor evidência disponível.

No domínio da **“satisfação do cliente”**, privilegiei uma relação terapêutica baseada na comunicação eficaz, escuta ativa, no esclarecimento dos objetivos da intervenção e no respeito pelo ritmo e preferências da pessoa, promovendo a sua participação ativa no processo de reabilitação.

Relativamente aos domínios da **“promoção da saúde”** e da **“prevenção de complicações”**, as intervenções foram planeadas e implementadas de forma segura e individualizada, tendo em consideração a condição clínica, funcional e o contexto de cada pessoa. Estas intervenções tiveram como objetivo a otimização da função respiratória, a manutenção e melhoria da mobilidade, a prevenção de alterações da funcionalidade e a redução do risco de complicações associadas aos diferentes processos de doença. (Pestana, 2023a)

No que concerne ao **“bem-estar e autocuidado”**, adaptei os cuidados às limitações momentâneas da pessoa, promovendo gradualmente a sua independência e reforçando estratégias que aumentassem a confiança e o conforto durante o programa de reabilitação. Por exemplo, nas transferências, iniciei com assistência física parcial e orientação passo a passo, diminuindo progressivamente o apoio à medida que a pessoa ganhava segurança e independência. Durante os exercícios respiratórios, forneci instruções claras e incentivo verbal, monitorizando a execução e ajustando o nível de ajuda conforme

a tolerância e capacidade respiratória, utilizado a Escala de Borg modificada. Nesta linha de pensamento, também foram realizados ensinamentos à família e/ou cuidador, incentivando a sua participação ativa nos cuidados.

No contexto comunitário, a progressão da marcha foi estruturada de forma gradual e adaptada às capacidades funcionais da pessoa. Inicialmente, recorreu-se a um andador, proporcionando estabilidade e confiança durante os primeiros passos. À medida que a segurança e o equilíbrio melhoraram, a pessoa passou a utilizar duas canadianas, permitindo maior independência enquanto mantinha suporte adequado. Por fim, transitou para apenas uma canadiana, consolidando a sua autonomia, a coordenação e a segurança funcional. Esta abordagem progressiva não só favoreceu a recuperação da mobilidade de forma segura, como também contribuiu diretamente para o bem-estar e autocuidado da pessoa, promovendo confiança, independência nas AVD's e capacidade de gerir de forma autónoma os desafios do quotidiano.

No âmbito da **“readaptação funcional”**, a intervenção do EE centrou-se no desenvolvimento de processos adaptativos eficazes face aos problemas de saúde identificados, em colaboração com a pessoa/família. Estes processos incluíram o planeamento das intervenções de ER orientadas para a transição para o domicílio, a otimização dos recursos disponíveis e a valorização das capacidades funcionais remanescentes, promovendo o envolvimento ativo da pessoa e das suas pessoas significativas no processo de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2015; RNAO, 2025) Por exemplo, no caso de uma pessoa com hemiplegia pós-AVC, trabalhei com a família a adaptação do domicílio, ensinei técnicas seguras de transferência da cama/cadeira e implementei exercícios de fortalecimento e coordenação, promovendo que a pessoa realizasse as AVD's de forma mais independente e segura possível.

Relativamente à **“reeducação funcional”**, a intervenção foi orientada para a melhoria da qualidade de vida, reintegração e participação social, tendo por base a identificação das necessidades individuais em termos de funcionalidade. Foram igualmente considerados os fatores psicossociais que influenciam os processos de adaptação e de transição saúde/doença, garantindo uma abordagem centrada na pessoa. (Martins et al., 2023) Como caso concreto, acompanhei uma pessoa submetida a uma cirurgia de colocação de prótese da anca, realizando treino de marcha no domicílio com o auxílio de andador, até ao café que costumava frequentar antes do evento. Durante o treino, foi possível identificar as dificuldades reais de deslocamento e adaptação, envolvendo a esposa na atividade para que também pudesse compreender os desafios e aprender estratégias de apoio. Esta abordagem contribuiu para aumentar a segurança e a confiança da pessoa, facilitando o seu retorno gradual às atividades sociais que fazia habitualmente.

Na “**promoção da inclusão social**”, a minha intervenção enquanto ER centrou-se em apoiar a participação ativa da pessoa nas AVD’s, nas AIVD’s e na comunidade, promovendo a sua autonomia e independência, a integração social e o envolvimento da família. Esta abordagem procurou otimizar os recursos disponíveis e reduzir barreiras ou estigmas, criando condições que favorecessem uma inclusão mais efetiva e adaptada às necessidades individuais de cada pessoa. (Martins et al., 2023) Como exemplo prático, acompanhei uma pessoa jovem que tinha sido submetido a uma craniotomia e apresentava hemiplegia. Encontrava-se desmotivado e desanimado face às limitações recentes e à responsabilidade de cuidar dos filhos pequenos. Incentivei-a a retomar a reabilitação em ambulatório, explicando que seria possível organizar transporte através da junta de freguesia, facilitando os seus deslocamentos e a participação em atividades sociais. A esposa esteve envolvida de forma ativa em todo o processo, aprendendo estratégias de apoio e compreendendo melhor as dificuldades, o que foi essencial para motivar a pessoa e garantir segurança nas AVD’s. Paralelamente, referenciei-a para a EE de saúde mental, assegurando acompanhamento especializado. Esta abordagem permitiu que a pessoa recuperasse progressivamente a independência necessária para acompanhar a esposa a ir levar os filhos à escola e participar nas atividades extracurriculares, promovendo envolvimento familiar e integração na comunidade.

Na “**organização dos cuidados de Enfermagem**”, o EEER orienta a prática de forma estruturada e eficiente, utilizando referenciais claros para o exercício profissional, planeando e registando de forma sistemática diagnósticos, intervenções e resultados. A organização inclui também a aplicação de modelos de “cuidados centrados na pessoa” (RNAO, 2025), garantindo a continuidade, qualidade e a individualização dos cuidados prestados.

Ao longo deste relatório, cada um dos PQCEER será analisado de forma detalhada, sendo articulado com a minha prática clínica durante o estágio, por meio da apresentação de exemplos concretos que evidenciam a sua aplicação e o contributo para a qualidade dos cuidados prestados.

No âmbito da ER, os CCP sustentam-se numa comunicação terapêutica eficaz entre o enfermeiro e a pessoa em processo de reabilitação. As intervenções do enfermeiro devem privilegiar a escuta ativa da pessoa sobre a sua experiência de doença ou incapacidade, o significado pessoal que atribui às limitações funcionais e o impacto destas na sua participação social e qualidade de vida. (Santos, 2023)

A compreensão destas experiências permite ao ER adequar as intervenções às necessidades, expectativas e objetivos da pessoa, promovendo a sua capacitação, autonomia e independência.

Pessoas satisfeitas com os cuidados recebidos tendem a aderir melhor às orientações de saúde, a gerir o seu tratamento de forma mais eficaz, a utilizar os serviços de modo mais adequado e a recuperar mais rapidamente do processo de saúde-doença. (Loureiro et al., 2024)

No estágio da comunidade realizei uma formação em serviço sobre a “deglutição comprometida” (apêndice III), tendo sido uma lacuna assinalada pela minha enfermeira orientadora no serviço, foi então realizada essa formação, na qual também eu aprofundei os meus conhecimentos sobre a temática. Tornou-se assim um momento de transmissão de conhecimentos, que incluiu: a definição de deglutição comprometida; disfagia; causas de alteração da deglutição; avaliação da função de deglutição; principais consequências da disfagia; sinais e sintomas de disfagia; avaliação da função de deglutição – escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS); intervenção de enfermagem; intervenção do EEER – reeducação da deglutição. E assim, os enfermeiros de cuidados gerais e especialistas em outras áreas de enfermagem conseguiram adquirir novos conhecimentos e colocá-los em prática na avaliação da pessoa, no domicílio. Tornando-se um elo de ligação com a família/cuidadores no domicílio, uma vez que são estes que muitas vezes nos transmitem informações preciosas sobre a pessoa que necessita dos nossos cuidados por estarem diariamente com os seus familiares, sendo de extrema importância o seu conhecimento acerca dos sinais de alerta para a pessoa com deglutição comprometida.

A partir de essa formação realizada e em colaboração com a enfermeira orientadora, foi atualizado e melhorado o protocolo já existente no serviço.

No contexto hospitalar tive a oportunidade de pôr em prática o conhecimento adquirido na realização dessa ação de formação, uma vez que tive oportunidade de prestar cuidados de ER a pessoas com deglutição comprometida - por entubação orotraqueal (EOT) durante um longo período de tempo ou derivado de complicações pós-operatórias – por exemplo, acidente vascular cerebral com presença de disfagia.

No desenvolvimento da minha prática clínica, promovi a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da utilização de *guidelines* recentes e baseadas na evidência científica, que orientaram a tomada de decisão e a implementação das intervenções de ER.

Destaca-se a aplicação das *guidelines* da RNAO (2019; 2025), bem como do Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) da Ordem dos Enfermeiros sobre a reabilitação cardíaca (2020), respiratória (2018) e cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação (2013), que contribuíram para a padronização das intervenções, a segurança da pessoa e a eficácia dos cuidados prestados. A integração destas recomendações permitiu a adequação das

intervenções às necessidades identificadas, promovendo resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e a qualidade assistencial.

Como exemplos de intervenções realizadas, procedi ao ensino, incentivo e treino de técnicas respiratórias, como o controlo e dissociação de tempos respiratórios, correção de posições viciosas (promoção do relaxamento da região escapulo-umeral, membros inferiores apoiados), respiração abdomino-diafragmática, reeducação diafragmática, reeducação costal inferior bilateral, abertura costal seletiva com elevação do membro superior até 90º, tosse com contenção da sutura, ciclo ativo de técnicas respiratórias, utilização do inspirómetro de incentivo.

Incentivar a mobilização, bem como à educação para a autogestão da doença, incluindo estratégias de conservação de energia (planeamento antecipado das atividades- distribuindo o esforço ao longo do dia para evitar picos de exaustão; divisão das tarefas em etapas menores; delegação de tarefas; simplificação de atividades; adaptação da estrutura física do domicílio) e reconhecimento de sinais de alerta.

Segundo o GOBP de Reabilitação Cardíaca (2020), é recomendado que no período pré-operatório seja sugerido à pessoa realizar: respiração abdomino-diafragmática com dissociação dos tempos respiratórios; exercícios de abertura da grelha costal (global e seletiva); ensino, instrução e treino da tosse com contenção dos drenos e ferida cirúrgica; espirometria de incentivo; exercícios de mobilização musculo-articular dos membros inferiores e superiores.

A integração destas recomendações permitiu a adequação das intervenções às necessidades identificadas, contribuindo para a padronização das práticas, a segurança da pessoa e a eficácia dos cuidados prestados, com impacto positivo nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e na qualidade assistencial.

C — “Gestão dos cuidados”

No contexto hospitalar, a gestão do tempo e a organização dos cuidados são fundamentais, sobretudo por ser no turno da manhã, em que várias dinâmicas ocorrem em simultâneo: higiene, alimentação, realização de exames de diagnóstico, colheita de análises, cuidados de enfermagem, visita de familiares, transferências, altas, admissões e intervenções de outros profissionais (dietista, terapeuta da fala, fisioterapeuta, assistente social e equipa médica). Perante todos estes fatores, torna-se essencial priorizar a intervenção do EEER e determinar qual o momento mais adequado para a sua realização.

Para além do referido, antes de iniciar qualquer intervenção é importante consultar o diário clínico de cada pessoa, bem como os exames complementares de diagnóstico realizados, após a passagem de

turno. É também crucial articular com o enfermeiro de cuidados gerais para identificar eventuais alterações ocorridas desde a última passagem de turno. Contudo, é sempre realizada uma avaliação pelo EEER antes de iniciar qualquer exercício.

A seleção da pessoa para o início da intervenção é realizada com base em critérios clínicos e logísticos, garantindo a segurança e a eficácia das intervenções de ER. Inicialmente, verifico se existem exames complementares programados ou se a pessoa se encontra em jejum (neste caso, a intervenção não é realizada antes do exame).

Comecei por identificar quem tem agendada alta para, nestes casos, priorizar a intervenção para assegurar a validação dos exercícios destinados à realização no domicílio e esclarecer quaisquer dúvidas surgidas desde a última sessão. Esta abordagem permite um planeamento individualizado, seguro e eficiente, promovendo cuidados centrados na pessoa e a continuidade do processo terapêutico.

No que se refere às manobras acessórias, como as vibrações, estas devem ser aplicadas apenas em pessoas com indicação clínica específica, nomeadamente em casos de acumulação de secreções e dificuldade na sua eliminação, nunca de forma arbitrária. Existem contraindicações claras, como após a refeição, em situações de alterações da coagulação, pneumotórax ou arritmias (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Embora não sejam realizadas após a ingestão de alimentos, podem ser aplicadas antes do pequeno-almoço quando clinicamente indicadas. E assim, iniciar a minha intervenção por essa(s) pessoa(s) para não correr ao risco de ser alimentadas e assim comprometer a intervenção e os resultados previstos.

No que respeita à gestão de cuidados na UCINT, é frequente a presença de pessoas submetidas a drenagem pleural e/ou mediastínica, bem como pessoas com FA sob perfusão contínua de antiarrítmicos. Nestes contextos, priorizo a intervenção junto das pessoas que se encontram hemodinamicamente estáveis e que já tenham realizado a remoção dos drenos. De acordo com a experiência adquirida, as pessoas portadores de drenos tendem a apresentar maior intensidade de dor, bem como diminuição da amplitude da abertura costal seletiva, o que condiciona a realização eficaz dos exercícios.

Acresce que, na maioria das situações, os drenos são removidos ainda durante a manhã, quando a pessoa foi admitida na tarde do dia anterior e não existe EEER escalado nesse turno. Assim, a intervenção é, sempre que possível, realizada após a sua remoção. Esta estratégia contribui para maior conforto da pessoa, reduz o receio associado à execução dos exercícios e favorece uma participação mais eficaz no processo de reabilitação.

Na comunidade, a gestão de cuidados foi planeada de forma a colocar a pessoa no centro da intervenção, respeitando o seu quotidiano e as suas necessidades individuais. As visitas eram organizadas de modo a não interferir com a higiene pessoal, consultas ou exames agendados, e articuladas com a fisioterapeuta quando necessário. A pessoa era incentivada a tomar a medicação analgésica antes da visita, e tanto ela como a família eram sempre informadas sobre a data e o horário da próxima intervenção, garantindo previsibilidade, reduzindo o stress e reforçando a autonomia na gestão do seu próprio cuidado.

Antes de iniciar a minha intervenção, esta é sempre discutida com o enfermeiro orientador, tendo por base a informação recolhida na consulta dos exames complementares de diagnóstico. Quando se trata de uma pessoa que já iniciou o programa de reabilitação, discute-se igualmente o que já foi trabalhado e a progressão no plano de reabilitação.

Após a implementação do plano de cuidados, procede-se ao respetivo registo na plataforma informática, garantindo a continuidade dos cuidados. Por exemplo, no caso do exercício com pedaleira, é importante registar o FITT-VP de exercício e incluir um instrumento de avaliação, como a Escala de Borg modificada, para que o colega de ER que vai prestar cuidados a seguir tenha conhecimento da resposta ao exercício realizado. Assim como, transportar esta mnemónica FITT-VP para os restantes exercícios realizados com a pessoa (p.e. exercícios na barra cama, na cadeira, nas escadas, exercícios de equilíbrio).

Para além disso, também é transmitido aos enfermeiros de cuidados gerais, responsável pela pessoa, o que foi realizado no programa de reabilitação, alterações e progressão no plano e assim, quais as medidas a adotar nos restantes turnos. Como por exemplo: andar com auxiliar de marcha; realização de atmosfera húmida; incentivar a realizar as AVD's, reforço da ingestão hídrica.

D — “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

Os EE devem dispor de uma formação sustentada nos princípios da educação transformadora e interprofissional, promotora de pensamento crítico e abrangente, e capaz de desenvolver competências de liderança em enfermagem e noutras áreas da saúde. Nas últimas décadas, a aprendizagem e a constante incorporação de novos conhecimentos têm impulsionado a revisão contínua de conceitos essenciais à prática profissional, reforçando a importância da educação contínua como elemento estratégico para o fortalecimento e valorização da enfermagem. Esta dinâmica formativa contribui não apenas para a criação de estratégias orientadas para a saúde universal, mas também para a melhoria das condições de trabalho e para a qualificação das intervenções

assistenciais. Assim, a liderança em enfermagem afirma-se como uma ferramenta central na promoção de uma cultura de aprendizagem permanente nos diversos contextos. (Ornellas & Monteiro, 2022)

No estágio profissionalizante tive a oportunidade de participar no rastreio da “Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)” que se realizou a nível de toda a ULS. Neste rastreio foi possível ter contacto com a pessoa com suspeita de DPOC e nesse sentido: expliquei e esclareci dúvidas sobre “o que é a DPOC”; fatores de risco; sinais e sintomas e foram realizados ensinamentos sobre: controlo e dissociação de tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, abertura costal global e seletiva; a técnica de *huffing* e a técnica da expiração forçada. Foi ainda explicada a utilização correta de broncodilatadores e os cuidados a ter após a sua utilização. De forma a sistematizar o que foi realizado: 1º EEER – abordar a pessoa e validar a participação no rastreio; 2º técnico – realização de espirometria; 3º colheita de dados e interpretação da espirometria; 4º EEER – realização de exercícios de acordo com o folheto providenciado pelo EEER de Pneumologia “Orientações para o doente com DPOC” e promoção de saúde.

A minha participação concentrou-se sobretudo na abordagem direta da pessoa, na aplicação dos exercícios respiratórios indicados e na identificação de sinais e sintomas de alerta, explicando também as estratégias adequadas a cada situação. Adaptei sempre as orientações às capacidades e necessidades individuais de cada pessoa. Esta experiência permitiu-me compreender a importância de uma comunicação clara e personalizada, motivando a pessoa a participar ativamente nos exercícios e promovendo a sua autonomia.

Além disso, realizei pesquisa sobre a evidência científica mais atualizada sobre a temática, o que contribuiu para reforçar os meus conhecimentos e se refletiu na confiança e empatia com que contactei cada pessoa submetida ao rastreio.

Foi-me permitido participar na formação (anexo II) realizada pela minha enfermeira orientadora na ULS sobre as “A Segurança do Utente e Profissionais na Prestação de Cuidados de Saúde” – “Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho” (LMERT), aprofundando os meus conhecimentos e ainda de participar como “modelo” para os restantes colegas que participaram na formação, tornando-me um elo de ligação durante a prática no serviço, transpondo estes conhecimentos para a minha prática profissional, e assim, conseguindo transmitir os meus conhecimentos aos pares.

Durante o percurso formativo participei com congressista nas 1ªs Jornadas do núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria e nas 1ªs Jornadas no núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Lisboa Ocidental, contribuindo para consolidação de conhecimentos e integrar novas ideias.

As 1^{as} Jornadas do Núcleo de Reabilitação da ULS de Santa Maria, intituladas “Avançar Juntos: Inovação, Partilha e Transformação” (A aguardar que o certificado seja enviado), foi possível conhecer diversos projetos desenvolvidos por EEER da própria ULS e de outras unidades. Este momento formativo evidenciou a diversidade de áreas de intervenção do ER e a sua capacidade de resposta às necessidades emergentes da população.

Durante as jornadas foram apresentados projetos em diferentes domínios, destacando-se a tele-reabilitação, a intervenção na pessoa amputada e a RC nas fases II e III, entre outros. Estas iniciativas reforçaram a importância da inovação, da partilha de experiências e da adaptação das intervenções de ER, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados.

No âmbito das 1^a Jornadas da ULS Lisboa Ocidental, subordinadas ao tema “A Transição de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação” (anexo III), foi possível assistir a um conjunto de intervenções que reforçaram a relevância do EEER na continuidade de cuidados, particularmente na articulação entre o contexto hospitalar e o domicílio. Estas jornadas constituíram um espaço privilegiado de partilha de conhecimentos, experiências e boas práticas, evidenciando os desafios e as oportunidades inerentes à transição de cuidados, com impacto direto na segurança, autonomia e qualidade de vida da pessoa e da sua família.

As jornadas foram organizadas em quatro partes, sendo que a primeira abordou os desafios e oportunidades da transição de cuidados na perspetiva hospitalar, com enfoque na preparação para a alta em diferentes serviços e na importância de uma intervenção precoce e estruturada do ER. A segunda parte centrou-se no papel do ER na interface hospital–comunidade, evidenciando a sua atuação em contextos como a pediatria, os cuidados continuados e os cuidados domiciliários. A terceira parte destacou a integração dos cuidados de reabilitação, abordando a transição para a comunidade, a referenciação adequada e a segurança da pessoa no processo de continuidade de cuidados. Por fim, a quarta parte apresentou projetos inovadores na transição de cuidados, realçando ferramentas e estratégias que promovem a continuidade assistencial e a qualidade dos cuidados de ER.

A participação nestas jornadas revelou-se fundamental para a atualização de conhecimentos e para a consolidação da importância dos cuidados de ER em diversas áreas.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

A ER centra-se na prestação de cuidados ajustados às necessidades específicas da pessoa, apoiando os seus projetos de saúde e promovendo a recuperação da funcionalidade. A relação terapêutica estabelecida entre o EEER e a pessoa em situação de vulnerabilidade assume um papel central, uma vez que muitas pessoas apresentam dependência parcial ou total decorrente de alterações no estado de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2019b; RNAO, 2025; Vasconcelos, 2021)

A ER constitui uma especialidade que centra a sua intervenção na promoção do bem-estar, da funcionalidade e da autonomia da pessoa ao longo de todo o ciclo vital. Os EEER detêm competências específicas regulamentadas, que lhes permitem realizar uma avaliação abrangente das necessidades, definir objetivos terapêuticos e estruturar intervenções personalizadas orientadas para a prevenção de complicações, o reforço das capacidades remanescentes e a maximização do potencial funcional da pessoa. Estas competências incluem conhecimentos diferenciados nas diferentes áreas, capacidade de gestão e coordenação dos cuidados, domínio de técnicas específicas e uma forte componente educativa dirigida à pessoa e família. (Vargas et al., 2025)

A intervenção do EEER inclui o diagnóstico precoce, a prevenção de complicações e a implementação de estratégias terapêuticas orientadas para recuperar ou manter a funcionalidade, minimizar incapacidades e educar a pessoa e a sua rede de suporte. Este cuidado deve sempre atender às respostas humanas da pessoa, respeitando as suas crenças, valores e projetos de vida. (Vasconcelos, 2021)

As áreas de intervenção do EEER podem assim, ser agrupadas em três domínios fundamentais (Santos, 2021):

- **Ensino-aprendizagem:** o EEER visa capacitar a pessoa e/ou a família/cuidador para realizar AVD's e autocuidados, bem como para utilizar corretamente produtos de apoio. Para isso, recorre a intervenções centradas na orientação, ensino e treino. *Exemplos:* ensinar sobre o treino de marcha com auxiliar de marcha; ensinar o uso correto do inspirómetro de incentivo; orientar e treinar o autocuidado vestir - iniciar pelo lado hemiplégico.
- **Processo corporal:** o objetivo é potenciar a funcionalidade física e a motricidade global, através da mobilização músculo-articular, exercícios respiratórios, fortalecimento muscular, treino de motricidade fina e equilíbrio (as intervenções incluem assistir, estimular e treinar).

Exemplos: treinar e estimular a realização de exercícios de fortalecimentos dos membros superiores e inferiores; assistir no treino de equilíbrio na cama/em pé com supervisão; estimular a tosse com contenção da sutura.

- Comportamento emocional: o EEER procura reforçar a motivação e a confiança da pessoa, promovendo um ambiente de apoio através de estratégias de incentivo e reforço positivo. *Exemplos:* incentivar a realização de exercícios respiratórios nos turnos da tarde; incentivar a participação de sessões de reabilitação de grupo, reforçando a autoestima; elogiar durante o treino de marcha com andador na pessoa submetida a cirurgia do fémur.

Ao longo do estágio, pude desenvolver de forma concreta e articulada as três competências específicas do EEER (J1 – “Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos de cuidados”; J2 – “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e J3 - “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”), tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros, (2019b, p. 13566).

A competência J1, centrada no cuidar da pessoa com necessidades especiais, esteve presente desde a avaliação inicial feita a cada pessoa e ao longo de toda a minha intervenção:

- A entrevista pré-cirúrgica constitui uma oportunidade para realizar uma avaliação abrangente da pessoa que será submetida a intervenção cirúrgica, envolvendo igualmente a família. Este primeiro contacto ocorre, por norma, num contexto marcado pela ansiedade e apreensão, permitindo à equipa de ER reconhecer necessidades, expectativas e preocupações. A intervenção centra-se na promoção da literacia em saúde, na transmissão estruturada de informação, na educação sobre o percurso cirúrgico e no esclarecimento rigoroso de dúvidas. Este processo favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica assente na confiança e, consequentemente, reforça a parceria de cuidados, promovendo uma maior adesão da pessoa e da família ao programa de reabilitação;
- Realizei avaliações sistemáticas e monitorização contínua através da avaliação dos sinais vitais (saturação periférica de oxigénio, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e dor), enquanto EEER, com o objetivo de avaliar a tolerância ao esforço, a segurança e a resposta fisiológica da pessoa às intervenções de ER, nomeadamente durante os programas de Reabilitação (treino de AVD's, reeducação funcional respiratória, reeducação funcional, adaptação ao domicílio). Estes dados permitiram ajustar a intensidade, duração e progressão das intervenções, prevenindo complicações, o esforço inadequado, à instabilidade clínica e assim promover a funcionalidade de forma segura e consequentemente

reduzir o tempo e internamento.

- Segundo Sousa et al. (2023), a seleção de instrumentos de avaliação para a análise de determinados aspetos deve ter em consideração a sua validade para aquilo que se propõem medir, a fiabilidade adequada e a sensibilidade a mudanças clínicas relevantes. Os mesmos autores referem que a garantia da qualidade métrica destes instrumentos é fundamental para evitar enviesamentos na avaliação da efetividade das intervenções do EEER. Acrescentam ainda que, para apresentarem utilidade clínica, os instrumentos de avaliação devem ser adequados ao parâmetro em estudo, de aplicação simples, rápida e pouco dispendiosa, permitindo a obtenção de resultados pertinentes que orientem o processo de reabilitação. Neste sentido, e em consonância com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem Da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (PDCEER) da Ordem dos Enfermeiros (2014), a documentação clínica deve traduzir de forma estruturada e fundamentada o processo de tomada de decisão do EEER, sustentando o juízo clínico e evidenciando o contributo dos cuidados de ER nos ganhos em saúde da pessoa. Assim, a seleção do instrumento de avaliação mais apropriado implica não só a análise da sua aplicabilidade clínica, mas também das suas propriedades psicométricas, nomeadamente a validade, a reprodutibilidade e a sensibilidade às mudanças, assegurando a fiabilidade dos dados obtidos e a redução de erros na avaliação das intervenções. Neste enquadramento, a utilização de instrumentos padronizados e validados, como a Escala de Borg modificada, a Escala de Morse, a Escala de força do MRC, a escala de GUSS, o Índice de Barthel e a Escala de Equilíbrio de Berg, permitiu uma monitorização rigorosa da evolução funcional da pessoa, em consonância com o referencial CIPE e com os objetivos do PDCEER. Esta prática contribuiu para reforçar a qualidade, a segurança e a consistência das decisões clínicas adotadas pelo EEER, evidenciando-se nos relatos de caso clínico apresentados.
- Durante a minha avaliação, identifiquei fatores facilitadores e inibidores com impacto direto na adesão e eficácia das intervenções de ER. Como fatores facilitadores, destaquei a presença dos familiares motivadores, a relação empática estabelecida, a escuta ativa, a ausência de dor e a explicação clara dos procedimentos, reforço positivo, enquanto fatores inibidores foram identificados a insónia, a dor, a ansiedade, o ruído ambiental e incerteza da alta hospitalar. Por exemplo, num contexto hospitalar concreto na pessoa com limitação funcional e ansiedade associada ao medo de se mobilizar, optei por realizar a intervenção durante o período de visita, envolvendo o familiar no processo, o que se traduziu numa maior colaboração e segurança da própria família no regresso a casa, incentivado a família a realizar também os exercícios. Realização de programas de reabilitação em grupo no exterior do quarto ou no quarto com as

peessoas que se encontravam na mesma situação de recuperação, motivando-se e desafiando-se na realização dos exercícios ao longo do dia.

Noutro momento, perante a presença de dor antes da realização do programa de reabilitação, articulei com a equipa de enfermagem a antecipação da administração de analgesia, permitindo a realização da intervenção com melhor tolerância ao esforço, sendo importante a transmissão desta informação com a restante equipa. Para que não fosse comprometida a realização do programa de reabilitação pela ausência da administração de analgesia.

- No contexto comunitário, uma pessoa submetida a cirurgia de prótese da anca, observei que durante a presença do marido, este fazia comentários negativos sobre a realização dos exercícios, gerava ansiedade e dificultava a mobilização e treino de AVD's. Para contornar esta situação, ajustámos a programação das visitas de forma a realizar as intervenções quando o familiar não estivesse presente, ou negociando breves períodos de ausência, permitindo à pessoa participar de forma mais confiante e segura no programa de reabilitação. Após atingir essa confiança e tornar-se mais independente nas AVD's, conseguimos integrar o marido no programa, uma vez que já via a esposa de forma diferente e sentindo-se capaz de voltar a colaborar nos cuidados.
- Durante a minha intervenção é sempre feita a validação, explicação e demonstração dos exercícios. Adicionalmente, a identificação de ansiedade levou à utilização de estratégias como a escuta ativa, a negociação de cuidados e o estabelecimento de metas realistas, ajustando a intervenção desde o início e garantindo um cuidado individualizado e centrado na pessoa.
- No contexto hospitalar há uma grande afluência de pessoas residentes no arquipélago dos Açores. Esta unidade é o centro de referência para o arquipélago, para a realização de cirurgias cardíacas. Todas as famílias têm direito em ficar num apartamento perto da unidade hospitalar e assim ficar perto do familiar que está internado, revelando-se uma mais-valia para a recuperação do mesmo.

A competência J2, orientada para a capacitação da pessoa e da família, esteve muito presente nas minhas atividades diárias:

- Durante o estágio, realizei ensinamentos em todas as sessões, esclareci dúvidas, utilizei linguagem ajustada ao nível de literacia e forneci folhetos informativos (existentes no serviço e atualizados), para que a pessoa e a família pudessem rever a informação ainda durante o internamento e no domicílio.
- Antes de iniciar a minha intervenção propriamente dita, pedia sempre autorização e esclarecia sobre os exercícios que íamos realizar e quais os objetivos da sessão: o treino funcional incluiu

momentos essenciais como o treino de escadas, sempre adaptado às características reais do domicílio (número de degraus, corrimão, forma de entrar e sair), o que permitiu preparar a pessoa para um regresso seguro e confiante ao seu ambiente habitual. A presença da família em algumas sessões revelou-se fundamental para reforçar a continuidade dos cuidados, aumentar a motivação e contribuir para uma transição segura e autónoma para o domicílio.

- Segundo um estudo realizado no Brasil, Melheiros et al. (2021), refere que a disponibilização de informação clara e adequada por parte da equipa de enfermagem mostrou-se essencial para promover a confiança da pessoa e da família ao longo do processo de cuidados. As pessoas que receberam orientações no período pré-operatório apresentaram maior tranquilidade e segurança, refletindo-se numa maior estabilidade no período pós-operatório e num menor tempo de internamento em cuidados intensivos. O envolvimento dos familiares contribuiu igualmente para uma vivência mais positiva da situação clínica. Por outro lado, a ausência de orientação esteve associada a sentimentos de medo, ansiedade e confusão, com repercussões na estabilidade clínica e no aumento do tempo de internamento. (Barbosa et al., 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Podemos, assim, concluir que a minha intervenção, enquanto futura EEER, foi de encontro à evidência científica mencionada anteriormente, a qual evidencia a importância da promoção de cuidados humanizados, centrados na pessoa e na família, através da comunicação terapêutica, do esclarecimento de dúvidas e do envolvimento ativo no processo de cuidados.

A competência J3, que visa maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa, foi particularmente evidente:

- Realizei a avaliação da funcionalidade de forma sistemática, recorrendo à aplicação de escalas e instrumentos de avaliação adequados, o que permitiu identificar limitações, potencialidades e necessidades específicas da pessoa no contexto comunitário. Com base nesta avaliação, procedi à adaptação do domicílio, nomeadamente através da eliminação de barreiras arquitetónicas e da reorganização do espaço, com vista à promoção da segurança, autonomia e funcionalidade no ambiente habitual.
- Forneci e utilizei materiais de apoio educativos, nomeadamente folhetos informativos, adequados às necessidades identificadas (por exemplo: prevenção do risco de queda no domicílio; utilização segura do andarilho na marcha e nas transferências; marcha com canadianas após prótese total da anca: a técnica correta; treino de escadas com auxiliar de marcha: recomendações de segurança; sequência funcional no vestir: por onde começar?), assegurando o ensino à pessoa e à família para a sua correta, segura e eficaz utilização.

- Disponibilizei materiais de apoio e de transferência (por exemplo: andarilho, canadianas), adequados às necessidades identificadas, assegurando o ensino à pessoa e à família para a sua utilização segura e eficaz. Delineei e implementei programas de reabilitação individualizados, ajustados aos resultados da avaliação funcional, com enfoque na promoção da autonomia, mobilidade e participação nas AVD's.
- As intervenções foram desenvolvidas com o envolvimento ativo da família e/ou cuidador, promovendo a sua capacitação e a continuidade dos cuidados no domicílio, através da implementação de programas de reabilitação individualizados pelo. Através do relato de caso clínico, é possível evidenciar as intervenções realizadas e os ganhos funcionais obtidos, refletindo de forma clara a maximização da funcionalidade e o desenvolvimento das capacidades da pessoa.
- No serviço de CCT, conduzi sessões de grupo que começavam com os participantes sentados em círculo, fomentando a interação e o sentido de pertença. Foram promovidos exercícios de relaxamento, alongamentos e fortalecimento muscular; técnicas de conservação de energia e intolerância às atividades; foram utilizadas bolas (de diferentes tamanhos, textura e peso) durante o exercício para estimular a participação, coordenação e o trabalho em equipa. A utilização de musicoterapia (de acordo com os gostos dos participantes) trouxe dinamismo às sessões, ajudando no ritmo, motivação e envolvimento emocional das pessoas. Em algumas sessões, a família também participou, reforçando a segurança, o encorajamento e a continuidade dos exercícios em casa.
- As bolas utilizadas foram oferecidas por mim, enquanto aluna, ao serviço, com o objetivo de iniciar a criação de uma “caixa” de reabilitação, tendo esta proposta surgido da identificação da inexistência deste material no serviço e da necessidade de incentivar a aquisição de novos produtos de apoio à intervenção em reabilitação.

O impacto destas atividades foi muito significativo. O *feedback* recebido foi extremamente positivo e, numa das sessões, uma pessoa emocionou-se ao partilhar que estas iniciativas reforçavam a autoestima e o sentimento de não estar sozinha no processo de reabilitação. Este momento evidenciou de forma clara os ganhos em saúde emocional, social e funcional proporcionados por intervenções que integram simultaneamente as três competências: cuidar da pessoa na sua totalidade ao capacitá-la para a autonomia e participação e ao desenvolvimento das suas capacidades.

De forma global, todas as atividades desenvolvidas — avaliação, monitorização, programas de reabilitação adaptados, intervenções educativas, participação da família, dinâmicas de grupo e musicoterapia — contribuíram para consolidar as competências J1, J2 e J3, sempre numa prática

centrada na pessoa, fundamentada na evidência e promotora de autonomia, independência e funcionalidade e bem-estar.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Ao longo do ciclo de estudos do MER, desenvolvi um percurso formativo que integra todas as competências exigidas para a obtenção do grau de mestre, conforme previsto no regime jurídico dos graus académicos, articulando uma sólida formação teórica, com experiências práticas no destintos locais de estágio e cientificamente fundamentadas.

A componente teórica decorreu entre outubro de 2024 e abril de 2025, tendo incluído aulas teórico-práticas, sessões laboratoriais e orientações tutoriais que permitiram aprofundar de forma significativa os conhecimentos adquiridos.

Este processo não apenas aprofundou a minha compreensão conceptual da ER, como também consolidou competências de investigação e permitiu desenvolver pensamento crítico e fundamentado, elevando o meu nível de conhecimento para o grau de exigência inerente ao 2.º ciclo.

A partir do mês de maio de 2025, iniciei a vertente prática em contexto comunitário, onde tive a oportunidade de intervir junto pessoas e famílias, aplicando conhecimentos a situações reais, muitas delas novas e complexas. Através da visita domiciliária e da avaliação das condições habitacionais, compreendi as barreiras arquitetónicas e sociais que condicionam a funcionalidade e a independência, o que reforçou a importância das intervenções do EEER na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida.

O contacto com dinâmicas familiares distintas, desde contextos estruturados até situações de maior fragilidade, exigiu o reforço de conhecimentos na área social e ética, bem como a consulta de orientações institucionais e enquadramento legal aplicável. Esta realidade implicou a articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente serviço social e equipa de enfermagem, de forma a adequar a tomada de decisão clínica às dimensões sociais, relacionais e emocionais da pessoa, garantindo uma intervenção integrada e centrada nas suas necessidades.

Em setembro, iniciei o estágio em contexto hospitalar numa área que me é particularmente significativa, a reabilitação em contexto respiratório, cardíaco e neurológico, áreas com que já contactava frequentemente enquanto enfermeira de cuidados gerais. Esta etapa permitiu transferir conhecimentos adquiridos durante o mestrado diretamente para a prática clínica, transformando o meu raciocínio e a forma de intervir junto da pessoa e família. A elaboração do relato de caso foi

fundamental para clarificar o meu raciocínio diário. Foi ainda, elaborado um poster informativo, destinado à pessoa submetida a CC e afixado nos quartos, o “T.P.C. da Enfermagem de Reabilitação” (apêndice IV), constituiu um contributo concreto para a continuidade dos cuidados de reabilitação nos períodos em que não está presente um EEEER. Este instrumento demonstrou ganhos em saúde, nomeadamente na promoção da autonomia precoce e na redução dos dias de internamento, reforçando a importância da educação e da sistematização de cuidados.

Este percurso foi complementado pela realização de múltiplos trabalhos de investigação, dos quais resultaram duas publicações: um artigo em revista científica (Nursing Depths Series) – intitulado de “Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings” (apêndice V), elaborado na disciplina de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Comunitário. Destaca-se ainda a elaboração de um capítulo intitulado Intervenções de Enfermagem no Adulto com Fibrose Quística, integrado no livro “Enfermagem de Reabilitação: Fundamentos, Intervenção e Resultados” (anexo VI), desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Investigação em Enfermagem. A produção e publicação de capítulos científicos constituem um contributo relevante para a disseminação do conhecimento em ER, promovendo a transferência de evidência para a prática clínica. Neste sentido, a participação ativa na produção científica reflete não apenas o aprofundamento de competências de investigação, mas também o compromisso ético e profissional com a partilha de saber, assumindo-se como uma responsabilidade inerente ao grau de mestre

Finalmente, todo o trabalho realizado exigiu autonomia crescente. A aprendizagem auto-orientada, a procura ativa de evidência científica, a autoavaliação contínua e a capacidade de identificar novas necessidades formativas demonstram a consolidação de competências que sustentam a aprendizagem ao longo da vida, indispensável ao exercício especializado.

5. ANÁLISE SWOT

A análise SWOT constitui uma ferramenta de planeamento estratégico que permite identificar e analisar, de forma estruturada, os fatores que influenciam um percurso formativo. Este modelo baseia-se na identificação das *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças), possibilitando uma compreensão integrada dos fatores internos e externos que condicionam o processo de aprendizagem e o desenvolvimento profissional. (Mendes et al., 2025)

No presente relatório, a análise SWOT incide sobre o Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, considerando a totalidade do percurso formativo desenvolvido ao longo dos dois anos, integrando a componente teórica e a componente prática. Esta análise tem como finalidade identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionadas com o desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EEER e das competências de mestre, conforme preconizado pela ordem dos Enfermeiros.

A análise das minhas forças e fraquezas, que me são intrínsecas, em conjunto com as oportunidades e ameaças provenientes do contexto externo, permite uma reflexão crítica e fundamentada sobre o contributo da formação para o desenvolvimento das minhas competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e reflexivas. Deste modo, a análise SWOT assume um papel central na avaliação do meu percurso formativo, na consolidação da minha identidade profissional enquanto futura EEER e na identificação de áreas de melhoria e estratégias que promovam a qualidade da formação e a excelência da prática de cuidados.

Forças:

- Boa comunicação com a pessoa e família e/ou cuidador;
- Capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, promovendo a articulação com outros profissionais de saúde e contribuindo para a continuidade e qualidade dos cuidados.
- Iniciativa e entusiasmo na aquisição de novos conhecimentos;
- Desenvolvimento de competências de avaliação da funcionalidade, permitindo a identificação precoce de necessidades e a definição de planos de intervenção individualizados.
- Capacidade de resposta eficaz perante situações adversas, aliada à antecipação de potenciais situações de descompensação, sustentada numa avaliação clínica rigorosa e numa tomada de decisão fundamentada. (Como exemplo: uma pessoa submetida a CCT, que tinha realizado o levante com o colega da noite, apresentava, quando cheguei, afasia, não mencionada anteriormente. Imediatamente comuniquei à enfermeira orientadora, registando o défice neurológico, e em seguida à equipa médica. Após a realização da TAC, foi identificado um AVC

isquémico; durante uma visita ao domicílio, pessoa submetida a colocação de prótese de anca e com antecedente de neoplasia do pulmão apresentava dificuldade respiratória visível. Nesse momento ajustei o aporte de oxigenoterapia, elevei a cabeceira e foi efetuada chamada para o 112, tendo tido o diagnóstico de infeção respiratória e derrame pleural; no serviço de CCT ao realizar auscultação torácica numa pessoa submetida a CC, identifiquei diminuição do murmúrio vesicular num campo pulmonar, levando à solicitação de telerradiografia do tórax, que revelou um pneumotórax, diagnóstico este que altera completamente a intervenção do EEER; antes de iniciar treino de marcha, adotei medidas de prevenção de quedas, como colocar cadeiras ao longo do corredor, garantindo que a pessoa pudesse sentar-se caso apresentasse intolerância à atividade). Estes exemplos relatam a importância da vigilância clínica contínua, da capacidade de reconhecimento precoce de sinais de alarme e da atuação proativa. Importa salientar que estas competências foram significativamente potenciadas pela experiência profissional prévia em contexto de urgência e contacto com situações críticas, constituindo uma mais-valia no desempenho enquanto EEER, ao permitir uma leitura clínica mais célere, segura e fundamentada das situações de risco.

- Autonomia progressiva na tomada de decisão clínica, sustentada no raciocínio crítico e na reflexão sobre a prática;
- Sensibilidade para os aspetos emocionais e psicossociais da pessoa em situação de doença ou incapacidade, integrando-os na intervenção de enfermagem de reabilitação.

Fraquezas:

- Insegurança inicial quanto ao desempenho enquanto estudante, levando, por vezes, à perceção de que poderia intervir de forma mais ativa, mas optando por uma postura mais reservada pelo receio de ultrapassar o papel de aluno;
- Necessidade de aprofundar conhecimentos sobre patologias específicas menos frequentes na prática profissional prévia, exigindo um esforço adicional de estudo e adaptação em determinados contextos clínicos;
- Dificuldade em lidar com a frustração quando a pessoa não adere ao plano de reabilitação, exigindo maior resiliência e estratégias de motivação para mim e para a pessoa;
- Receio inicial na aplicação de raciocínio crítico em situações teóricas complexas, como elaboração de planos de cuidados ou discussão de casos clínicos em seminários, relacionado com o papel de estudante e aquisição e consolidação de conhecimentos;
- Limitações na gestão do estudo autónomo e planeamento do tempo, especialmente quando conjugado com os estágios clínicos, atividade profissional e compromissos pessoais.

Oportunidades:

- Integração em equipas multidisciplinares, permitindo aprender a colaborar com outros profissionais de saúde e a melhorar a articulação dos cuidados;
- Acesso a supervisão qualificada por EEER e professores orientadores, favorecendo a aprendizagem prática, a reflexão crítica e a integração teoria-prática;
- Oportunidade de desenvolver competências de investigação e análise crítica, através da elaboração de trabalhos académicos, publicações de artigos com a ajuda preciosa dos professores do MER;
- Participação em seminários e palestras na ESSATLA, jornadas de ER, que proporcionam contacto com novas evidências e boas práticas;
- Contacto com patologias variadas e complexas, permitindo potenciar a capacidade de avaliação funcional, planeamento de intervenções e adaptação de estratégias terapêuticas. (Por exemplo, a pessoa submetida a transplante cardíaco);
- Reflexão sobre a própria prática profissional, promovendo o autodesenvolvimento, a identificação de áreas de melhoria e a consolidação da identidade profissional de enfermeiro especialista.

Ameaças:

- A elevada carga horária semanal representa um desafio constante, tornando difícil conciliar estágio, trabalho e vida pessoal;
- Diferenças na abordagem dos profissionais das equipas multidisciplinares, que podem gerar inconsistências na prática e exigir maior capacidade de adaptação e negociação;
- O facto de realizar apenas turnos da manhã no estágio levou muitas vezes a que tivesse que fazer turnos seguidos de manhã e tarde, e no dia seguinte repetir esta sequência, dificultando a gestão do tempo, o trabalho autónomo de pesquisa e cansaço;
- A curta duração do último estágio, realizado no serviço de MFR, decorreu da necessidade de cumprir as horas de processo que não tinham sido integralmente asseguradas nos contextos de estágio anteriores, em virtude das contingências organizacionais e da respetiva casuística. Embora esta reorganização tenha permitido cumprir os requisitos formais do curso, o período de duas semanas foi insuficiente para proporcionar prática consistente em algumas técnicas específicas, o que dificultou a consolidação de competências do EEER, particularmente na intervenção na pessoa com sequelas de TVM e na abordagem da sexualidade.

A análise SWOT demonstra que o MER proporcionou um percurso formativo rico e transformador, onde os desafios enfrentados se mostraram, na prática, verdadeiras oportunidades de aprendizagem. A elevada exigência do curso, os diferentes contextos clínicos e a complexidade das situações encontradas estimularam a minha adaptação, a resiliência e a gestão autónoma do estudo, permitindo consolidar as competências comuns do EE, nomeadamente na prática clínica fundamentada, na ética profissional e na colaboração com equipas multidisciplinares.

Estas experiências também favoreceram o aprofundamento das competências específicas do EEER, ao possibilitar uma avaliação funcional mais rigorosa, um planeamento de intervenções ajustado às necessidades individuais e uma maior capacidade de adaptação a diferentes contextos. Paralelamente, a reflexão crítica, o envolvimento em investigação e a integração entre teoria e prática reforçaram as competências de mestre, promovendo autonomia, inovação e a capacidade de contribuir para a melhoria contínua da prática profissional.

Assim, aquilo que inicialmente foi encarado como uma fraqueza ou ameaça revelou-se uma oportunidade essencial para o meu crescimento profissional e pessoal, permitindo transpor aprendizagens para a prática clínica e consolidando a identidade enquanto futura EEER.

6. CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório constituiu uma oportunidade de sistematizar e tornar visível o percurso formativo desenvolvido no âmbito do MER da ESSATLA. Ao longo deste processo, procurei não apenas descrever as atividades realizadas, mas, sobretudo, proceder a uma análise crítica e fundamentada da prática desenvolvida, evidenciando a forma como as competências comuns do EE, as competências específicas do EEER e as competências de mestre foram progressivamente adquiridas, consolidadas e integradas numa identidade profissional mais sólida, reflexiva e consciente.

No que respeita às competências comuns do EE, ficou demonstrada a capacidade de prestar cuidados diferenciados, seguros e eticamente sustentados, mobilizando conhecimento científico atualizado e articulando-o com a singularidade de cada pessoa e família. A prática desenvolvida nos diferentes contextos, comunidade e hospitalar, exigiu capacidade de adaptação, gestão de prioridades, comunicação eficaz e trabalho em equipa multidisciplinar. A coordenação de cuidados, a promoção de ambientes terapêuticos seguros e a tomada de decisão fundamentada evidenciaram a consolidação de uma prática autónoma, responsável e centrada na qualidade dos cuidados. Os objetivos inicialmente delineados foram alcançados de forma gradual, sustentados por uma postura reflexiva e por uma procura constante de melhoria.

Relativamente às competências específicas do ER, este percurso permitiu aprofundar a avaliação funcional sistemática, a identificação de necessidades complexas e o planeamento de intervenções individualizadas. No contexto da pessoa submetida a CC, foi possível evidenciar de forma concreta o contributo da ER na prevenção de complicações, na RFR, mobilização precoce e prescrição estruturada de exercício físico. A monitorização rigorosa da resposta ao esforço, a adaptação contínua do plano de intervenção e a capacitação da pessoa para o autocuidado traduziram-se em ganhos sensíveis aos cuidados, nomeadamente na melhoria da tolerância ao esforço, na redução de complicações respiratórias pós-operatórias, na promoção da autonomia e independência nas AVD's e na preparação estruturada para a alta.

A intervenção desenvolvida reforçou a responsabilidade do EEER enquanto facilitador de transições seguras e saudáveis, particularmente relevantes no percurso da pessoa submetida a CC, que atravessa múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais. A capacitação da pessoa e da família revelou-se central, promovendo maior literacia em saúde, confiança na execução dos exercícios e compreensão das limitações temporárias associadas ao período pós-operatório. A continuidade de cuidados entre o

hospital e a comunidade assumiu-se como um eixo estruturante da intervenção, evidenciando a necessidade de articulação efetiva entre níveis de cuidados.

No domínio das competências de mestre, destacou-se a integração consistente da evidência científica recente na prática clínica, a capacidade de análise crítica das situações complexas e a fundamentação teórica das intervenções, nomeadamente a Teoria das Transições e o modelo dos cuidados centrados na pessoa. A elaboração deste relatório implicou um exercício aprofundado de reflexão, problematização e sistematização do conhecimento, permitindo consolidar o pensamento clínico e reforçar a capacidade de decisão fundamentada em contextos clínicos diferenciados.

Os resultados obtidos ao longo do estágio reforçam o contributo da ER, enquanto área de intervenção especializada, na melhoria dos ganhos em saúde da pessoa submetida a CC. A implementação de programas estruturados de pré-habilitação e de reabilitação intra-hospitalar evidenciou impacto favorável na recuperação funcional, na promoção da autonomia, na adesão ao exercício e na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade.

Do percurso desenvolvido emergem implicações relevantes para a prática clínica, formação e organização dos cuidados de saúde, salientando-se a importância da integração precoce e sistemática de programas de pré-habilitação, preferencialmente coordenados por EEER desde o momento da decisão cirúrgica. Esta abordagem permite uma intervenção mais atempada, individualizada e centrada na pessoa, contribuindo para processos de recuperação mais seguros e eficazes.

Ao nível da formação, a valorização da componente de reabilitação cardíaca no MER assume particular importância, sendo igualmente pertinente o investimento em formação contínua especializada nesta área. Do ponto de vista organizacional, torna-se essencial garantir uma adequada dotação de EEER nos serviços de CCT e reforçar os mecanismos formais de articulação entre o contexto hospitalar e os cuidados de saúde primários, de modo a promover uma verdadeira continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Este foi um percurso simultaneamente desafiante e profundamente enriquecedor. Para além do desenvolvimento técnico e científico, esta experiência promoveu o meu crescimento pessoal e profissional, contribuindo para a construção progressiva da minha identidade enquanto futura EEER, de forma mais segura, consciente e fundamentada. O percurso realizado ao longo deste mestrado reforçou o valor da Enfermagem de Reabilitação na promoção de ganhos em saúde e fortaleceu a minha motivação para continuar a investir numa prática especializada, ética, humanizada e verdadeiramente centrada nas necessidades de cada pessoa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Silva Pol, T., Porcelis Vargas, C., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Crozeta Figueiredo, K., & Dornelles Schoeller, S. (2025). A Contribuição do Enfermeiro de Reabilitação para a Segurança do Doente: estudo de casos múltiplos. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(1), e35651. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35651>
- Almeida, K., Carneiro, S., & Novo, A. (2020). Reabilitação cardíaca na pessoa com doença cardíaca após cirurgia de revascularização. In Novo, A. (Org.) *Reabilitação Cardíaca – Evidência e fundamentos para a prática* (pp. 201-215). Lusodidacta.
- Ammous, O., Andreas, S., Friede, T., Kampo, R., Schwarz, S., Wollsching-Strobel, M., Salem, S., Windisch, W., & Mathes, T. (2023). Adherence enhancing interventions for pharmacological and oxygen therapy in patients with COPD: protocol for a systematic review and component network meta-analyses. *Systematic reviews*, 12(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02326-x>
- António, M., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A., & João, A. (2025) Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas: Uma Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. 8(1): e35999. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35999>
- Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M. L., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J. M., & Fernández-García, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura [The Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Identifying actions for safer primary health care]. *Atencion primaria*, 53 Suppl 1(Suppl 1), 102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
- Banasiewicz, T., Kobiela, J., Cwaliński, J., Spsychalski, P., Przybylska, P., Kornacka, K., Bogdanowska-Charkiewicz, D., Leyk-Kolańczak, M., Borejsza-Wysocki, M., Batycka-Stachnik, D., & Drwiła, R. (2023). Recommendations on the use of prehabilitation, i.e. comprehensive preparation of the patient for surgery. *Polski przegląd chirurgiczny*, 95(4), 62–91. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.8854>.
- Barbosa, P. J., Ribeiro, C., Vieira, M., & Machado, P. (2024). Componentes centrais dos programas de reabilitação cardíaca na pessoa submetida a cirurgia cardíaca: uma Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 7(2), e385. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.385>.

- Bjarnason-Wehrens, B., & Predel, H. G. (2018). Inspiratory muscle training - an inspiration for more effective cardiac rehabilitation in heart failure patients? *European journal of preventive cardiology*, 25(16), 1687–1690. <https://doi.org/10.1177/2047487318798917>
- Cerqueira, B., Ferreira, D., Andrade, B., & Sousa, L. (2025). Programa de reabilitação cardíaca na pessoa submetida a bypass coronário: estudo de caso. In Sousa, L., José, H., Guerra, N., Severino, S. (Orgs.) *Enfermagem de reabilitação: fundamentos, intervenção e resultados* (pp. 100-121). Crossref. <https://doi.org/10.37885/25041916>
- Couto, G., Silva, R., Mar, M., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratória. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel.
- Cruz, A., Novo, A., Queirós, C., Viana, M., Veríssimo, C., Petronilho, F., Couto, G., Sousa, L., Ferreira, M., Souto, N., Azevedo, P., Ferreira, P., Queiroz, S., Gonçalves, R., & Pinto, V. (2025). *Currículos de enfermagem na área da atividade física: estudo transversal multicêntrico*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 8(2), 1-13. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i2.520>
- Delgado, B., Lopes, I., Mendes, E., Gomes, B., Novo, A., & Preto, L. (2018). Impacte de um programa de exercício físico (ERIC) em contexto de internamento no doente com Insuficiência Cardíaca Descompensada – estudo preliminar. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 20–25. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4405>.
- Delgado, B., Lopes, I., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B., & Novo, A. (2019). Modulação cardíaca pelo exercício físico na pessoa com Insuficiência Cardíaca Descompensada – Relato de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(2), 65–73. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4583>
- Delgado, B., Moreira, J., Lopes, I., Pereira, A., Rodrigues, F., & Silva, L. (2025). Reabilitação Cardíaca no doente coronário isquémico: determinação da capacidade para o exercício. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(3), e40863. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.40863>
- Dibben, G. O., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D. R., Zwisler, A. D., & Taylor, R. S. (2023). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. *European heart journal*, 44(6), 452–469. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac747>
- Gaspar, A., Branco, C., Pedro, C., Nunes, D., Alves, N., & Reis, A. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas -

- Uma Scoping Review. *Revista Da UI_IPSantarém*, 8(1), 215–222. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19893>
- Hartog, J., Blokzijl, F., Dijkstra, S., DeJongste, M. J. L., Reneman, M. F., Dieperink, W., van der Horst, I. C. C., Fler, J., van der Woude, L. H. V., van der Harst, P., & Mariani, M. A. (2019). Heart Rehabilitation in patients awaiting Open heart surgery targeting to prevent Complications and to improve Quality of life (Heart-ROCQ): study protocol for a prospective, randomised, open, blinded endpoint (PROBE) trial. *BMJ open*, 9(9), e031738. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031738>
- Haywood, N., Nickel, I., Zhang, A., Byler, M., Scott, E., Julliard, W., Blank, R. S., & Martin, L. W. (2020). Enhanced Recovery After Thoracic Surgery. *Thoracic surgery clinics*, 30(3), 259–267. <https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2020.04.005>
- Lai, F. Y., Abbasciano, R. G., Tabberer, B., Kumar, T., & Murphy, G. J., Steering Group of the James Lind Alliance Heart Surgery Priority Setting Partnership (2020). Identifying research priorities in cardiac surgery: a report from the James Lind Alliance Priority Setting Partnership in adult heart surgery. *BMJ open*, 10(9), e038001. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038001>
- Lima, R. S. S., Dantas, K. O., Lopes, A. C. B., & Carvalho, E. S. V. (2024). Cardiopulmonary rehabilitation for patients undergoing cardiac surgery after hospital discharge: Integrative review. *Research, Society and Development*, 13(5). <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45525>
- Loureiro, M., Delgado, B., Duarte, J., Ângela, O., & Novo, A. (2025). A Atividade Física na Pessoa com Intolerância à Atividade. In A. Cruz, H. Neves, & V. Parola (Coord.). *Atividade Física – Um conceito central da Enfermagem de Reabilitação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. (pp. 123-134). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Loureiro, M., Duarte, J., Azevedo, P., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2024). Satisfação com os cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa submetida a transplante cardíaco. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 7(2), e391. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.391>
- Malheiros, N., Timóteo, A., Silva, M., Pereira, L., Cerqueira, L., & Sampaio, C. (2021). Os benefícios das orientações de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Global Academic Nursing Journal*, 2(2), e140. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200140>
- Martins, M. M., Martins, A., & Martins, A. R., (2023). Reeducação Familiar/Social – Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira L. Sousa (Coords.), *Cuidados*

de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 67-76). Sabooks Editora.

- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2): 42-48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018a). O contributo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(1), 22–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018b). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>.
- Mazzoli-Rocha, F., Stein, R., Steinmetz, C., Sadlonova, M., Borghi-Silva, A., & Schmidt, T. (2025). Implementação da Pré-habilitação Cardíaca no Brasil: Construção de um Quadro Baseado em Evidências para Desfechos Cirúrgicos. *Arq. Bras. Cardiol.*, 122(10), e20250377. <https://doi.org/10.36660/abc.20250377>
- McCance, T. & McCormack, B (2017) *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* 2a ed. Wiley-Blackwell;
- McCance, T. & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal of research in nursing: JRN*, 17449871241281428. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle- Range and situation specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Mendes, V., Silveira, R., Barlem, J., Serrano, S., & Cabral, C. (2025) SWOT analysis of occupational stress and coping strategies among nursing staff in Emergency Care Units. *Cogitare Enfermagem*. v30:e98647en: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i.98647en>
- Milani, J. G. P. O., Milani, M., Verboven, K., Cipriano, G., Jr, & Hansen, D. (2024). Exercise intensity

prescription in cardiovascular rehabilitation: bridging the gap between best evidence and clinical practice. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 11, 1380639. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1380639>

Moreira Barbosa P. J., Ribeiro, C., Vieira M, & Machado P. Componentes centrais dos programas de reabilitação cardíaca na pessoa submetida a cirurgia cardíaca: uma Scoping Review. *Rev Port Enf Reab* [Internet]. 1 de julho de 2024 [citado 15 de janeiro de 2026];7(2):e385. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/rper/article/view/36498>. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2024.385>

Novo, A., Loureiro, M., Delgado, B., Vaz, S., Martins, M. M., & Dornelles Schoeller, S. (2025). Atividade e exercício físico em Enfermagem de Reabilitação: análise documental baseada em evidência e Teorias de Enfermagem. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(2), e41115. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.41115>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade Enfermagem de Reabilitação*. Consultado a 11 de setembro de 2025 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016) *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Consultado a 11 de setembro de 2025 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática* (série 1 n.º10). Consultado a 15 de setembro de 2025 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. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série, Nº 26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª Série, n.º 85, (pp.13565–13568).

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Consultado a 20 de outubro de 2025

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

Ordem dos Enfermeiros. (2021) *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Consultado a 15 de janeiro de 2026. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ornellas, T.C., & Monteiro, M.I. (2022). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22055>

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

Pestana, H. (2023b). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem. In C. Marques-Vieira L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 77-88). Sabooks Editora.

Pestana, S., Vermelho, A., & Martins, M. M. (2023). Ganhos com o programa de reabilitação e ensino à pessoa com insuficiência cardíaca (Programa REPIC). *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e213. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.213>

Porcelis Vargas, C., Martins, M., Schoeller, S., Antunes, L., & Pereira, R. (2025). Um flash do processo de cuidados de reabilitação dos enfermeiros especialistas numa instituição portuguesa. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(3), e39026. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.39026>

Prabhu, N. V., Maiya, A. G., & Prabhu, N. S. (2020). Impact of Cardiac Rehabilitation on Functional Capacity and Physical Activity after Coronary Revascularization: A Scientific Review. *Cardiology research and practice*, 2020, 1236968. <https://doi.org/10.1155/2020/1236968>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2023). *Transitions in Care and Services*. (2ª edição). RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2025). *People-Centred Care*. (3ª edição). RNAO.

- Ribeiro, O., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação classificações e sistemas de informação. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 58-66). Lidel.
- Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 48-55). Lidel.
- Ribeiro, P., Canas, L., Magalhães, M., Ribeiro, L., Torres, N., & Abreu, T. (2024). Paradigmas de Enfermagem. In Mourão et al. (Eds.), *Perspetivas integradas em Saúde, bem-estar e qualidade de vida 4* (pp. 86-94). <https://doi.org/10.22533/at.ed.886142430109>
- Saito, Y., Tateishi, K., Kato, K., Kitahara, H., & Kobayashi, Y. (2025). Standard and Non-standard Cardiovascular Risk Factors in Ischemic Heart Disease and Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Clinical Review. *Internal medicine* (Tokyo, Japan), 10.2169/internalmedicine.5950-25. Advance online publication. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.5950-25>
- Santos, J. (2023). Advanced Nursing: remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 84–91. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 19-27). Lidel.
- Schwartz, J., Parsey, D., Mundange, P., Tsang, S., Pranaat, R., Wilson, J., & Papadakis, P. (2020). Pre-operative patient optimization to prevent postoperative pulmonary complications-Insights and roles for the respiratory therapist: A narrative review. *Canadian journal of respiratory therapy : CJRT = Revue canadienne de la therapie respiratoire : RCTR*, 56, 79–85. <https://doi.org/10.29390/cjrt-2020-029>
- Shoemaker, M. J., Dias, K. J., Lefebvre, K. M., Heick, J. D., & Collins, S. M. (2020). Physical Therapist Clinical Practice Guideline for the Management of Individuals With Heart Failure. *Physical therapy*, 100(1), 14–43. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz127>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26, 35-44. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-9/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-

Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf

- Sousa, L., 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., 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 (Orgs.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed. pp. 113-121). Sabooks Editora.
- Talib Abdullah, R., Hamza, R. A., & Mahbuba, W. A. (2024). Effectiveness of preoperative breathing exercises on postoperative lung function outcomes for patients with cardiac surgery. *Current problems in cardiology*, 49(11), 102784. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102784>
- Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerra, M. (2023). Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir*, 2(01e), 80. <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Vermelho, A. & Pestana, S. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação cardíaca intra-hospitalar. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 576-599). Lidel.
- Vigia, C., Ferreira, A., Ferreira, R., José, H., & Sousa, L. (2025). Programas de reabilitação respiratória: análise portuguesa. In Sousa, L., José, H., Guerra, N., Severino, S. (Orgs.) *Enfermagem de reabilitação: fundamentos, intervenção e resultados* (pp. 10-25). Crossref. <https://doi.org/10.37885/250419159>

APÊNDICES

Apêndice I – A pessoa submetida a artroplastia da anca: Relato de caso clínico



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Reabilitação na Comunidade

Trabalho académico

A Pessoa submetida a artroplastia da anca: Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Ana Margarida Gomes nº: 202490020

Docente:

Professor Doutor Nelson Guerra

Enfermeiro Supervisor:

Natália Fernandes de Sousa

Barcarena

junho 2025

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD's – Atividades de Vida Diárias

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipe de Cuidados Continuados Integrados

MRC – Escala Medical Research Council

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RFM – Reeducação Funcional Motora

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UPP – Úlcera por pressão

MIF – Medida de Independência Funcional

RESUMO

Introdução: A fratura transtrocanterica é uma lesão que acontece frequente na população idosa, com impacto na funcionalidade e independência. A artroplastia da anca é uma intervenção comum nestes casos, exigindo um plano de cuidados de ER para promover a recuperação funcional e prevenir complicações associadas à imobilidade.

Objetivo: Avaliar o impacto da intervenção do EEER no processo de recuperação funcional de uma cliente submetida a artroplastia da anca, em contexto domiciliário.

Metodologia: Foi seguido o protocolo CARE para elaboração de relato de caso clínico. A intervenção baseou-se na Teoria do Autocuidado de Orem, com foco na força muscular, equilíbrio e marcha com auxiliar. As intervenções foram realizadas durante três semanas com visitas regulares ao domicílio, acompanhando a evolução funcional da cliente.

Resultados: Ao longo das sessões de reabilitação, observaram-se melhorias progressivas na força muscular, no equilíbrio e na capacidade de marcha com auxiliar, o que favoreceu a realização das AVD's e a autonomia da cliente. A diminuição da dor e o envolvimento ativo da cliente reforçaram os resultados positivos do plano de cuidados implementado.

Conclusões: A intervenção do EEER revelou-se fundamental para a recuperação funcional, melhoria da qualidade de vida e promoção da autonomia da cliente. O trabalho evidencia a importância da reabilitação individualizada no domicílio, com envolvimento da pessoa cuidada e da rede de apoio.

Palavras-chaves: Fratura Transtrocanterica; Enfermagem de Reabilitação; Teoria do Autocuidado; Reeducação funcional Motora.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	5
RESUMO	6
ÍNDICE	7
INTRODUÇÃO	8
MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	17
DISCUSSÃO.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXOS	26
APÊNDICE I Consentimento Informado	34

INTRODUÇÃO

No âmbito da UC Estágio de Reabilitação na Comunidade integrada no plano de estudos do 2º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi solicitado o desenvolvimento de um relato de caso clínico. Este trabalho tem como finalidade demonstrar a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, bem como a competência na conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário.

Tendo em conta que na primeira semana de estágio foi realizada admissão de uma cliente na ECCL, considere relevante desenvolver o relato de caso que lhe diz respeito. A Sr.ª F.S., terá sofrido uma queda da qual resultou uma fratura transtrocanterica do membro inferior direito, tendo sido posteriormente submetida a artroplastia da anca, que decorreu sem intercorrências.

Alves et al (2024) consideram que as quedas constituem um dos problemas de saúde mais relevantes associados ao envelhecimento da população em Portugal, estando frequentemente relacionadas com níveis significativos de morbilidade, mortalidade e sofrimento. Considerando a atual tendência demográfica, prevê-se um aumento da incidência de quedas nos próximos anos.

Segundo os mesmos autores, no ano de 2023 foram registados 40 842 episódios de queda com recurso ao serviço de urgência por parte da população idosa. Verificou-se um aumento progressivo da incidência de quedas com o avançar da idade, sendo que 31,4% dos episódios registaram-se em indivíduos com 85 ou mais anos. Em todos os grupos etários analisados, as mulheres apresentaram uma maior prevalência de quedas, variando entre 63,7% e 70% dos casos. As pessoas com 85 ou mais anos demonstraram uma maior probabilidade de cair em casa, em instituições ou em espaços públicos. Estes dados indicam que, com o aumento da idade, as quedas tendem a ocorrer com mais frequência e, predominantemente, nos locais onde os idosos passam mais tempo.

Palma et al (2021) referem que a fragilidade constitui uma condição comum na população idosa, estando associada à redução da força muscular, à diminuição da densidade óssea e do índice de massa muscular, bem como a uma maior vulnerabilidade a traumatismos. Esta condição traduz-

se também numa menor capacidade física geral e num risco acrescido de desenvolver infeções, episódios de *delirium* e instabilidade postural.

Segundo o mesmo autor, a abordagem do cliente que sofre de uma fratura transtrocanterica requer cuidados especializados que permitam uma recuperação funcional segura e eficaz. A ER assume um contributo determinante na promoção da mobilidade precoce, na prevenção de complicações associada à imobilidade e na maximização das capacidades funcionais destes clientes. (Palma et al, 2021)

A intervenção do EEER fundamenta-se por um plano de cuidados individualizado, que contempla não só a recuperação da funcionalidade, mas também o reforço da autonomia e da autoconfiança do cliente. Simultaneamente, é dada especial atenção à capacitação dos cuidadores informais, assegurando a continuidade dos cuidados e facilitando a transição segura no domicílio.

Este processo integra intervenções de promoção da saúde, prevenção de novos eventos (como quedas), capacitação para o autocuidado e envolvimento da família ou rede de apoio, num modelo de cuidado centrado no cliente. A reabilitação é, assim, entendida como um processo dinâmico que visa restaurar a funcionalidade, promover a independência e melhorar a qualidade de vida.

Palma et al (2021) mencionam que o processo de reabilitação pretende restabelecer a amplitude de movimento da anca, reforçar e melhorar a força muscular e, sobretudo, restabelecer o padrão de marcha funcional que permita retomar a sua independência.

É comum que a fratura resulte em limitações físicas significativas, levando à redução da capacidade para realizar AVD's, à diminuição da mobilidade e a um impacto negativo na qualidade de vida. Neste sentido foram levantados três focos norteadores do relato de caso:

Movimento muscular, Andar com auxiliar de marcha e Equilíbrio corporal.

Neste contexto, a intervenção do EEER assume particular importância, dado que as suas competências específicas contribuem para a promoção da independência funcional, o desenvolvimento do autocuidado e a melhoria da qualidade de vida do cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Segundo Sousa et al (2016), o cliente com fratura transtrocanterica apresenta, no período pré-operatório, encurtamento (provocada pelo músculo iliopsoas) e rotação externa (pelos rotadores externos) do membro lesado, abdução (pelo glúteo médio) e, ainda dor à mobilização.

Sousa & Carvalho (2016) descrevem que o EEER deve incidir a sua intervenção na vigilância da perfusão dos tecidos (pulsos periféricos, coloração da pele, temperatura, edema, défices sensitivo-motores) e atuar ao nível da redução do edema através da realização de contrações isométricas, massagem no sentido do retorno venoso, mobilizações passivas do membro lesado e controlo das queixas algicas. A nível do membro são, é importante a manutenção da mobilidade do mesmo, nomeadamente através de mobilizações ativas assistidas e resistidas do membro e extensão lombo-pélvica conforme tolerância do cliente. É também essencial a promoção da educação e incentivo à realização das AVD's.

O mesmo autor reforça a importância de promover exercícios de reforço muscular dos membros superiores, uma vez que, numa fase inicial, será necessário o uso de auxiliares de marcha para evitar o apoio no membro operado. Paralelamente, deve ser realizada RFR para otimizar a função respiratória e prevenir possíveis complicações respiratórias associadas ao repouso prolongado. (Sousa & Carvalho, 2016)

Relativamente às intervenções recomendadas para o período pós-operatório serão abordadas no plano de cuidados.

O presente relato de caso clínico tem como alicerce a Teoria do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem. Esta teoria fornece os fundamentos para compreender as condições em que os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem, tendo como eixo central o conceito de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Estrutura-se em torno de três componentes principais: o autocuidado, a atividade de autocuidado e o requisito de autocuidado.

Tomey & Alligood (2002) definem autocuidado como uma função reguladora essencial que os indivíduos realizam de forma deliberada, por si mesmos ou com auxílio de terceiros, com o objetivo de preservar a vida, promover a saúde, o bem-estar e o seu desenvolvimento. Quando essa ação é realizada de forma consciente, controlada, intencional e eficaz, atingindo-se assim a verdadeira autonomia, denomina-se atividade de autocuidado.

Segundo Soderhamn (2000), a capacidade de autocuidado não deve ser vista como um fim em si mesmo, mas sim como uma potencialidade inata do ser humano para a realização do autocuidado. Esta capacidade reflete-se na aptidão para desenvolver atividades orientadas à manutenção ou recuperação da saúde e do bem-estar.

A teoria também introduz o conceito de défice de autocuidado, que, apesar de ser abstrato, torna-se compreensível quando se expressa através das limitações de ação da pessoa. Esta

abordagem possibilita ao enfermeiro avaliar o papel do indivíduo no seu próprio cuidado e direcionar as intervenções de enfermagem adequadas às suas necessidades (Tomney & Alligood, 2002). Assim, torna-se essencial identificar um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidados, de forma a capacitar o indivíduo para a autogestão da sua saúde.

Soderhamn (2010) citado por Queirós et al (2014) aprofunda esta reflexão ao propor três fases interdependentes para a aquisição ou recuperação do autocuidado. A primeira fase, denominada “autocuidado estimativo”, consiste na identificação do que é necessário fazer para restabelecer o autocuidado. Na fase seguinte, o “autocuidado transitivo”, são analisadas diferentes possibilidades e selecionada a mais apropriada. Por fim, na fase de “autocuidado produtivo”, observa-se a capacidade efetiva da pessoa para cuidar de si mesma, demonstrando, assim, autonomia na promoção da sua saúde.

O mesmo autor (Soderhamn, 2010) citado por Queirós et al (2014) menciona que a capacidade de autocuidado é, portanto, confirmada apenas quando o indivíduo demonstra competência para realizar, de forma eficaz, ações que contribuam para a manutenção ou melhoria do seu estado de saúde (Soderhamn, 2010).

Este entendimento converge com o conceito de transição proposto por Meleis, citada por Abreu (2008), que descreve a transição como uma mudança significativa na vida da pessoa, resultante da exposição a novos estímulos e conhecimentos, conduzindo a novas formas de comportamento ou redefinição de si mesma no seu contexto social. De igual modo, Schlossberg, também citado por Abreu (2008), destaca que durante esses períodos de transição, a capacidade do indivíduo para identificar e gerir as suas necessidades pode encontrar-se comprometida, sendo necessário um tempo de adaptação e ajustamento para que novas respostas adaptativas possam emergir.

Enquanto questão norteadora do presente relato de caso clínico define-se: Qual o impacto da intervenção do EEER no cliente submetido a artroplastia da anca?

O presente trabalho tem enquanto objetivo identificar necessidades, alterações nos processos corporais e de transição que possam ser alvo de intervenção por parte do EEER, procedendo posteriormente à elaboração de um plano de cuidados de ER cujos resultados serão alvo de uma avaliação e posterior discussão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este relato de caso clínico foi elaborado com base nos critérios de avaliação preconizados pela plataforma *CARE – case report guidelines*. Para a sua estruturação, foi seguida a checklist *CARE – Case report*, a qual forneceu orientações claras que possibilitaram a organização do conteúdo de forma lógica, coerente e sistematizada.

O relato de caso que vou descrever diz respeito a uma senhora que sofreu uma queda no dia 5 de maio de 2025, na sua horta, da qual resultou uma fratura transtrocanterica do membro inferior direito, tendo sido no dia 7 de maio de 2025 submetida artroplastia da anca, que decorreu sem intercorrências. Teve alta do serviço de ortopedia no dia 13 de maio de 2025.

Previamente à elaboração do presente relato de caso clínico, a cliente foi informada e esclarecida relativamente ao mesmo. A mesma procedeu à assinatura do consentimento informado, de forma livre e consciente, assegurando o respeito pelos seus direitos e pela confidencialidade das suas informações.

Anamnese

Cliente do sexo feminino, 72 anos de idade, caucasiana de nacionalidade portuguesa. É casada e reside com o marido. Terá tido 2 filhas, tendo uma delas falecido há 8 anos e desde então a cliente apresenta um humor tendencialmente depressivo. Foi chefe de cozinha durante vários anos e responsável por todas as atividades domésticas no domicílio.

Quanto ao contexto arquitetónico do domicílio, reside num apartamento com 2 quartos, cozinha, sala e casa de banho. Este apartamento localiza-se no rés do chão de um prédio, no entanto apresenta 10 degraus de acesso; na casa de banho tem base de chuveiro.

Tem como antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, dislipidemia, osteoporose e síndrome depressiva. Não tem alergias conhecidas.

A medicação habitual é: Omeprazol 20mg; Venlafaxina 25mg; Lisinopril 20mg; Gabapentina 600mg; Rosuvastatina 20mg; Bisoprolol 2,5mg; Trazodona 100mg; Ácido alendronico 70 mg; Carbonato de cálcio + colecalciferol 1500mg.

Medicação pós-operatória: Enoxaparina 40mcg SC (1x dia); Paracetamol 1g (2x dia); Naproxeno 500mg (SOS)

Anteriormente ao episódio de queda, de acordo com a própria, seria independente na realização de todas as AVD's e AIVD's. Após ter sido submetida à cirurgia, terá permanecido internada

durante 6 dias tendo realizado RFM (exercícios isométricos, isotónicos, levante e treino de marcha com andador) com o ER e fisioterapeuta do serviço de ortopedia. Não foi desenvolvido plano de reabilitação no período pré-operatório.

A cliente foi admitida pela ECCI no dia 15 de maio de 2025, tendo sido realizada visita domiciliária nesse dia pela ER e a assistente social. Nesta ocasião abordaram-se aspetos como as possíveis barreiras arquitetónicas, dificuldades sentidas pela cliente, validou-se a terapêutica medicamentosa da mesma e procedeu-se a uma avaliação da ferida operatória que estaria com uma evolução cicatricial adequada.

No dia 29 de maio, a cliente deslocou-se ao hospital para realização de uma consulta de reavaliação de Ortopedia e Enfermagem no dia, tendo realizado RX e retirados agrafes.

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação (15 de maio de 2025)

1. **Exame físico:** Pele íntegra, hidratada e cuidada. Mucosas coradas e hidratadas. Apresenta ferida cirúrgica com agrafes na região trocantérica direita, sem sinais inflamatórios. Sem mais alterações observadas ou mencionadas pela cliente.

Avaliação da Funcionalidade – 1ª avaliação - 15.05.2025

2. **Estado de Consciência:** Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Comunicativa, discurso coerente e perceptível. Atenção, concentração e memória mantidas.
3. **Linguagem** – Sem alterações.
4. **Visão** – Déficit visual compensado com utilização de óculos.
5. **Audição** – Sem alterações.
6. **Sensibilidade superficial e propriocetiva** – Sem alterações.
7. **Avaliação da dor**

Avaliação da dor	
Localização	Coxofemoral direita
Fatores de agravamento	Flexão coxofemoral direita; Abdução coxofemoral direita.
Fatores de alívio	Extensão coxofemoral direita, repouso do membro inferior direita, analgesia, crioterapia, utilização das meias de compressão.
Intensidade	6/10

Tabela 1: avaliação da dor

8. Força muscular global – Escala de avaliação da força *Medical Research Council* (MRC)

MRC	15.05.2025
Membro superior direito	5/5
Membro superior esquerdo	5/5
Membro inferior direito	3/5
Membro inferior esquerdo	5/5

Tabela 2: Aplicação da escala MRC ao relato de caso.

9. Função respiratória – no exame subjetivo e objetivo não apresentou alterações.

10. Função cognitiva – sem alterações.

11. Risco de desenvolver úlceras por pressão – Escala de Braden: 21 pts.

12. Risco de Queda –Escala de Morse: 75pts.

13. Equilíbrio Corporal: quadro 3

14. Avaliação do Grau de Dependência na realização de AVD- Escala de Barthel

Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação

O plano de cuidados que se segue foi delineado com base no Padrão Documental dos Cuidados de EEER, tendo como finalidade a identificação dos focos de atenção mais relevantes tendo em conta a condição clínica da cliente. Foram definidos os diagnósticos de ER, bem como as intervenções específicas e ajustadas às necessidades identificadas. Ao longo do plano, será também explicitado o período previsto de implementação das intervenções, de acordo com os objetivos traçados e a evolução esperada do processo de reabilitação.

- 1ª semana (15 de maio – 22 de maio) – S1
- 2ª semana (22 de maio – 29 de maio) – S2
- 3ª semana (29 de maio – 5 de junho) – S3

Em cada semana foram realizadas 2 a 3 visitas semanais.

Foco: Movimento muscular			
Diagnóstico de ER: Movimento muscular diminuído no membro inferior direito			
Intervenções de ER:	S1	S2	S3
- Monitorizar força muscular através de escala (Escala de MRC);	3/5		5/5
- Executar mobilizações passivas (dorsi-flexão tibiotársica, abdução-adição não ultrapassando a linha média do corpo, flexão/extensão do membro inferior direito) – 1 a 3 séries/10 repetições;			
- Executar mobilizações ativo-assistidas e ativo-resistidas dos membros superiores e do membro inferior esquerdo – 1 a 3 séries/10 repetições;			
- Avaliar conhecimento para executar técnicas de exercício muscular e articular;			
- Instruir, treinar e incentivar a realização de exercícios isométricos dos glúteos, quadríceps – 10 repetições, contração durante 5 segundos, pelo menos 5x dia;			
- Ensinar sobre movimentos contraindicados na abordagem cirúrgica (adição além da linha média sagital, flexão >90° e rotação interna da anca contraindicados);			
- Instruir e treinar exercícios enquanto está sentado na cadeira – mobilização ativa da região tibiotársica e flexão/extensão do joelho direito;			
- Instruir e treinar exercícios de agachamento com apoio dos membros superiores.			

Foco: Equilíbrio corporal			
Diagnóstico de ER: Equilíbrio corporal comprometido			
Intervenções de ER:	S1	S2	S3
- Avaliar equilíbrio corporal através da escala de Berg;	15		23
- Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural;			
- Estimular a manter o equilíbrio corporal durante a marcha;			
- Avaliar conhecimento de executar técnicas de exercício muscular e articular;			
- Executar técnica de treino de equilíbrio			

Dinâmico (Sentado) – provocar ligeiro balanço nos ombros na cliente para a própria compensar com o movimento contrário;			
Estático (Em pé) – pedir à cliente para fechar os olhos;			
- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé: Levantar e sentar da cama/cadeira; abdução/adução da articulação coxo-femoral em pé com apoio;			
Flexão/extensão do joelho em pé com apoio e deslocamento anterior e posterior do tronco;			
- Treinar e instruir a técnica de entrar e sair do carro.			

Foco: Andar com auxiliar de marcha			
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha			
Intervenções de ER:	S1	S2	S3
- Avaliar o risco de queda (escala de morse);	75 ₊		55 ₊
- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (andarilho)			
- Identificar barreiras arquitetónicas para andar com auxiliar de marcha;			
- Avaliar capacidade para usar auxiliar de marcha;			
- Instruir sobre andar com andarilho – execução de marcha a 3 apoios com sustentação parcial do peso corporal, cumprindo uma carga parcial do membro inferior direito;			
- Treinar manobras de mudança de direção com uso de andarilho;			
- Instruir sobre andar com canadianas a subir e descer escadas			
- Instruir sobre andar com canadianas a 3 apoios;			
- Treinar manobras de mudança de direção com uso de canadianas;			
- Instruir sobre condições de segurança no treino de marcha, controlo de equilíbrio corporal, remoção de obstáculos, uso de calçado confortável e bem-adequados aos pés; ambiente bem iluminado;			
- Treinar a andar com canadianas no exterior com progressão da distância percorrida.			

RESULTADOS

Durante todas as sessões de reabilitação a cliente manteve-se vigil, orientada e colaborante na prestação de cuidados, demonstrado muito empenho, compromisso e motivação para alcançar o máximo da sua funcionalidade.

Ao longo das sessões, a cliente apresentou diminuição das queixas de cansaço e dor, deixando de necessitar a administração de analgesia.

Conforme demonstrado no quadro 3, após as sessões ER, verificaram-se ganhos de saúde significativos nos diagnósticos previamente estabelecidos, com melhorias evidentes ao nível da força muscular, do equilíbrio e de andar com auxiliar de marcha. E assim influenciar de forma positiva o desempenho das AVD's e AIVD's. Estes progressos estão também associados ao envolvimento ativo da cliente e do marido, que demonstraram compromisso na realização dos exercícios prescritos durante os intervalos entre sessões. O que contribuiu de forma relevante para a eficácia do plano implementado.

Instrumento de Avaliação	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Dor: Escala Numérica da dor	6/10, na mobilização do MID (a realizar analgesia)	2/10, na mobilização do MID (sem necessidade de analgesia)
Força Muscular: Escala de MRC	MID – 3/5	MID – 5/5
Equilíbrio corporal: Escala de Berg	15	23
Risco de UPP: Escala de Braden	21pts (baixo risco)	23pts (baixo risco)
Risco de Queda: Escala de Morse	75pts (alto risco)	55pts (alto risco)
AVD: Índice de Barthel	80pts (ligeiramente dependente)	95pts (independente)
Funcionalidade: MIF	103/126	116/116

Tabela 3: Resultados do plano de ER.

DISCUSSÃO

Sousa et al. (2016) menciona que a intervenção do EEER, tanto na fase pré-operatória como no período pós-operatório, revela-se essencial na abordagem ao cliente submetido a cirurgia por fratura transtrocantérica. A sua intervenção contribui significativamente para ganhos em saúde, promovendo o aumento da força muscular, da mobilidade articular, do equilíbrio, da marcha e da funcionalidade global, refletindo-se positivamente na qualidade de vida. Paralelamente, permite reduzir a percepção de dor, a ocorrência de úlceras por pressão, o tempo de internamento hospitalar, os episódios de ida à urgência, as readmissões, o risco de institucionalização e a mortalidade.

A utilização de instrumentos de avaliação padronizados revela-se essencial para uma análise objetiva das diferentes dimensões do cuidar, permitindo monitorizar a evolução clínica ao longo do processo de reabilitação. Estes instrumentos não só suportam a tomada de decisão clínica baseada em evidência, como também favorecem a comunicação entre profissionais de diferentes áreas, promovendo uma abordagem mais integrada e centrada na pessoa. Além disso, contribuem para a valorização e visibilidade da intervenção especializada da ER, ao evidenciar de forma sistematizada os ganhos em saúde resultantes das intervenções implementadas (Sousa et al., 2023).

No que diz respeito aos resultados alcançados com a intervenção especializada e individualizada, estes estão em consonância com a evidência científica encontrada, demonstrando que a implementação de um plano de cuidados de ER em contexto domiciliário contribui significativamente para ganhos em saúde. Esta abordagem não só favorece a recuperação funcional, como também acelera a readaptação à rotina diária, uma vez que permite uma avaliação mais precoce das necessidades e dos obstáculos que os clientes enfrentam no seu dia-a-dia.

Ao realizar a intervenção de ER no domicílio, foi possível atuar de forma mais eficaz sobre as limitações, reduzindo a ansiedade associada às mudanças súbitas na funcionalidade e à transição para um novo padrão de vida. A proximidade e continuidade dos cuidados facilitaram a identificação atempada de dificuldades e a personalização das estratégias de reabilitação, promovendo maior segurança e autonomia.

Para além da RFM, o acompanhamento permitiu também realizar intervenções no âmbito da RFR, bem como prestar apoio emocional relacionado com conflitos familiares que interferiam

no bem-estar da cliente. Estes aspetos contribuíram para o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, sustentada na confiança, empatia e numa comunicação aberta, criando um espaço seguro para a expressão de necessidades ao longo do processo.

Uma das dificuldades sentidas ao longo do desenvolvimento do plano de cuidados de ER, prendeu-se particularmente com a intervenção do cuidador da cliente. Por vezes, ao ter atitudes depreciativas relativamente à evolução da mesma, desvalorizando as suas conquistas, não contribuía para o reforço positivo – algo tão importante neste processo. Senti particularmente dificuldade em abordar esta temática com o cuidador, não conseguindo mais-lo para uma possível alteração da sua conduta. Por outro lado, junto da cliente, ao estabelecer a relação terapêutica já descrita, tentei compensar essa desvalorização por parte do seu cuidador.

O presente relato de caso constitui uma oportunidade significativa para a consolidação dos conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos ao longo do primeiro e segundo semestre do primeiro ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Através da aplicação prática dos conteúdos lecionados, foi possível compreender a importância do conhecimento técnico-científico aliado à consciência das limitações inerentes à inexperiência na área de reabilitação. Esta consciencialização, aliada ao acompanhamento e orientação da enfermeira especialista, permitiu desenvolver e implementar um plano de cuidados individualizado, construído a partir da avaliação rigorosa da cliente, bem como da análise do seu contexto familiar, rotina habitual, expectativas.

A constante reflexão crítica durante todo o processo revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências específicas da Enfermagem de Reabilitação (EEER), promovendo uma prática mais segura, ética e centrada na pessoa. Estas competências representam uma mais-valia não apenas no contexto formativo, mas sobretudo enquanto ferramentas transferíveis e aplicáveis no exercício profissional futuro, contribuindo para uma prestação de cuidados mais qualificada e efetiva.

No relato de caso realizado por Teixeira et al. (2021) são evidenciados ganhos com a implementação de um plano de cuidados demonstrando uma evolução funcional significativa na pessoa submetida a artroplastia da anca. Foram observadas melhorias objetivas ao nível da força muscular dos membros inferiores, aumento da amplitude articular, maior controlo do movimento, bem como um progresso notório na qualidade e extensão da marcha com auxiliar de marcha. Estes ganhos são indicativos do impacto positivo de um programa de RFM devidamente estruturado e adaptado às necessidades específicas do cliente.

Segundo o mesmo autor, a evidência científica reconhece que a intervenção do EEER é crucial no processo de reabilitação pós-operatória, nomeadamente em situações orto-traumatológicas. Através da avaliação sistemática, da definição de objetivos funcionais individualizados e da execução de estratégias terapêuticas centradas na pessoa, o EEER contribui para a recuperação da mobilidade, prevenção de complicações secundárias à imobilização e promoção da independência na realização das AVD.

Além dos ganhos físicos, a intervenção especializada promove uma melhoria global da qualidade de vida, facilitando a transição para o quotidiano habitual e a reintegração no contexto familiar e social. Assim, evidencia-se a importância da presença do EEER na equipa multidisciplinar, especialmente na fase pós-operatória, para garantir uma abordagem holística e eficaz ao processo de reabilitação.

A promoção da literacia em saúde e o envolvimento ativo do cliente e dos cuidados no processo de reabilitação são pilares fundamentais para a adesão do plano de cuidados de forma segura potenciando a maior funcionalidade possível. Assim, o EEER assume um papel fulcral enquanto facilitador no processo de transição e agente promotor da autonomia, devendo garantir que os ensinamentos são compreendidos, adequados ao contexto e revistos sempre que necessário.

Na última sessão com a cliente foi reforçado e pedido para repetir todos os exercícios e cuidados que foram desenvolvidos ao longo das sessões.

Apesar de não ter sido levantado o foco “Autocuidado” no plano de cuidados, todas as intervenções realizadas nos focos apresentados contribuíram de forma positiva para a melhoria da funcionalidade, diminuição do risco de desenvolver UPP, diminuir o risco de queda, independência na realização de AVD's e AIVD's, o que traz ganhos importantes para a qualidade de vida da cliente e no seu autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso permitiu demonstrar a relevância da intervenção do enfermeiro EEER na recuperação funcional de uma pessoa com limitação da mobilidade decorrente de intervenção ortopédica. A implementação de um plano de cuidados individualizado, centrado na pessoa e na recuperação do movimento muscular, equilíbrio corporal, andar com auxiliar de marcha e na promoção da autonomia AVD's, revelou-se fundamental para alcançar ganhos significativos em saúde, contribuindo para a melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida.

Ao longo do desenvolvimento do plano de cuidados de ER, evidenciou-se a importância de uma abordagem integrada e centrada na pessoa e no seu contexto familiar e habitacional, destacando a necessidade de adaptação contínua das estratégias de intervenção em função da evolução clínica e das necessidades identificadas. A observação direta da evolução funcional reforça a evidência de que o EEER tem um papel determinante na prevenção da incapacidade e na promoção da reintegração ativa da pessoa no seu quotidiano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., Dias, C. (2024). Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA. Boletim Epidemiológico Observações, 13(35), 91-96. Retrieved 27 de 05 de 2025, from <https://repositorio.insa.pt/entities/publication/010831e9-1b48-42bb-b7f5-fd8adbd51a67>
- Abreu, W. C. (2008). Transições e contextos multiculturais. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Fialho, M., Barros, H., Baixinho, C., Sousa, L. (2025). CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DEMÊNCIA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA. Em H. J. Luis Sousa, Enfermagem de Reabilitação - Fundamentos, intervenção e resultados (pp. 143-165). Editora Científica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade Enfermagem de Reabilitação. Retrieved 13 de 05 de 2025, from Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. in 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Lisboa, Janeiro de 2018. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 392/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Diário da República, 2ª série (Nº85): 13565-13568
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Diário da República, 2ª série (Nº126): 4744-4750.

- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J. & Bule, M. J. (2021). Programa de Reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4 (2), 6-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>
- Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques- Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-432). Lusodidacta.
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. doi: 10.1080/110381200300008724
- Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). A pessoa submetida a prótese parcial da anca: Relato de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 47-55. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 157-164. Retrieved 22 de 05 de 2025, from <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Anexo I – Índice de Barthel

Índice de Barthel	
Nome:	
Idade:	
Atividade	Pontuação
Alimentação	
0 = incapacitado	
5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc ou dieta modificada	
10 = independente	
Banho	
0 = dependente	
5 = independente	
Atividades Rotineiras	
0 = precisa de ajuda com higiene pessoal	
5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
Vestir-se	
0 = dependente	
5 = precisa de ajuda, mas consegue fazer parte sozinho	
10 = independente (incluindo botões, zíper, laços, etc.)	
Controle esfinteriano (Intestino)	
0 = incontinente (necessidade de enemas)	
5 = acidente ocasional	
10 = continente	
Controle esfinteriano (Bexiga)	
0 = incontinente, ou caracterizado e incapaz de manejo	
5 = acidente ocasional	
10 = continente	
Uso do Toilete	
0 = dependente	
5 = precisa de alguma ajuda parcial	
10 = independente (pentear-se, limpar-se, etc.)	
Transferência (da cama para a cadeira e vice versa)	
0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado	
5 = necessita de muita ajuda, pode sentar	
10 = pouca ajuda (verbal ou física)	
15 = independente	
Mobilidade (em superfícies planas)	
0 = imóvel ou < 50 metros	
5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, >50 metros	
10 = caminha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) >50 metros	
15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda)	

Anexo II – Medida de Independência Funcional (MIF)

DATA		
TAREFAS – AUTO CUIDADO	PONTOS	
1-COMER		
2-APRONTAR-SE		
3-BANHO		
4-VESTIR CORPO SUPERIOR		
5-VESTIR CORPO INFERIOR		
6- HIGIENE ÍNTIMA		
CONTROLE DE INFECTORES	PONTOS	
7-CONTROLE DA BEXIGA		
8- CONTROLE DO INTESTINO		
TRANSFERÊNCIAS	PONTOS	
9- TRANSF. PARA CAMA E CADEIRAS		
10-TRANSF. PARA VASO SANITÁRIO		
11- TRANSF. P/ CHUVEIRO E BANHEIRA		
DESLOCAMENTO	PONTOS	
12-DESLOCAMENTO HORIZONTAL		
13- DESLOCAMENTO VERTICAL		
TOTAL PONTOS		
APLICADOR		

7 independência completa	}	não contabilizar
6 independência modificada		
5 dependência modificada (supervisão)	}	contabilizar
4 dependência modificada (assistência mínima)		
3 dependência modificada (assistência moderada)		
2 dependência modificada (assistência máxima)		
1 dependência completa (assistência total)		

Anexo III - Medical Research Council Scale

Escala MRC	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausência de movimentos ativos contra gravidade
3	Contração fraca contra gravidade
4	Movimento ativo contra gravidade e resistência.
5	Força normal

Anexo IV – Escala numérica da Dor

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Anexo V – Escala de Braden

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitada: Não reage (não sente, não se queixa e não se movimenta) a estímulos dolorosos, diz não ao nível do desconforto aumentando ou diminuindo ou devido a sensação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitada: Tolerante reage a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar o desconforto mesmo através de gemidos ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitada: Responde ao comando verbal, mas não sempre o capaz de comunicar o desconforto ou responder necessariamente ao estímulo de pressão ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbal. Não tem déficit sensorial que limita a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Unidade: Nível ao qual a pele é exposta à unidade	1- Completamente molhada: A pele é constantemente quase constantemente por transpiração, urina, etc... A unidade é desconforto ou desconforto da pele.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas não sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por hora	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente no momento de rotina
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamada: Confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou não. Não é capaz de sustentar o próprio peso ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Andar ocasionalmente: Andar ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do cada hora no chão ou em cadeira	4- Andar frequentemente: Andar fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 3 horas durante os horários em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante limitada: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas mudanças	3. Levemente limitada: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz frequentes e grandes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão (mas) de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Ingestão com uma refeição completa. Raramente mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 colheres ou menos de purê (como os lactentes) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é alimentado por sonda com dieta líquida ou IV por mais de 2 dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa ou geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão do purê (ou inclui somente 3 colheres de carne ou lactentes) por dia. Ocasionalmente aceitar um suplemento alimentar. Ou recebe através da quantidade suficiente de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade do alimento das refeições. Come um total de 4 porções de alimentos (com ou sem purê) (como os lactentes) todos os dias. Ocasionalmente recusar uma refeição, mas geralmente aceitar um suplemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente resulta a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte do cada refeição. Ingerir mais de 4 porções de alimentos. Geralmente ingerir um total de 4 ou mais porções de carne ou lactentes. Ocasionalmente recusar as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Reagir imediatamente movendo a cabeça para se mover. É impossível levantar ou virar o corpo completamente sem que haja auxílio como o balcão. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com auxílio de assistência. Espacialidade, contratura ou agitação leva a lesões cutâneas	2. Problema ou potencial: Mesmo se, não tem vigor ou reação reflexa adequada. Durante o movimento provoca lesões sobre um corpo rígido de pele com o balcão, cadeira ou rodens. Há várias partes de tempo muitas posições relativamente bem na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Movem-se com a cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer ou completamente durante o movimento. Alongar membros fora posição na cama ou na cadeira	

Anexo VI – Escala de Berg

1. Posição sentada para posição em pé.
Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.
 - () 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
 - () 3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
 - () 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
 - () 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
 - () 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.
2. Permanecer em pé sem apoio.
Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.
 - () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
 - () 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
 - () 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
 - () 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
 - () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.
Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.
 - () 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
 - () 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
 - () 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
 - () 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
 - () 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.
4. Posição em pé para posição sentada.
Instruções: Por favor, sente-se.
 - () 4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
 - () 3 controla a descida utilizando as mãos.
 - () 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
 - () 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
 - () 0 necessita de ajuda para sentar-se.
5. Transferências.
Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.
 - () 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
 - () 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
 - () 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
 - () 1 necessita de uma pessoa para ajudar.
 - () 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.
Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.
 - () 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
 - () 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
 - () 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos.

Anexo VII- Escala de Morse

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho .
Muleta/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muleta, bengala ou andador .
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação) .
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar empoleirando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente maltrave se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou mobiliário, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Após perguntar ao paciente: "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifica-se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Após perguntar ao paciente: "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifica-se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é literal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Apêndice II – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Relato de caso clínico



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Estágio Profissionalizante

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Relato de caso clínico

Elaborado por:
Ana Margarida Gomes nº:
202490020

Docente:
Professora Sandy Severino

Enfermeiro Supervisor:
Ana Raquel Rombo

Barcarena
Novembro 2025

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diárias
BO	Bloco Operatório
Bpm	batimentos por minuto
CC	Cirurgia Cardíaca
CCT	Cirurgia Cardiorádica
Cpm	ciclos por minuto
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
FIT-VP	<i>Frequency, Intensity, Time, Type, Volume, Progression</i>
MER	Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
MID	Membro Inferior Direito
MIE	Membro Inferior Esquerdo
MRC	<i>Medical Research Council</i>
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
MV	murmúrio vesicular
OE	Ordem dos Enfermeiros
ON	Óculos nasais
PC	Plano de Cuidados
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
RNAO	<i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>
SpO ₂	Saturação Percutânea de oxigénio

RESUMO

Objetivo: Descrever a responsabilidade e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, nas fases pré e pós-operatória, promovendo a recuperação funcional e independência.

Metodologia: Relato de caso clínico, de natureza qualitativa, desenvolvido segundo as *Case Report Guidelines - CARE*. A prática foi sustentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis e nas orientações da *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*, privilegiando uma abordagem centrada na pessoa e na família. Para demonstrar os ganhos em saúde, foram utilizados instrumentos de avaliação, validados em Portugal.

Resultados: A implementação de um plano de cuidados individualizado, permitiu ganhos ao nível da capacidade/conhecimento sobre a ventilação, expetorar, equilíbrio e tolerância ao esforço. A intervenção especializada do EEER revelou-se essencial na prevenção de complicações respiratórias e motoras, favorecendo a adaptação da pessoa e o envolvimento ativo da família no processo de reabilitação.

Conclusão: A intervenção do EEER é determinante para otimizar uma recuperação eficaz, reduzir complicações pós-operatórias, promoção da independência e qualidade de vida e ao mesmo tempo contribui para a literacia em saúde da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Cirurgia Cardíaca; Programa de Reabilitação; Cuidados Centrado na Pessoa; Teoria das Transições.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
1. Referencial teórico.....	14
2. Instrumentos de Avaliação de Enfermagem de Reabilitação.....	16
3. Apresentação do caso.....	17
4. Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação	18
5. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	19
RESULTADOS.....	23
DISCUSSÃO.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÊNDICES	3
Apêndice I – Escala Subjetiva de Esforço de Borg	4
Apêndice II – Escala de Morse	5
Apêndice III – Índice de Barthel.....	6
Apêndice IV – Escala de Equilíbrio de Berg	7
Apêndice V – Guia de Entrevista	8
Apêndice XI – Consentimento Informado	12
ANEXOS.....	14
Anexo 1 - CARE.....	15
Anexo 2 – Escala numérica da dor	16
Anexo 3 – Medical Research Council	17

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Intervenção do EEER no pré-operatório	18
Quadro 2- Avaliação inicial pós cirurgia cardíaca no serviço de CCT	18
Quadro 3- Avaliação do ER no pré e pós-operatório (D2)	19
Quadro 4- Plano de cuidados, Foco: Ventilação comprometida	20
Quadro 5- Plano de cuidados, Foco: Equilíbrio comprometido	20
Quadro 6- Plano de cuidados, Foco: Intolerância à atividade	21
Quadro 7- Plano de cuidados, Foco: Expetorar	21
Quadro 8- Avaliação do foco ventilação	22
Quadro 9- Programa de exercício físico implementado	23
Quadro 10- Conhecimento e Capacidades	24
Quadro 11- Avaliação do ER no pré, pós-operatório (D2) e alta	26

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, integrado no 1.º semestre do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi solicitado o desenvolvimento de um relato de caso clínico. O relato de caso clínico tem como objetivo evidenciar a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos e a capacidade de conceber, implementar e avaliar planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

O estágio decorre no serviço de cirurgia cardiotorácica de uma Unidade Local de Saúde da área da grande Lisboa, onde são admitidos clientes que serão submetidos a cirurgia cardíaca, eletivamente ou transferidos de outra unidade hospitalar.

No decorrer do estágio tenho tido a oportunidade de implementar planos de enfermagem de reabilitação individualizados a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. Foi selecionada esta pessoa por ter sido possível realizar a admissão pré-operatória na presença de três elementos da família, o que permitia uma abordagem mais abrangente, e por apresentar como antecedente pessoal a doença de *Parkinson*, fator que representou um desafio adicional à planificação e implementação da intervenção de Enfermagem de Reabilitação (ER).

As doenças cardiovasculares mantêm-se como a principal causa de morbilidade, incapacidade e mortalidade, o que torna indispensável a implementação de estratégias integradas, que englobem políticas de saúde orientadas para a prevenção primária e secundária, bem como intervenções terapêuticas eficazes destinadas a evitar a progressão da patologia e o aparecimento de complicações. (Vermelho et al. 2021)

A doença valvular mitral constitui atualmente um importante problema de saúde pública, podendo manifestar-se sob a forma de estenose ou regurgitação, afetando aproximadamente 34% da população europeia. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Tanto a estenose como a insuficiência mitral manifestam-se através de sinais e sintomas que refletem o grau de disfunção valvular e a capacidade de adaptação cardíaca às alterações hemodinâmicas. Na insuficiência mitral crónica, a pessoa pode permanecer assintomático durante longos períodos, devido à adaptação progressiva do ventrículo esquerdo ao aumento do volume. Contudo, com a progressão da regurgitação, surgem manifestações de insuficiência cardíaca, como fadiga, fraqueza e dispneia, inicialmente durante o esforço e, mais tarde, mesmo em repouso. (Lima et al., 2024)

A válvula mitral atua como uma unidade funcional, situando-se entre a aurícula esquerda e o ventrículo esquerdo, garantindo a passagem eficiente do sangue para o ventrículo durante a diástole. Simultaneamente, esta estrutura impede o retorno do fluxo sanguíneo para a aurícula no decorrer da sístole. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

A valvuloplastia, é habitualmente executada através de uma esternotomia completa, a qual permite um amplo acesso ao coração, maior flexibilidade nas estratégias de proteção miocárdica e diversas opções de abordagem à válvula mitral. Esta técnica facilita igualmente a remoção do ar intracardiaco, prevenindo a ocorrência de complicações embólicas. A estabilização do esterno é efetuada através da utilização de fios, bandas ou placas, possibilitando a consolidação óssea num período aproximado de 12 semanas após a intervenção cirúrgica. (Akowuah et al., 2024).

As complicações pós-operatórias podem manifestar-se tanto de forma imediata como tardia. Entre as imediatas, destacam-se a infeção ou insuficiência respiratória, derrame pleural, pneumonia, infeções do local cirúrgico, mediastinite, acidente vascular cerebral, *delirium*, hemorragia, fibrilhação auricular, enfarte agudo do miocárdio e insuficiência renal. Já entre as complicações tardias, incluem-se o edema agudo do pulmão, o tromboembolismo pulmonar, endocardite, e ainda, a necessidade de implantação de *pacemaker* definitivo ou provisório, em consequência de bloqueio auriculoventricular completo. (Lima et al. 2024; Vermelho et al. 2021)

No que se refere às complicações respiratórias, a evidência científica destaca que a abordagem cirúrgica através de esternotomia condiciona de forma significativa a função dos músculos respiratórios, em resultado da lesão cirúrgica e da consequente diminuição da estabilidade, mobilidade e amplitude da parede torácica. Este comprometimento é agravado pela dor pós-operatória, que frequentemente requer a administração de fármacos analgésicos. No entanto, estes podem reduzir o estímulo da tosse, diminuindo a sua eficácia e favorecendo o acúmulo de secreções brônquicas. Esta sequência de eventos contribui para o aumento do risco de complicações pulmonares no período pós-operatório. (Cerqueira et al., 2025; Ordem dos Enfermeiros, 2019)

É expectável que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca, venha a apresentar derrame pleural esquerdo, uma vez que é uma complicação frequentemente associada à utilização do enxerto da artéria torácica interna durante a cirurgia de revascularização miocárdica. Este fenómeno pode

A válvula mitral atua como uma unidade funcional, situando-se entre a aurícula esquerda e o ventrículo esquerdo, garantindo a passagem eficiente do sangue para o ventrículo durante a diástole. Simultaneamente, esta estrutura impede o retorno do fluxo sanguíneo para a aurícula no decorrer da sístole. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

A valvuloplastia, é habitualmente executada através de uma esternotomia completa, a qual permite um amplo acesso ao coração, maior flexibilidade nas estratégias de proteção miocárdica e diversas opções de abordagem à válvula mitral. Esta técnica facilita igualmente a remoção do ar intracardiaco, prevenindo a ocorrência de complicações embólicas. A estabilização do esterno é efetuada através da utilização de fios, bandas ou placas, possibilitando a consolidação óssea num período aproximado de 12 semanas após a intervenção cirúrgica. (Akowuah et al., 2024).

As complicações pós-operatórias podem manifestar-se tanto de forma imediata como tardia. Entre as imediatas, destacam-se a infeção ou insuficiência respiratória, derrame pleural, pneumonia, infeções do local cirúrgico, mediastinite, acidente vascular cerebral, *delirium*, hemorragia, fibrilhação auricular, enfarte agudo do miocárdio e insuficiência renal. Já entre as complicações tardias, incluem-se o edema agudo do pulmão, o tromboembolismo pulmonar, endocardite, e ainda, a necessidade de implantação de *pacemaker* definitivo ou provisório, em consequência de bloqueio auriculoventricular completo. (Lima et al. 2024; Vermelho et al. 2021)

No que se refere às complicações respiratórias, a evidência científica destaca que a abordagem cirúrgica através de esternotomia condiciona de forma significativa a função dos músculos respiratórios, em resultado da lesão cirúrgica e da consequente diminuição da estabilidade, mobilidade e amplitude da parede torácica. Este comprometimento é agravado pela dor pós-operatória, que frequentemente requer a administração de fármacos analgésicos. No entanto, estes podem reduzir o estímulo da tosse, diminuindo a sua eficácia e favorecendo o acúmulo de secreções brônquicas. Esta sequência de eventos contribui para o aumento do risco de complicações pulmonares no período pós-operatório. (Cerqueira et al., 2025; Ordem dos Enfermeiros, 2019)

É expectável que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca, venha a apresentar derrame pleural esquerdo, uma vez que é uma complicação frequentemente associada à utilização do enxerto da artéria torácica interna durante a cirurgia de revascularização miocárdica. Este fenómeno pode

resultar de alterações na microcirculação e/ou no comprometimento da drenagem linfática decorrentes da colheita do enxerto. A literatura descreve uma incidência aproximada de 65% quando é utilizada a artéria mamária interna, reduzindo-se para cerca de 10% nos casos em que são empregues apenas enxertos venosos. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Relativamente à idade avançada, é um fator determinante na recuperação após cirurgia cardíaca, uma vez que o envelhecimento está associado a uma maior vulnerabilidade fisiológica e a uma redução da reserva funcional, particularmente nos sistemas respiratório e cardiovascular. As alterações inerentes ao processo de envelhecimento, como a diminuição da complacência pulmonar, a redução da força dos músculos respiratórios e a menor eficácia dos mecanismos de tosse e eliminação mucociliar, contribuem para a diminuição da capacidade ventilatória e para o aumento do risco de complicações pulmonares, infeções e prolongamento do tempo de internamento no período pós-operatório. Perante este contexto, torna-se essencial uma avaliação pré-operatória cuidadosa, a implementação de cuidados individualizados e a intervenção precoce do EEER, através de programas de reabilitação respiratória direccionados, com vista à prevenção de complicações e à otimização da recuperação funcional da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca. (Chandler et al. 2020)

Face à evidência abordada, torna-se clara a importância da intervenção do EEER, nomeadamente através da implementação de programas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR). Esta intervenção tem demonstrado ganhos significativos na mobilidade torácica e na força dos músculos respiratórios, promovendo uma recuperação funcional mais eficaz e prevenindo complicações associadas à imobilidade e à acumulação de secreções. Assim, a RFR assume um papel fundamental na otimização da função respiratória e na melhoria global da condição clínica da pessoa submetida a esternotomia. (Cerqueira et al. 2025)

A Doença de *Parkinson* é uma condição neurológica crónica, progressiva e neurodegenerativa, caracterizada pela diminuição dos níveis de dopamina nos gânglios da base. Esta alteração provoca uma disfunção nos circuitos motores cerebrais, refletindo-se em sintomas predominantemente motores, como tremor em repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural, bem como em manifestações não motoras, nomeadamente alterações cognitivas, apatia, depressão, distúrbios do sono e fadiga. (Silva et al., 2017) Tem um carácter flutuante, podendo a intensidade e a frequência dos sintomas variar ao longo do dia. (Neves et al., 2025)

A pessoa com doença de *Parkinson* apresenta um risco acrescido de complicações respiratórias, resultado das alterações motoras e autonómicas características da patologia, que comprometem a coordenação dos músculos respiratórios e a eficácia da tosse. Estas alterações favorecem a ocorrência de hipoventilação e pneumonia de aspiração, sobretudo no período pós-operatório. (Lenka et al., 2020) Neste contexto, a intervenção do EEER é fundamental para minimizar o impacto da doença, promovendo a autonomia e a independência funcional da pessoa, de forma a favorecer a qualidade de vida e a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação com o apoio da família. (Neves et al., 2025)

Deste modo, o presente relato de caso foi elaborado com o intuito de responder à questão orientadora: "Qual o impacto da intervenção do EEER no acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia cardíaca no pré e pós-operatório?"

Foi definido como **objetivo geral**: Descrever a responsabilidade e a intervenção do EEER no processo de transição saúde-doença da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, ao longo das diferentes fases do percurso cirúrgico: pré-operatória, pós-operatória e preparação para a alta.

Objetivos específicos:

1. Identificar os principais diagnósticos de enfermagem de reabilitação;
2. Implementar um plano de cuidados individualizado, ajustado às necessidades específicas da pessoa;
3. Desenvolver um plano de cuidados de ER, com enfoque na capacitação, conhecimento, aprendizagem e adaptação;
4. Proceder à avaliação sistemática da pessoa com recurso a instrumentos de avaliação que permitam identificar alterações ao nível funcional e clínico;
5. Refletir sobre os resultados obtidos através da implementação de plano de cuidados ER e Programa de Reabilitação, evidenciando os ganhos em saúde, nomeadamente a nível da ventilação, mobilidade, funcionalidade, autocuidado, adaptação e qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato de caso clínico foi desenvolvido de acordo com os critérios de avaliação definidos pela plataforma CARE – *Case Report Guidelines*. A sua estrutura baseou-se na *checklist* CARE, que serviu de guia metodológico, permitindo uma organização do conteúdo de forma estruturada, coerente e fundamentada. (Riley et al., 2017)

Este tipo de estudo permite descrever, compreender, analisar e avaliar de forma aprofundada uma situação clínica, permitindo uma reflexão crítica sobre o processo de cuidados e sobre as intervenções do EEER, sendo de natureza qualitativa. A generalização dos resultados assume um carácter analítico, procurando identificar contributos teóricos e práticos que sustentem a melhoria contínua das práticas profissionais e a qualidade dos cuidados prestados. (Casarin et al., 2021)

O desenvolvimento deste RCC respeitou os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação em saúde, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a autorização formal da pessoa em estudo (apêndice) para a divulgação da informação clínica, conforme previsto pelas normas da comissão de ética em vigor.

1. Referencial teórico

A ER, enquanto área de especialização, requer uma prática sustentada em referenciais teóricos que orientem a tomada de decisão clínica e promovam a coerência entre o conhecimento científico e a intervenção profissional. A utilização de modelos e teorias de enfermagem permite ao EEER fundamentar a sua atuação de forma sistematizada, intencional e centrada na pessoa, contribuindo para a recuperação funcional, o autocuidado e a maximização da qualidade de vida. (Ribeiro et al. 2021; Ventura-Silva et al. 2021)

Neste sentido, o recurso a um referencial teórico específico constitui um elemento diferenciador na prática do enfermeiro especialista, permitindo a organização dos cuidados de forma integrada e direcionada às necessidades individuais da pessoa. Assim, a escolha do referencial teórico de Afaf Meleis fundamenta-se na sua pertinência para compreender e intervir nos processos de transição vivenciados pela pessoa submetida a cirurgia cardíaca, valorizando a adaptação, a capacitação e o envolvimento ativo no processo de recuperação. A Teoria das Transições de Afaf Meleis centra-se na compreensão das mudanças vivenciadas pela pessoa ao longo do ciclo de vida e no modo como os enfermeiros intervêm para facilitar uma adaptação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
saúdavel a essas experiências. Meleis define transição como o processo de passagem entre diferentes fases, condições ou estados de saúde, desencadeado por uma mudança que exige reorganização pessoal, emocional e social. (Meleis, 2010; Ribeiro et al. 2021)

Nesta perspectiva, o EEER assume uma função essencial ao acompanhar e apoiar a pessoa durante estes períodos de vulnerabilidade, promovendo estabilidade, bem-estar e funcionalidade. A teoria sublinha que a consciencialização da pessoa sobre a sua condição é determinante para o sucesso da transição. Compete, portanto, ao EEER intervir precocemente, utilizando estratégias educativas, de capacitação e de suporte emocional que favoreçam a compreensão da mudança e o envolvimento ativo no processo de recuperação. (Silva et al. 2019)

Os processos de capacitação correspondem a adaptações que a pessoa vivencia ao longo do ciclo vital, podendo ocorrer de forma gradual, acompanhando as mudanças inerentes às diferentes fases da vida, ou de modo súbito, em resposta a acontecimentos inesperados. Importa reconhecer que cada pessoa pode experienciar múltiplas transições em simultâneo, e que o reconhecimento dessas mudanças é essencial para a tomada de decisões autónomas e conscientes no seu processo de saúde. É neste contexto que se destaca a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a qual oferece um enquadramento teórico que permite compreender e intervir nos fenómenos de transição, valorizando a adaptação, o empoderamento e a capacitação da pessoa perante as mudanças. (Sousa et al. 2020)

No contexto do presente relato de caso clínico, a Teoria das Transições de Afaf Meleis revela-se particularmente pertinente, uma vez que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca vivencia múltiplas transições interligadas e sucessivas: a fase pré-operatória, após cirurgia e a admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a posterior transferência da UCI para a Unidade de Cuidados Intermediários (UCINT) do serviço de CCT, a transição da UCINT para a enfermaria e por último a transição para o domicílio.

Tendo como base o referencial teórico de Afaf Meleis, as competências específicas do EEER, a prática clínica, conseguimos concluir que o EEER desempenha uma intervenção contínua, educativa e terapêutica, que promove o conhecimento, a aprendizagem de capacidades e o empoderamento da pessoa. Assim, facilita uma transição saúde-doença bem-sucedida, traduzida em recuperação funcional, reintegração social e melhoria significativa da qualidade de vida.

Foram ainda utilizadas as orientações da RNAO – cuidados centrados na pessoa – para fundamentar a intervenção individualizada na pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Esta

guideline assenta numa perspetiva biopsicossocial que reconhece a pessoa como um todo, valorizando a sua história de vida, valores, crenças e contexto familiar e social. No âmbito da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, o EEER aplica estes princípios através de uma avaliação integral que considera a dimensão física, emocional e social da pessoa, fundamentais para a adaptação à nova condição de saúde. A relação terapêutica, sustentada na empatia, confiança e comunicação eficaz, constitui um elemento central na intervenção do EEER, favorecendo o envolvimento ativo da pessoa e da família ao longo do processo de reabilitação. A decisão partilhada é igualmente promovida, envolvendo a pessoa e a família na definição dos objetivos e estratégias de cuidados, respeitando a autonomia e as preferências individuais. (RNAO, 2025)

A adaptação dos cuidados às necessidades específicas de cada pessoa implica a disponibilização de informação clara e acessível, o apoio à autogestão e a promoção da literacia em saúde, elementos essenciais para a adesão ao regime terapêutico e às transições vivenciadas. A sustentabilidade desta abordagem requer ainda um ambiente organizacional e uma equipa transdisciplinar alinhados com os princípios dos cuidados centrados na pessoa, garantindo uma prática coerente, segura e humanizada em todo o percurso de reabilitação após cirurgia cardíaca (RNAO, 2025)

2. Instrumentos de Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A escolha de um instrumento de avaliação para determinada função deve assegurar que este constitui uma medida válida para o propósito em questão, apresentando níveis adequados de fiabilidade e sensibilidade capazes de refletir alterações clínicas significativas. Assim, a análise da qualidade métrica dos instrumentos de avaliação revela-se essencial para reduzir potenciais vieses nos estudos que investigam a efetividade das intervenções dos EEER. (Sousa et al. 2023)

De seguida, irei abordar os instrumentos de avaliação selecionados para o desenvolvimento do RCC, estando os mesmos validados em Portugal.

Foi utilizada a **Escala de perceção subjetiva de esforço de Borg**. Esta ferramenta, composta por 10 níveis (de 0 – “muito muito leve” a 10 – “muito muito forte”), permite quantificar o esforço respiratório percebido pela pessoa, facilitando a monitorização da evolução clínica e o ajuste das intervenções de ER. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

A **Escala de Equilíbrio de Berg** foi utilizada para avaliar o equilíbrio funcional através da execução de 14 tarefas que envolvem alterações posturais e movimentos voluntários. Cada

tarefa é pontuada de 0 a 4, totalizando até 56 pontos, sendo que valores mais elevados indicam melhor controlo postural e menor risco de queda (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

O **Índice de Barthel** foi utilizado para avaliar o grau de independência da pessoa na execução de dez AVD's, como alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário, banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambulação, transferências e utilização de escadas. A pontuação total varia entre 0 e 100 pontos, sendo que valores mais baixos indicam maior dependência e valores mais elevados correspondem a maior autonomia nas atividades avaliadas.

A força muscular foi avaliada pela escala *Medical Research Council* (MRC), que classifica de 0 (ausência de contração) a 5 (força normal). Esta avaliação permitiu identificar o nível de força presente e acompanhar a evolução da capacidade muscular ao longo do processo de reabilitação. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

A **Escala de Quedas de Morse** foi utilizada para identificar o risco de queda em pessoas internadas, classificando-o em sem risco (0 e $\leq$ 24 pontos), baixo ($\geq$ 25 e $\leq$ 50 pontos) ou alto risco ($\geq$ 51 pontos), com base em seis parâmetros clínicos. De aplicação rápida, esta escala deve ser utilizada na admissão e sempre que ocorrem alterações no estado clínico, permitindo orientar medidas preventivas e planos de cuidados individualizados que promovem a segurança e a autonomia da pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2019).

3. Apresentação do caso

Trata-se de um homem de 69 anos, de nacionalidade portuguesa, que reside com a esposa numa moradia térrea, sem a presença de escadas. Apresenta um bom suporte familiar, tem dois filhos bastante presentes. Atualmente reformado, exercia funções de funcionário público na junta de freguesia da sua área de residência. Tem enquanto antecedentes pessoais: *Parkinson* (diagnóstico há 2 anos), Hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, ex-fumador, adenocarcinoma do estômago (submetido a gastrectomia, quimioterapia e radioterapia em 2010), perturbação bipolar.

Medicação habitual: esomeprazol 40mg 1cp, 1x dia; levodopa 100mg + carbidopa 25mg 1cp, 3x dia; artane 2mg 1cp, 2x dia; opicapona 50mg 1cp, 1x dia; carvedilol 6,25mg 1cp, 2x dia; ácido acetilsalicílico 150mg 1cp, 1x dia; sitagliptina 100mg 1cp, 1x dia; metformina 1g 1cp, 2x dia; amisulprida 25mg 1cp, 1x dia; furosemida 40mg 1cp 1x dia; olanzapina 10mg 1cp 1x dia.

Foi admitido no serviço de CCT para realização valvuloplastia mitral eletiva por insuficiência

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca:
 Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 mitral grave. Descreve sintomas como: dispneia e fadiga a médios esforços nos últimos meses. A cirurgia foi realizada em 2º tempo operatório, que decorreu sem intercorrências. Foi admitido UCI (D0) por volta das 21h desse dia, já extubado.

Na manhã seguinte (D1) foi realizado o primeiro levante, sem intercorrências, com oxigenoterapia a 4l/min por óculos nasais. Durante a tarde do mesmo dia, foi transferido para a UCINT.

Passado dois dias da intervenção cirúrgica, foram removidos os drenos (mediastínico e pleural) e foi também desalgaliado. Foi transferido para a enfermaria no período da tarde.

Teve alta para o domicílio no 6º dia pós-operatório, saindo acompanhado pela esposa e filha.

4. Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

Pré-operatório – Intervenção do EEER:

Foco	Avaliação	Intervenção
Ventilação	- Conhecimento sobre patologia; - Conhecimento sobre contexto cirúrgico; - Conhecimento sobre exercícios respiratórios; - Conhecimento sobre ventilação; - Conhecimento sobre cuidados pós-operatórios; - Escala de Borg modificada.	Ensinar, instruir, treinar e validar sobre: - Controlo e dissociação de tempos respiratórios; - Contenção tórax após esternotomia, nas transferências e na limpeza das vias aéreas; - Mobilização precoce das mãos e pés (flexão/extensão; abdução/adução)

Quadro 1 – Intervenção do EEER no pré-operatório

Pós-operatório:

No dia seguinte à cirurgia foi readmitido no serviço de CCT, no período da tarde. Em D2 realizei a avaliação pós-operatória apresentando-se:

Estado de consciência	Orientado e colaborante nas 3 dimensões (tempo, espaço, pessoa). Não apresenta alterações da linguagem/compreensão.
Parâmetros vitais	Eupneico com O2 a 4l/min por ON com SpO ₂ 99%, sem sinais de dificuldade respiratória, normotenso, normocárdico, traçado cardíaco compatível com ritmo sinusal e apirético. Dor controlada com analgesia prescrita

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca:
Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ventilação	Apresenta alteração da amplitude do tórax. Secreções que necessita de ajuda para expelir. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular (MV) diminuído a nível da base pulmonar esquerda Telerradiografia do tórax: Qualidade da radiografia: centrado (as extremidades internas das clavículas estão equidistantes às apófises espinhosas; mal inspirada (só são visualizados 5 arcos costais posteriores); é possível observar a traqueia, clavícula (direita/esquerda), omoplata (direita), campos pulmonares, parede torácica, diafragma e seios costo-frênicos; bem penetrada (possível observar os corpos vertebrais por trás da silhueta cardíaca; apresenta derrame pleural esquerdo com apagamento do seio costo-frênico, com subida da hemiclípula esquerda e reforço hilar nos dois campos pulmonares.
Pele	Ferida operatória sem sinais inflamatórios, sem mais lesões.
Deglutição	Sem alterações

Quadro 2 – Avaliação inicial pós cirurgia cardíaca no serviço de CCT

Comparação no pré e pós-operatório:

Instrumentos de avaliação	Escala de percepção subjetiva de esforço de Borg	Escala de equilíbrio de Berg	MRC	Escala de Morse	Índice de Barthel
Pré-operatório	3/10	40/56 (equilíbrio aceitável com risco de queda)	MSE – 5/5 MSD – 5/5 MIE – 5/5 MID – 5/5	55 pontos (alto risco)	95/100
D2 (UCINT)	4/10	não foi possível avaliar na totalidade, mantinha equilíbrio estático/dinâmico em pé/sentado.	MSE – 5/5 MSD – 5/5 MIE – 5/5 MID – 5/5	110 pontos (alto risco)	45/100

Quadro 3 – Avaliação do ER no pré e pós-operatório (D2)

5. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Antes da definição das intervenções, são estabelecidos objetivos realistas e individualizados, considerando a condição atual e prévia da pessoa, bem como o seu projeto de saúde. Estes elementos orientam o planeamento e visam alcançar ganhos efetivos em saúde a nível pessoal, familiar e social. Com base nos diagnósticos e objetivos definidos, o EEER planeia e implementa intervenções específicas, promovendo o envolvimento ativo da pessoa no processo de reabilitação. O foco centra-se na capacitação, autonomia e melhoria da qualidade de vida, respondendo aos domínios identificados anteriormente. (Ribeiro et al. 2021)

Foco: Ventilação	
Diagnóstico	Intervenção
Ventilação comprometida 30.10 – 3.11	• Avaliar: Consulta de tele radiografia, resultados laboratoriais, gasimetria; Avaliação dos parâmetros vitais (oximetria, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura) Padrão respiratório (frequência, simetria, ritmo, profundidade e amplitude, utilização de musculatura acessória, alteração dos tempos inspiratórios/expiratórios); Auscultação (presença de ruídos adventícios); Alterações na mobilidade da caixa torácica, presença de deformidades; Utilização da Escala de percepção subjetiva de esforço de Borg; • Executar técnicas para otimizar a ventilação: Controlo e dissociação dos tempos respiratórios – 2 séries de 5 repetições, 3-4 vezes dia ou sempre que necessitar; Posicionamento (corrigir posições viciosas, promover o relaxamento da região escapulo-umeral, apoio dos membros inferiores) respiração abdomino-diafragmática – 2 séries de 5 repetições; reeducação diafragmática; reeducação costal inferior bilateral, reeducação costal seletiva com elevação do membro superior até 90º - 2 séries de 5 repetições; drenagem postural com manobras acessórias. • Potencial para melhorar o conhecimento sobre ventilação Conhecimento das alterações fisiológicas após CCT Motivação e envolvimento no processo de saúde-doença Reforço positivo Esclarecimento de dúvidas • Potencial para melhorar conhecimento/capacidade para executar técnica respiratória Ensinar, incentivar e validar a realização de técnicas para otimizar a ventilação como: controlo e dissociação de tempos respiratórios 2 séries de 5 repetições, 3x por dia; respiração abdomino-diafragmática 2séries de 5 repetições, 3x dia; reeducação costal seletiva com elevação do membro superior até 90º - 2 séries de 5 repetições, 3x dia; posição de descanso • Potencial para melhorar conhecimento/capacidade para uso de dispositivo respiratório Ensinar, incentivar e validar a utilização de inspirómetro de incentivo – 3 series de 5 a 7 repetições, com descanso entre séries, pelo menos 3x por dia.

Quadro 4 – Plano de cuidados, Foco: Ventilação comprometida

Foco: Equilíbrio corporal	
Diagnóstico	Intervenção
Equilíbrio corporal comprometido 30.10 – 3.11	• Avaliar Utilização da escala de equilíbrio de Berg; • Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda Executar técnica de treino de equilíbrio - contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos, alternância de cargas membros inferiores, mudanças de direção, correção postural Visualizar postura em frente ao espelho e corrigir posturas viciosas; Exercícios na barra da cama – series de 5 repetições ; Exercício com bola para realizar abdução/Adução dos MI's; e “debaixo” do pé para treinar o equilíbrio. • Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre técnica de equilíbrio Consciencialização para a não realização de atividades antes da administração da terapêutica (levodopa+carbidopa); alertar para o risco de queda aquando de mudanças de direção repentinas; validar exercícios de correção postural, fortalecimento muscular, pedindo à pessoa para repetir a informação transmitida.

Foco: Intolerância à atividade	
Diagnóstico	Intervenção
Intolerância à atividade 30.10 – 3.11	• Avaliar: Intolerância ao esforço através da aplicação da Escala de percepção subjetiva de esforço de Borg; Avaliar força muscular através da escala MRC antes de iniciar atividade/exercício físico; Telemetria, oximetria; Exercícios de treino de resistência/aeróbico: Treino de marcha na enfermaria; treino em step – subir e descer, 2 séries de 5 repetições; Treino de escadas, 5 degraus, aumentando 3 a 5 degraus por dia até atingir 20 degraus antes da alta; Pedaleira, iniciar pelos 3', 5' e 10'. - Fortalecimentos dos membros inferiores com exercícios na barra da cama (flexão/extensão plantar; abdução/adução coxofemoral; agachamento – 2 séries de 5 repetições); - Estratégias de conservação de energia – planejar atividades respeitando períodos de repouso; fracionar tarefas; priorizar atividades essenciais; ajustar a altura das superfícies para evitar a flexão excessiva; coordenação da inspiração e expiração; realizar tarefas no período de efeito da medicação do Parkinson; supervisionar resposta ao exercício físico através da percepção subjetiva de esforço, telemetria, oximetria, SpO2 >90%. • Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre gestão da atividade/repouso e conservação de energia; Consciencializar que a introdução do exercício físico é gradual; ensinar, exemplificar e treinar: Técnicas de conservação de energia; reforçar a dissociação e controlo de tempos respiratórios durante o treino de resistência/aeróbico; realização de alongamentos. Ensinar sobre os benefícios do descanso adequado – reflexo na tolerância à atividade; • Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia e realização de atividades do dia a dia. - Técnicas de gestão energia (planeamento antecipado das atividades- distribuindo o esforço ao longo do dia para evitar picos de exaustão; divisão das tarefas em etapas menores; delegação de tarefas; simplificação de atividades; adaptação da estrutura física do domicílio); - Promover a partilha das dificuldades enfrentadas no dia a dia; - Posicionamento de relaxamento com apoio da cintura escapular, pescoço e membros superiores minimizando a sobrecarga dos músculos respiratórios; - Instruir e validar ensinios sobre estratégias a utilizar para conservação de energia no domicílio; - Educação para a saúde com a família presente e medidas adaptativas no regresso a casa (ensinar sinais e sintomas de intolerância à atividade; incentivar a interrupção da atividade perante fadiga e/ou dispnéia; prevenir quedas associadas à rigidez e instabilidade postural; reduzir estímulos ambientais durante as tarefas)

Quadro 6 – Plano de cuidados, Foco: Intolerância à atividade

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca:
Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Foco: Expetorar	
Diagnóstico	Intervenção
Expetorar ineficaz 30.10 – 3.11	• Avaliar A eficácia da tosse; Capacidade para gerar um mecanismo para limpeza da via aérea, se consegue mobilizar as secreções ou necessita de técnica assistida; Observação de alteração nas características das secreções (cor, quantidade, viscosidade); • Executar técnicas para otimizar a limpeza das vias aéreas Reeducação funcional respiratória: controlo e dissociação de tempos respiratórios – 2 séries de 5 repetições; respiração abdomino-diafragmática – 2 séries de 5 repetições Utilização de manobras acessórias (vibração); Tosse dirigida com contenção do tórax anterior; Ciclo ativo da respiração; Drenagem postural; <i>Huffing</i> • Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre técnicas para limpeza da VA Incentivar tossir/expetorar; Reforçar e validar a necessidade de contenção do tórax anterior durante o reflexo de tosse; Incentivar a ingestão hídrica; Técnicas de posicionamento (inclinação do tronco, membros inferiores apoiados, contenção do tórax) • Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre dispositivo de promoção da limpeza de VA Ensinar, incentivar e validar a utilização de inspirómetro de incentivo – 3 séries de 5 a 7 repetições, com descanso entre séries, pelo menos 3x por dia.

Quadro 7 – Plano de cuidados

RESULTADOS

A implementação do plano de cuidados de ER traduziu-se em resultados significativos no estado funcional da pessoa, evidenciando ganhos em saúde decorrentes das intervenções realizadas. Estes ganhos foram identificados e analisados em cada um dos focos de atenção definidos (ventilação, intolerância à atividade, expetorar, equilíbrio), refletindo a eficácia do processo de reabilitação e o contributo específico dos cuidados especializados.

A monitorização contínua e a avaliação sistemática das respostas da pessoa permitiram observar melhorias progressivas em diferentes domínios, nomeadamente na capacidade funcional, na tolerância ao esforço, na gestão da energia e na realização das atividades de vida diária. Estes resultados reforçam a importância da intervenção do EEER na promoção da recuperação, da independência e da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

Ventilação

	Dia 27.10	Dia 30.10	Dia 1.11	Dia 3.11
Oxigenoterapia	Não tem	O ₂ a 4l/min	Não tem	Não tem
Saturação periférica	97-98%	99%	98%	98%
Frequência respiratória	15cpm	22cpm	20cpm	17cpm
Auscultação	MV presente em todos os campos pulmonares	MV diminuído na base inferior do pulmão esquerdo	MV presente em todos os campos pulmonares	MV presente em todos os campos pulmonares
Telerradiografia do tórax	Sem alterações	Derrame pleural esquerdo, reforço hilar	Observam-se os seios costofrénicos esquerdos, reforço hilar diminuído	Sem alterações
Escala de perceção subjetiva de esforço de Borg	2/10	5/10	3/10	1/10

Quadro 8 – Avaliação do foco ventilação

Para além das intervenções de enfermagem planeadas e implementadas, foi desenvolvido e integrado no plano de reabilitação, um programa de exercício físico estruturado, que acompanhou a pessoa ao longo do internamento. Este programa teve como principal objetivo otimizar a capacidade ventilatória, promover a tolerância ao esforço e gestão de energia,

favorecer a recuperação funcional através da realização de exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e simulação de atividades funcionais que a pessoa enfrentará no domicílio, como o treino de subir e descer escadas.

Programa de Reabilitação

Intervenção	27.10	28.10 (BO)	29.10 (UCT)	30.10 (UCINT)	31.10 (ENF)	1.11 (ENF)	2.11 (ENF)	3.11 (ENF)
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios (2 series de 5 repetições)	X #	X #	X ##	X ##	X ##	X ##	X ##	X ##
Posicionamentos/transferências/tossir com contenção do tórax	X	X	X	X	X	X	X	X
Técnicas de relaxamento			X	X	X	X	X	X
Exercícios de abertura costal seletiva (2 series de 10 repetições)			X	X	X	X	X	X
Exercício de reeducação abdomino-diafragmática (2 series de 5 repetições)			X	X	X	X	X	X
Reeducação costal inferior bilateral (2 series de 5 repetições)			X	X	X	X	X	X
Tosse dirigida			X	X	X	X	X	X
Inspirómetro de incentivo (3 series, 5/7 repetições e pausa de 30/60 segundos entre séries)				X	X	X	X	X
Fortalecimento dos membros inferiores sentado – movimento ativo/assistido (flexão/extensão plantar; abdução/adução e flexão/extensão coxofemoral – 2 series de 5 repetições)			X					
Exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores na barra da cama: flexão/extensão plantar; abdução/adução coxofemoral; agachamento (2 series de 5 repetições, com pausa de 60 segundos entre exercícios)				X	X	X		
Treino de marcha					X +	X	X	X
Treino de escadas						X #	X ##	X ###
Pedaleira							X *	X **
Educação para a saúde/ esclarecimento de dúvidas à pessoa/família	X	X	X	X	X	X	X	X

Quadro 9: Programa de exercício físico implementado **Legenda:**

realizava inspiração/expiração pela boca e ## já conseguia realizar inspiração pelo nariz e expiração pela boca | + o 1º treino de marcha foi realizado com andador para dar mais segurança à pessoa.

* 3 minutos | ** 5 minutos | # subir e descer 3 degraus | ## 6 degraus | ### 10 degraus

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca:
 Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 amarelo – o dia da cirurgia e internamento na UCI | Azul – o exercício que a pessoa já realizava de forma independente

O plano de treino foi desenvolvido de forma gradual e individualizada, respeitando a tolerância ao esforço, através da resposta fisiológica (avaliada através dos parâmetros vitais) e a percepção subjetiva de esforço medida pela escala de percepção subjetiva de esforço de Borg. A sua estrutura baseou-se nas *guidelines* internacionais para prescrição de exercício físico, nomeadamente no acrónimo FITT-VP (Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo, Volume e Progressão), garantindo uma intervenção segura, eficaz e adaptada às necessidades específicas da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Traduzindo ganhos em saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Milani et al. 2024; Vigia et al. 2025; Vermelho et al. 2021)

Relativamente ao plano de intervenção de EEER implementado, é possível perceber que no momento da alta a pessoa demonstra conhecimentos e capacidades aprendidos ao longo da intervenção do EEER. E ainda, a importância da fase pré-operatória, uma vez que após ensinar, instruir e validar técnicas de controlo e dissociação respiratória, tornou-se uma mais-valia no período pós-operatório.

Conhecimentos e Capacidades

Conhecimento e Capacidades	Av. Pré-operatório	Av. Pós-operatório	Avaliação final
Técnica respiratória para otimizar a ventilação	0	x	x
Técnica da tosse	0	0	x
Técnica de conservação de energia	0	0	x
Realização de exercício físico de forma segura	0	0	x
Técnicas de equilíbrio corporal	x	0	x

Legenda: X – Demonstra | 0 – não demonstra.

Quadro 10 – Conhecimentos e capacidades

Avaliação através dos instrumentos de avaliação

Instrumentos de avaliação	Escala de percepção subjetiva de esforço de Borg	Escala de equilíbrio de Berg	MRC	Escala de Morse	Índice de Barthel
Pré-operatório	3/10	40/56 (equilíbrio aceitável com risco de queda)	MSE – 5/5 MSD – 5/5 MIE – 5/5 MID – 5/5	55 pontos (alto risco)	95/100
D2 (UCINT)	4/10	não foi possível avaliar na totalidade, mantinha equilíbrio estático/dinâmico em pé/sentado.	MSE – 5/5 MSD – 5/5 MIE – 5/5 MID – 5/5	110 pontos (alto risco)	45/100
D6 (alta para o domicílio)	2/10	40/56 (equilíbrio aceitável com risco de queda)	MSE – 5/5 MSD – 5/5 MIE – 5/5 MID – 5/5	55 pontos (alto risco)	95/100

Quadro 11 – Avaliação do ER no pré, pós-operatório (D2) e alta.

DISCUSSÃO

Na fase de acolhimento no serviço de CCT, o EEER desempenha um papel fundamental na avaliação dos conhecimentos prévios e na adaptação da informação às necessidades individuais da pessoa, promovendo a aprendizagem gradual, o esclarecimento de dúvidas e o desenvolvimento da autonomia nos cuidados. Estas práticas, alinhadas com as recomendações da RNAO (2025) e com as Competências Comuns e Específicas do EEER, reforçam a importância de uma abordagem centrada na pessoa, promotora da literacia em saúde e da capacitação para a autogestão dos cuidados.

No caso apresentado, a entrevista pré-operatória decorreu com a presença da pessoa e de três elementos da sua família, o que se revelou particularmente enriquecedor. Este momento permitiu estabelecer uma relação de confiança, favorecendo a partilha de dúvidas e expectativas num contexto frequentemente marcado por inquietação e necessidade de informação. A inclusão da família contribuiu para reforçar o suporte emocional e alinhar comportamentos e cuidados a adotar após a cirurgia. (Couto et al., 2021)

Esta intervenção inicial evidenciou benefícios mútuos: para a pessoa e família, pela segurança transmitida e pelo aumento da compreensão do processo de reabilitação; e para o EEER, pela possibilidade de construir um elo terapêutico que se prolonga no período pós-operatório. A continuidade deste vínculo favorece uma melhor adesão ao plano de cuidados, facilita a expressão de dificuldades sentidas e potencia ganhos em saúde ao longo de todo o processo de reabilitação.

Foi ainda possível verificar, no âmbito do Programa de Reabilitação, a capacitação progressiva da pessoa relativamente ao controlo e dissociação dos tempos respiratórios, uma atividade que inicialmente não conseguia realizar. A abordagem precoce deste aspeto revelou-se essencial, pois se a dificuldade persistisse até ao período pós-operatório, a aquisição dessas capacidades seria mais complexa devido às limitações impostas pela dor, fadiga e restrições físicas imediatas à cirurgia. Tal facto poderia aumentar o risco de complicações pulmonares, já anteriormente identificadas como uma das principais preocupações neste tipo de intervenção.

A implementação do Programa de Reabilitação constitui um processo estruturado e individualizado, que visa otimizar a funcionalidade, promover a autonomia e facilitar o retorno

da pessoa às suas atividades habituais de forma segura e progressiva. Neste contexto, as técnicas de conservação e gestão de energia assumem um papel fundamental, devendo ser integradas na rotina diária da pessoa. O principal objetivo destas estratégias é permitir a execução das atividades com o menor gasto energético possível, prevenindo a fadiga e promovendo a independência funcional. (Vigia et al., 2025)

No contexto da cirurgia cardíaca, a reabilitação deve integrar um programa de exercício físico cuidadosamente estruturado, com componentes de treino aeróbio e anaeróbio, que favoreçam a readaptação ao esforço e a melhoria da capacidade funcional. A intolerância à atividade física, frequentemente presente neste grupo de pessoas, foi abordada através da implementação de um plano de treino progressivo, promovendo uma adaptação gradual e segura ao esforço. O exercício foi integrado como aspeto central da intervenção do EEER, cuja prescrição se orienta por parâmetros específicos, como a intensidade, a frequência, a duração, o tipo de exercício, o volume e a progressão do treino. (Ribeiro et al., 2021)

A prescrição do programa de reabilitação deve ser precedida de uma avaliação exaustiva do estado de saúde da pessoa, contemplando o seu perfil de risco, as características comportamentais e outros fatores relevantes. Esta avaliação inicial é essencial para determinar a capacidade funcional e ajustar o plano de exercício às necessidades e limitações individuais, garantindo segurança e eficácia. (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Milani et al., 2024)

Paralelamente, o plano deve obedecer aos princípios fundamentais do treino — sobrecarga, individualidade, especificidade e reversibilidade — de modo a garantir ganhos funcionais sustentáveis e a prevenir regressões durante o processo de reabilitação. (Vigia et al., 2025)

Durante o treino intra-hospitalar, a monitorização rigorosa dos parâmetros fisiológicos é essencial para prevenir complicações e assegurar a segurança clínica. O controlo da intensidade do exercício deve ser efetuado através da frequência cardíaca, limitada a um aumento máximo de 30 bpm em relação ao valor de repouso, e da perceção subjetiva de esforço, medida pela escala de Borg modificada. A combinação destes indicadores permite avaliar a tolerância ao exercício e ajustar a intensidade do treino de forma contínua. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

O esforço sentido deve situar-se entre “fácil” e “moderadamente difícil”, garantindo uma intensidade segura e adequada à condição clínica da pessoa. A aplicação da escala de Borg, por ser um método simples, fiável e não invasivo, deve ocorrer antes, durante e após cada sessão,

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação permitindo ao enfermeiro ajustar a carga de treino e prevenir a sobrecarga cardiovascular. (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Vermelho et al., 2021)

Durante a execução dos exercícios, recomenda-se que a pessoa realize a expiração na fase de contração muscular (fase concêntrica) e a inspiração na fase de retorno (fase excêntrica), otimizando o uso da energia e reduzindo o esforço respiratório e cardiovascular. (Vermelho et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A monitorização eletrocardiográfica, aliada ao controlo da frequência cardíaca, da pressão arterial e da perceção de esforço, é indispensável para garantir a segurança do doente e a eficácia do programa nesta fase inicial da reabilitação. (Delgado et al., 2021) Durante os ensinamentos à pessoa e à família, o enfermeiro deve reforçar cuidados específicos, como não agarrar em objetos pesados durante os próximos 2 meses (reforçando a ideia do fortalecimento muscular dos membros inferiores), evitar a elevação dos membros superiores acima dos 90°, devido à instabilidade do esterno no período pós-operatório. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

O treino de marcha é uma componente essencial do processo, devendo iniciar-se com caminhadas de 5 a 10 minutos por dia, realizadas 2 a 3 vezes ao dia, com aumento progressivo da duração conforme a resposta ao exercício e com monitorização adequada. (Delgado et al., 2021) O treino de escadas deve ser introduzido apenas na ausência de sinais de alarme e após o treino de marcha de dois minutos, desde que não se observem alterações no equilíbrio corporal. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

A aplicação rigorosa de todas estas etapas sustenta a tomada de decisão clínica do EEER, assegurando uma prática baseada na evidência e centrada na pessoa. Esta metodologia científica orienta a intervenção de Enfermagem de Reabilitação para a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação funcional e a inclusão social da pessoa em processo de transição de saúde/doença. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Foi utilizado o inspirómetro de incentivo como estratégia de RFR, com o objetivo de promover inspirações lentas, profundas e sustentadas, favorecendo a expansão pulmonar, o recrutamento alveolar e a otimização das trocas gasosas. A técnica, realizada com a pessoa em posição sentada, permite feedback visual do desempenho e estimula o esforço inspiratório máximo. O uso regular e supervisionado deste dispositivo tem demonstrado eficácia na prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia cardíaca, nomeadamente atelectasias, contribuindo para a melhoria da ventilação, redução do tempo de internamento e diminuição da mortalidade. (Couto et al., 2021; Eltorri et al., 2019)

Tratando-se de uma pessoa com diagnóstico prévio de doença de *Parkinson*, foi realizada

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca:
Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

precocemente a avaliação do equilíbrio e do risco de queda, atendendo às alterações motoras e posturais associadas à patologia. Esta avaliação revelou-se fundamental para a definição de objetivos realistas no plano de reabilitação, permitindo interpretar adequadamente os resultados obtidos no pós-operatório e no momento da alta. A presença de défices prévios condicionou a evolução funcional, justificando a ausência de melhoria significativa nos valores dos instrumentos de avaliação, uma vez que as alterações do equilíbrio e da mobilidade eram anteriores ao episódio cirúrgico.

Antes do início do plano de cuidados de ER, foram abordadas com a pessoa as suas expectativas e o grau de envolvimento no processo de reabilitação. A pessoa referiu o desejo de retornar a sua rotina o mais rapidamente possível, demonstrando confiança e esperança no processo, com o objetivo de recuperar ou até melhorar a sua qualidade de vida, uma vez que mencionou sentir-se frequentemente cansado durante a realização da AVD's e AIVD's. Evidenciando uma abordagem de cuidados centrados na pessoa, ao valorizar as expectativas, objetivos e o envolvimento da pessoa no processo de reabilitação, indo de encontro ao referencial teórico de Afaf Meleis e às guidelines da RNAO, que preconizam a participação ativa da pessoa e a individualização dos cuidados.

Com base nas expectativas e necessidades identificadas, foi delineado um plano de cuidados personalizado, centrado na pessoa e orientado para a realização dos seus objetivos de reabilitação. Este processo foi vivido com envolvimento e motivação, resultando em ganhos expressivos de independência funcional, melhoria da qualidade de vida, redução da dor e realização AVD's de forma independente. Estes resultados traduziram-se num internamento mais breve e com menor impacto físico e emocional, confirmando a relevância e a efetividade da intervenção especializada do EEER na promoção de uma recuperação global e segura.

Importa ainda referir que não se verificaram alterações ao nível motor nem do equilíbrio em relação ao momento da admissão. Tal resultado decorre de uma intervenção global do EEER, que considera a pessoa na sua totalidade e não se limita à gestão das complicações cirúrgicas. Neste sentido, foi desenvolvido um programa de reabilitação com enfoque no treino de equilíbrio e da força muscular, componentes essenciais a serem trabalhadas na pessoa com diagnóstico de doença de *Parkinson*, de modo a preservar a funcionalidade e prevenir o agravamento de limitações associadas à patologia.

Apesar de numa fase inicial ter considerado importante a utilização do instrumento de avaliação Timed Up and Go, após alguma ponderação conclui que não teria resultados sensíveis aos cuidados de ER. Ou seja, o facto de a pessoa demorar algum tempo a iniciar a marcha decorrente

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca:
Relato de Caso – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
da doença de *Parkinson* (condição prévia) iria comprometer o resultado desta avaliação, pelo
que não considerei o uso deste instrumento vantajoso para objetivar ganhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste contexto, a intervenção do EEER revela-se fundamental na obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente na melhoria da capacidade funcional, na prevenção de complicações no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca, na promoção da autonomia, independência e na qualidade de vida. Paralelamente, o desenvolvimento da literacia em saúde da pessoa e família, sustentado numa relação terapêutica de parceria e confiança, favorece a autogestão dos cuidados e a continuidade do processo de reabilitação no domicílio.

Adicionalmente, esta experiência consolidou a importância de uma prática reflexiva e baseada na evidência, permitindo reconhecer o impacto real da intervenção do EEER na promoção de uma recuperação funcional segura e eficaz. A integração da Teoria das Transições de Afaf Meleis e orientações de cuidados centrados na pessoa (RNAO) revelaram-se um instrumento fundamental para compreender as mudanças vivenciadas pela pessoa e facilitar a sua adaptação física, emocional e social ao longo do processo de reabilitação.

A apresentação e reflexão deste relato de caso clínico ajudou-me a integrar conhecimentos e competências que podem ser reproduzíveis na minha prática clínica, sendo portadora de conhecimento que se reflete numa mais-valia para a pessoa e família, que vivenciam múltiplas transições ao longo da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akowuah, E. F., Maier, R. H., & Hancock, H. C. (2024). Minithoracotomy vs Conventional Sternotomy for Mitral Valve Repair: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023;329(22):1957–1966. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.7800>
- Casarin, S. T., Porto, A. R. (2021). Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. *Journal of Nursing and Health*, 11(4). <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i4.21998>
- Cerqueira, B., Ferreira, D., Andrade, B., & Sousa, L. (2025). Programa de reabilitação cardíaca na pessoa submetida a bypass coronário: estudo de caso. In Sousa, L., José, H., Guerra, N., Severino, S. (Orgs.) *Enfermagem de reabilitação: fundamentos, intervenção e resultados* (pp. 100-121). Crossref.
- Chandler, D., Mosieri, C., Kallurkar, A., Pham, A. D., Okada, L. K., Kaye, R. J., Cornett, E. M., Fox, C. J., Urman, R. D., & Kaye, A. D. (2020). Perioperative strategies for the reduction of postoperative pulmonary complications. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 34(2), 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.04.011>
- Couto, G., Silva, R., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosos com compromisso do sistema cardiopulmonar. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 234-278). Lidel.
- Eltorai, A., Baird, G., Eltorai, A., Healey, T., Agarwal, S., Venteulo, C., Martin, T., Chen, J., Kazemi, L., Keable, C., Diaz, E., Pangborn, J., Fox, J., Connors, K., Silke, F., Elias, J., & Daniels, A. (2019). Effect of an Incentive Spirometer Patient Reminder After Coronary Artery Bypass Grafting: A Randomized Clinical Trial. *JAMA surgery*, 154(7), 579–588. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0520>
- Impacto de um programa de intervenção personalizado, nos sintomas não motores e na qualidade de vida em Idosos com Doença de Parkinson. (2025). *RIAGE - Revista Ibero-Americana De Gerontologia*, 8(8), 11-21. <https://doi.org/10.61415/riage.354>
- Lenka, A., Mittal, S. O., Lamotte, G., & Pagan, F. L. (2021). A Pragmatic Approach to the Perioperative Management of Parkinson's Disease. *The Canadian journal of neurological sciences. Le journal canadien des sciences neurologiques*, 48(3), 299–307.

<https://doi.org/10.1017/cjn.2020.211>

Lima, R., Dantas, K., Lopes, A., & Carvalho, E. (2024). Cardiopulmonary rehabilitation for patients undergoing cardiac surgery after hospital discharge: Integrative review. *Research, Society and Development*, 13(5). <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45525>

Marseu, K., & Slinger, P. (2017). Perioperative lung protection. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(3), 239–244. <https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.3.239>

Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2): 42-48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>

Milani, J., Milani, M., Verboven, K., Cipriano, G., & Hansen, D. (2024). Exercise intensity prescription in cardiovascular rehabilitation: bridging the gap between best evidence and clinical practice. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 11, 1380639. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1380639>

Neves, B., Vilhena, A. R., Sousa, L., & Severino, S. (2025). Rehabilitation Nursing for people with Parkinson's Disease Immobility Syndrome: a case report. *Salud Integral Y Comunitaria*, 3, 224. <https://doi.org/10.62486/sic2025224>

Norma n.º 008/2019 da Direção Geral de Saúde: Prevenção e intervenção na queda no adulto em cuidados hospitalares. (2019). Serviço nacional de saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade Enfermagem de Reabilitação*. Consultado a 11 de setembro de 2025 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdfhttps://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016) *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Consultado a 11 de setembro de 2025

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016) *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Consultado a 11 de setembro de 2025

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática* (série 1 n.º10). Consultado a 15 de setembro de 2025

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. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Consultado a 20 de outubro de 2025

Registered Nurses' Association of Ontario (2023). *Transitions in Care and Services*. (2ª edição). IABPG

Registered Nurses' Association of Ontario (2025). *People-Centred Care*. (3ª edição). IABPG
Ribeiro, O., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação classificações e sistemas de informação. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 58-66). Lidel.

Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Org.) *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 48-55). Lidel.

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26: 35-44.

Silva, S. (2017). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Neurológica Degenerativa. in Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (p.475-486). Lusodíacta.

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

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Ribeiro, M., & Cardoso, M. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 72-80. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.73>

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

Vigia, C., Ferreira, A., Ferreira, R., José, H., & Sousa, L. (2025). Programas de reabilitação respiratória: análise portuguesa. In Sousa, L., José, H., Guerra, N., Severino, S. (Orgs.) *Enfermagem de reabilitação: fundamentos, intervenção e resultados* (pp. 10-25). Crossref. DOI 10.37885/250419159

Apêndice I – Escala Subjetiva de Esforço de Borg

Classificação numérica	Classificação verbal	Exemplo	
0	Nenhuma	Absolutamente nenhum esforço; sentado, sem fazer nada	
0,5	Muito, muito leve	Esforço quase imperceptível	
1	Muito leve	Caminhando devagar no seu próprio ritmo	Alto – D6
2	Leve	Esforço leve	Muito leve –
3	Moderada	Sensação de que você ainda tem energia suficiente para continuar se exercitando	Muito intenso – D4
4	Pouco intensa	Necessidade de fazer esforço pesado	
5	Intensa	Necessidade de fazer esforço muito pesado	Muito intenso – D2
6			
7	Muito intensa	Você consegue continuar, mas realmente precisa se esforçar; o esforço é muito pesado e você está muito cansado	
8			
9	Muito, muito intensa	Para a maioria das pessoas, este é o exercício mais extenuante já feito, quase o esforço máximo	
10	Máxima	Esforço máximo absoluto (o mais alto possível), exaustão	

Apêndice II – Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse, Versão Portuguesa

Item	Pontuação	Ac. ant.	Ac. pos.	Ac. final
1. História de quedas neste estabelecimento ou lugar ou nos últimos três meses Não Sim	0 25	25	25	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15	15	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma ajuda de enfermagem/camada/cadeia de rodas Muletas/medidas temporais/andador Ajuda de um indivíduo para andar	0 15 30	15	30	15
4. Enxofra intencional Não Sim	0 20	0	20	0
5. Postura ao andar e na transferência Normal/autônomo Débil/precisa de ajuda Dependente de ajuda	0 10 20	0	20	0
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	0	0	0
		55	100	55

Fonte: Costa-Oliveira, M.; Ferreira, F.; Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem em Referência*, 2014, v. 5, n. 1, pp. 7-17.

Apêndice III – Índice de Barthel

		Av. 2019	Av. 2020	Av. Final
1. Alimentação				
Independente	☐ 10			
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	☐ 5	10	0	10
Dependente	☐ 0			
2. Transferências				
Independente	☐ 15			
Precisa de alguma ajuda	☐ 10	15	10	15
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	☐ 5			
Dependente, não tem aparelho sentado	☐ 0			
3. Toilete				
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	☐ 5	5	0	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0			
4. Utilização do WC				
Independente	☐ 10			
Precisa de alguma ajuda	☐ 5	10	5	10
Dependente	☐ 0			
5. Banho				
Toma banho só (entra e sai do banho ou banheira sem ajuda)	☐ 5			
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0	5	0	5
6. Mobilidade				
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar corrimão)	☐ 15			
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	☐ 10	15	5	15
Independente, um cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esplanas	☐ 5			
Imóvel	☐ 0			
7. Subir e Descer Escadas				
Independente, com ou sem ajuda técnica	☐ 10			
Precisa de ajuda	☐ 5	10	0	10
Dependente	☐ 0			
8. Vestir				
Independente	☐ 10			
Com ajuda	☐ 5	5	5	5
Impossível	☐ 0			
9. Controle Intestinal				
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou clister	☐ 10			
Acidente ocasional	☐ 5	10	10	10
Incontinente ou precisa de uso de clister	☐ 0			
10. Controle Urinário				
Controla perfeitamente, mesmo algoado sendo incapaz de manejar a alguma vez	☐ 10			
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	☐ 5	10	10	10
Incontinente, ou algoado sendo incapaz de manejar a alguma vez	☐ 0			
		95	45	95

Apêndice IV – Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg

DESCRIÇÃO DOS ITENS	Pontuação (0-4)	Δ ₀ (ini)		Δ ₀ (final)	
		4		4	
1. Sentado para em pé		4		4	
2. Em pé sem apoio		4		4	
3. Sentado sem apoio		4		4	
4. Em pé para sentado		3		3	
5. Transfêrência		3		3	
6. Em pé com os olhos fechados		3		3	
7. Em pé com os pés juntos		2		2	
8. Recuar à frente com os braços estendidos		3		3	
9. Apanhar objeto do chão		3		3	
10. Virando-se para olhar para trás		2		2	
11. Girando 360 graus		2		2	
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco		3		3	
13. Em pé com um pé em frente ao outro		2		2	
14. Em pé apoiado em um dos pés		2		2	
TOTAL		40		40	

Apêndice V – Guia de Entrevista

Guião de Entrevista – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação (CARE Framework)

◆ Objetivo geral:

Recolher informação compreensiva e estruturada sobre o percurso clínico, funcional e emocional da pessoa em processo de reabilitação, de modo a descrever de forma objetiva e científica o caso clínico.

1. Identificação do participante e contexto

(CARE item: Patient Information)

Objetivo: caracterizar a pessoa, o contexto clínico e a situação de saúde.

Perguntas orientadoras:

- Pode dizer-me a sua idade, sexo e situação familiar?
- Qual era a sua ocupação antes do evento/doença que motivou a reabilitação?
- Que diagnóstico clínico levou à necessidade de reabilitação?
- Há quanto tempo ocorreu o evento (cirurgia cardíaca)?
- Qual era o seu estado funcional antes do evento, ou seja, quais eram as suas principais atividades diárias e papéis sociais?

2. História clínica e antecedentes relevantes

(CARE item: Medical, family and psychosocial history)

Objetivo: identificar condições pré-existentes, fatores de risco e contexto psicossocial.

Perguntas:

- Tinha alguma doença ou limitação física antes deste evento?
- Faz algum tipo de medicação para doença crónica?
- Há antecedentes familiares relevantes (ex.: doenças cardiovasculares)?
- Como descreveria o seu apoio familiar e social atual?
- Há hábitos de vida que possam influenciar a sua recuperação (tabaco, álcool, exercício, alimentação)?

3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

(CARE item: Clinical findings and timeline)

Objetivo: descrever a condição inicial e o impacto funcional.

Perguntas:

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após o evento (limpeza das vias aéreas ineficaz, ventilação comprometida, intolerância à atividade, força muscular diminuída, equilíbrio comprometido, dor, tosse ineficaz)?
 - Como se sentia emocionalmente no início do processo de reabilitação?
 - Que limitações identificou nas atividades da vida diária?
 - Que estratégias utilizou inicialmente para lidar com essas dificuldades?
-

4. Intervenções de enfermagem de reabilitação

(CARE Item: Therapeutic Intervention)

Objetivo: identificar intervenções implementadas, frequência, duração e adesão.

Perguntas:

- Que tipo de intervenções de reabilitação considera mais úteis para si (reeducação funcional respiratória, treino de marcha, treino de equilíbrio)?
 - O que espera do enfermeiro de reabilitação no seu processo de reabilitação?
 - Que orientações ou ensinamentos considera mais úteis para realizar em casa?
 - Encontra dificuldades em cumprir o plano de enfermagem de reabilitação? Que alternativa propõe.
 - Que recursos ou equipamentos considera que consegue adquirir ou ter acesso (ajudas técnicas, adaptações domiciliares)?
-

5. Resultados e evolução funcional

(CARE Item: Follow-up and outcomes)

Objetivo: descrever os ganhos em saúde e impacto da reabilitação que obteve com o plano de enfermagem de reabilitação.

Perguntas:

- Que melhorias sentiu ao longo do processo de reabilitação?
- Que atividades conseguiu retomar?
- Há algo que ainda considera limitado ou difícil de realizar?
- Como avalia a sua autonomia e independência atualmente (escala de independência, mobilidade)?
- O que acha dos resultados obtidos? (tosse eficaz, aumento da tolerância ao esforço, aumento da força muscular, equilíbrio estático e dinâmico)?
- Sente-se satisfeito com os resultados obtidos?

6. Impacto emocional, social e ocupacional

(CARE item: Patient perspective)

Objetivo: compreender o significado da reabilitação e a percepção pessoal do processo.

Perguntas:

- Como descreveria a sua experiência durante a reabilitação?
- O processo influenciou a sua autoestima, imagem corporal ou relações interpessoais?
- Que estratégias utilizou para lidar com o medo, a dor ou a frustração?
- Que significado atribui ao papel do enfermeiro de reabilitação na sua recuperação?
- Sente-se satisfeito com o apoio e processo de reabilitação?
- Que mensagem gostaria de deixar a outras pessoas em situação semelhante?

7. Considerações éticas e consentimento

(CARE item: Informed consent)

Antes da entrevista:

- Explicar o objetivo do estudo (relato de caso clínico).
- Garantir anonimato, confidencialidade e voluntariedade.
- Obter **consentimento informado escrito**, conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e as normas éticas de investigação clínica (declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo).

8. Observações do entrevistador

(CARE item: Discussion and learning points)

Registar:

- Impressões clínicas e de comunicação durante a entrevista.
- Indicadores de motivação, coping e envolvimento do participante.
- Pontos fortes e limitações do caso.
- Reflexão crítica sobre as implicações para a prática de enfermagem de reabilitação.

Apêndice XI – Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Cirurgia Cardiorrástica: Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: A Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel central no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardiorrástica. A intervenção inicia-se no período pré-operatório, através da implementação de estratégias educativas orientadas para a prevenção de complicações. No período pós-operatório, a intervenção centra-se na redução das complicações associadas à cirurgia, designadamente de natureza respiratória e motora, recorrendo à mobilização precoce, à reeducação funcional respiratória e motora, bem como à promoção da autonomia e da independência da pessoa, de forma a capacitá-la para o regresso ao domicílio. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém igualmente no apoio emocional e no processo educativo dirigido à pessoa e à família, particularmente no que concerne ao autocuidado e às medidas de segurança, potenciando uma recuperação funcional mais rápida, eficaz e promotora de uma melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.

Explicação do estudo: O presente Relato de Caso Clínico tem como finalidade promover o desenvolvimento de competências no âmbito do diagnóstico, da intervenção e da avaliação em Enfermagem de Reabilitação. A recolha de dados será realizada entre 9 de setembro e 20 de dezembro de 2025, de forma descritiva ao longo do processo de cuidados, com o objetivo de identificar necessidades, alterações nos processos corporais e de transição suscetíveis de intervenção pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para tal, serão aplicados instrumentos de avaliação validados em Portugal (em anexo), garantindo uma abordagem sistemática e cientificamente sustentada. A participação não acarreta riscos para a pessoa, sendo salvaguardado o respeito pelos seus direitos assistenciais, independentemente da sua decisão em colaborar.

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 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 à 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 destruídos de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais (até 30 dias após avaliação final do Relato de Caso Clínico).

Grati, desde já, pelo pela vossa disponibilidade.

A estudante Ana Margarida Cansado Gomes, nº 202490020; 965573471; 202490020@ua.pt

Assinatura(s):

Ana Margarida Cansado Gomes

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente

Anexo 1 - CARE



CARE

Checklist of Reporting of Evaluative Case Reports

CARE Checklist of information to include when writing a case report

 **Download**



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnostic intervention of primary focus followed by the words "case report"	
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnosis or interventions in this case report, including "case report"	
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	
	3c	The main diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes	
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	
Patient Information	5a	De-identified patient specific information	
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	
	5d	Relevant past interventions with outcomes	
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural?)	
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	
Therapeutic Intervention	9a	Type of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	
	10c	Intervention adherence and tolerability (how was this assessed?)	
	10d	Adverse and unintended events	
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs or the treatment(s) they received	
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes ☐ No ☐

Anexo 2 – Escala numérica da dor

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Anexo 3 – Medical Research Council

5	Força normal - Movimento contra resistência total
4	Movimento contra resistência moderada
3	Movimento contra gravidade sem resistência
2	Movimento com gravidade eliminada
1	Contração visível sem movimento
0	Sem contração visível

Apêndice III – Deglutição comprometida – disfagia



Introdução

- A deglutição constitui uma das funções fisiológicas mais complexas e essenciais ao ser humano, envolvendo uma integração precisa de mecanismos motores e sensoriais orofaríngeos.
- Este processo assegura o transporte seguro do bolo alimentar desde a cavidade oral até ao esófago, marcando o início da digestão. Simultaneamente, permite a remoção eficaz da saliva, garantindo a proteção das vias aéreas superiores contra eventuais episódios de aspiração.
- Apresentação do procedimento para a realização do teste de disfagia.

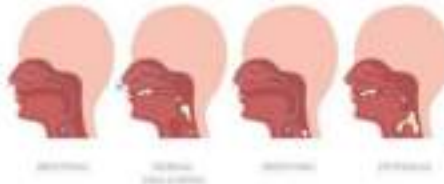


Causas de alteração da deglutição



Disfagia

- A disfagia é caracterizada pela dificuldade ou sensação de impedimento na passagem de alimentos ou líquidos durante a deglutição.
- As alterações da deglutição, podem ocorrer devido a diversos fatores, como: condições neurológicas, obstrutivas, degenerativas ou cognitivas.
- Todas as pessoas com alterações conhecidas nas estruturas envolvidas na deglutição (neurológicas ou anatómicas) devem ser encaradas como potenciais portadores de disfagia, sendo fundamental uma avaliação rigorosa na deglutição.



Avaliação da função de deglutição

- Informação clínica
- Estado Mental/funções cognitivas
- Linguagem
- Postura/controlo da cabeça na posição de sentado
- Aparência da mucosa oral (coloração, estado de hidratação)
- Estado nutricional
- Peças dentárias presentes e a sua condição
- Tempo que demora a iniciar a deglutição após solicitação
- Padrão respiratório (incluindo SpO2)
- Capacidade de fazer apneia voluntária
- Eficácia da tosse
- Observar se existe movimento faríngeo quando deglute a saliva
- Observar se consegue deglutir a saliva/secreções.



Avaliação da função de deglutição

Avaliação pares cranianos (V, VII, IX, X, XI, XII)

- Músculos da mastigação/sensibilidade da face
- Simetria facial (lábios e músculos bucinadores)
- Sensibilidade e motricidade da úvula e palato mole
- Tom de voz/Paladar
- Movimentos da cabeça
- Movimentos da língua



Reflexos

- Deglutição
- Tosse
- Velopalatino
- Faríngeo



Avaliação complementar

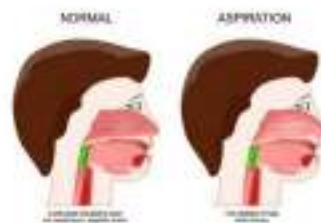
- Auscultação cervical
- Oximetria de pulso

<https://www.youtube.com/shorts/0X5Cmgk16A0>

Principais consequências da disfagia

- Desnutrição;
- Desidratação;
- Aspiração;
- Pneumonia.

A sensibilidade das estruturas envolvidas na deglutição também pode estar alterada (as vias aferentes e eferentes da tosse reflexa e do reflexo de deglutição são partilhadas) – aspiração de conteúdo de forma silenciosa



Sinais e sintomas de disfagia

- Tosse;
- Regurgitação nasal;
- Dispneia, sensação de engasgamento;
- Mudança nos sons respiratórios (respiração ruidosa, gorgolejo, pieira);
- Rubor facial;
- Lacrimejo;
- Sensação de bolo ou de nó na garganta;
- Tentativas de "limpar a garganta" após deglutir;
- Alteração da qualidade da voz (p.e. voz "molhada", "nasalada");
- Aumento quantidade de secreções;
- Resíduos alimentares na boca após a deglutição.



É fundamental considerar que alguns destes sinais podem surgir até um minuto após a deglutição



Avaliação da função de deglutição: Teste de GUSS (Gugging Swallowing Test)

- Deve ser realizado em ambiente calmo, privado;
- Ter disponível equipamento de aspiração de secreções e oxímetro;
- Divide-se em 2 secções:
- Secção 1 (avaliação preliminar – teste de deglutição indirecto)
- Secção 2 (teste de deglutição directo).



Gugging Swallowing Test – GUSS

Identificação do doente: _____
 Data da avaliação: _____ Hora: _____

Secção 1 – Avaliação preliminar – Teste de deglutição indirecto

	Sim	Não
Vigilância – a pessoa deve estar alerta durante todo o teste (15 minutos)	1	0
Tosse e/ou pigritismo – tosse voluntária, a pessoa deve conseguir tossir ou pigritar 2 vezes	1	0
Deglutição da saliva – deglutição com sucesso	1	0
Salivoreia – presença excessiva de saliva	0	1
Alterações da voz – rouquidão, gargalheja, voz fraca ou mudada	0	1
TOTAL		
1 – 4 = investigação posterior 5 = Continuar para a secção 2		

Seção 2 – Teste de deglutição direta

(Material: água destilada, colher de chá, espremedor, xile)

Seguir a ordem	1 ou 2 ou 3 ou	1 ou 2 ou 3 ou	1 ou 2 ou 3 ou
	Sem sólido	Sólido	Sólido
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	0	0	0
• Deglutição demorada (≥ 2 seg.) (Sólido = 10 seg.)	1	1	1
• Deglutição com sucesso	2	2	2
TOXIC			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
SAUDEMIA			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
AUTORAÇÃO DE VÍZ			
Sequester a vez antes e após a deglutição – a primeira deve dizer “0”			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
Total	(I)	(II)	(III)
	1-4 = Investigação e posterior 5 = Continuar para líquido	1-4 = Investigação e posterior 5 = Continuar para sólido	1-4 = Investigação e posterior 5 = Normal
TOTAL (Seção 1 + Seção 2) =	(20)		

*Administrar promemida de uma colher de chá rasa de água destilada com espremedor (consistência de gelatina).

10, 15, 20, 30ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 30ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.

capítulo 100

DISCIPLINA para análise otorinolaringológica

RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Sem disfagia / disfagia leve Risco mínimo de aspiração	• Dieta normal; • Líquidos normais (primeira refeição com supervisão do enfermeiro);
15 – 10	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso Risco de aspiração	• Dieta pastosa; • Líquidos muito densos (em gel de cada vez); • Avaliação especializada;
10 – 5	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso Risco de aspiração	• Dieta semi-líquida; • Líquidos espessados; • Comprimidos esmagados e misturados com líquido espessado; • Não administrar medicação líquida; • Avaliação especializada; Suplementação por via nasogástrica ou parentérica;
0 – 5	Investigação preliminar sem sucesso ou semi- sólido sem sucesso Alto risco de aspiração	• NPO (nil per os) – proibida alimentação por via oral; • Avaliação especializada; Suplementação por via nasogástrica ou parentérica;

<https://www.youtube.com/watch?v=luck9Rs4hes>

Mediante o resultado do teste de GUSS, deve-se recorrer à utilização de **espessante**:



Nectar

- 1 colher para 100ml
- Líquido espessado
- Beber de copo/caneca



Mel

- 2 colheres para 100ml
- Pastoso/fino
- Beber de copo/caneca



Pudim

- 3 colheres para 100ml
- Pastoso/grosso
- Tomar com colher

Protelar a administração de alimentos via oral se a pessoa apresentar:



- Pessoa pouco reativa
- Ausência de reflexo de deglutição nem de tosse
- Parésia ou assimetria franca na elevação do palato mole
- Desvio acentuado da úvula com diminuição ou ausência de reflexo de vômito
- Tosse (ou outro sinal de aspiração) quando deglute
- Atraso no reflexo de deglutição
- Alteração no tom de voz



Intervenções de enfermagem na disfagia

- Promover ambiente de alimentação isento de distrações;
- Flexão da região cervical, evitando a sua extensão (por exemplo ao beber líquidos num copo cheio);
- Sentar a pessoa corretamente;
- Evitar uso de palhinhas;
- Pequenas quantidades de alimento de cada vez;
- Alimentar lentamente;
- Verificar se permanecem vestígios alimentares na cavidade oral durante a refeição;
- Promover uma correta higiene oral;
- Assegurar que a pessoa compreende as várias etapas do procedimento;
- Na avaliação inicial não utilizar leite nem derivados (se aspirados produzem secreções viscosas).



Vídeos

<https://www.youtube.com/watch?v=sXhkHoRevKM>

<https://www.youtube.com/watch?v=oHogITRp8IE>

Folha de Pagamento - 05/2022

EMPRESA DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA

Resumo:

Descrição	Valor
Salário Bruto	R\$ 1.100,00
Descontos (INSS, IR, etc.)	R\$ 300,00
Salário Líquido	R\$ 800,00

Detalhamento:

Nome	Salário Bruto	Descontos	Salário Líquido
JOÃO DA SILVA	R\$ 200,00	R\$ 50,00	R\$ 150,00
MARIA OLIVEIRA	R\$ 300,00	R\$ 75,00	R\$ 225,00
PEDRO ALVES	R\$ 400,00	R\$ 100,00	R\$ 300,00
ANA CAROLINA	R\$ 200,00	R\$ 50,00	R\$ 150,00
Total	R\$ 1.100,00	R\$ 300,00	R\$ 800,00

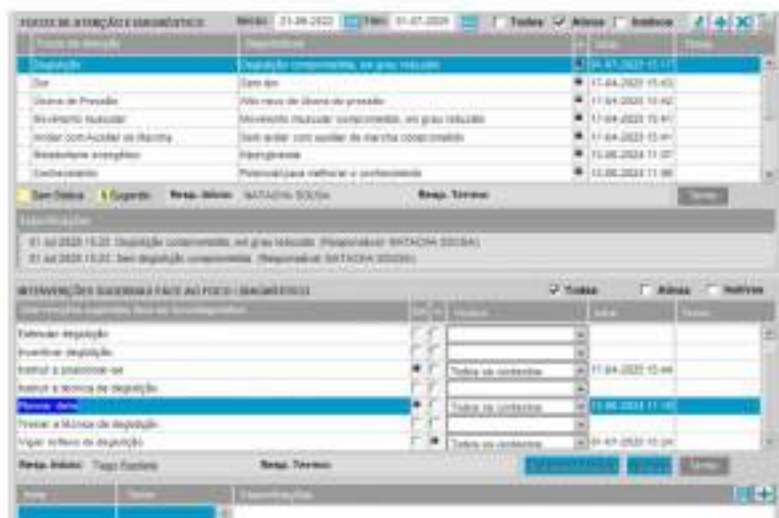
Assinaturas:

Diretor Administrativo

Diretor Financeiro

[illegible]

Registos



Registo de Intervenção e Observações:

Intervenção	Observação	Data	Tempo
Diagnóstico	Diagnóstico complementar, em grau reduzido	11-04-2022	11:41
Dieta	Dieta	11-04-2022	11:42
Uso de Prótese	Uso novo de dieta de pressão	11-04-2022	11:42
Exame de Nutrição	Movimento alimentar complementar, em grau reduzido	11-04-2022	11:41
Monitorização da Saúde	Monitorizar com suporte de dieta complementar	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Intervenção	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Monitorizar a nutrição e a performance	11-04-2022	11:41

Intervenções realizadas:

Intervenção	Observação	Data	Tempo
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41
Exame de Nutrição	Exame de Nutrição	11-04-2022	11:41

Considerações finais

- O autocuidado alimentar é essencial para a manutenção da saúde e qualidade de vida. Perante alterações da deglutição, aumenta o risco de complicações como desnutrição, desidratação e aspiração, exigindo intervenção especializada e atempada.
- O Enfermeiro intervém na prevenção, educação e gestão das dificuldades alimentares, promovendo práticas seguras e adequadas às necessidades da pessoa.
- No âmbito das suas competências específicas, o EEER evidencia uma intervenção diferenciada na avaliação sistemática da deglutição, na implementação de estratégias que promovam uma deglutição segura e eficaz e na adequação de consistências e técnicas facilitadoras. Compete-lhe ainda a elaboração de planos de cuidados individualizados, orientados para o desenvolvimento de capacidades adaptativas, promovendo o autocontrolo, a autonomia e o autocuidado nos processos de transição saúde-doença e/ou situação de incapacidade.



Referências Bibliográficas

- Braga, R. (2023). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-188). Saboia Editora.
- Pereira de Sá, N. M., Marques de Oliveira, F., Gonçalves Sacramento, C. L., dos Santos Oliveira, M. I., & Tavares Almeida, F. L. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e265. <https://doi.org/10.33194/rper2023.265>
- Pérez-Cruz, E., González-Mañoz, A., Barrientos-Jiménez, M., Camacho-Guerra, C., Tapia-Gómez, Y., Torres-González, K., & Uribe-Quiroz, G. (2018). Evaluación de la disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas y su relación con riesgo de desnutrición. 34(3):359-365. DOI: <https://doi.org/10.24245/nim.v34i3.1815>;
- Oliveira, I., Ferreira, P. & Couto, G. (2023). Desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua no cuidado à pessoa com deglutição comprometida para promover a implementação de evidências. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2, Supl. 1), e22010. <https://doi.org/10.12797/RVR22010>;

T.P.C DA ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

ATENÇÃO

SEMPRE QUE VIR ESTE SINAL DESCANSE 2 MINUTOS

DESCANSE SEMPRE ENTRE EXERCÍCIOS

NÃO TENHA PRESSA. REALIZE OS EXERCÍCIOS DE FORMA CONTROLADA E SEGURA

1 Inspirar pelo nariz e expirar pela boca

1. **Inspire** lentamente pelo **nariz**, como se tivesse a cheirar uma flor.

2. **Expire** pela **boca**, como se soprasse uma vela.

10 repetições

2 Respiração abdominal

Coloque a sua **mão na barriga** para sentir os movimentos.

1. **Inspiração**
Inspira pelo **nariz** e deixar a barriga crescer.

1. **Expiração**
Expirar pela **boca** e deixar a barriga encolher devagar.

10 repetições

3 Adução e Abdução dos Braços

- **Inspire** ao abrir o braço para o lado.
- **Expire** ao juntar o braço novamente ao corpo.

Um braço de cada vez

10 repetições

4 Flexão do Joelho

- **Dobre um joelho**, levando-o em direção à barriga, e volte a estender a perna;

Uma perna de cada vez

10 repetições

5 Rotação dos tornozelos

- **Sentado**, levante ligeiramente o pé do chão e faça movimentos circulares com o tornozelo;

Repita com o outro pé

10 repetições

6 Apoios e Agachamentos Leves

De pé, **segure-se no encosto de uma cadeira**

1. **Coloque-se em ponta de pés** e volte a pousar os calcanhares.

5 repetições

2. **faça ligeiros agachamentos**, dobrando um pouco as joelhos e voltando a endireitar.

5 repetições

5 repetições

Realizada: Pela equipa de Reabilitação do serviço de cirurgia cardiotorácica com a colaboração das estudantes Margarida Gomes (ESSATL) e Mariana Batista (ESEL)

Referências Bibliográficas

BRUNO, F.; MORAIS, C.; APARECIDO, D. & ALMEIDA, A. (2009). *Tratado de cardiologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

COELHO, M.; SOARES, A.; ALMEIDA, F.; COELHO, C.; ALMEIDA, M. R. & SOARES, F. (2008). *Tratado de cardiologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

COELHO, M.; SOARES, A.; ALMEIDA, F.; COELHO, C.; ALMEIDA, M. R. & SOARES, F. (2008). *Tratado de cardiologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

COELHO, M.; SOARES, A.; ALMEIDA, F.; COELHO, C.; ALMEIDA, M. R. & SOARES, F. (2008). *Tratado de cardiologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Apêndice V - Short communication “Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings”

Nursing Depths Series. 2025; 4:405
doi: 10.56294/nds2025405



SHORT COMMUNICATION

Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings

Intervenciones de enfermería de rehabilitación que facilitan la continuidad de los cuidados entre el hospital y la comunidad

Ana Margarida Gomes^{1,2}, Lúcia Marques^{1,2}, Susana Barreiros^{1,4}, Sofia Ribeiro^{1,2}, Nelson Guerra^{1,5}, Luis Sousa^{1,5,6}, Sandy Severino^{1,7}

¹ Higher School of Atlantic Health, Atlantic University, Nursing Department, Barcarena, Portugal.

² Santa Maria Local Health Unit, Santa Maria Hospital, Lisboa, Portugal.

³ Armed Forces Hospital, Lisboa, Portugal.

⁴ Amadora-Sintra Local Health Unit, Continuous Community Care Unit - Sintra Salussem, Sintra, Portugal.

⁵ HSE - Health Research Network, Porto, Portugal.

⁶ Comprehensive Health Research Centre, University of Evora, Évora, Portugal.

⁷ Nursing Research Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), Nursing School of Lisbon (ESEL), Lisbon, Portugal.

Cite as: Gomes AM, Marques L, Barreiros S, Ribeiro S, Guerra N, Sousa L, et al. Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings. Nursing Depths Series. 2025; 4:405. <https://doi.org/10.56294/nds2025405>

Submitted: 10-01-2025

Revised: 02-04-2025

Accepted: 12-07-2025

Published: 13-07-2025

Editor: Dra. Mileydis Cruz Quevedo

Corresponding author: Ana Margarida Gomes

ABSTRACT

The transition from hospital to community care should begin during hospitalization and requires structured and collaborative planning. In this context, the Rehabilitation Nurse Specialist plays a key role in outlining a transdisciplinary plan that ensures continuity and effectiveness of care, promoting the client's autonomy and responding to their needs and those of the caregiver. This critical-reflective study analyzed relevant studies on the subject, with the aim of identifying interventions that can be implemented by the Rehabilitation Nurse Specialist to ensure a safe transition between different care settings. The results show that formal coordination between professionals, through the use of structured and confirmed communication tools, is essential for the effective transfer of clinical information. The early assessment of the client's social needs, as well as the implementation of educational strategies aimed at the client and the caregiver, are decisive for their safe reintegration into the community, contributing to the reduction of complications and hospital readmissions. In conclusion, Rehabilitation Nurse Specialists face challenges in maintaining continuity of care at the time of transition, and it is crucial to optimize communication between contexts in order to ensure the quality of the rehabilitation care provided.

Keywords: Continuity of Patient Care; Transitional Care; Rehabilitation Nursing; Interdisciplinary Communication

RESUMEN

La transición de la atención del hospital al contexto comunitario debe comenzar durante la hospitalización, lo que requiere una planificación estructurada y colaborativa. En este contexto, la Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación desempeña un papel fundamental en la definición de un plan transdisciplinario que garantice la continuidad y la eficacia de la atención, promoviendo la autonomía del paciente y respondiendo a sus necesidades y a las del cuidador. Este trabajo, de carácter crítico-reflexivo, analizó estudios relevantes sobre el tema, con el objetivo de identificar intervenciones que la Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación puede implementar para garantizar una transición segura entre los diferentes contextos.

© 2025; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.

04

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ADULTO COM FIBROSE QUÍSTICA

Ana Margarida Cansado Gomes

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

Dora Cristiana Loureiro Margato

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

Susana de Fátima Guiomar Barreiros

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

Helena Maria Guerreiro José

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

RISE - Health Research Network, Porto University, Porto, Portugal.

UICISA-E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Nelson Emídio Henrique Guerra

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

RISE - Health Research Network, Porto University, Porto, Portugal

Centro Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Sandy Silva Pedro Severino

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

Nursing Research Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), Nursing School of Lisbon (ESEL), Lisboa, Portugal.

PHD student at Universidade de Lisboa, Nursing School of Lisbon, Lisboa, Portugal.

Luís Manuel Mota de Sousa

Escola Superior de Saúde Atlântica, Oeiras, Portugal

RISE - Health Research Network, Porto University, Porto, Portugal

Comprehensive Health Research Centre, University of Evora, Évora, Portugal

doi 10.37885/250419162

ANEXOS

Anexo I – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, consentimento informado e parecer da Comissão de Ética

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

de acordo com a Declaração de Helsinque¹ e a Convenção de Oviedo²

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior De Saúde Atlântica

Pedido para realização de Relato de Caso Clínico em contexto de estágio.

A estudante Ana Margarida Causado Gomes da Escola Superior De Saúde Atlântica solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do Estágio Profissionalizante enquadrado no 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior De Saúde Atlântica, que decorre no serviço de Cirurgia Cardiorrédica do Hospital [REDACTED], sob orientação da Professora Sandy Severino e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Am Raquel Romão.

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada no serviço de cirurgia Cardiorrédica; Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: A Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel central no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardiorrédica. A intervenção inicia-se no período pré-operatório, através da implementação de estratégias educativas orientadas para a prevenção de complicações. No período pós-operatório, a intervenção centra-se na redução das complicações associadas à cirurgia, designadamente de natureza respiratória e motora, recorrendo à mobilização precoce, à reeducação funcional respiratória e motora, bem como à promoção da autonomia e da independência da pessoa, de forma a capacitá-la para o regresso ao domicílio. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém igualmente no apoio emocional e no processo educativo dirigido à pessoa e à família, particularmente no que concerne ao autocuidado e às medidas de segurança, potenciando uma recuperação funcional mais rápida, eficaz e promotora de uma melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.

Metodologia: Trata-se de um relato de caso clínico, desenvolvido de acordo com as normas da Equator Network e segundo a checklist CARE. O participante foi selecionado de forma intencional e corresponde a uma pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada no serviço de Cirurgia Cardiorrédica.

O estudo integra três etapas principais. A primeira corresponde à avaliação inicial, realizada através de entrevista estruturada (em anexo) e pela aplicação das escalas e instrumentos previamente definidos. A segunda etapa constitui o processo de intervenção, que incluiu o registo sistemático das intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação, a monitorização contínua da evolução clínica e funcional, bem como ações de capacitação dirigidas à pessoa e à família. A terceira etapa refere-se à recolha de dados, efetuada de forma descritiva entre 9 de setembro e 20 de dezembro de 2025, abrangendo todo o processo de cuidados.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, em consonância com os *outcomes* previamente estabelecidos.

Explicação do estudo:

Objetivo Geral: descrever o processo de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada no serviço de Cirurgia Cardiorrédica.

Objetivos Específicos: Identificar as necessidades da pessoa no período pós-operatório e respetivas alterações nos processos corporais; Avaliar a evolução funcional, respiratória e motora durante o internamento; Implementar e descrever intervenções de Enfermagem de Reabilitação direcionadas à promoção da autonomia, independência e prevenção de complicações; Avaliar os resultados das intervenções ao longo do período de recuperação; Capacitar a pessoa/família para o regresso seguro ao domicílio.

Resultados Esperados: Redução da dor; Melhoria da força muscular periférica; Melhoria da capacidade funcional respiratória, incluindo redução da dispneia e aumento da expansão torácica; Melhoria do equilíbrio e mobilidade global; Redução do risco de queda; Aumento da independência nas atividades de vida diária; Melhoria da tolerância ao esforço.

Outcomes de capacitação: Aumento do conhecimento da pessoa/família sobre autocuidados, exercícios e medidas de segurança; Maior autonomia e confiança no processo de recuperação após a alta.

Instrumentos de Avaliação: serão utilizados instrumentos fiáveis e válidos para a população portuguesa, adequados à monitorização da evolução clínica e funcional: Escala Numérica da Dor (NRS) – avaliação da dor; Escala de Borg Modificada – perceção de dispneia e esforço; Medical Research Council Muscle Scale – avaliação de força muscular; Escala de Equilíbrio de Berg – avaliação do equilíbrio; Índice de Barthel – independência nas atividades de vida diária; Medida de Independência Funcional (MIF) – autonomia funcional; Escala de Morse – risco de queda; Escala de Lawton & Brody – avaliação das atividades instrumentais de vida diária; Timed Up and Go Test (TUG) – mobilidade e risco de queda; Questionário de avaliação do grau de dispneia – avaliação da capacidade respiratória.

Condições e financiamento: A 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 destruídos de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais (até 30 dias após avaliação final do Relato de Caso Clínico).

Grata, desde já, pelo pela vossa disponibilidade,

A estudante Ana Margarida Cansado Gomes, n.º 202490020; 965573471; 202490020@uaqam.pt

Ana Margarida Cansado Gomes

¹ <https://www.uaqam.pt/uaqam/wp-content/uploads/sites/32/2019/02/Declara%C3%A7%C3%A3o.pdf>

² <https://uaqam.pt/uaqam/wp-content/uploads/sites/32/2019/02/Declara%C3%A7%C3%A3o.pdf>

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**

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

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

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Cirurgia Cardiorrácica: Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: A Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel central no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardiorrácica. A intervenção inicia-se no período pré-operatório, através da implementação de estratégias educativas orientadas para a prevenção de complicações. No período pós-operatório, a intervenção centra-se na redução das complicações associadas à cirurgia, designadamente de natureza respiratória e motora, recorrendo à mobilização precoce, à reeducação funcional respiratória e motora, bem como à promoção da autonomia e da independência da pessoa, de forma a capacitá-la para o regresso ao domicílio. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém igualmente no apoio emocional e no processo educativo dirigido à pessoa e à família, particularmente no que concerne ao autocuidado e às medidas de segurança, potenciando uma recuperação funcional mais rápida, eficaz e promotora de uma melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.

Explicação do estudo: O presente Relato de Caso Clínico tem como finalidade promover o desenvolvimento de competências no âmbito do diagnóstico, da intervenção e da avaliação em Enfermagem de Reabilitação. A recolha de dados será realizada entre 9 de setembro e 20 de dezembro de 2025, de forma descritiva ao longo do processo de cuidados, com o objetivo de identificar necessidades, alterações nos processos corporais e de transição suscetíveis de intervenção pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para tal, serão aplicados instrumentos de avaliação validados em Portugal (em anexo), garantindo uma abordagem sistemática e cientificamente sustentada. A participação não acarreta riscos para a pessoa, sendo salvaguardado o respeito pelos seus direitos assistenciais, independentemente da sua decisão em colaborar.

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 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 destruídos de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais (até 30 dias após avaliação final do Relato de Caso Clínico).

Obrigada, desde já, pela sua disponibilidade.

A estudante Ana Margarida Cansado Gomes, nº 202490020; 965573471; 202490020@ua.pt

Assinatura:

Ana Margarida Cansado Gomes

Declaro ter compreendido as objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar a que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

¹ <https://www.atis-cie-saude.pt/no-content/uploads/files/15281900/declaraconleisua.pdf>

² <https://www.atis-cie-saude.pt/no-content/uploads/files/15281900/declaraconleisua.pdf>

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

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

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE103_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação: "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Cirurgia Cardiotorácica: 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 14:38:06+00'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

Anexo II – Certificado de Formação profissional: “A Segurança do Utente e Profissionais na Prestação de Cuidados de Saúde”



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica que Ana Margarida Cansado Gomes, natural de Beja, nascido(a) a 05/07/1995, com o documento de identificação n.º 14296907, válido até 24/01/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional

“A Segurança do Utente e Profissionais na Prestação de Cuidados de Saúde”

Data de realização: 10 de Outubro de 2025

Duração: 6 horas

Lisboa, 22 de Outubro de 2025

A Coordenadora da Unidade de Formação

(Sónia Cardoso)

Assinado por: Sónia Isabel de Oliveira Cardoso
Num. de identificação: 10569124
Data: 2025.12.11 17:48:31+02'00'

Certificado nº 679/2025 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho)
Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação nº 028/08-11-2000. Despacho da 04-12-2000 do Ministério da Saúde

ULSLO – Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada da Torre do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa
Tel.: 21 043 10 00 |

Anexo III - 1ª Jornadas da ULS Lisboa Ocidental: “A Transição de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”





A responsabilidade da Enfermagem de Reabilitação no processo de transição da

Ana Margarida Cansado Gomes

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA