

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A responsabilidade da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca em cuidados intensivos

Sofia Ribeiro
2026

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A responsabilidade da Enfermagem de Reabilitação na pessoa
submetida a cirurgia cardíaca em cuidados intensivos**

Realizado por:

Sofia Ribeiro

Orientação:

Professora Sandy Severino

Barcarena

março 2026

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

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luís Sousa, coordenador do curso de Mestrado, pela sua visão inspiradora da Enfermagem de Reabilitação, pelo rigor que o caracteriza e pelo inestimável contributo ao longo deste ciclo de estudos.

À Professora Sandy Severino, pelos momentos de reflexão, constante disponibilidade e orientação. A sua tutoria foi determinante ao longo deste percurso académico, não apenas pela mestria demonstrada em cada etapa, mas também pela forma como soube transmitir-me confiança e motivar-me a potenciar as minhas capacidades. Destaco, ainda, o seu cuidado, a sua empatia e a sua presença encorajadora, que fizeram toda a diferença nos momentos mais exigentes, contribuindo de forma decisiva para o meu crescimento académico e pessoal.

Expresso, igualmente, o meu sincero agradecimento a todo o corpo docente do curso de Mestrado pela dedicação, profissionalismo e inspiração, fundamentais para o meu crescimento académico e para a concretização deste percurso formativo.

À enfermeira Joana Garcia, por me mostrar, na prática, o que significa ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelo ensino pautado pela dedicação e paixão, e por me inspirar numa área que tanto estimo.

Aos meus colegas do 3.º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, pelo companheirismo, pela entejuda e pelo espírito de equipa que tornaram este percurso mais leve e enriquecedor. Pelas partilhas, pelos desafios superados em conjunto e pelo apoio constante, que fizeram de cada etapa um momento de crescimento e superação.

Aos meus pais, por todo o apoio, orgulho e amor incondicional — não apenas ao longo deste percurso, mas durante toda a minha vida. Por terem acreditado sempre em mim, mesmo quando eu própria duvidei, e por celebrarem cada conquista com um orgulho que me fortalece. A vossa presença, o incentivo incansável e a confiança inabalável foram essenciais para que tudo isto se tornasse possível.

Ao meu irmão, pela sua presença e disponibilidade constantes. Deixaste uma marca essencial neste percurso. A tua forma simples, genuína e sempre disponível de me ouvir e compreender ajudou-me mais do que imaginas.

À minha avó Irene, aos meus tios Célia e Gonçalo e às minhas primas Mariana e Madalena, por serem uma peça fundamental na minha vida. Pelos momentos de convívio, partilha e descontração que tornam tudo mais leve, pelo carinho constante e pela alegria que caracterizam esta família maravilhosa. O meu percurso não teria sido o mesmo sem o vosso apoio, presença e a serenidade que sempre me transmitiram.

Aos meus amigos, que nunca desistiram de mim, apesar das ausências e da menor disponibilidade, pelo carinho, apoio e preocupação constantes.

E ao meu amor, por caminhares ao meu lado em cada etapa deste percurso tão exigente, nunca me deixando vacilar, mesmo nos momentos em que o cansaço e a dúvida se faziam sentir. Pelo teu apoio incondicional e pela tua incrível capacidade de transformar dias difíceis em dias mais leves, de simplificar o que parecia impossível e de me devolver a calma quando tudo parecia demasiado. Pela compreensão infinita nos momentos mais desafiantes, pela paciência e por toda a ajuda constante, silenciosa e indispensável. Contigo, este percurso foi mais do que uma meta alcançada — foi uma caminhada partilhada e impregnada de crescimento e superação.

A todos, o meu mais profundo e sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: A doença cardiovascular constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal, sendo a cirurgia cardíaca frequentemente necessária no seu tratamento. O período pós-operatório imediato, sobretudo em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, caracteriza-se por elevada complexidade clínica e risco acrescido de complicações associadas à imobilidade. Neste cenário, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é determinante na promoção da recuperação funcional e na prevenção de complicações respiratórias e motoras.

Objetivos: Este relatório tem como objetivo geral descrever e analisar, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas em enfermagem de reabilitação e das competências de mestre. Como objetivo específico, pretende-se descrever a intervenção especializada na pessoa submetida a cirurgia cardíaca internada em cuidados intensivos, com enfoque na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade.

Metodologia: Recorreu-se à pesquisa bibliográfica para fundamentar a temática em estudo, centrada na capacitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e nos contributos da enfermagem de reabilitação para um processo de transição seguro ao longo do percurso perioperatório. Complementarmente, foi utilizada uma metodologia de análise crítico-reflexiva para sustentar a aquisição e o desenvolvimento de competências.

Resultados: Evidenciou-se a aquisição e consolidação de competências ao longo do estágio profissionalizante, através da mobilização integrada de conhecimentos teóricos e práticos. A implementação de programas estruturados de enfermagem de reabilitação em cuidados intensivos demonstrou ganhos ao nível da funcionalidade respiratória e motora, da autonomia e da capacitação da pessoa, contribuindo para a redução de complicações, para uma recuperação mais célere e para a continuidade de cuidados após a alta.

Conclusão: A análise crítico-reflexiva permitiu evidenciar um processo contínuo e progressivo de aprendizagem, reforçando o papel diferenciador do enfermeiro especialista na promoção de ganhos em saúde e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Cirurgia cardíaca, Cuidados intensivos, Mobilização precoce

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular disease is one of the leading causes of morbidity and mortality in Portugal, with cardiac surgery often required for its treatment. The immediate postoperative period, particularly in the context of an Intensive Care Unit, is characterized by high clinical complexity and an increased risk of complications associated with immobility. In this setting, the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is crucial in promoting functional recovery and preventing respiratory and motor complications.

Objectives: This report aims to describe and to analyze, in a critical and reflective manner, the development of the common competencies of the specialist nurse, the specific competencies in rehabilitation nursing, and the master's-level competencies. As a specific objective, it aims to describe the specialized intervention for the person undergoing cardiac surgery and admitted to an intensive care unit, with a focus on the prevention of complications resulting from immobility.

Methodology: A bibliographic review was conducted to support the study topic, focusing on the empowerment of individuals undergoing cardiac surgery and the contributions of rehabilitation nursing to a safe transition process throughout the perioperative period. Additionally, a critical-reflective analysis methodology was used to support the acquisition and development of competencies.

Results: The acquisition and consolidation of competencies were evidenced throughout the professional internship, through the integrated application of theoretical and practical knowledge. The implementation of structured rehabilitation nursing programs in intensive care demonstrated improvements in respiratory and motor functionality, autonomy, and patient empowerment, contributing to a reduction in complications, a faster recovery, and continuity of care after hospital discharge.

Conclusion: The critical-reflective analysis highlighted a continuous and progressive learning process, reinforcing the distinctive role of the specialist nurse in promoting health gains and improving the quality of care provided.

Keywords: Nursing, Rehabilitation, Cardiac surgery, Intensive care, Early mobilization

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO	5
2.1. Estágio em contexto comunitário – Unidade de Cuidados na Comunidade.....	5
2.2. Estágio profissionalizante - Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica	7
2.3. Estágio profissionalizante - Internamento de Medicina Física e Reabilitação	9
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
3.1. Doença cardiovascular	13
3.2. Cirurgia de revascularização cardíaca	15
3.3. Pré-habilitação	15
3.4. Reabilitação pós-operatória e prevenção de complicações na unidade de cuidados intensivos.....	18
3.5. Referencial Teórico	23
3.5.1. Modelo <i>Fundamentals of Care</i>	24
3.5.2. Cuidados centrados na pessoa	25
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	29
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	29
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ...	37
4.3. Competências de Mestre	43
5. ANÁLISE SWOT.....	46
6. Considerações finais	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
Apêndices	i
Apêndice I – A pessoa submetida a artroplastia da anca – Relato de Caso Clínico	iii
Apêndice II – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos: Relato de Caso Clínico	xli
Apêndice III – Panfleto “Prótese da anca – Tive alta, e agora?”	xcii
Apêndice IV – Sessão formativa “Pneumonia associada à intubação”	xciii
Apêndice V – Guião de entrevista – Relato de Caso Clínico (CARE Framework).....	c
Apêndice VI – Capítulo “Intervenções de Enfermagem no Adulto com Fibrose Quística”	ciii
Apêndice VII – Short communication “Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings”	cv
Anexos	cvii
Anexo I – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, consentimento informado e parecer da Comissão de Ética.....	cix

Anexo II – Certificado de participação “1ªs Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da
Unidade Local de Saúde Santa Maria” CXV

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Resultados do Foco de Enfermagem de Reabilitação: Movimento muscular.....	22
--	----

Lista de Abreviaturas

AVD's – Atividades de vida diárias

CCT – Cirurgia Cardiotorácica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG – Eletrocardiograma

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERAS - *Enhanced Recovery After Surgery*

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

FC – Frequência cardíaca

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

FITT-VP – Frequência, intensidade, tempo, tipo, volume, progressão

FR – Frequência respiratória

GOBP – Guia Orientador de Boa Prática

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MRC – *Medical Research Council*

NSTEMI - *Non-ST Elevation Myocardial Infarction*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia associada à intubação

PaO₂ – Pressão parcial de oxigénio arterial

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

RC – Reabilitação cardíaca

RCC – Relato de Caso Clínico

RFR – Reeducação funcional respiratória

RNAO – *Registered Nurses' Association of Ontario*

RR – Reabilitação respiratória

SCA – Síndrome coronário agudo

SpO₂ – Saturação periférica de oxigênio

STEMI - *ST-Elevation Myocardial Infarction*

SWOT – *Strength Weakness Opportunities Threats*

TA – Tensão arterial

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMI – Ventilação mecânica invasiva

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio Profissionalizante”, integrada no plano curricular do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem (MER), na área de especialização em Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). Este documento tem enquanto objetivo geral: descrever e analisar, de forma reflexiva, o processo de desenvolvimento e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e das competências de mestre. Para o efeito, é realizada uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo do estágio em contexto comunitário e estágio profissionalizante. O presente percurso visa a obtenção do grau de Mestre e do título de EEER.

Defino ainda enquanto objetivo específico: descrever a intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia cardíaca internada numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), com foco na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista é um profissional detentor de conhecimentos avançados num domínio específico da enfermagem, orientado para a compreensão das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este nível de especialização traduz-se na capacidade de exercer um julgamento clínico altamente qualificado e de tomar decisões fundamentadas, sustentadas por um conjunto de competências especializadas próprias do respetivo campo de intervenção. As competências atribuídas ao enfermeiro especialista decorrem, assim, do aprofundamento dos domínios de competência já definidos para o enfermeiro de cuidados gerais, mantendo com estes uma relação de continuidade e desenvolvimento.

Independentemente da área de especialidade, os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns. Estas competências são transversais e aplicáveis aos diferentes níveis de prestação de cuidados — primários, secundários e terciários — e a diversos contextos clínicos. A prática do enfermeiro especialista integra, para além da intervenção direta na prestação de cuidados, dimensões essenciais como a educação das pessoas e de pares, a orientação e o aconselhamento clínico, bem como o exercício de liderança. Adicionalmente, inclui a responsabilidade de interpretar, produzir, disseminar e aplicar investigação pertinente, contribuindo para a evolução e melhoria contínua da prática de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Por outro lado, de acordo com o Regulamento 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), a intervenção do EEER tem enquanto objetivo identificar precocemente alterações de saúde e

implementar medidas preventivas, garantindo a preservação das capacidades funcionais das pessoas. Procura também evitar complicações e reduzir o risco de incapacidades, enquanto realiza intervenções terapêuticas destinadas a otimizar as funções remanescentes, promover ou recuperar a autonomia nas atividades de vida diária (AVD's) e diminuir o impacto das limitações resultantes de doenças ou acidentes — seja em áreas neurológicas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas ou outras. Desta forma, os objetivos de aprendizagem delineados passam sempre pela avaliação, planeamento e implementação de intervenções que visam a promoção da manutenção das capacidades funcionais da pessoa, família ou grupo nos vários contextos em que se enquadra.

O estágio profissionalizante desenvolveu-se numa UCI de Cirurgia Cardiorácica (CCT) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da área da grande Lisboa, sendo neste local que ocorrem as primeiras horas de vigilância e monitorização após a cirurgia cardíaca.

De acordo com informação fornecida em reunião com a enfermeira gestora da UCI de CCT e no período de integração a este contexto, percebi que a tipologia de patologias mais prevalente neste contexto integra um conjunto de condições cardíacas que requerem intervenção cirúrgica, incluindo doença valvular, doença coronária, cardiopatias congénitas, arritmias e situações que implicam transplantação cardíaca. Ressalvo que, apesar de me referir a um contexto de cirurgia cardiorácica, apenas é realizada cirurgia cardíaca nesta instituição, pelo que ao longo do presente relatório não irei mencionar a cirurgia torácica.

Por se tratar de uma UCI, é imperativa a monitorização hemodinâmica contínua das pessoas internadas, bem como o fornecimento de suporte invasivo multiorgânico — ventilatório, cardiocirculatório (incluindo oxigenação por membrana extracorpórea) e substituição renal. Considerando estas características e o facto de se tratar de uma unidade responsável pela vigilância e estabilização de pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos de elevada complexidade, uma proporção significativa das pessoas permanece sob ventilação mecânica invasiva (VMI) no período pós-operatório, encontrando-se frequentemente sob sedoanalgesia e suporte vasopressor.

Neste contexto, a intervenção do EEER assume uma responsabilidade determinante na estabilização clínica na prevenção de complicações associadas à imobilidade.

O presente relatório encontra-se estruturado de acordo com as normas definidas pela ESSATLA, constantes no Guia Orientador do Estágio Profissionalizante, recorrendo à APA (7.^a edição) para a referência. Parte da análise crítica de cada contexto onde tive oportunidade de realizar estágio, com uma descrição sumária dos mesmos, passando pelos recursos, método de trabalho e projetos de melhoria contínua existentes. De seguida procedo ao enquadramento concetual com a definição dos

principais conceitos utilizados na revisão narrativa, bem como as temáticas implementadas ao longo do percurso formativo e que vão de encontro ao objetivo deste trabalho. Neste enquadramento saliente, de forma justificada e integrada nos contextos em que tive oportunidade de desenvolver intervenções de ER, teorias de enfermagem que nortearam a minha conduta e pensamento clínico.

Para a análise do desenvolvimento das competências de EEER e de mestre, adota-se uma abordagem crítica e reflexiva, sustentada na evidência científica, centrada nas atividades desenvolvidas durante a componente clínica e no seu contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto EEER.

A reflexão é suportada pelo pensamento teórico de enfermagem e pela evidência científica disponível, que fundamentam as decisões clínicas e as intervenções implementadas, articulando as aprendizagens com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. É dada especial atenção ao julgamento clínico especializado e à complexidade das intervenções de ER desenvolvidas nos diferentes contextos, bem como à identificação dos principais diagnósticos de enfermagem, intervenções selecionadas e avaliação resultados alcançados face aos objetivos e critérios definidos.

Reflete-se ainda acerca do desenvolvimento das competências comuns, específicas do EEER e de Mestre, ancorando esta análise na investigação científica, com particular enfoque na produção desenvolvida pelos EEER. Evidencia-se, assim, a capacidade de consultar, analisar criticamente e mobilizar a evidência científica na prática clínica, contribuindo para a tomada de decisão fundamentada e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Por fim, o desenvolvimento de competências é apreciado através da análise SWOT, tendo enquanto objetivo a utilização de diferentes perspetivas, considerando fatores internos e externos que influenciam esse processo. Do ponto de vista interno, destacam-se os pontos facilitadores, ou forças, que contribuem positivamente para a aquisição e o aperfeiçoamento de competências. Em contraste, existem também pontos inibidores internos, ou fraquezas, que podem dificultar esse desenvolvimento. No que diz respeito aos fatores externos, identificam-se oportunidades que favorecem o processo de desenvolvimento de competências, permitindo criar possibilidades de aprendizagem. Por outro lado, existem igualmente barreiras externas, ou ameaças, que podem comprometer esse processo.

2. APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1. Estágio em contexto comunitário – Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio profissionalizante foi precedido por um estágio de reabilitação na comunidade, que decorreu entre os meses de maio e julho de 2025 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que integra uma ULS da área da grande Lisboa.

O Decreto-Lei 10143/2009, de 16 de abril define enquanto principal objetivo das (UCC) a prestação de cuidados de saúde “às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (República Portuguesa, 2008)

A UCC na qual tive a oportunidade de realizar o estágio em contexto comunitário, dispõe de uma equipa transdisciplinar composta por 12 enfermeiros — dos quais 2 detêm o título de EEER, 1 enfermeira especialista em saúde comunitária e 1 enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica. Relativamente a outros grupos profissionais, constam ainda na equipa: médico especialista em Medicina Geral e Familiar, técnica de higiene oral, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga.

A UCC desenvolve essencialmente duas áreas de intervenção: a saúde escolar e os cuidados continuados integrados. No domínio da saúde escolar, a sua ação centra-se na intervenção direcionada a crianças e jovens em situação de vulnerabilidade, referenciados pelos parceiros da comunidade, assumindo a responsabilidade pela implementação das atividades previstas no Plano Nacional de Saúde Escolar, nos agrupamentos da sua área de abrangência. No âmbito dos cuidados continuados integrados, a UCC tem como missão a prestação de cuidados a pessoas incluídas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), participando em projetos transversais à ULS e articulando-se com outras unidades funcionais.

A RNCCI, cujo objetivo consiste em assegurar cuidados de saúde e apoio social de forma integrada e continuada a pessoas em situação de dependência, integra diversas tipologias de unidades, como as Unidades de Convalescença, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). Considerando a natureza do presente estágio, o foco incidirá particularmente sobre as ECCI.

As pessoas que reúnem critérios de elegibilidade são referenciadas durante o internamento hospitalar pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) para os Cuidados de Saúde Primários de Sintra, ou seja, para a RNCCI, sendo posteriormente encaminhadas para a UCC. No que respeita às pessoas referenciadas para intervenção de reabilitação, a informação é recebida pelos EEER através do correio eletrónico

institucional, seguindo-se uma visita domiciliária destinada à realização de uma avaliação inicial. Esta avaliação inclui a recolha de antecedentes pessoais de saúde, análise do estado geral, identificação do nível funcional prévio e atual, expectativas e objetivos relativamente ao processo de reabilitação, caracterização do cuidador informal e do seu grau de capacitação, bem como a identificação de potenciais barreiras arquitetónicas e outros fatores relevantes.

Após esta etapa, procede-se ao registo na plataforma SClínico®, com identificação dos focos de intervenção prioritários (por exemplo, força muscular, amplitude articular, equilíbrio, permeabilidade das vias aéreas), e à aplicação de instrumentos de avaliação adequados ao perfil da pessoa, tais como o índice de *Barthel*, Medida de Independência Funcional, escala MRC, escala de Berg, escala Tinetti. Com base na avaliação inicial, os EEER definem o plano de cuidados e agendam as visitas domiciliárias, ajustando a sua frequência ao potencial de recuperação e articulando-as com a gestão global das restantes visitas da equipa (1 a 3 vezes por semana).

Neste contexto, foi igualmente possível desenvolver um Relato de Caso Clínico (RCC) (Apêndice I), o qual permitiu aprofundar a análise do processo de avaliação, planeamento, implementação e reavaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. A elaboração do RCC constituiu uma oportunidade de sistematização da intervenção do EEER, promovendo a integração entre prática clínica e fundamentação teórica, bem como o desenvolvimento de competências ao nível da reflexão crítica e da tomada de decisão baseada na evidência.

Dando enfoque à intervenção do EEER na UCC, esta tem duas principais vertentes complementares: a visita domiciliária e a intervenção na sala de movimento. Tendo já mencionado a visita domiciliária, a sala de movimento destina-se a pessoas que, após intervenção em contexto domiciliário, reúnem condições físicas e funcionais para se deslocarem à UCC. É implementado um plano de exercício físico (adaptado à pessoa alvo de cuidados) com a duração de uma hora, 2 vezes por semana, com o objetivo de manter e otimizar a sua condição de saúde e funcionalidade. Esta tipologia de intervenção não apresenta um limite temporal previamente definido e insere-se no projeto “Reabilitar” desenvolvido pela UCC.

No âmbito do estágio de ER em contexto comunitário, foi possível desenvolver competências específicas do EEER nesta área de intervenção, o que constituiu um contributo significativo para o meu desenvolvimento profissional. A implementação de planos de cuidados de ER em pequenos grupos, constituídos por 2 a 3 pessoas, revelou-se particularmente vantajosa, na medida em que permite promover a interação social, o suporte emocional e a motivação, favorecendo a participação ativa de cada elemento de acordo com as suas capacidades. A dinâmica de grupo potencia ainda a melhoria da autoconfiança, a redução do isolamento social e o desenvolvimento de competências sociais, como a

comunicação e a interajuda. Estas experiências facilitaram a identificação de dificuldades comuns e sustentaram a implementação de estratégias terapêuticas de grupo, reforçando a importância da intervenção especializada do EEER na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida em contexto comunitário.

Pinho et al. (2024) sublinham a importância da intervenção precoce do EEER no contexto dos cuidados de saúde primários, evidenciando o seu contributo para a redução significativa da prevalência e para o adiamento do surgimento de incapacidades associadas a doenças crónicas, em diferentes grupos etários, incluindo crianças, adultos e idosos. Quando desenvolvida em estreita proximidade com as pessoas, esta intervenção favorece a melhoria do desempenho funcional e a manutenção da participação ativa no mercado de trabalho, contribuindo simultaneamente para a diminuição dos custos em saúde e para a preservação da autonomia. Os autores destacam ainda que o EEER ocupa uma posição estratégica na implementação de metodologias que promovam uma mudança cultural no entendimento da reabilitação em contexto comunitário, sustentada pela evidência do impacto das suas intervenções. (Pinho et al., 2024)

2.2. Estágio profissionalizante - Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrespiratória

De acordo com os requisitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a obtenção do título de EEER, o estudante deve cumprir, ao longo de todos os estágios, um número mínimo de horas em cada processo de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, orto traumatológico e reumatológico). Nesse contexto, o estágio profissionalizante foi estruturado em dois períodos distintos, de modo a assegurar o cumprimento das exigências regulamentares e a promover uma formação abrangente e diversificada. O primeiro período, com maior duração, decorreu entre setembro e novembro de 2025, na UCI de CCT. O segundo período realizou-se no serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR), durante as duas primeiras semanas de dezembro de 2025. O presente capítulo dedica-se à descrição do primeiro período do estágio, o qual proporcionou uma experiência em contexto hospitalar caracterizada por uma elevada complexidade clínica.

De acordo com Cruz et al. (2023), a UCI tem como objetivo primordial a preservação da vida, através da prestação de cuidados intensivos e da monitorização contínua de pessoas em estado grave ou crítico. Este contexto integra-se num conjunto estruturado de áreas funcionais que asseguram o percurso da pessoa submetida a cirurgia cardiorrespiratória, em articulação com a Consulta Externa, o laboratório de hemodinâmica, o Bloco Operatório e o serviço de CCT, mantendo uma relação particularmente estreita com estes dois últimos.

A UCI de CCT é constituída por uma equipa multidisciplinar que inclui um total de 57 enfermeiros — entre os quais cinco detentores do título de EEER, embora atualmente não exista um profissional exclusivamente afeto à prática de reabilitação. Existem ainda 2 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica, 4 enfermeiros especialistas em saúde infantil e 44 enfermeiros generalistas. Os enfermeiros organizam-se em 5 equipas, cada uma delas com um enfermeiro responsável. Relativamente a outros grupos profissionais, existem médicos especialistas em medicina intensiva e CCT, técnicos auxiliares de saúde, dietista, terapeuta da fala, fisioterapeuta, técnica administrativa e serviço religioso.

A UCI dispõe de 12 camas, das quais 9 destinadas à pessoa adulta e 3 reservadas ao setor pediátrico. Entre as vagas destinadas a adultos, 2 são especificamente alocadas à unidade de transplantação cardíaca e 3 possuem condições estruturadas para isolamento por contacto.

Nas primeiras 12 a 48 horas após a cirurgia cardíaca, a vigilância e a monitorização rigorosa da pessoa são realizadas na UCI de CCT, sendo um período em que previsivelmente existirá grande labilidade hemodinâmica. Contudo, tal condição não deve atrasar o início de um programa de reabilitação precoce. A reabilitação cardíaca (RC) é concetualizada como uma intervenção abrangente e multidimensional no âmbito da prevenção secundária, tendo como principal finalidade a mitigação das repercussões fisiológicas e psicológicas associadas às doenças cardiovasculares (Back, Hansen & Frederix, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Tal como referi anteriormente, não existe de momento um EEER afeto apenas à reabilitação, pelo que não é garantida a presença de um EEER em todos os turnos, sendo que muitas vezes têm 1 ou 2 pessoas atribuídas, ou encontram-se a desempenhar funções de responsável de turno. O desenvolvimento de intervenções de ER acaba por ser realizado à pessoa por quem é responsável, desenvolvendo um plano de reabilitação com outra pessoa caso outro colega o solicite. Paralelamente, embora a presença da fisioterapeuta nos turnos da manhã durante a semana possibilite a intervenção em pessoas elegíveis, a articulação ainda incipiente com os EEER condiciona a fluidez da comunicação interdisciplinar, podendo influenciar a harmonização dos planos de reabilitação e a continuidade dos cuidados. Neste enquadramento, torna-se pertinente reforçar os mecanismos de articulação interprofissional, de modo a favorecer processos de decisão mais integrados e a consolidação de práticas de reabilitação seguras, consistentes e centradas na pessoa.

Em termos de recursos materiais para a reabilitação, na UCI de CCT existem espirómetros de incentivo, elevador e outros dispositivos de transferência e uma pedaleira estática. O desenvolvimento de um plano de ER na UCI de CCT permite desenvolver competências a nível do processo cardiorrespiratório

e o facto de existir uma grande labilidade hemodinâmica, monitorização contínua e vigilância estreita, permite observar de imediato os resultados da implementação desse plano de cuidados.

Os horários de visita estabelecidos em dois momentos por dia permitem a presença de uma pessoa significativa. O facto de se desenvolver um momento do plano de reabilitação durante esse período tem enquanto vantagem a motivação da pessoa e o envolvimento do seu familiar ou pessoa significativa.

Atualmente na UCI, decorrem projetos tendo em vista a melhoria da qualidade. Dou enfoque a um desses projetos, a prevenção da pneumonia associada à intubação orotraqueal (PAI). Ao longo do ano 2025 foram realizadas auditorias ao cumprimento do “Feixe de intervenções” da PAI emanada pela Direção Geral de Saúde (2022). A partir dessas auditorias procedeu-se a um diagnóstico do ponto de situação na UCI de CCT, tendo sido evidente a importância de implementar medidas de melhoria através de um momento formativo que se estendeu a toda a ULS.

Numa perspetiva de evolução clínica e mediante estabilidade hemodinâmica, ausência de necessidade de VMI ou suporte vasopressor, as pessoas são transferidas para a unidade de cuidados intermédios de CCT, integrada no serviço de CCT.

2.3. Estágio profissionalizante - Internamento de Medicina Física e Reabilitação

O segundo período do estágio profissionalizante, de carácter complementar e mais breve, realizou-se ao longo de duas semanas no mês de dezembro de 2025, no internamento e consulta externa de MFR de um hospital de uma ULS da grande Lisboa.

O presente contexto tem enquanto principal foco a reabilitação de pessoas em idade adulta com uma condição de saúde que implica alteração da funcionalidade. A admissão da pessoa no internamento de MFR está dependente de uma avaliação prévia realizada pela equipa médica, de acordo com critérios específicos. Foi possível verificar que, em termos de casuística, predomina o diagnóstico clínico de AVC isquémico/hemorragico, traumatismo vertebromedular e neuropatias. Apesar de haver um maior foco no processo neurológico e ortotraumatológico, houve oportunidade de desenvolver uma intervenção de ER em diversas áreas: motora, sensorial, cognitiva, respiratória, da alimentação e da eliminação.

Existe uma articulação estreita entre o internamento de MFR e outros espaços de intervenção como o ginásio, a piscina e terapia ocupacional - destinada ao treino das AVD's. Esta articulação encontra-se organizada e calendarizada na sala de trabalho, onde está definido o horário em que a pessoa é

encaminhada para o ginásio, terapia da fala, terapia ocupacional (treino de AVD's) e piscina. A planificação é realizada de forma individualizada, tendo em conta a condição de saúde de cada pessoa e as áreas em que existe maior urgência de desenvolvimento e reforço de competências.

O internamento de MFR conta com 18 vagas de internamento, dispostas por 4 quartos. A equipa multidisciplinar é constituída por 6 EEER, 2 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, 1 enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica e 11 enfermeiros generalistas. É também constituída por médicos especialistas em MFR, nutricionista, assistente social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, serviço religioso e técnicos auxiliares de saúde.

Tive também a oportunidade de estar presente na consulta de reabilitação pelviperineal, dinamizada por 2 EEER do internamento de MFR, que se articulam com médicos especialistas em MFR e fisioterapeutas. Habitualmente o percurso da pessoa que frequenta a consulta tem início numa referência externa ou mesmo do internamento. Após a avaliação inicial realizada pelo médico especialista em MFR, se elegível, é encaminhada para a consulta de ER. De acordo com Wallace et al. (2019), a disfunção do pavimento pélvico está associada a uma ampla variedade de manifestações clínicas, incluindo alterações da eliminação (vesical e intestinal), prolapso dos órgãos pélvicos, alterações da função sexual e dor na região pélvica. A reabilitação do pavimento pélvico constitui uma abordagem terapêutica baseada na reeducação funcional, com o objetivo de otimizar a força, a resistência, a potência muscular e a capacidade de relaxamento do pavimento pélvico em indivíduos afetados por esta condição.

A avaliação inicial consiste no levantamento da anamnese da pessoa, sendo abordado o seu historial clínico, sinais e sintomas presentes, hábitos vesicais e/ou intestinais. A partir desta avaliação inicial são fornecidas sugestões para a melhoria de hábitos previamente existentes e é disponibilizado um diário de eliminação vesical/intestinal a preencher pela pessoa. Este diário tem enquanto objetivo com monitorizar os momentos de eliminação ao longo de 5 dias, bem como a sintomatologia associada com vista a proceder a um diagnóstico e posterior intervenção.

A presença na consulta de pelviperineal deu-me também a oportunidade de assistir ao desenvolvimento de terapias como o *biofeedback* do pavimento pélvico. O *biofeedback* permite à pessoa adquirir um maior conhecimento e controlo sobre a ativação e a contração dos músculos do pavimento pélvico (Fernandes et al., 2025). Essa informação é apresentada num ecrã sob a forma de *feedback* visual ou sonoro, permitindo à pessoa perceber se está a contrair e a relaxar corretamente os músculos do pavimento pélvico. Desta forma, promove-se uma consciencialização do uso da musculatura do pavimento pélvico, que leva a um treino mais eficaz, promovendo a motivação da pessoa.

O internamento de MFR conta ainda com um projeto extremamente interessante e dinamizado por EEER, intitulado “Cuidando - cuidadores informais o caminho para a independência”, tendo como objetivo capacitar os cuidadores informais da pessoa internada, promovendo uma transição segura, contínua e eficaz do hospital para o domicílio. Tem enquanto foco o reforço da autonomia do cuidador, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta e prevenindo complicações associadas à dependência funcional. A operacionalização deste projeto tem lugar todos os domingos, no período da tarde, no qual as pessoas e respetivos cuidadores informais estão presentes.

A capacitação baseia-se no desenvolvimento de competências que permitiram ao cuidador assegurar realização das AVD's, de acordo com o grau de dependência e as necessidades da pessoa. Para tal, foi essencial a uniformização dos ensinamentos da equipa de enfermagem, assegurando coerência e adequação da informação transmitida.

O projeto incluiu a elaboração de um roteiro de autocuidados individualizado e a apreciação do contexto familiar, possibilitando a adaptação dos ensinamentos à realidade social e ambiental do domicílio. Como complemento, são utilizados folhetos informativos, promovendo a consolidação dos conhecimentos e a continuidade do processo educativo.

Este projeto reforça a intervenção do EEER na preparação da alta, contribuindo para a autonomia e qualidade de vida da pessoa em contexto domiciliário. Os ensinamentos abrangem áreas centrais da ER como a higiene, posicionamento e transferências, prevenção de quedas, mobilidade, gestão da dor, utilização de produtos de apoio, disfagia, integridade cutânea, incontinência, treino vesical e intestinal e gestão do regime terapêutico.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

3.1. Doença cardiovascular

O estudo *CardioRenal and Metabolic Disease (CaReMe) Heart Failure*, um projeto internacional que teve como objetivo analisar diversos aspetos relacionados com a insuficiência cardíaca em 11 países (Alemanha, Bélgica, Espanha, Itália, Noruega, Reino Unido, Suécia, Suíça, Canadá e Israel), concluiu que Portugal apresenta a maior prevalência de insuficiência cardíaca entre os países analisados, afetando 2,9% da população adulta (Norhammar et al., 2023). Este dado enquadra-se num contexto mais amplo de elevada carga cardiovascular no país, refletida também pela incidência crescente de valvulopatias. De acordo com Timmis et al. (2021), ao longo das últimas três décadas, a estenose aórtica calcificada registou um aumento de aproximadamente sete vezes, apresentando-se em Portugal com uma prevalência de 47 casos por 100.000 habitantes. Estima-se que a prevalência global de valvulopatias cardíacas nos países desenvolvidos seja de cerca de 2,5%, sendo a insuficiência mitral e a estenose aórtica calcificada as mais frequentemente observadas. (Santangelo et al., 2023)

A elevada carga cardiovascular no país é ainda evidenciada pelos dados de mortalidade. Em 2023, Portugal registou 6 414 óbitos por doença isquémica cardíaca (Instituto Nacional de Estatística, 2025), refletindo a importância clínica do diagnóstico precoce, prevenção e gestão das doenças cardíacas. Neste contexto, o síndrome coronário agudo (SCA) assume particular relevância. Esta condição clínica caracteriza-se por uma redução súbita do fluxo sanguíneo para o miocárdio, geralmente decorrente da rutura ou erosão de uma placa aterosclerótica numa artéria coronária, seguida da formação de trombo e consequente isquémia miocárdica. A classificação inicial da SCA baseia-se na história clínica, na avaliação dos sintomas — tipicamente dor torácica de início súbito —, nos achados do eletrocardiograma (ECG) e na determinação dos níveis séricos de troponina. A angina instável distingue-se pela presença de isquémia miocárdica transitória sem evidência de necrose celular, refletida por valores de troponina dentro dos limites da normalidade. Em contraste, o enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST - *on-ST-segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI) - e o enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST - *ST-Elevation Myocardial Infarction* (STEMI) - caracterizam-se pela elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica. O STEMI resulta, tipicamente, de uma oclusão coronária completa, manifestando-se por supradesnivelamento do segmento ST no ECG, enquanto o NSTEMI está geralmente associado a uma oclusão coronária parcial. (Rao et al., 2025)

Embora a rutura de placa aterosclerótica com formação de trombo constitua o mecanismo etiológico mais frequente, outros processos fisiopatológicos podem igualmente estar implicados,

nomeadamente a erosão de placa, o espasmo coronário, a embolia coronária, a disseção arterial e a presença de nódulos cálcicos. (Rao et al., 2025)

De acordo com Bhatt et al. (2022), os sinais e sintomas mais frequentemente observados incluem dor ou desconforto torácico de instalação súbita, geralmente localizado na região retrosternal e podendo irradiar para o membro superior esquerdo, mandíbula, região cervical ou dorso. Entre as manifestações associadas, destacam-se ainda a dispneia, sudorese, náuseas, vômitos, palpitações, dor epigástrica e episódios de síncope.

O diagnóstico e abordagem inicial do SCA devem ser realizados de forma célere e precisa, uma vez que se trata de uma emergência médica associada a elevado risco de morbilidade e mortalidade. As recomendações “2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines” enfatizam a necessidade de uma avaliação imediata e de uma adequada estratificação do risco, de modo a orientar de forma eficaz a estratégia terapêutica. (Rao et al., 2025)

Saito et al. (2025) consideram que os fatores de risco para o desenvolvimento de síndrome coronário agudo podem ser não modificáveis ou modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são intrínsecos à pessoa, não sendo possível alterá-los, sendo eles: idade, sexo, etnia, predisposição hereditária. Por outro lado, os fatores de risco modificáveis, sendo para estes autores a causa de 60% dos eventos de isquémica, são: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, tabagismo e obesidade.

De acordo com o Parecer da Mesa Colégio da Especialidade de ER n.º 03/2023, intitulado “A implementação de exercício nos doentes de alto risco cardiovascular, realizado por enfermeiros de reabilitação” (Ordem dos Enfermeiros, 2023), o EEER possui competências científicas, técnicas e autónomas para intervir junto de pessoas com risco cardiovascular elevado. No âmbito dos fatores modificáveis, a intervenção do EEER centra-se na promoção de mudanças no estilo de vida e no treino físico estruturado, integrando-se nas 3 fases da RC:

- Fase I – hospitalar: mobilização precoce, exercícios de baixa intensidade, educação para adoção de hábitos de vida saudáveis, controlo de fatores de risco e motivação para a adesão terapêutica;
- Fase II – pós-alta inicial: implementação de programas individualizados de exercício físico (aeróbico e de força) e educação para saúde, com objetivo de mudança comportamental, cessação tabágica, controlo nutricional e acompanhamento psicológico/social;

- Fase III – manutenção a longo prazo: continuidade do treino físico e reforço dos hábitos saudáveis adquiridos, com supervisão adaptada ao risco e capacidade funcional da pessoa.

Assim, o EEER atua diretamente sobre fatores comportamentais modificáveis, como sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e adesão terapêutica, promovendo a redução do risco de novo episódio de síndrome coronário agudo. Para tal, concebe, implementa, avalia e ajusta programas de treino cardíaco e motor, utilizando prática baseada na evidência e de forma autónoma, em articulação com a equipa multidisciplinar, sempre com foco na maximização da funcionalidade, independência e qualidade de vida da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2023)

3.2. Cirurgia de revascularização cardíaca

Segundo Modolo et al. (2019), a cirurgia de revascularização cardíaca ou *bypass* coronário trata-se de um procedimento cirúrgico indicado para tratar a doença arterial coronária significativa, especialmente em caso de comprometimento de múltiplos vasos, lesão de tronco da artéria coronária esquerda e quando há falha ou contraindicação ao tratamento percutâneo. Apesar de este tipo de cirurgia estar associado a um maior risco e período de recuperação mais prolongado, apresenta uma redução a longo prazo dos eventos cardíacos recorrentes. (Gaudino et al., 2023)

Durante o *bypass* coronário, segmentos de artérias ou veias da pessoa são utilizados para criar pontes que desviam o fluxo sanguíneo das áreas obstruídas das artérias coronárias, restabelecendo a perfusão miocárdica distal à obstrução. O procedimento é realizado, na maioria dos casos, por meio de esternotomia mediana e recorrendo habitualmente à circulação extracorpórea. (Gaudino et al., 2023) Enquanto complicações potenciais desta intervenção cirúrgica, Gaudino et al. (2023) destacam a infeção da ferida esternal, acidente vascular cerebral e disfunção cognitiva, embora a mortalidade eletiva seja atualmente baixa (1–2%).

3.3. Pré-habilitação

Um estudo conduzido por Fleurént-Gregoire et al. (2024) define a pré-habilitação como um processo contínuo que decorre desde o momento do diagnóstico até à realização da cirurgia, integrando uma ou mais intervenções no período pré-operatório, nomeadamente exercício físico, suporte nutricional, apoio psicológico e treino respiratório. Estas intervenções têm como principal objetivo aumentar a capacidade funcional e a reserva fisiológica da pessoa, preparando-a para lidar com o stress cirúrgico, melhorar os resultados pós-operatórios e promover uma recuperação mais precoce.

Neste contexto, Coca-Martinez e Carli (2023) salientam a importância de uma avaliação inicial abrangente, que permita identificar precocemente condições como a sarcopenia, a fragilidade e o baixo nível funcional. O diagnóstico atempado destas condições revela-se essencial para a orientação de intervenções individualizadas e eficazes. O exercício físico e a nutrição assumem, assim, um papel complementar nos programas de pré-habilitação; contudo, na presença de sarcopenia ou desnutrição, a implementação isolada de exercício físico, sem um aporte proteico adequado, pode agravar a perda de massa muscular e comprometer a capacidade funcional. Torna-se, portanto, imprescindível a inclusão de uma intervenção nutricional dirigida como componente central dos programas de pré-habilitação personalizados. (Coca-Martinez & Carli, 2023)

Paralelamente, o programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) constitui uma abordagem multidisciplinar, fundamentada na evidência científica, orientada para a otimização dos cuidados perioperatórios — antes, durante e após a cirurgia. De acordo com Engelman et al. (2019), o seu principal objetivo é reduzir complicações e promover um retorno mais precoce às atividades habituais, estando associado a uma diminuição de até 50% nas complicações e no tempo de internamento após a cirurgia.

No contexto da cirurgia cardíaca, a implementação do ERAS assume particular relevância. Embora seja uma abordagem relativamente recente nesta área, Engelman et al. (2019) salientam que os programas podem beneficiar destas recomendações na elaboração de protocolos que reduzam variações desnecessárias na prática clínica e promovam melhorias na qualidade, segurança e valor dos cuidados prestados.

A Ordem dos Enfermeiros (2020) considera que período de espera para a cirurgia constitui, assim, um momento particularmente propício à intervenção do EEER. Neste âmbito, é responsabilidade do EEER compreender as características individuais de cada pessoa, bem como os recursos disponíveis, de forma a adequar a sua intervenção no planeamento dos cuidados de ER. Sentimentos como o medo, a ansiedade e a dor são identificados como prevalentes na população que aguarda cirurgia cardíaca, reforçando a necessidade de uma intervenção centrada na pessoa. Cabe, portanto, ao EEER informar, desmistificar e capacitar a pessoa, promovendo a sua preparação física e emocional para o período pós-operatório. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Um estudo conduzido Fernandes et al. (2024) corrobora esta informação, concluindo que a educação para a saúde em contexto pré-operatório é fundamental na preparação da pessoa para a cirurgia, permitindo informá-la, esclarecendo dúvidas e promovendo a adesão ao processo terapêutico. Embora se tenha observado um ligeiro aumento da ansiedade após os momentos de educação para a

saúde, este não invalida os benefícios do ensino, que capacita a pessoa, favorece a participação ativa no processo de tratamento e contribui para uma abordagem humanizada e centrada nas necessidades individuais.

Particularmente no que toca à cirurgia cardíaca, a esternotomia característica deste tipo de intervenção cirúrgica, exerce repercussões significativas sobre o sistema respiratório, devido à lesão dos músculos diretamente envolvidos na respiração, bem como à redução da estabilidade e da mobilidade da parede torácica (Garcia, Lago, Oquendo & Estany, 2014; Miranda, Padulla & Bortolatto, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estas alterações podem ser ainda exacerbadas pela dor pós-operatória e pela terapêutica medicamentosa administrada durante o ato cirúrgico, que interfere com o controlo respiratório central, modificando a regulação neurológica dos músculos respiratórios (Garcia, Lago, Oquendo & Estany, 2014; Miranda, Padulla & Bortolatto, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Adicionalmente, entre as principais complicações pós-operatórias que podem comprometer a qualidade de vida das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca destacam-se a atelectasia, a pneumonia, a bronquite, a insuficiência respiratória, o edema pulmonar e o derrame pleural. Estes fatores reforçam a importância da implementação de um programa de reeducação funcional respiratória, integrado no contexto da RC. (Hulzebos et al., 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neto et al. (2013), referem que as informações fornecidas à pessoa na fase pré-operatória relacionadas com o risco de complicações pulmonares, alteração da dinâmica costal e exercícios respiratórios permitem uma diminuição do tempo de recuperação após a cirurgia, o que também é destacado pela Ordem dos Enfermeiros (2020).

No Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem (GOBP) de Reabilitação Cardíaca, a Ordem dos Enfermeiros (2020) corrobora aspetos já salientados por outros autores, no que toca às intervenções de EEER que devem constar no plano de cuidados referente à pré-habilitação (Castello, 2009; Garcia, Lago, Oquendo & Estany, 2014; Isaias, Sousa & Dias, 2012; Miranda, Padulla & Bortolatto, 2011):

- Consciencialização da respiração;
- Respiração abdomino-diafragmática;
- Técnica de expiração com os lábios semi-cerrados – promove o aumento da pressão intra-alveolar, o prolongamento da fase expiratória e contribui para a eliminação do dióxido de carbono;
- Técnicas de limpeza das vias aéreas, nomeadamente a tosse eficaz com contenção da sutura operatória e técnica de expiração forçada;
- Uso da espirometria de incentivo;

- Exercícios dos membros superiores e inferiores considerando a restrição ao movimento no período pós-operatório (abdução e flexão do ombro até 90º).

Considero ainda de enorme importância, nesta fase, a implementação de técnicas de regulação emocional e relaxamento. Numa revisão da literatura, Gonçalves e Groth (2019) concluem que uma vertente psicológica da pré-habilitação visa identificar pessoas com maior risco emocional, oferecendo estratégias de redução do *stress* e da ansiedade antes da cirurgia, nomeadamente através de técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios. Fatores psicológicos, incluindo ansiedade e depressão, estão associados a piores desfechos pós-operatórios, como maior dor, tempo de internamento prolongado e cicatrização mais lenta. As mesmas autoras indicam que intervenções psicológicas pré-operatórias podem reduzir a dor e melhorar a qualidade de vida após a cirurgia, embora a qualidade das evidências ainda seja limitada. (Gonçalves & Groth, 2019)

Adicionalmente, Wang et al. (2022), defendem que as intervenções não farmacológicas dirigidas à ansiedade pré-operatória apresentam resultados promissores, com diversas opções eficazes descritas na literatura. No entanto, a aplicabilidade clínica dessas intervenções é limitada por fatores como disponibilidade, custo e necessidade de profissionais especializados, especialmente no caso de terapias como a terapia cognitivo-comportamental, meditação guiada e hipnose. Os autores consideram que intervenções mais simples, como musicoterapia ou a aromaterapia, destacam-se por serem mais acessíveis, de fácil implementação e passíveis de autoaplicação. Além disso, a revisão da literatura realizada por estes autores enfatiza que a avaliação e intervenção precoces, idealmente 1 a 2 semanas antes da cirurgia, são mais eficazes do que abordagens realizadas apenas na véspera do procedimento, permitindo identificação e encaminhamento oportuno de pessoas com maior ansiedade. (Wang et al., 2022)

3.4. Reabilitação pós-operatória e prevenção de complicações na unidade de cuidados intensivos

As primeiras horas de vigilância e monitorização da pessoa submetida a cirurgia cardíaca decorrem na UCI de CCT, período durante o qual a labilidade hemodinâmica pode manifestar-se de forma particularmente evidente. Contudo, esta instabilidade não deve constituir um fator impeditivo ao início de um programa de reabilitação precoce. A Ordem dos Enfermeiros (2020) defende que, nas primeiras horas após a cirurgia, a intervenção do EEER deve centrar-se na prevenção dos efeitos da imobilidade e das complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, contribuindo para a preservação da funcionalidade e para uma recuperação mais segura.

Neste enquadramento, importa considerar que os avanços da terapia intensiva têm permitido um aumento significativo da sobrevivência da pessoa em situação crítica, no entanto tem-se verificado uma crescente consciencialização para as morbilidades persistentes associadas à condição clínica e à permanência em UCI. (Herridge et al., 2023) O internamento na UCI pode originar alterações multidimensionais, adquiridas ou agravadas, que podem persistir durante anos e nem sempre são totalmente reversíveis, destacando-se a sarcopenia, que inclui a miopatia e a polineuropatia. Esta condição associa-se a fatores de risco modificáveis, como a imobilidade, a hiperglicemia e o uso de glicocorticoides ou bloqueadores neuromusculares, bem como a fatores não modificáveis, como a gravidade da patologia, a disfunção multiorgânica e a duração prolongada do internamento. (Herridge et al., 2023)

A sarcopenia adquirida em UCI, associa-se a períodos prolongados de ventilação mecânica invasiva, internamentos mais longos, maior número de reinternamentos, aumento dos custos em saúde e maior dependência funcional, podendo assumir carácter permanente. Paralelamente, o delirium constitui outro problema relevante neste contexto, sendo a sua duração considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de disfunção cognitiva a longo prazo. (Herridge et al., 2023) Acresce ainda a elevada prevalência de lesões por pressão em UCI, particularmente em pessoas com maior gravidade clínica e internamentos prolongados, estando estas associadas a maior mortalidade. (Labeau et al., 2020)

Face a este cenário, a implementação de intervenções precoces assume um papel determinante na mitigação das complicações associadas à doença crítica e à permanência em UCI, destacando-se a responsabilidade do EEER na promoção da mobilização precoce e da recuperação funcional. A evidência científica demonstra que a mobilização precoce, sobretudo quando associada à interrupção diária da sedação, contribui para melhores resultados funcionais. Schweickert et al. (2009) avaliaram uma intervenção combinada pela interrupção diária da sedação com exercícios e mobilização precoce nas primeiras 72 horas após o início da ventilação mecânica invasiva, em pessoas com independência funcional prévia, tendo observado um maior nível de independência funcional à data da alta hospitalar, quando comparativamente ao tratamento padrão.

Em consonância com estes achados, Kloss et al. (2023) definem a mobilização precoce como a realização de atividades físicas leves — incluindo reposicionamento, transferência para a cadeira e exercícios ativos — iniciadas nas primeiras 72 horas de internamento em UCI, desde que o estado clínico da pessoa o permita. Estas recomendações são sustentadas por Zhang et al. (2019), cujo estudo demonstra que a mobilização precoce em cuidados intensivos está associada a múltiplos benefícios, nomeadamente a redução significativa do risco de desenvolvimento de sarcopenia, o desmame

ventilatório precoce, uma recuperação funcional mais rápida após a alta hospitalar e a diminuição da morbidade e mortalidade.

No contexto específico da UCI de CCT e do período pós-operatório imediato, a mobilização deve ser cuidadosamente planeada e executada, recorrendo a exercícios passivos ou ativos assistidos dos membros superiores e inferiores, respeitando as limitações articulares inerentes à cirurgia, nomeadamente a restrição de abdução e flexão dos ombros acima dos 90°. De igual modo, em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva que apresentem capacidade funcional e ausência de contraindicações clínicas, recomenda-se a realização de exercícios ativos, com o objetivo de aumentar a tolerância ao exercício, reduzir a rigidez articular e minimizar a ocorrência de dor muscular. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Neste sentido, torna-se fundamental integrar a terapia intensiva num continuum de cuidados, no qual a intervenção do EEER assume um papel central na otimização das transições de cuidados e na preservação da funcionalidade multidimensional a longo prazo. A síndrome pós-UCI, particularmente prevalente em pessoas submetidas a ventilação mecânica prolongada, sépsis ou lesão pulmonar grave, compromete significativamente a qualidade de vida e aumenta o risco de dependência funcional, institucionalização e mortalidade tardia, reforçando a necessidade de acompanhamento sistemático e de programas de reabilitação estruturados, iniciados precocemente e mantidos após a alta.

No que respeita à cirurgia cardíaca, esta acarreta consequências específicas, nomeadamente a diminuição do fluxo expiratório resultante da redução da capacidade ventilatória, o que pode comprometer a mobilização e eliminação de secreções brônquicas no período pós-operatório. (Macedo et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2020) Neste contexto, assume particular relevância a manutenção de técnicas de mobilização de secreções, como a tosse eficaz e as manobras respiratórias acessórias. Estas devem ser selecionadas de forma criteriosa, atendendo às particularidades da pessoa, designadamente à função de coagulação e à terapêutica anticoagulante instituída, encontrando-se a manobra de percussão contraindicada pelo risco acrescido de hemorragia e desconforto. (Isaias et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Ao longo dos anos, diversos autores têm salientado a importância da intervenção do EEER no processo de desmame ventilatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Wang e Dai (2025) analisaram os resultados da implementação de um plano estruturado de cuidados de ER na UCI, dirigido a pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva. Este plano baseou-se na reabilitação pulmonar precoce, progressiva e segura, integrando treino respiratório, mobilização física, controlo da dor e adequação do nível de sedação, respeitando critérios rigorosos de segurança. O treino respiratório foi organizado em três fases — pré-desmame, desmame e pós-desmame — incluindo técnicas como respiração

diafragmática, drenagem postural, vibração torácica, transição progressiva das modalidades ventilatórias e utilização de dispositivos respiratórios, como o espirómetro de incentivo.

Os resultados demonstraram que a implementação deste programa, orientado por metas e liderado por enfermeiros, aumentou significativamente a taxa de sucesso do desmame ventilatório, reduzindo a necessidade de reintubação e o tempo de dependência do ventilador. Adicionalmente, verificou-se melhoria significativa da oxigenação pulmonar, evidenciada pelo aumento do índice PaO_2/FiO_2 , bem como ganhos relevantes na força muscular global, avaliada pela escala MRC, e na capacidade de autocuidado, medida pelo Índice de Barthel. Globalmente, o programa revelou-se uma estratégia viável, segura e de baixo custo, promovendo a participação ativa da pessoa no processo de reabilitação. (Wang & Dai, 2025)

Considerando a labilidade clínica característica das pessoas internadas em UCI, a segurança na implementação um programa de reabilitação deve constituir uma preocupação permanente da equipa transdisciplinar. Hickmann et al. (2016) sistematizam um conjunto de critérios de segurança a avaliar antes e durante a mobilização, incluindo parâmetros hemodinâmicos, respiratórios, neurológicos e metabólicos. Complementarmente, o Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) de Reabilitação Cardíaca da Ordem dos Enfermeiros (2020) define sinais de alarme que impõem a cessação imediata do programa de reabilitação:

- Aumento da frequência cardíaca (FC) > 30bpm relativamente ao valor em repouso;
- Aumento da tensão arterial (TA) sistólica > 40mmHg ou decréscimo da PA diastólica > 10mmHg;
- Disritmia de novo;
- Bloqueio auriculoventricular de 2º ou 3º grau;
- Presença de sinais ou sintomas de intolerância ao exercício (dor torácica, dispneia, alterações do ECG).

No decurso do estágio realizado na UCI de CCT, bem como durante a elaboração e implementação de planos de cuidados de ER, foi possível corroborar os aspetos anteriormente descritos. A construção do RCC (Apêndice II) neste contexto evidencia os ganhos obtidos ao nível da aplicação estruturada destes planos de cuidados. Como exemplo, no que se refere à intervenção centrada no foco de atenção movimento muscular, após a identificação do diagnóstico de ER “movimento muscular diminuído”, foi desenvolvido um conjunto de intervenções fundamentadas numa avaliação sistemática da força muscular, recorrendo à escala MRC. A partir desta avaliação, procedeu-se à implementação progressiva de técnicas de exercício muscular e articular, inicialmente passivas e, posteriormente, ativas e ativas-resistidas, ajustadas à tolerância da pessoa. Foram realizadas 4 sessões (S1, S2, S3 e S4)

A progressão das intervenções seguiu o princípio FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão), tendo-se observado resultados positivos que traduzem ganhos funcionais para a pessoa, os quais se encontram sistematizados no quadro seguinte. O seguinte quadro (Quadro 1) representa os resultados obtidos.

Segmento corporal	Avaliação MRC			
	S1	S2	S3	S4
Membro superior direito	4/5	4/5	5/5	5/5
Membro superior esquerdo	4/5	4/5	5/5	5/5
Membro inferior direito	3/5	3/5	4/5	5/5
Membro inferior esquerdo	3/5	3/5	4/5	5/5

Quadro 1 - Resultados do Foco de Enfermagem de Reabilitação: Movimento muscular

Após estabilização clínica da pessoa internada na UCI de CCT, segue-se a transferência para a unidade de cuidados intermédios, na qual o EEER deve manter o foco na prevenção de complicações respiratórias ou restrições da mobilidade e ainda melhorar a capacidade respiratória e funcional da pessoa, promovendo o início do treino de AVD's. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Nesta fase, Garcia et al. (2014) sublinha a importância de manter a aplicação das técnicas anteriormente abordadas, acrescentando outras como a correção postural (evitando a posição de defesa adotada devido ao quadro algico), a progressão no exercício físico (mediante a tolerância e grau de participação da pessoa) e o treino de transferências e levante, o que é reforçado pela Ordem dos Enfermeiros (2020).

A transferência da pessoa submetida a cirurgia cardíaca para o internamento de CCT tem como objetivo a promoção da autonomia e independência da mesma, tendo em vista a preparação para a alta hospitalar. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

O treino de marcha, incluindo a subida e descida de escadas, integra as intervenções recomendadas neste estadio do período pós-operatório, sendo a deambulação fortemente incentivada. Esta recomendação fundamenta-se nos avanços da abordagem pós-operatória, que possibilitam o desmame ventilatório no próprio dia da cirurgia e o início da deambulação a partir do segundo dia pós-operatório, desde que o estado clínico da pessoa o permita. (Japanese Circulation Society, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Cabe ao EEER capacitar a pessoa, de forma individualizada para o momento da alta e regresso ao domicílio. Deve ser delineado um plano, reforçando os aspetos que suscitem maiores dúvidas, sendo igualmente recomendada a disponibilização de material educativo complementar, como panfletos informativos, de forma a promover a compreensão e a adesão às recomendações. (Ordem dos Enfermeiros, 2020) Após a alta hospitalar, a caminhada constitui uma opção viável e segura de exercício físico, cuja duração e distância devem ser ajustadas de acordo com a evolução clínica da pessoa, com base no desempenho observado durante o treino de marcha no programa de reabilitação intra-hospitalar. O aumento progressivo da duração ou da distância percorrida deve ocorrer apenas na ausência de sinais ou sintomas de intolerância ao exercício físico; caso estes se manifestem, as caminhadas devem ser temporariamente interrompidas até recuperação clínica ou avaliação médica. (Garcia et al., 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

3.5. Referencial Teórico

Considerando que a enfermagem – e, em particular, a Enfermagem de Reabilitação – requer um corpo de conhecimento próprio que sustente o seu desenvolvimento, é fundamental que os EEER orientem a sua prática por referenciais que a sistematizem. (Martins, Ribeiro & Ventura, 2018)

Perante a necessidade de orientar e fundamentar a prática clínica, tornou-se essencial a seleção de modelos teóricos que estruturassem e orientassem essa prática. Considerando a elevada complexidade inerente aos cuidados de ER — que exigem uma abordagem centrada na pessoa — revelou-se pertinente recorrer a mais do que um referencial teórico, de modo a sustentar adequadamente a intervenção desenvolvida.

Esta opção encontra sustentação na evolução dos paradigmas em enfermagem. Na perspetiva de Rocha (2005, citado por Ribeiro et al., 2024), ao considerar a pessoa como um ser único, com vivências e significados próprios, o conhecimento de enfermagem orienta-se para uma visão holística, reconhecendo-a nas suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Neste enquadramento, a saúde é concebida como um processo dinâmico, influenciado pelo contexto e pelas experiências individuais, deixando de ser entendida apenas como ausência de doença ou como um estado ideal a atingir.

As necessidades em saúde deixam, assim, de ter como foco exclusivo a doença, passando a centrar-se no apoio à pessoa na gestão e superação dos seus problemas de saúde, através de uma relação

interpessoal significativa, que traduz um verdadeiro “estar com a pessoa” e sustenta uma prestação de cuidados individualizada e sensível aos seus valores e significados.

Numa perspetiva mais contemporânea, o paradigma da Transformação aprofunda esta compreensão, reconhecendo a pessoa como um ser em constante interação e evolução com o ambiente. A saúde é entendida como um processo singular, construído a partir das experiências, escolhas e significados atribuídos pela própria pessoa. Neste contexto, o EEER assume uma responsabilidade de parceria no cuidado, promovendo a autonomia, a capacitação e a participação ativa da pessoa no seu projeto de saúde.

Neste enquadramento, os modelos selecionados — o *Fundamentals of Care* e o modelo dos Cuidados Centrados na Pessoa — revelam-se particularmente adequados, na medida em que operacionalizam esta visão ao valorizarem a relação terapêutica, a individualidade e o envolvimento ativo da pessoa, perspetivando o processo de cuidar de uma forma transformadora.

3.5.1. Modelo *Fundamentals of Care*

O modelo *Fundamentals of Care* constitui um referencial estruturante que apoiou a minha tomada de decisão, orientou a priorização de cuidados e facilitou a integração entre teoria e prática, contribuindo para uma prática de ER mais reflexiva, fundamentada e consistente. Kitson (2018) demonstra que modelo *Fundamentals of Care* constitui uma estrutura contemporânea de enfermagem dinâmica e multidimensional, que define e orienta a prestação dos cuidados essenciais necessários à pessoa, independentemente do diagnóstico ou do contexto em que se encontre. O presente modelo propõe que os cuidados de enfermagem sejam centrados na pessoa (e não na tarefa), com base numa relação de confiança e integrando aspetos físicos, psicossociais e relacionais considerando sempre o contexto em que ocorrem. Este modelo é composto por três dimensões intimamente relacionadas:

- 1. Relação:** a relação enfermeiro-pessoa constitui um aspeto central neste modelo, sendo composta por cinco elementos, sendo eles a confiança, foco na pessoa (e suas necessidades de acordo com a situação), antecipação de necessidades, conhecimento da pessoa (a sua história, valores e limitações) e por fim a avaliação da relação (refletindo sobre a qualidade da interação e ajustando-a, se necessário);
- 2. Cuidado:** Fundamental integrado: envolve aspetos físicos (por exemplo o desenvolvimento de AVD's), psicossociais (apoio emocional) e relacionais (empatia e comunicação efetiva), devendo os mesmos ser integrados pelo enfermeiro em cada ação de cuidado;

- 3. Contexto:** relaciona-se com o ambiente e condições em que ocorre a prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente a cultura da instituição, recursos e dinâmicas. (Kitson, 2018)

A aplicação do modelo *Fundamentals of Care* revelou-se fundamental para orientar e integrar a minha prática clínica ao longo das horas de contacto dos estágios realizados. Este referencial permitiu-me garantir que cada ação de cuidado fosse sustentada por uma compreensão aprofundada da pessoa. Relativamente à primeira dimensão do modelo — a relação — foi particularmente determinante, uma vez que me ajudou a desenvolver interações mais consistentes e significativas com as pessoas. Ao priorizar elementos como a confiança, o conhecimento individualizado da pessoa e a antecipação das suas necessidades, consegui criar um ambiente terapêutico facilitador, fundamental para promover a participação ativa e o envolvimento no processo de recuperação. A segunda dimensão — o cuidado fundamental integrado — contribuiu para que a minha intervenção fosse mais sistematizada e centrada não apenas nos aspetos físicos inerentes ao processo de reabilitação, mas também nos componentes psicossociais e relacionais. Esta abordagem permitiu-me prestar cuidados de forma mais completa, articulando, por exemplo, a promoção da autonomia nas AVD's com o apoio emocional e a comunicação eficaz, aspetos essenciais na área da reabilitação. Por fim, a dimensão relativa ao contexto ajudou-me a compreender a importância das dinâmicas institucionais, dos recursos disponíveis e da cultura organizacional para a prestação de cuidados de qualidade. Esta consciência contextual permitiu-me ajustar a prática, identificando oportunidades e limitações do ambiente e adaptando as intervenções às condições reais da prestação de cuidados.

3.5.2. Cuidados centrados na pessoa

Os cuidados centrados na pessoa constituem atualmente um movimento global na área da saúde, enfatizando a importância de manter a pessoa no centro dos sistemas de cuidados (McCormack & McCance, 2006; McCormack, 2020; McCormack & McCance (2025). Este enfoque valoriza a experiência humana e coloca a compaixão, a dignidade e o princípio de cuidados humanizados como elementos centrais da prestação de cuidados de saúde, os quais se materializam por meio de relações estabelecidas com base em processos interpessoais eficazes. Os cuidados centrados na pessoa constituem uma importante transição da abordagem biomédica para uma abordagem psicossocial, considerando a pessoa enquanto alguém inserido no seu próprio contexto, com determinadas particularidades. (McCormack & McCance, 2006; McCormack, 2020; McCormack & McCance, 2025)

Os autores acreditam que este referencial teórico apresenta uma longa associação com a enfermagem, traduzindo-se na prática profissional: cuidar da pessoa de forma única; respeitar os seus direitos; promover a confiança e compreensão mútua; desenvolver relações terapêuticas. (McCormack & McCance, 2025)

McCormack & McCance (2025) defendem que o cuidado centrado na pessoa compreende cinco domínios:

1. **Metaparadigma:** concentra-se nas quatro dimensões do conhecimento em enfermagem – pessoa, enfermagem, ambiente e saúde.
2. **Pré-requisitos:** referem-se às características do enfermeiro, representadas pelos seguintes construtos: ser profissionalmente competente, possuir habilidades interpessoais desenvolvidas, estar comprometido com o trabalho, ser capaz de demonstrar clareza em suas crenças e valores e ter autoconhecimento.
3. **Ambiente de cuidado:** foca-se na complexidade do contexto em que o cuidado de enfermagem é realizado, representado pelos construtos: composição adequada da equipa; sistemas que facilitem a tomada de decisão compartilhada; relacionamentos eficazes entre a equipa; sistemas organizacionais de apoio; potencial para inovação e assunção de riscos; e o ambiente físico.
4. **Processos de enfermagem centrados na pessoa:** centram-se nos mecanismos necessários para estabelecer ligações entre os enfermeiros, a pessoa e os agentes significativos nas suas vidas, através dos construtos de trabalhar com as crenças e valores da pessoa, envolver-se de forma autêntica, estar presente de forma empática e partilhar decisões.
5. **Resultado esperado:** refere-se aos resultados do cuidado de enfermagem eficaz centrado na pessoa, resumido como “uma boa experiência de cuidado”, para a pessoa, cuidador, família e enfermeiro.

Considero que o presente referencial teórico assume particular relevância para a ER, uma vez que esta área se orienta para a maximização da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida da pessoa, considerando-a de forma integral e inserida no seu contexto de vida. A reabilitação não se limita à recuperação física, mas envolve dimensões psicológicas, sociais e emocionais, o que se encontra plenamente alinhado com a abordagem psicossocial preconizada por McCormack e McCance.

Ao colocar a pessoa, cuidador e família no centro do processo de cuidados, este modelo promove o reconhecimento da singularidade de cada indivíduo, valorizando as suas crenças, valores, experiências prévias e objetivos pessoais. Na ER, esta perspetiva é fundamental, pois os planos de intervenção

devem ser adaptados às capacidades, expectativas e motivações da pessoa, cuidador e família, favorecendo a participação ativa no processo de reabilitação e potenciando melhores resultados funcionais.

Os pré-requisitos do enfermeiro descritos no modelo, destacam competências essenciais à prática da ER, nomeadamente a competência profissional especializada, as habilidades interpessoais e o autoconhecimento. Estas características são determinantes para o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes, baseadas na confiança, no respeito e na colaboração, elementos indispensáveis para incentivar a adesão aos programas de reabilitação, que frequentemente exigem esforço, persistência e adaptação por parte da pessoa.

O domínio do ambiente de cuidados no qual se inserem a pessoa, o cuidador e a família assume igualmente um papel central na Enfermagem de Reabilitação, uma vez que esta prática decorre em contextos complexos e multidisciplinares. A presença de equipas devidamente estruturadas, de sistemas de apoio à tomada de decisão partilhada e de ambientes físicos adequados favorece a continuidade e a segurança dos cuidados, bem como a inovação nas intervenções de reabilitação, contribuindo para uma abordagem integrada e coordenada.

Os processos de enfermagem centrados na pessoa reforçam a importância do envolvimento autêntico do enfermeiro, da presença empática e da partilha de decisões, aspetos cruciais na reabilitação. A parceria estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e a família permite definir objetivos realistas e significativos, promovendo a autogestão, a capacitação e a autonomia progressiva, pilares fundamentais da enfermagem de reabilitação.

Por fim, o resultado esperado deste modelo — uma boa experiência de cuidado — traduz-se, na enfermagem de reabilitação, em ganhos em saúde, maior satisfação da pessoa e da família, e valorização do papel do enfermeiro.

Destaco também a integração da *guideline* da *Registered Nurses' Association of Ontario* (*Registered Nurses' Association of Ontario*, 2025) intitulada “People-centred Care”, que fornece recomendações práticas como a avaliação contínua, o planeamento partilhado e a adaptação dos cuidados às necessidades reais da pessoa ao longo do processo de reabilitação. De acordo com a *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), este modelo de cuidado assenta na valorização da pessoa enquanto ser integral e singular, ultrapassando a mera consideração da sua condição clínica. Ao adotar esta perspetiva, os enfermeiros procuram compreender de forma aprofundada a história de vida da pessoa, a sua trajetória em saúde e o papel central que a família desempenha no seu apoio, bem como na promoção do seu bem-estar.

As orientações propostas pela *Registered Nurses' Association of Ontario* (2025) reúnem um conjunto de recomendações práticas estruturadas em quatro fases fundamentais:

1. **Avaliação:** implica o estabelecimento de uma relação terapêutica sustentada numa comunicação eficaz, verbal e não verbal, que permita compreender o significado atribuído pela pessoa à sua experiência de saúde, promovendo simultaneamente o seu empoderamento.
2. **Planeamento:** consiste na elaboração conjunta do plano de cuidados, incentivando a participação ativa da pessoa, a tomada de decisão informada e a definição partilhada de prioridades e objetivos.
3. **Implementação:** os cuidados são operacionalizados de forma alinhada com as necessidades, expectativas e preferências da pessoa, privilegiando estratégias que favoreçam a autogestão e a participação ativa no processo de reabilitação.
4. **Avaliação:** corresponde à recolha sistemática do *feedback* da pessoa, permitindo analisar a sua satisfação, aferir a eficácia do plano de cuidados e proceder aos reajustes necessários.

Assim, considero que a articulação entre o Modelo *Fundamentals of Care* e o referencial dos Cuidados Centrados na Pessoa constitui um enquadramento teórico sólido e complementar para a prática da ER. Ambos os modelos partilham a centralidade da pessoa, cuidador e família, bem como a relação terapêutica enquanto pilares fundamentais do cuidado, permitindo uma abordagem integrada, reflexiva e orientada para a individualização das intervenções de reabilitação.

Na ER, o Modelo *Fundamentals of Care* oferece uma estrutura operativa que orienta a prática clínica diária, ao integrar, de forma sistemática, os cuidados multidimensionais, sempre contextualizados no ambiente em que a pessoa se encontra. A ênfase na relação terapêutica favorece a construção de confiança, o conhecimento aprofundado da pessoa e a antecipação das suas necessidades, aspetos essenciais para promover o envolvimento ativo no processo de reabilitação. Paralelamente, a dimensão do contexto permite ao EEER adaptar as intervenções às dinâmicas institucionais, recursos disponíveis e trabalho em equipa multidisciplinar, assegurando cuidados seguros e contínuos.

O referencial dos Cuidados Centrados na Pessoa complementa esta abordagem ao reforçar os pressupostos éticos, relacionais e organizacionais da prática da ER, destacando a importância da singularidade da pessoa, do envolvimento do cuidador e da família e da partilha de decisões. Os pré-requisitos do enfermeiro, os processos de enfermagem centrados na pessoa e os resultados esperados alinham-se diretamente com os objetivos da reabilitação, nomeadamente a promoção da autonomia, da capacitação e da qualidade de vida.

Desta forma, a integração destes dois modelos na prática da ER permite estruturar intervenções individualizadas, baseadas na evidência e sustentadas numa relação terapêutica eficaz, contribuindo para uma experiência de cuidado positiva, com vista a alcançar ganhos funcionais significativos e para a valorização da intervenção do EEER nos diferentes contextos de cuidados.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

O curso de MER visa o desenvolvimento e a aquisição de competências do 2º ciclo, de acordo com os critérios definidos pela OE, com o objetivo de formar profissionais qualificados como os EEER. Para demonstrar o progresso na aquisição dessas competências, recorro a exemplos práticos que tiveram lugar em contexto de estágio. Desta forma, pretendo refletir de forma crítica e fundamentada, analisando as atividades desenvolvidas e destacando o impacto das mesmas no meu desenvolvimento profissional com foco na enfermagem de reabilitação.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, que define as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), estas dividem-se em 4 domínios, fundamentando agora o desenvolvimento de cada um deles ao longo do curso de MER:

a) Responsabilidade profissional, ética e legal

O desenvolvimento deste domínio não seria possível sem a integração do documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2015) “Deontologia profissional em Enfermagem”, na medida em que reflete uma prática clínica que assenta nos princípios éticos e deontológicos da profissão, mantendo sempre o respeito pelos direitos humanos (pessoa, família, cuidador). O respeito por estes princípios orientadores reflete-se na tamanha responsabilidade profissional do EEER perante a sociedade.

Ao longo do percurso formativo, o desenvolvimento de uma intervenção alicerçada nos princípios éticos e deontológicos foi fulcral na medida em que, independentemente do contexto clínico, a vulnerabilidade da pessoa cuidada foi uma constante. Desta forma, o respeito pela sua dignidade, crenças e preferências foram uma preocupação presente na minha conduta enquanto futura EEER.

O desenvolvimento do plano de cuidados de ER assentou na obtenção de consentimento informado, de natureza verbal e/ou escrita, em consonância com os princípios éticos da autonomia, beneficência e respeito pela dignidade da pessoa. A apresentação prévia, com esclarecimento dos objetivos da intervenção e do respetivo planeamento, revelou-se determinante para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, favorecendo a adesão aos cuidados e, na maioria das situações, contribuindo para a diminuição de receios e para o aumento da motivação da pessoa cuidada.

Todavia, atendendo à elevada complexidade dos cuidados de ER e à diversidade de contextos clínicos em que estes se desenvolvem, nem sempre foi possível obter diretamente o consentimento informado da própria pessoa. Em contexto comunitário, observaram-se situações de pessoas com alterações cognitivas (nomeadamente devido a síndromes demenciais), nas quais a capacidade de decisão se encontrava comprometida, tendo o consentimento sido obtido junto do cuidador informal, enquanto representante da vontade da pessoa, em conformidade com os princípios éticos e o enquadramento legal aplicável.

De igual modo, no contexto da UCI de CCT, algumas pessoas encontravam-se submetidas a sedação, o que impossibilitou a sua participação consciente no processo de tomada de decisão e a prestação de consentimento informado. Nestes casos, a implementação do plano de cuidados de ER foi orientada pelo princípio do melhor interesse da pessoa e pela não maleficência, privilegiando a prevenção de complicações, a promoção da funcionalidade e a preservação da dignidade humana, assegurando-se igualmente a comunicação com a equipa multidisciplinar e, sempre que pertinente, com os familiares ou representantes legais.

No decorrer do estágio realizado na UCI de CCT, tive oportunidade de acompanhar uma pessoa submetida à colocação de um dispositivo de assistência ventricular no contexto de insuficiência cardíaca grave. Aquando da primeira abordagem, a pessoa encontrava-se no sexto dia de pós-operatório, permanecendo internada na UCI devido à ocorrência de complicações no período pós-cirúrgico. Durante a passagem de turno, foi referido que apresentava alguma resistência à prestação de cuidados, associada a humor deprimido.

Na abordagem inicial, após a apresentação e explicitação dos objetivos da intervenção, a pessoa manifestou indisponibilidade, tanto física como emocional, para a implementação de um plano de cuidados de ER. Perante esta situação, optei por privilegiar o estabelecimento de uma relação terapêutica, iniciando um diálogo orientado para a compreensão do seu percurso de saúde e das suas vivências, no qual se evidenciaram sentimentos de desesperança.

A presença continuada nos turnos subsequentes foi sustentada por uma comunicação empática e consistente, permitindo a introdução gradual e contextualizada de ensinamentos relevantes. Este processo

favoreceu o desenvolvimento de uma relação de confiança, que se revelou determinante para a adesão aos cuidados. No quarto turno consecutivo, foi possível implementar um plano de cuidados de ER, integrando intervenções de no âmbito da reeducação funcional motora e respiratória, ao qual a pessoa aderiu de forma ativa, expressando posteriormente sentimentos de gratidão.

Outro exemplo prático que ilustra o desenvolvimento do domínio da responsabilidade profissional, ética relaciona-se diretamente com a elaboração dos RCC no âmbito do plano de estudos do curso de MER. Durante a elaboração desses relatos, foi privilegiado o respeito pela privacidade da pessoa, promovendo a explicação clara da finalidade do estudo, validando a informação adquirida, e obtendo a assinatura de um consentimento informado. Esse processo permitiu a construção conjunta de um plano de cuidados, promovendo a participação ativa da pessoa no programa de reabilitação. Assim, a colheita de dados foi sempre acompanhada da disponibilização prévia de informação à pessoa envolvida.

Adicionalmente, ao longo do desenvolvimento de cada RCC houve uma constante preocupação, em colaboração com os docentes orientadores, no que toca à confidencialidade. Houve o cuidado não ser revelado, ao longo do trabalho escrito, o local onde o estágio foi desenvolvido. Concomitantemente, a elaboração dos RCC implicou sempre um pedido à comissão de ética da ESSATLA de acordo com a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo (Anexo I). Nesse pedido, identifico-me e faço um enquadramento da proposta de estudo a realizar, bem como a sua metodologia, garantido a sua confidencialidade e anonimato, comprometendo-me a destruir os dados de forma definitiva no final do processo. A este pedido são anexados os instrumentos de avaliação que prevejo utilizar, bem como a *guideline* a utilizar do ponto de vista metodológico.

É importante destacar a relevância de desenvolver um plano de cuidados assente num ambiente seguro, promovendo os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência. Ao mesmo tempo em que se promoveu a capacidade de tomada de decisão informada por parte da pessoa, houve uma atenção constante à priorização do seu bem-estar e à prevenção de qualquer dano.

a) Melhoria contínua da qualidade

Ao longo dos estágios realizados no contexto do curso de MER, tive oportunidade de desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade. Participei ativamente nas iniciativas da equipa de profissionais dos locais de estágio onde me integrei, assumindo um papel dinâmico nessa procura de melhoria. Paralelamente, envolvi-me na aplicação de práticas baseadas na evidência, colaborando em atividades de monitorização, avaliação e aperfeiçoamento dos cuidados, o que permitiu reforçar a gestão de processos de melhoria contínua. De igual modo, a minha prática diária

centrou-se na promoção de um ambiente terapêutico seguro, garantindo condições adequadas para a intervenção de reabilitação e minimizando riscos para a pessoa. Passo, de seguida, a especificar exemplos de momentos em que operacionalizei este tipo de intervenções.

No estágio de reabilitação em contexto comunitário considerei importante desenvolver materiais de apoio dirigidos às pessoas incluídas nos programas de reabilitação que acompanhei, com maior prevalência em termos de casuística. Após discussão e validação com os EEER da UCC, optei pelo desenvolvimento de um panfleto intitulado “Prótese da Anca – Tenho alta, e agora?” (Apêndice III). Este recurso informativo, direcionado a pessoas submetidas a artroplastia da anca, reúne conteúdos relativos ao fortalecimento muscular no período pós-operatório, orientações de cuidados, utilização de auxiliares de marcha e medidas de prevenção de quedas.

Segundo Kenny et al. (1998) (citado por Rosendo & Santiago, 2017) é imperativa a adequação deste tipo de materiais didáticos à literacia do público a quem se destinam. Reforçam também a importância da inteligibilidade, organização estruturada e utilização de uma linguagem simples, para que a informação seja recebida da forma mais eficaz possível. (Rosendo & Santiago, 2017; School of Public Health, 2015)

Um trabalho realizado por Rosendo e Santiago (2017), demonstra que a elaboração de folhetos informativos constitui um processo sistemático de seleção de texto, desenvolvimento de conteúdos e posterior revisão e avaliação, visando assegurar a qualidade e a adequação da comunicação. Quando ao processo de validação, deve passar por 3 crivos: peritos científicos, peritos da língua portuguesa e pessoas alvo. (Rosendo & Santiago, 2017)

Desta forma, do ponto de vista prático, a elaboração deste material didático passou pela visualização de folhetos previamente existentes noutras ULS. Ao avaliar esses folhetos, juntamente com os EEER do contexto de estágio, concluímos um aspeto transversal a todos eles – a utilização de uma linguagem técnica, que poderá não estar ao alcance de todas as pessoas a quem se destinam. Deste modo e de acordo com a literatura existente, houve um foco na intenção de adaptar a linguagem utilizada, garantindo a compreensão por parte das pessoas alvo, bem como os seus cuidadores.

Perante as etapas de validação de folhetos informativos e, por uma questão de gestão de tempo e desenvolvimento de outras atividades, apenas foi possível proceder à validação científica. Esta foi realizada por parte dos EEER do contexto e, posteriormente, após alguns ajustes, foi realizado um momento formativo a todos os enfermeiros e fisioterapeuta da UCC, apresentando o folheto desenvolvido. Esse momento teve um excelente *feedback* por parte da equipa, ficando o compromisso de recorrerem a este suporte no futuro. Infelizmente não foi formalmente realizada a validação em

português nem das pessoas alvo devido ao término do estágio, no entanto foi-me garantido que será dada continuidade a esta iniciativa por parte da equipa de enfermagem da UCC.

Relativamente ao estágio profissionalizante que teve lugar na UCI de CCT, tive a oportunidade de realizar uma ação de formação com a temática: “Pneumonia associada à intubação” (Apêndice IV). Esta ação de formação foi dinamizada em modalidade *online*, por mim e pela minha enfermeira orientadora. Teve enquanto público-alvo os enfermeiros da UCI CCT, UCI de Cardiologia e serviço de CCT, bem como médicos da instituição, especialistas em anestesiologia, cardiologia, CCT e cuidados intensivos, contando com cerca de 45 participantes.

Sumariamente, o plano da sessão incluiu:

1. Introdução;
2. Enquadramento concetual;
3. Apresentação do “Feixe de intervenções de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” elaborado pela Direção Geral de Saúde (2022);
4. Apresentação de resultados obtidos a nível de uma auditoria realizada aos registos de enfermagem no primeiro semestre de 2025, no que toca ao cumprimento do feixe de intervenções;
5. Ações para implementação e melhoria;
6. Revisão do procedimento de aspiração de secreções brônquicas;
7. Avaliação do *cuff* do tubo endotraqueal;
8. Considerações finais.

Considero que a presente ação de formação teve enorme relevância, não só pelo facto de se proceder a um diagnóstico da situação da UCI, demonstrando resultados, como também revendo normas emanadas pela Direção Geral de Saúde. A formação garante que todos os profissionais aplicam práticas baseadas na evidência, diminuindo significativamente a incidência da pneumonia e, consequentemente, o risco de complicações, prolongamento da VMI e mortalidade.

Por outro lado, a formação permite alinhar procedimentos, reduzir variações e assegurar que todos seguem protocolos atualizados, nomeadamente no que toca à higiene oral, posicionamento, cuidados com o *cuff*, manipulação de circuitos e a própria técnica de aspiração de secreções. Esta cultura de vigilância, reforçando a importância da adesão aos feixes de intervenção preconizados a nível nacional, garante a prestação de cuidados de forma consistente e segura, estando demonstrada a diminuição de tempo de internamento na UCI.

Mosier et al. (2020) sustentam estas afirmações referindo que a formação de equipas multidisciplinares é fundamental na manutenção segura da intubação e prevenção de complicações, recomendando o uso de *checklists*, otimização da oxigenação e hemodinâmica, além de comunicação clara entre os membros da equipa.

Contudo, um aspeto a melhorar prende-se com o facto de não ter sido realizada a avaliação da satisfação dos participantes no final da sessão. A avaliação da satisfação assume particular importância no âmbito da formação em contexto clínico, pois permite aferir a perceção dos profissionais relativamente à pertinência dos conteúdos, à adequação da metodologia utilizada, à clareza da exposição e à aplicabilidade prática dos conhecimentos adquiridos. Para além disso, constitui um indicador relevante da qualidade formativa, possibilitando a identificação de pontos fortes e de áreas a aperfeiçoar em futuras iniciativas.

A recolha sistemática deste *feedback* favorece a melhoria contínua das ações de formação, promovendo maior adequação às necessidades reais da equipa e potenciando o envolvimento e a motivação dos profissionais. Consequentemente, contribui para uma maior eficácia na transferência do conhecimento para a prática clínica e, em última instância, para ganhos em saúde e qualidade dos cuidados prestados.

b) Gestão dos cuidados

As competências relacionadas com a gestão dos cuidados dizem respeito, por um lado, à capacidade de organizar e coordenar os cuidados de enfermagem, garantindo que a equipa atua de forma eficiente e articulada com os restantes profissionais de saúde. Por outro lado, incluem a aptidão para ajustar a liderança e a gestão dos recursos conforme as circunstâncias e o contexto, assegurando sempre a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo dos estágios realizados, este aspeto desenvolveu-se mediante a integração em equipas transdisciplinares e multidisciplinares. Relativamente ao estágio de reabilitação em contexto comunitário, a reunião diária com a equipa de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social permitiram uma articulação e participação ativa dos elementos presentes, enquadrando a situação da pessoa alvo de cuidados. Nestes momentos tive oportunidade de intervir e dar o meu contributo, demonstrando o ponto de situação da pessoa e referindo necessidades de reajuste de gestão de cuidados nomeadamente para aumento da frequência de visitas domiciliárias.

No que toca ao estágio profissionalizante na UCI de CCT, a gestão de cuidados nem sempre foi fácil na medida em que, na maioria dos turnos, apenas existia uma enfermeira especialista em ER (a minha

orientadora). Sendo que a UCI pode chegar a ter um total de 10 pessoas adultas internadas e que todas elas beneficiam de um plano de cuidados de reabilitação – a não ser que não reúnam critérios de segurança para a realização deste plano – foi sempre necessário priorizar a intervenção nas pessoas com maior necessidade, muitas vezes referenciadas pelo próprio enfermeiro responsável pelos cuidados a essa pessoa. Ao longo do estágio na UCI e após integração na equipa, os colegas começaram progressivamente a dirigir-se a mim sempre que sentiram maior necessidade de desenvolver um plano de cuidados de reabilitação com a pessoa, por exemplo pessoas com maior tempo de permanência na UCI que necessitavam de reabilitação respiratória e também motora pelo grau de imobilidade dos últimos dias ou pessoas com presença de grande quantidade de secreções e uma tosse pouco eficaz. Após o desenvolvimento de um plano de cuidados de reabilitação com uma pessoa que não estivesse atribuída à minha enfermeira orientadora, preocupei-me em transmitir de forma objetiva ao enfermeiro responsável as intervenções desenvolvidas com a pessoa e possíveis sugestões relativas a vigilância ou continuidade de cuidados – por exemplo na manutenção do uso do espirómetro ou em exercícios realizados pela pessoa e que a mesma deve replicar (de acordo com a mnemónica FITT-VP).

c) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Considero que, enquanto estudante do MER, a frequência das sessões teórico-práticas ao longo do primeiro e segundo semestres constituiu o ponto de partida para a aquisição de conhecimentos técnico-científicos atualizados. Esses conhecimentos permitiram-me progredir para a realização de estágios em diferentes contextos clínicos, possibilitando o desenvolvimento de trabalhos académicos, nomeadamente os RCC que se materializaram na articulação entre o conhecimento teórico e a prática profissional.

A aplicação da prática clínica fundamentada em evidência científica, foi demonstrada por meio da discussão estruturada de planos de cuidados de ER com os orientadores clínicos, de forma assertiva e objetiva, bem como através da partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem e a equipa transdisciplinar. Tal processo contribuiu para uma integração eficaz nas diferentes equipas, refletindo-se num contributo positivo tanto para os profissionais envolvidos como para as pessoas alvo de cuidados.

Focando no estágio em contexto comunitário, teve principalmente por base o processo ortotraumatológico. O desenvolvimento de cuidados de ER teve enquanto alvo uma franja da população com características e necessidades complexas. A participação em visitas domiciliárias e em sessões realizadas na sala de movimento possibilitou a prestação de cuidados de ER orientados para a

promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas, de forma individualizada e ajustada ao contexto domiciliário, com maior foco na reeducação funcional motora. Esta prática evidenciou a relevância de uma abordagem multifatorial, adaptada às especificidades do enquadramento familiar e social de cada pessoa, promovendo a sua recuperação e reintegração funcional.

A elaboração de planos de cuidados de ER individualizados, a utilização de instrumentos de avaliação adequados e a adaptação contínua das intervenções permitiram consolidar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos previamente, aplicando-os de forma crítica e fundamentada. O envolvimento ativo do cuidador informal revelou-se determinante para o sucesso das intervenções, reforçando a importância da educação terapêutica em contexto comunitário.

Paralelamente, esta experiência evidenciou a relevância do trabalho em equipa transdisciplinar e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados. A presença nas reuniões de equipa e a oportunidade de nelas participar, constituíram momentos fundamentais para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, favorecendo a reflexão, a discussão e a melhoria contínua da prática clínica. Destaca-se ainda a importância de estratégias educativas, como o panfleto desenvolvido (abordado previamente), enquanto recurso promotor da autonomia e da adesão ao plano terapêutico.

Quanto ao estágio profissionalizante, no contexto de UCI de CCT, tive a oportunidade de desenvolver planos de cuidados de ER num ambiente completamente diferente do anterior, transitando para um contexto hospitalar, caracterizado pela labilidade clínica da pessoa submetida a cirurgia cardíaca em pós-operatório imediato. O processo cardiorrespiratório foi predominante neste local de estágio, tendo constituído uma preocupação a prevenção de complicações associadas à UCI, à cirurgia em si e dispositivos médicos implicados (como a VMI, a imobilidade e a própria abordagem cirúrgica).

Ao longo do desenvolvimento do RCC procurei evidenciar ganhos decorrentes da intervenção do EEER, sensíveis a instrumentos de avaliação utilizados (escala numérica da dor, escala MRC, escala de Borg), demonstrando os conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento de competências práticas aliadas ao raciocínio clínico. Cada plano de cuidados de ER foi debatido com a enfermeira orientadora previamente a abordar cada pessoa, o que concedeu segurança à minha intervenção.

Por fim, o estágio realizado em contexto de internamento e consulta externa de MFR permitiu-me observar uma realidade com a qual nunca tinha contactado. Apesar de ter uma curta duração, concedeu-me a oportunidade de demonstrar conhecimentos previamente adquiridos, implementando planos de cuidados de ER e desenvolvendo o processo neurológico.

Desta forma, considero que o desenvolvimento de competências profissionais ao longo do MER permitiu-me integrar as equipas de cada contexto de estágio, dando o meu contributo na divulgação de evidência científica mais recente, enriquecendo a prestação de cuidados a nível da equipa.

Durante a realização do MER, tive também a oportunidade de frequentar as primeiras Jornadas do Núcleo de Reabilitação da ULS de Santa Maria, intituladas “Avançar Juntos: Inovação, Partilha e Transformação”. Neste momento formativo tomei conhecimento de projetos de ER a nível desta ULS, em variadas áreas de intervenção, por exemplo: a tele reabilitação, a reabilitação na pessoa amputada, a RC em fase 2 e fase 3, entre outros (Anexo II).

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019a), a reabilitação, enquanto especialidade de natureza multidisciplinar, integra um conjunto de conhecimentos e intervenções específicas que visa ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a alcançarem o seu máximo potencial funcional e de autonomia. Os seus objetivos centrais passam por melhorar a função, promover a independência e potenciar a satisfação da pessoa, contribuindo assim para a preservação da sua autoestima.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação planeia, executa e avalia planos de cuidados altamente diferenciados, orientados para os problemas reais e potenciais das pessoas. O seu aprofundado nível de conhecimento e experiência permite-lhe tomar decisões fundamentadas na promoção da saúde, na prevenção de complicações secundárias, no tratamento e na reabilitação, com o intuito de maximizar as capacidades e o bem-estar da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a)

- “J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, pp 13565 - 13568):

Relativamente a esta competência, no decorrer dos estágios desenvolvidos, tive a oportunidade de cuidar de pessoas com necessidades especiais: decorrentes do processo de doença aguda ou crónica e/ou após intervenção cirúrgica. Atendendo à complexidade da área de intervenção do EEER, o desenvolvimento desta competência concretiza-se através da elaboração, implementação e avaliação de planos de cuidados de ER, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a reintegração da pessoa na sociedade.

A realização de estágios em distintos contextos da prática clínica possibilitou o desenvolvimento de uma avaliação inicial sistematizada da pessoa alvo de cuidados, tanto em contexto comunitário como hospitalar. Neste âmbito, procedeu-se à identificação das respostas humanas associadas aos processos de transição vivenciados, permitindo a implementação de planos de cuidados individualizados, orientados para a prevenção de complicações e para a promoção da recuperação precoce.

A diversidade dos contextos em que tive oportunidade de desenvolver os estágios permitiu-me implementar planos de intervenção com o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções a vários níveis:

- UCC: maior foco na reeducação funcional motora
- UCI de CCT: maior foco na reeducação funcional cardiorrespiratória
- Internamento e consulta externa de MFR: maior foco na reeducação funcional motora, com foco nas vertentes cognitiva, sensorial, da alimentação, eliminação e sexualidade.

Considero fulcral que o raciocínio clínico do EEER contemple a adequação do seu plano de cuidados ao processo de transição experienciado pela pessoa e ao contexto em que a mesma se insere. O estágio desenvolvido em contexto comunitário possibilitou o estabelecimento de uma relação terapêutica mais próxima, decorrente da intervenção realizada em contexto domiciliário. A compreensão do contexto vivenciado pela pessoa permitiu a definição de objetivos mais específicos e ajustados às suas necessidades e à realidade em que se encontra inserida. Pelo historial de queda das pessoas de quem cuidei em contexto comunitário, as intervenções de ER tiveram enquanto principal foco a força muscular e o equilíbrio. O alerta para prevenção de quedas induzia à remoção de barreiras, como os tapetes e consciencialização do seu estado de saúde.

A elaboração dos planos de cuidados teve como referencial as *guidelines* da RNAO, designadamente “*Cuidados centrados na pessoa*”, enquadradas na perspetiva do modelo *Fundamentals of Care*. Deste modo, foi privilegiado o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, sustentada numa comunicação verbal e não verbal adequada, promovendo a construção do plano de cuidados em parceria com a pessoa, sempre que possível. Este processo implicou a adaptação das intervenções às necessidades identificadas, o envolvimento ativo da pessoa e a manutenção de uma comunicação clara, promotora de esclarecimento e motivação. A implementação dos planos de cuidados foi acompanhada por um processo sistemático de avaliação, recorrendo à recolha de *feedback* com o objetivo de validar a satisfação da pessoa e a eficácia das intervenções realizadas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Enquanto exemplo prático, na UCI de CCT desenvolvi um plano de cuidados de ER de uma pessoa que tinha sido submetida a um duplo bypass coronário após a ocorrência de um STEMI. Após apresentar-

me e explicar o planeamento da sessão, ao tentar apurar as suas expectativas, verifiquei que se tratava de alguém com pouca motivação para a implementação do plano de reabilitação, tendo conversado com a mesma no intuito de perceber quais as razões para esta desmotivação. Entendi que o facto de ser uma segunda cirurgia cardíaca lhe conferiu sentimentos de desespero, desacreditando que poderia recuperar e retomar o quotidiano do passado. Adicionalmente, pessoa acabou por me confidenciar que, no internamento anterior, não teria aderido ao plano de reabilitação devido à sua descrença no mesmo. Desta forma, ao perceber que depositou em mim a confiança necessária para proceder a esta confissão, acabei por explicar quais os exercícios que tinha planeado para a sessão e qual o objetivo de cada um deles – por exemplo, que se cumprisse exercícios de fortalecimento dos membros inferiores, isso possibilitaria um treino de marcha na sessão seguinte, o que iria permitir a diminuição do tempo de internamento. Por outro lado, a implementação do espirómetro de incentivo que transmite um *feedback* colorido e visual, foi importante para desafiar e motivar a pessoa a aderir a este planeamento. Nas sessões seguintes verifiquei uma progressão franca por parte desta pessoa, que só foi possível pelo tempo que disponibilizei a perceber a sua forma de pensar relativamente à intervenção do EEER, desmistificando e utilizando uma metodologia individualizada. Adicionalmente, este relato fundamenta a importância de considerar os aspetos psicossociais intrínsecos à pessoa, passíveis de interferir no processo de transição saúde/doença.

No âmbito da avaliação inicial, foram utilizados instrumentos de colheita de dados adequados às características da pessoa, nomeadamente o “guião de entrevista de relato de caso clínico” (Apêndice V). No contexto específico do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de CCT, foram igualmente desenvolvidas competências técnicas fundamentais à avaliação inicial, como a percussão, palpação e auscultação pulmonar. Apesar de a técnica de auscultação ter sido previamente abordada em contexto teórico-prático, o seu aperfeiçoamento revelou-se dependente da prática clínica continuada e da confrontação sistemática com a avaliação da enfermeira orientadora.

A utilização de instrumentos de avaliação foi essencial para a monitorização dos resultados da implementação do plano de cuidados de ER, não dispensando uma seleção criteriosa de acordo com a avaliação inicial da pessoa. Em contexto comunitário os instrumentos de avaliação mais utilizados foram: escala de morse, medida de independência funcional, escala de Berg, escala numérica da dor e escala MRC. Relativamente à UCI de CCT, os instrumentos de avaliação que selecionei (nomeadamente no desenvolvimento do RCC) foram: escala de morse, escala de Berg, Escala MRC, escala de Borg e escala numérica da dor.

- “J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, pp 13565 - 13568)

A pessoa deve ter um papel ativo no seu processo de adaptação à transição que vivencia, o que exige motivação para atingir os objetivos delineados pelo próprio, em parceria com o EEER. Esta motivação implica que seja detentora do conhecimento, que só é possível através do desenvolvimento de um plano de reabilitação que inclui momentos de educação, esclarecimento e validação da aquisição desses conhecimentos.

Corroborando estas afirmações, Pinto et al. (2020) defendem ser fundamental promover a participação ativa da pessoa, proporcionando-lhe oportunidades para desenvolver competências que favoreçam interações sociais em condições de igualdade, bem como o exercício da máxima autonomia.

Ao longo do estágio em contexto comunitário implementei planos de cuidados de ER que incluíam exercícios de fortalecimento muscular possíveis de replicar, na presença dos cuidadores sempre que possível. Enquanto exemplo prático, saliento uma situação que ocorreu em contexto domiciliário, relativo a uma pessoa submetida a artroplastia da anca, com compromisso da cognição, e cujo filho era o seu cuidador. O mesmo revelou elevado envolvimento, organização e disponibilidade, fatores que contribuíram de forma positiva para a implementação do plano de reabilitação. A sua presença constante nas visitas domiciliárias e a replicação dos exercícios ensinados pelos EEER favoreceram a autonomia e o desempenho da pessoa nas sessões subsequentes, o que garantiu ganhos para a mesma. Deste modo, o cuidador deve ser integrado na tomada de decisão e considerado alvo da intervenção, sendo fundamental que o EEER promova a sua capacitação e lhe assegure suporte emocional.

De acordo com Pereira et al. (2018), os EEER devem procurar soluções criativas e adequadas para problemas específicos, nomeadamente no que se refere à eliminação de barreiras arquitetónicas, quer na via pública e em espaços de uso coletivo, quer no domicílio. Salientam também que o meio edificado necessita frequentemente de ser repensado e adaptado, atendendo às necessidades das pessoas com mobilidade condicionada. As adaptações realizadas no domicílio são importantes contributos para prevenir novos episódios de queda ou constituindo meios para a realização das AVD's. Desta forma, no estágio em contexto comunitário, sempre que aplicável, foi fornecida informação à pessoa e cuidador acerca da aquisição de ajudas técnicas como o andarilho, barras no chuveiro, alteador de sanita, permitindo retomar a realização de AVD's. Essa informação não dispensou uma supervisão em caso de aquisição desses mesmos produtos de apoio, garantindo uma correta utilização dos mesmos, prevenindo novos acidentes.

No contexto da UCI de CCT, a capacitação da pessoa passa inicialmente pela reeducação funcional respiratória, promovendo o controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Um estudo conduzido por Raposo e Sousa (2020) conclui que intervenções fundamentadas nas diretrizes mais atuais, baseadas em técnicas de relaxamento e no controlo das diferentes fases do ciclo respiratório, permitiu identificar ganhos significativos na perceção da dispneia. Estes ganhos permitem a progressão da pessoa do ponto de vista do plano de intervenção de ER, tendo em vista a sua capacitação para a transição que experienciará.

Não é possível abordar a doença cardíaca sem considerar a intolerância à atividade, a qual constitui frequentemente um fator de receio para a pessoa submetida a cirurgia cardíaca, nomeadamente no que se refere à retoma da deambulação e à subida e descida de escadas. Na UCI de CCT, foi possível abordar estas temáticas junto da pessoa, promovendo a desmistificação de crenças e a educação orientada para a desconstrução de receios previamente existentes. O fornecimento de informação oral relativa às técnicas de conservação de energia revelou-se fundamental na preparação para o posterior treino de marcha, experiência que pude vivenciar neste contexto de estágio.

Enquanto exemplo elucidativo, desenvolvi um plano de cuidados de ER direcionado a uma pessoa que, previamente à cirurgia cardíaca, realizava passeios com o seu cão duas vezes por dia, com a duração aproximada de 30 minutos cada. Ao explorar este aspeto durante a avaliação, tornou-se evidente a importância significativa que essa atividade assumia no seu quotidiano, não apenas ao nível físico, mas também emocional e social, constituindo um momento de prazer, rotina e bem-estar.

Neste sentido, o plano de cuidados integrou estratégias que permitissem manter essa atividade, ainda que com as devidas adaptações. Foi explicado que, numa fase inicial, seria necessário reduzir o tempo de caminhada para cerca de 10 minutos, optando por percursos planos e próximos do domicílio, preferencialmente com a existência de bancos de jardim ou locais de apoio que possibilitassem a realização de pequenas pausas programadas — por exemplo, a meio do percurso e antes do regresso a casa. Foram ainda reforçadas orientações relativas à auto-monitorização de sinais de intolerância ao esforço, como dispneia, fadiga excessiva ou dor torácica, bem como a importância de respeitar períodos de descanso e de progredir gradualmente, de acordo com a sua tolerância.

Esta abordagem permitiu não só promover a segurança e a confiança na retoma da atividade, como também valorizar aquilo que era significativo para a pessoa, integrando os seus objetivos e preferências no processo de reabilitação. Deste modo, o cuidado assumiu uma dimensão verdadeiramente individualizada, centrada na pessoa e orientada para a promoção da autonomia e da qualidade de vida.

“J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, pp 13565 - 13568)

O desenvolvimento da presente competência implicou promover atividades que tivessem em vista maximizar as capacidades funcionais da pessoa, favorecendo um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando a sua própria progressão.

A aquisição de conhecimentos aprofundados acerca das funções motora e cardiorrespiratória a nível das sessões teórico-práticas referentes ao MER, não dispensou a complementaridade de trabalho autónomo ao longo do estágio. A aquisição desses conhecimentos aprofundados foi essencial ao desenvolvimento de programas de reabilitação a nível motor (a nível do contexto comunitário e hospitalar) e a nível cardiorrespiratório (maioritariamente na UCI de CCT).

Tão importante como o desenvolvimento de um plano de reabilitação, é a monitorização da implementação do mesmo. Por vezes verifiquei que, apesar de um plano aparentar ser adequado a uma determinada pessoa, ao aplicá-lo percebi que teria de sofrer alguns ajustes. Enquanto exemplo prático, na UCI de CCT, ao aplicar um plano de cuidados de reabilitação a uma pessoa no segundo dia de pós-operatório de um *bypass* coronário, defini como um dos objetivos a realização de exercícios de mobilização articular ativa dos membros inferiores. Contudo, durante a implementação do plano de cuidados, a pessoa apresentou um aumento progressivo da fadiga, o qual foi objetivado através da monitorização contínua de parâmetros vitais, nomeadamente o aumento da FC e da frequência respiratória (FR), bem como a diminuição da TA e da saturação periférica de oxigénio (SpO₂). Perante esta situação, procedeu-se à adaptação da intervenção, com a transição dos exercícios de mobilização dos membros inferiores para a modalidade passiva. Desta forma, foi possível adequar o plano de cuidados à tolerância da pessoa, assegurando a continuidade da intervenção de forma segura, individualizada e centrada nas suas necessidades.

No que toca à maximização da funcionalidade, em contexto comunitário verifiquei que o medo de cair representou muitas vezes um fator inibidor da implementação de um plano de reeducação funcional motora. Por este motivo, por vezes a minha intervenção a nível do domicílio passou por providenciar estratégias à pessoa (e respetivo cuidador) que promovessem a redução desse receio. Enquanto exemplo, um estudo conduzido por Belo Fernandes et al. (2020) identifica fatores essenciais a considerar na prevenção de quedas, nomeadamente o conhecimento do ambiente em que a pessoa se insere, incluindo as características do piso, a presença de possíveis obstáculos físicos e o tipo de calçado utilizado. Neste sentido, a minha intervenção baseou-se nestes fatores, através da educação da pessoa para a identificação e gestão de riscos ambientais, bem como para a adoção de comportamentos seguros. Esta abordagem teve como objetivo não só a prevenção de quedas, mas

também a promoção da autonomia e o reforço da sensação de autoconfiança da pessoa na realização das suas AVD's.

4.3. Competências de Mestre

De acordo com o Decreto de Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, para obtenção do grau de Mestre numa determinada área de especialidade é necessário:

- a) Deter conhecimentos e capacidade de compreensão que, sustentados nos saberes adquiridos ao nível do 1º ciclo de estudos, permitam o seu desenvolvimento e aprofundamento, constituindo simultaneamente a base para aplicações e desenvolvimentos originais, nomeadamente em contextos de investigação;
- b) Demonstrar capacidade para aplicar os conhecimentos adquiridos e a compreensão desenvolvida à resolução de problemas em situações novas e não familiares, inseridas em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a área de estudo;
- c) Adquirir aptidão para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e formular soluções ou emitir juízos fundamentados em contextos de informação limitada ou incompleta, incluindo a reflexão crítica sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais associadas a essas soluções ou juízos;
- d) Capacidade para comunicar de forma clara, rigorosa e sem ambiguidades as conclusões alcançadas, bem como os conhecimentos e raciocínios que lhes estão subjacentes, dirigindo-se quer a públicos especializados, quer a não especializados;
- e) Desenvolvimento de competências que promovam a aprendizagem ao longo da vida, assente numa postura predominantemente autónoma e auto-orientada.

A integração das competências necessárias para a aquisição do grau de mestre constituiu um percurso desenvolvido de forma gradual, com início em outubro de 2024, que se prolongou ao longo dos 3 semestres do MER da ESSATLA.

No período que compreendeu os meses de outubro de 2024 e abril de 2025, deu-se a componente teórica e teórico-prática, permitindo adquirir e consolidar conhecimentos no âmbito da enfermagem de reabilitação. Paralelamente foram desenvolvidas competências na área da investigação em enfermagem e fomentada, por parte do corpo docente, a possibilidade de publicação de artigos científicos na área da ER, promovendo então a disseminação do conhecimento adquirido.

Entre o mês de maio de 2025 e julho de 2025, a realização do estágio em contexto comunitário constituiu um espaço privilegiado para o desenvolvimento e consolidação das competências inerentes ao grau de mestre. Sustentado nos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ciclo de estudos e aprofundados no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, este percurso permitiu o desenvolvimento de saberes especializados e a sua aplicação em contextos reais, junto de uma população com características e necessidades complexas.

No âmbito da UC Investigação em enfermagem foi desenvolvida uma revisão da literatura em parceria com outros estudantes do MER, intitulada “Intervenções de Enfermagem no Adulto com Fibrose Quística” que, após alguns ajustes, constituiu o capítulo do livro “Enfermagem de Reabilitação: Fundamentos, Intervenção e Resultados”, intitulado “Intervenções de Enfermagem no Adulto com Fibrose Quística” (Apêndice VI).

No decorrer da UC Enfermagem de Reabilitação em Contexto Comunitário desenvolvi também, em parceria com outros estudantes, um trabalho académico que constituiu publicação na revista científica *Interdisciplinary Rehabilitation*, intitulado “*Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings*” (Apêndice VII).

Do ponto de vista da componente prática em contexto comunitário, a realização de visitas domiciliárias e a intervenção na sala de movimento possibilitou uma aplicação crítica dos conhecimentos teóricos à resolução de problemas em situações novas e com as quais estava previamente pouco familiarizada, frequentemente marcadas por contextos multidisciplinares e por condicionantes ambientais, sociais e familiares. A elaboração e implementação de planos de reabilitação individualizados, apoiados em instrumentos de avaliação adequados e ajustados continuamente à evolução das pessoas, permitiram integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, muitas vezes em contextos de informação limitada, exigindo juízos clínicos fundamentados e eticamente responsáveis.

A comunicação clara e eficaz, dirigida quer à pessoa e respetivo cuidador, quer aos restantes profissionais de saúde, constituiu uma competência central ao longo do estágio. O envolvimento ativo do cuidador informal e a implementação de estratégias de educação terapêutica, nomeadamente através da elaboração de um panfleto informativo, reforçaram a adesão ao plano terapêutico e promoveram a autonomia das pessoas.

Paralelamente, a experiência em contexto comunitário destacou a importância do trabalho em equipa transdisciplinar e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados. As reuniões de equipa e a supervisão dos EEER foram determinantes para o desenvolvimento profissional e pessoal,

promovendo a reflexão crítica sobre a prática e incentivando uma aprendizagem contínua, autónoma e ao longo da vida, em consonância com as competências exigidas ao grau de mestre.

No caso do estágio profissionalizante, tive oportunidade de dar continuidade ao percurso previamente estabelecido, desenvolvendo a capacidade de aplicar conhecimentos e resolver novos problemas noutra complexidade de contexto. A implementação de intervenções, centradas na capacitação da pessoa e prevenção de complicações associadas à cirurgia cardíaca e à permanência na UCI, permitiram obter ganhos significativos em diferentes focos (ventilação, expetoração e intolerância à atividade) traduzidos na melhoria da capacidade ventilatória, na diminuição da perceção de esforço e na progressão do treino de marcha. Este processo exigiu integração de conhecimentos teórico-práticos e emissão de juízos clínicos fundamentados, sobretudo perante informação limitada e barreiras relevantes, como, por vezes, a dificuldade de comunicação, a alimentação inadequada e o prolongamento da permanência na UCI.

A necessidade de lidar com estas barreiras reforçou a importância da reflexão crítica, da tomada de decisão ética e da colaboração interdisciplinar, evidenciando a competência para atuar em contextos multidisciplinares e articular cuidados centrados na pessoa. Paralelamente, a comunicação clara e eficaz com a pessoa, equipa multidisciplinar e restantes intervenientes revelou-se essencial para o sucesso do plano terapêutico, promovendo a compreensão, a adesão e a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação. Este percurso evidenciou, assim, o desenvolvimento de competências avançadas, reflexivas e autónomas, fundamentais à prática do EEER e alinhadas com as exigências de aprendizagem inerentes ao grau de mestre.

Por fim, a componente de estágio profissionalizante realizada no contexto do internamento e consulta de MFR, concedeu-me a oportunidade de observar em contexto prático algumas temáticas abordadas ao nível das sessões teóricas e teórico práticas do MER. Apesar de ter sido um estágio de duração mais curta, pude demonstrar competências previamente adquiridas do ponto de vista da comunicação e raciocínio clínico, características do 2º ciclo.

5. ANÁLISE SWOT

O percurso formativo enquanto futura EEER foi marcado por múltiplos momentos que se constituíram como oportunidades significativas de aprendizagem, com um contributo determinante para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Com o objetivo de realizar uma reflexão estruturada, crítica e fundamentada sobre o presente contexto de estágio, recorre-se à análise SWOT (*Strenght Weakness Opportunities Threats*) como ferramenta de suporte. Segundo Afonso et al. (2013), este instrumento analítico integra quatro dimensões: *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças), permitindo uma caracterização sistemática do ambiente interno, através da identificação de forças e fragilidades, e do ambiente externo, por meio da análise de oportunidades e constrangimentos.

A utilização da análise SWOT possibilita a avaliação integrada de fatores internos e externos, auxiliando na definição de estratégias, na identificação de riscos potenciais e na priorização de problemas que requerem intervenção. Neste sentido, constitui um instrumento pertinente para a reflexão crítica sobre a prática clínica e o contexto formativo.

Assim, de seguida procede-se à análise do percurso formativo no âmbito do MER, de acordo com as premissas inerentes à metodologia SWOT.

- *Strengths* (forças)

A consolidação de saberes teórico-práticos adquiridos e desenvolvidos ao longo do 1.º e 2.º semestres do MER constituiu uma base sólida que me preparou de forma progressiva e consistente para os desafios inerentes ao 3.º semestre deste plano de estudos. Este percurso formativo permitiu não apenas a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos, mas também o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais determinantes para a prática especializada.

Entre as principais forças internas destaca-se o conjunto de qualidades pessoais que sustentam o meu desempenho académico e clínico, nomeadamente o sentido de responsabilidade, a capacidade de reflexão crítica e a resiliência perante desafios. A estas acrescenta-se uma procura constante pela melhoria contínua, traduzida na procura de momentos aprendizagem, na atualização permanente de conhecimentos e na valorização da evidência científica como suporte à prática de ER.

A motivação intrínseca para o desenvolvimento de competências especializadas revelou-se um fator determinante ao longo deste percurso, funcionando como impulsionador do envolvimento ativo nas componentes teórica e prática do curso. A consolidação dos conhecimentos ao longo dos dois primeiros semestres, através de uma componente teórico-prática integrada, permitiu articular conceitos científicos com a realidade clínica, promovendo uma compreensão aprofundada das intervenções específicas do EEER.

Em contexto de estágio, a progressão gradual de uma postura inicialmente observadora para uma participação cada vez mais ativa constituiu uma força significativa no desenvolvimento de competências. Esta evolução foi sustentada pela capacidade de autoavaliação, pelo reconhecimento das próprias limitações e pela integração sistemática do *feedback* recebido, o qual se revelou fundamental para moldar e aperfeiçoar a intervenção clínica.

Assim, a conjugação entre estes fatores constituiu um conjunto de forças internas que potenciaram de forma positiva o meu percurso no MER, favorecendo o desenvolvimento de uma prática especializada e reflexiva.

- *Weaknesses* (fraquezas)

Considero que a identificação das fraquezas internas assume um papel fundamental no processo de autorreflexão e desenvolvimento profissional ao longo do MER. Este percurso formativo implicou a saída da minha zona de conforto, uma vez que a minha experiência profissional prévia esteve maioritariamente centrada no contexto de serviço de urgência, o que representou um desafio significativo na adaptação a novos modelos de cuidado e diferentes contextos clínicos.

A realização de estágios em áreas que nunca havia experienciado anteriormente evidenciou algumas limitações iniciais, nomeadamente ao nível da familiaridade com intervenções específicas da ER e da gestão autónoma dos cuidados em contextos menos orientados para a resposta imediata. Esta transição revelou sentimentos de insegurança, sobretudo nas fases iniciais dos ensinamentos clínicos, condicionando temporariamente a tomada de decisão e a confiança na aplicação dos conhecimentos adquiridos. Estes fatores poderão, igualmente, ter comprometido a minha habitual proatividade e intervenção.

A insegurança sentida esteve, em parte, associada à perceção das próprias limitações e à necessidade de integrar novos referenciais teóricos e práticos. Embora esta fragilidade possa ser interpretada como

um obstáculo, assumiu também um papel relevante ao estimular a reflexão crítica, a procura ativa de supervisão e o recurso ao *feedback* enquanto ferramentas de aprendizagem e melhoria contínua.

Assim, o reconhecimento destas fraquezas internas permitiu delinear estratégias de superação, promovendo o desenvolvimento progressivo da autonomia, da autoconfiança e da capacidade de adaptação a diferentes contextos. A consciencialização das áreas a melhorar constituiu, deste modo, um elemento essencial para o crescimento pessoal e profissional ao longo do percurso formativo, contribuindo para a construção de uma prática especializada mais segura, fundamentada e eficaz.

- *Opportunities* (oportunidades)

As oportunidades associadas ao percurso formativo do MER refletem-se na diversidade e riqueza dos contextos formativos, bem como nas possibilidades de desenvolvimento científico e profissional que o 2º ciclo proporciona.

O estágio em contexto comunitário constituiu uma oportunidade formativa de elevada relevância, permitindo a consolidação de competências em contexto real. Possibilitou a aplicação dos princípios da reabilitação na avaliação funcional da pessoa, com enfoque na promoção da autonomia, na prevenção de acidentes e na melhoria da qualidade de vida. A intervenção em contexto comunitário favoreceu uma abordagem centrada na pessoa, ao considerar o seu ambiente domiciliário, familiar e social, permitindo identificar fatores que influenciam o processo de reabilitação. Paralelamente, contribuiu para o desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica, educação para a saúde e trabalho em equipa multidisciplinar. Esta experiência promoveu ainda o pensamento crítico, a tomada de decisão autónoma e o fortalecimento da identidade profissional enquanto futura EEER.

O estágio na UCI de CCT representou uma oportunidade formativa fundamental, ao proporcionar a aquisição desenvolvimento de competências num contexto de elevada complexidade clínica. Este estágio permitiu-me desenvolver capacidades avançadas de avaliação e intervenção na pessoa em situação crítica, frequentemente submetida a VMI e monitorização hemodinâmica contínua. A prática em UCI favoreceu a consolidação de competências técnicas específicas ER, nomeadamente na mobilização precoce, na otimização da função respiratória, na prevenção de complicações associadas à imobilidade e na promoção da funcionalidade. Potenciou ainda o desenvolvimento do pensamento crítico, da tomada de decisão baseada na evidência científica e da gestão do risco clínico. A integração numa equipa multidisciplinar altamente diferenciada contribuiu para a consolidação de competências comunicacionais, trabalho em equipa e articulação de cuidados, reforçando a responsabilidade do ER neste contexto.

O estágio no internamento e consulta externa de MFR, apesar de ter uma curta duração, constituiu uma oportunidade privilegiada para o aprofundamento das intervenções específicas do EEER, centradas na maximização da funcionalidade, na recuperação e na adaptação da pessoa à sua limitação funcional. Este contexto permitiu o contacto com diferentes condições clínicas e programas de ER, promovendo a integração de abordagens terapêuticas diversificadas e a consolidação de conhecimentos técnicos e científicos. Foi ainda possível testemunhar a articulação estreita em equipa transdisciplinar: médicos especialistas em MFR, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas e enfermeiros.

Adicionalmente, a realização do mestrado ofereceu a oportunidade de disseminação de conhecimento científico, através da elaboração de artigos científicos. Esta vertente contribui para o desenvolvimento de competências de investigação, análise crítica da evidência e escrita científica, potenciando a prática baseada na evidência e a valorização da ER em contexto académico e clínico.

- *Threats* (ameaças)

A identificação das ameaças associadas à realização do MER permite reconhecer fatores externos e contextuais que considero, em determinados momentos, terem condicionado o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências.

A nível da componente teórica e teórico-prática, a elevada carga horária exigida pelo plano de estudos constituiu uma ameaça significativa, sobretudo pela dificuldade em conciliar as exigências académicas com um contexto laboral altamente exigente, praticado em regime de turnos rotativos. Esta conjugação implicou um esforço acrescido na gestão do tempo, podendo condicionar momentos de estudo autónomo, descanso e reflexão crítica, essenciais para a consolidação dos conteúdos lecionados.

No estágio em contexto comunitário, a intervenção no espaço pessoal da pessoa revelou-se um desafio acrescido, uma vez que, em algumas situações, suscitou sentimentos de desconfiança por parte da mesma, dificultando o estabelecimento da relação terapêutica. Neste cenário, o ónus da intervenção recai maioritariamente sobre a pessoa, sendo o EEER responsável por se adaptar ao ambiente domiciliário, aos ritmos e dinâmicas da pessoa e família, o que, inicialmente, se constituiu como um fator potencialmente limitador da eficácia da intervenção.

Relativamente ao contexto da UCI de CCT, a fase inicial de integração foi caracterizada por desafios de adaptação, associados à necessidade de maior aproximação entre os diferentes profissionais,

nomeadamente entre os EEER e os fisioterapeutas. A promoção de estratégias de comunicação e de trabalho em equipa poderá favorecer a continuidade e a eficácia das intervenções de ER, com potencial impacto positivo nos resultados em saúde da pessoa alvo de cuidados.

No que respeita ao estágio em contexto de internamento e consulta externa de MFR, a duração limitada do mesmo, decorrente da necessidade de cumprimento de carga horária associada a processos formativos definidos pela Mesa do Colégio, condicionou a possibilidade de uma intervenção mais prolongada. Este enquadramento favoreceu uma participação maioritariamente observacional, com menor oportunidade para uma atuação progressivamente autónoma, aplicação sistemática dos conhecimentos adquiridos e acompanhamento longitudinal da evolução funcional das pessoas.

Adicionalmente, de um modo geral, a dificuldade de algumas pessoas em aderir ao plano de (ER), influenciada por crenças pessoais, falta de informação ou reduzida confiança no profissional, constituiu um fator limitador da intervenção. Perante este desafio, tornou-se necessário desenvolver uma conduta profissional fortemente caracterizada pela educação para a saúde, pela comunicação terapêutica e pela implementação de estratégias promotoras de motivação, as quais se revelaram fundamentais para colmatar o défice de informação identificado e promover o envolvimento ativo da pessoa no seu processo de reabilitação.

Assim, as ameaças identificadas refletem constrangimentos organizacionais, contextuais e temporais que, embora tenham representado desafios ao longo do percurso formativo, contribuíram igualmente para o desenvolvimento de competências que caracterizam este mesmo percurso.

6. Considerações finais

O percurso formativo desenvolvido no âmbito do 3.º Curso de MER permitiu consolidar, de forma integrada e sustentada, o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEER e das competências de mestre, evidenciando o alcance dos objetivos inicialmente delineados. Ao longo dos diferentes contextos de estágio — comunidade, UCI de CCT internamento de MFR — foi possível articular conhecimento científico atualizado, pensamento crítico e julgamento clínico especializado, traduzindo-se numa prática progressivamente mais autónoma, fundamentada e centrada na pessoa.

No domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, demonstrou-se capacidade de tomada de decisão ética e fundamentada, de gestão de cuidados em contextos de elevada complexidade e de articulação interprofissional. A integração sistemática da evidência científica na prática, bem como a participação em iniciativas de melhoria contínua da qualidade, evidenciaram uma atuação responsável e alinhada com os padrões profissionais. Paralelamente, no que respeita às competências específicas do EEER, a intervenção junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca na UCI constituiu um espaço privilegiado de afirmação do cuidado especializado, particularmente na avaliação precoce de alterações funcionais, na implementação de programas estruturados de mobilização precoce e reeducação funcional respiratória e na prevenção de complicações associadas à imobilidade. A utilização de instrumentos de avaliação validados permitiu evidenciar ganhos objetivos ao nível da força muscular, tolerância ao esforço e autonomia nas AVD's.

O desenvolvimento das competências de mestre manifestou-se na capacidade de análise crítico-reflexiva da prática, na mobilização de referenciais teóricos como o Modelo *Fundamentals of Care* e os Cuidados Centrados na Pessoa para sustentar decisões clínicas, e norteando a elaboração dos RCC. A problematização constante das intervenções desenvolvidas, aliada à reflexão ética e científica, demonstrou autonomia intelectual e maturidade profissional, confirmando o alcance dos objetivos académicos e formativos propostos.

Importa reforçar que a pré-habilitação constitui uma etapa estratégica e diferenciadora no percurso da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, particularmente quando se considera a elevada prevalência de condições como a sarcopenia, a fragilidade e o baixo nível funcional nesta população. A identificação precoce da sarcopenia revela-se determinante, uma vez que a diminuição da massa e da força muscular compromete a capacidade funcional, aumenta o risco de complicações pós-operatórias e pode atrasar a recuperação. Neste sentido, a pré-habilitação, ao integrar exercício físico estruturado, intervenção nutricional adequada — com especial enfoque no aporte proteico —, treino respiratório

e suporte psicológico, permite otimizar a reserva fisiológica e preparar a pessoa para o stress cirúrgico. O papel do EEER assume particular relevância na avaliação individualizada, na estratificação do risco e na implementação de intervenções personalizadas e baseadas na evidência, articuladas com programas como o ERAS. Assim, mais do que uma preparação para a cirurgia, a pré-habilitação configura-se como uma oportunidade de intervenção antecipatória, promotora de autonomia, capacitação e melhores resultados em saúde.

Da experiência desenvolvida emergem recomendações claras para a prática, educação e políticas de saúde. Torna-se fundamental integrar de forma sistemática programas estruturados de mobilização precoce nas UCI, com reconhecimento formal da responsabilidade do EEER nestes contextos. A nível formativo, importa investir na capacitação contínua das equipas em reabilitação em contexto crítico e reforçar a literacia em saúde da pessoa e família desde o período pré-operatório. Em termos de políticas, destaca-se a necessidade de definir rácios adequados de especialistas e de incluir indicadores de reabilitação precoce nos sistemas de avaliação da qualidade assistencial.

Como proposta de continuidade, considera-se pertinente o desenvolvimento de projetos de investigação que avaliem o impacto de um protocolo estruturado de mobilização precoce em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, analisando variáveis como força muscular, tempo de ventilação mecânica, duração do internamento e qualidade de vida após a alta. A articulação entre a fase hospitalar e acompanhamento em contexto comunitário poderá igualmente constituir uma linha de desenvolvimento futura, promovendo uma abordagem integrada e longitudinal da reabilitação cardíaca.

Ao longo do percurso, surgiram dificuldades relacionadas com a complexidade clínica das pessoas em situação crítica, limitações organizacionais e necessidade de harmonização de práticas interdisciplinares. Para as superar, recorreu-se à fundamentação científica das intervenções, à comunicação assertiva, ao planeamento rigoroso e à reflexão sistemática sobre a prática. Estas estratégias permitiram transformar constrangimentos em oportunidades de crescimento, reforçando a resiliência, a autonomia e a capacidade de liderança clínica. Em síntese, o caminho percorrido consolidou uma identidade profissional especializada, crítica e humanizada, sustentada na evidência e orientada para a excelência dos cuidados em ER.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A., Pires, C., Vaz, T., & Anes, E. M. (2013). *Análise Swot do Curso de Enfermagem*. Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/66c3dc8e-8113-4431-9cbf-c7c9cac17b67>
- Belo Fernandes, J., Lourenço Sá, M. C., & Campos Nabais, A. S. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 57–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>
- Bhatt, D. L., Lopes, R. D., & Harrington, R.A. (2022) Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndromes: A Review. *JAMA*. 2022;327(7):662–675. <https://doi:10.1001/jama.2022.0358>
- Coca-Martinez, M., & Carli, F. (2024). Prehabilitation: Who can benefit?. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 50(5), 106979. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2023.07.005>
- Cruz, J., Carneiro, B., & Machado, A. (2023). Mobilização precoce em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Revista CPAQV – Centro De Pesquisas Avançadas Em Qualidade De Vida*, 15(2). <https://doi.org/10.36692/V15n2-31R>
- Decreto-Lei nº. 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência. (2013). I série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/115-2013-498487>
- Direção Geral de Saúde. (2022). Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Consultado a 5 de novembro de 2025 <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Engelman, D. T., Ben Ali, W., Williams, J. B., Perrault, L. P., Reddy, V. S., Arora, R. C., Roselli, E. E., Khoynezhad, A., Gerdisch, M., Levy, J. H., Lobdell, K., Fletcher, N., Kirsch, M., Nelson, G., Engelman, R. M., Gregory, A. J., & Boyle, E. M. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA surgery*, 154(8), 755–766. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1153>
- Fernandes, D. S. C., Cerejo, M. N. R., & Gonçalves, M. A. R. (2024). Ensino pré-operatório de enfermagem: Impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.118.33206>

- Fernandes, A. C. N., Jorge, C. H., Weatherall, M., Ribeiro, I. V., Wallace, S. A., & Hay-Smith, E. J. C. (2025). Pelvic floor muscle training with feedback or biofeedback for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD009252. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009252.pub2>
- Fleurent-Grégoire, C., Burgess, N., Mclsaac, D. I., Chevalier, S., Fiore, J. F., Jr, Carli, F., Levett, D., Moore, J., Grocott, M. P., Copeland, R., Edbrooke, L., Engel, D., Testa, G. D., Denehy, L., & Gillis, C. (2024). Towards a common definition of surgical prehabilitation: a scoping review of randomised trials. *British journal of anaesthesia*, 133(2), 305–315. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.02.035>
- Garcia, S. H., Orquendo, J. A. M., Estany, E. R. (2014). Hospitalization phase of cardiac rehabilitation: protocol for acute coronary syndrome. *Corsalud*, 6 (1), 97-104. <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/download/185/421/701>
- Gaudino, M., Andreotti, F., & Kimura, T. (2023). Current concepts in coronary artery revascularisation. *Lancet (London, England)*, 401(10388), 1611–1628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00459-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00459-2)
- Gonçalves, C. G., & Groth, A. K. (2019). Prehabilitation: how to prepare our patients for elective major abdominal surgeries?. Pré-habilitação: como preparar nossos pacientes para cirurgias abdominais eletivas de maior porte?. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 46(5), e20192267. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192267>
- Herridge, M. S., & Azoulay, É. (2023). Outcomes after Critical Illness. *The New England journal of medicine*, 388(10), 913–924. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2104669>
- Hickmann, C. E., Castanares-Zapatero, D., Bialais, E., Dugernier, J., Tordeur, A., Colmant, L., Wittebole, X., Tirone, G., Roeseler, J., & Laterre, P. F. (2016). Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. *Annals of intensive care*, 6(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13613-016-0184-y>
- Hulzebos, E. H., Helders, P. J., Favié, N. J., De Bie, R. A., Brutel de la Riviere, A., & Van Meeteren, N. L. (2006). Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *JAMA*, 296(15), 1851–1857. <https://doi.org/10.1001/jama.296.15.1851>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025) Causas de Morte - Menos mortes por doenças do aparelho circulatório – 2023. Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 14 de janeiro de 2026

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2

- Kitson A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kloss, P., Lindholz, M., Milnik, A., Azoulay, E., Cecconi, M., Citerio, G., De Corte, T., Duska, F., Galarza, L., Greco, M., Girbes, A. R. J., Kesecioglu, J., Mellinghoff, J., Ostermann, M., Pellegrini, M., Teboul, J. L., De Waele, J., Wong, A., & Schaller, S. J., (2023). Early mobilisation in critically ill COVID-19 patients: a subanalysis of the ESICM-initiated UNITE-COVID observational study. *Annals of intensive care*, 13(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s13613-023-01201-1>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). 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>
- 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>
- Modolo, R., Chichareon, P., Kogame, N., Dressler, O., Crowley, A., Ben-Yehuda, O., Puskas, J., Banning, A., Taggart, D. P., Kappetein, A. P., Sabik, J. A., Onuma, Y., Stone, G. W., & Serruys, P. W. (2019). Contemporary Outcomes Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery for Left Main Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(15), 1877–1886. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.12.090>
- Mosier, J. M., Sakles, J. C., Law, J. A., Brown, C. A., & Brindley, P. G. (2020). Tracheal Intubation in the Critically Ill. Where We Came from and Where We Should Go. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 201(7), 775–788. <https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1636CI>
- Norhammar, A., Bodegard, J., Vanderheyden, M., Tangri, N., Karasik, A., Maggioni, A., Sveen, K., Taveira-Gomes, T., Botana, M., Hunziker, L., Thuresson, M., Barnerjee, A., Sundstrom, J., & Bollman, A. (2023). Prevalence, outcomes and costs of a contemporary, multinational population with heart failure. *Heart* 109:548–556. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2022-321702>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade Enfermagem de Reabilitação*. Consultado a 12 de setembro de 2025 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Padr

aoDocumental_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 13 de outubro 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.º 10). Consultado a 10 de outubro 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 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. (2019b). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série, Nº 26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Consultado a 9 de outubro de 2025

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação* n.º 03/2023. Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 21 de janeiro de 2026 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30948/parecer-da-mceer-03-2023_a-implementa%C3%A7%C3%A3o-de-exerc%C3%ADcio-nos-doentes-de-alto-risco-cardiovascular-realizado-por-er_anonimizado.pdf

Meireles Pinto, D. R., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., & Dornelles Schoeller, S. (2020). Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: referencial de Axel Honneth. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 20–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.3.5774>

Pinho, A., Pires, J., Façanha, J., & Cera, M. (2024). Impacto de um Projeto de Reabilitação na Comunidade: Estudo Quasi Experimental. *RPER*, 7(1), pp. 1-9. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.38>

Rao, S., O'Donoghue, M., Ruel, & M. et al. (2025) ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of

Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *JACC*. 2025 Jun, 85 (22) 2135–2237. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.11.009>

Registered Nurses' Association of Ontario (2025). *People-Centred Care*. (3th edition). IABPG

República Portuguesa (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Consultado a 14 de janeiro de 2026 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Ribeiro, P., Canas, L., Magalhães, M., Ribeiro, L., Torres, N., & Abreu, T. (2024). Paradigmas de Enfermagem. In A. C. Oliveira (Coord.), *Perspetivas integradas em Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 87-96). Atena Editora

Rosendo, I., & Santiago, L. (2017) Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua, terapêutica e exercício físico. *Rev Port Med Geral Fam*, 33:244-50. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/pt/article/view/12224>

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>

Santangelo, G., Bursi, F., Faggiano, A., Moscardelli, S., Simeoli, P., Guazzi, & M. et al. (2023). The Global Burden of Valvular Heart Disease: From Clinical Epidemiology to Management. *J Clin Med*, 12(6), 2178. <https://doi.org/10.3390/jcm12062178>

Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G. A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K. E., Hall, J. B., & Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 373(9678), 1874–1882. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9)

Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., De Smedt, D., Galeon, C., Maggioni, A., Petersen, S., & Huculeci, N. (2022) European Society of Cardiology. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *European Heart Journal*, 43(8), 716-799. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab892>

Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 31(6), 485–493. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584>

- Wang, R., Huang, X., Wang, Y., & Akbari, M. (2022). Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Frontiers in Public Health*, 10, 854673. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854673>
- Wang, K., & Dai, S. (2025). Analysis of the effects of a goal-oriented pulmonary rehabilitation training program based on patients with ventilator withdrawal difficulties in the ICU. *Medicine*, 104(33), e43846. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000043846>
- Zhang, L., Hu, W., Cai, Z., Liu, J., Wu, J., Deng, Y., Yu, K., Chen, X., Zhu, L., Ma, J., & Qin, Y. (2019). Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 14(10), e0223185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223185>

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 hemiartroplastia da anca - Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Sofia Ribeiro nº: 202490021

Docente:

Professor Doutor Nelson Guerra

Enfermeira Supervisora:

Cidália Soares

Barcarena

junho 2025

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

Trabalho académico

A pessoa submetida a hemiartroplastia da anca - Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Sofia Ribeiro nº: 202490021

Docente:

Professor Doutor Nelson Guerra

Enfermeiro Supervisor:

Cidália Soares

Barcarena

junho 2025

RESUMO

Introdução:

O envelhecimento populacional e a elevada incidência de quedas em idosos tornam a fratura da anca um relevante problema de saúde pública. A hemiartroplastia da anca surge como tratamento frequente, exigindo reabilitação especializada, especialmente em contextos de défice cognitivo.

Objetivo:

Analisar os ganhos da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) numa cliente idosa, com compromisso cognitivo, submetida a hemiartroplastia da anca, em contexto comunitário.

Metodologia:

Relato de caso clínico mediado pela *checklist CARE*. A informação foi recolhida através de consulta de processo clínico, entrevista não estruturada da cliente/cuidador e observação direta. Foram aplicados instrumentos validados (Barthel, MIF, MRC, Tinetti, Berg, Braden e Morse). Intervenções de enfermagem planeadas e executadas durante três semanas.

Resultados:

Verificaram-se melhorias na força muscular, redução da dor e ganhos funcionais. Apesar da persistência de risco elevado de queda, houve melhoria nos conhecimentos e capacidades da cliente e cuidador, promovendo maior segurança e autonomia.

Conclusões:

A intervenção do EEER revelou-se essencial na reabilitação funcional e readaptação ao domicílio, mesmo em contextos de défice cognitivo. O envolvimento do cuidador informal foi decisivo na continuidade dos cuidados. A prática em contexto comunitário destaca a importância de estratégias flexíveis, adaptadas e educativas.

Palavras-chaves: autocuidado; enfermagem de reabilitação; hemiartroplastia da anca; reabilitação funcional motora.

ÍNDICE

.....	1
LISTA DE ABREVIATURAS	5
RESUMO	6
ÍNDICE	7
INTRODUÇÃO	8
MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	20
DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
APÊNDICES.....	i
Apêndice I – Pedido à comissão de ética	i
Apêndice II – Consentimento informado, livre e esclarecido.....	iv
Apêndice III – Índice de Barthel.....	vi
Apêndice IV – Medida de Independência Funcional	vii
Apêndice V – Escala MRC	viii
Apêndice VI – Tinetti Ballance & Gait Assesement	ix
Apêndice VII – Escala de Berg.....	x
Apêndice VIII – Escala de Braden.....	xi
Apêndice IV – Escala de Morse	xii

INTRODUÇÃO

O presente documento é desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, inserida no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Neste contexto é proposta a realização de um relato de caso clínico que espelhe os conhecimentos adquiridos no que concerne à elaboração e implementação de um plano de cuidados de ER, em contexto comunitário.

Tendo em conta as oportunidades que surgiram ao longo do estágio realizado em contexto de uma UCC na área da grande Lisboa, bem como a pertinência da temática, optei por seleccionar uma cliente do género feminino, submetida a hemiartroplastia da anca após uma queda que resultou em fratura da mesma.

O estudo de PaRIS (*Patient-Reported Indicator Services*) realizado em 2023 apura que em pessoas com mais de quarenta e cinco anos, oito em cada dez é portador de pelo menos uma doença crónica (OECD, 2023). Por outro lado, uma das maiores transformações demográficas enfrentada pelos países desenvolvidos nos últimos anos tem sido o envelhecimento populacional. Prevê-se que a população idosa, composta por indivíduos com 60 anos ou mais, venha a duplicar até ao ano de 2050 e a mais do que triplicar até 2100. Em termos absolutos, estima-se um aumento de 962 milhões de pessoas em 2017 para cerca de 2,1 mil milhões em 2050, atingindo aproximadamente 3,1 mil milhões até o final do século. (ONU, 2024)

Alves et al. (2024) defendem que as quedas em pessoas idosas representam um relevante problema de saúde pública, devido à sua elevada incidência, ao impacto na utilização dos serviços de saúde e ao facto de serem uma das principais causas de procura por atendimento nas urgências hospitalares. Um estudo realizado no ano de 2023 em Portugal detalhou o registo de 40 842 episódios de queda que motivaram ida ao serviço de urgência em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Demonstrou-se também o aumento da prevalência de quedas ao longo dos grupos etários, sendo a proporção de episódios de queda em mulheres de cerca de 63,7-70%. (Alves et al, 2024)

Fialho et al. (2025) defendem que as fraturas da anca perfilam uma das principais causas de morte nos idosos, apesar de associados a traumatismos que envolvem baixa energia. Segundo Zhang et al. (2024), as fraturas do colo do fémur, ao possuírem elevada taxa de deslocamento

ósseo, motivam que a colocação de uma prótese seja a única opção favorável a uma recuperação da mobilidade por parte do cliente.

A hemiartroplastia da anca é uma cirurgia ortopédica em que apenas a parte superior do fémur - que se encaixa na articulação do quadril - é substituída por uma prótese. A outra parte da articulação, o acetábulo, é mantida intacta. Este tipo de intervenção é geralmente recomendado para tratar fraturas no colo do fémur, especialmente em pessoas idosas com menor nível de atividade ou que apresentam problemas de saúde que tornam a substituição total do quadril um risco maior. (Bhandari et al., 2019)

A decisão entre hemiartroplastia e artroplastia total da anca dependerá do cliente em questão, sendo a hemiartroplastia selecionada em situações de fragilidade do idoso, sendo que clientes mais ativos podem vir a beneficiar de uma artroplastia total da anca. (Bhandari et al., 2019)

Ocorrendo grande parte das vezes em clientes idosos e consequentemente portadores de comorbidades, esta condição apela à elaboração de um programa de reabilitação por parte do EEER, sendo que o mesmo deve essencialmente contemplar a preservação e manutenção do bem-estar de quem é alvo dos cuidados - pessoa, família, cuidador e comunidade em que se insere. (Fialho et al, 2025)

Apesar da existência de alguma controvérsia naquilo que concerne aos cuidados no pós-operatório imediato de uma hemiartroplastia da anca, Lourenço et al. (2021) destaca primariamente a importância da prevenção de complicações através do posicionamento. Tais aspetos prendem-se com a evicção da flexão da ACF superior a 90°, rotação interna e adução além da linha média sagital. Também é destacada a importância da identificação de sinais de alerta, nomeadamente a dor intensa que não cede à analgesia.

É essencial a progressiva promoção do autocuidado por parte do cliente, promovendo o levante precoce (sempre que indicado) e fornecendo-lhe recursos para que tal seja possível. Desta forma, é imprescindível o desenvolvimento de um programa de reabilitação que contemple a reeducação funcional motora.

Do ponto de vista do referencial teórico que norteia o presente relato de caso clínico, Queirós (2013) considera que o conhecimento em enfermagem cria-se, estruturando-se e reestruturando-se através de uma interação dinâmica entre a teoria e a prática. O mesmo autor considera que os enfermeiros devem apropriar-se deste tipo de pensamento, tanto a nível teórico como metódico. Dorothea Orem, enfermeira norte americana nascida em 1914, terá desenvolvido a

Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem entre os anos 1959 e 1985. (Queirós et al, 2014)

Orem (2001) entende o autocuidado como o conjunto de ações intencionais realizadas pelas próprias pessoas, dentro de determinados períodos de tempo, com o propósito de promover o desenvolvimento pessoal, manter a saúde, preservar a vida e garantir o bem-estar individual. Queirós (2014) acrescenta ainda que este conceito não se restringe às AVD's e AIVD's, abrangendo todos os aspetos vivenciais.

Segundo Tomey e Alligood (2002), Dorothea Orem considera a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem uma associação entre três teorias que se interrelacionam:

- Teoria do Autocuidado, a qual descreve a forma como as pessoas cuidam de si mesmas;
- Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve a forma como as pessoas podem ser ajudadas e cuidadas pelos enfermeiros;
- Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve a forma como os enfermeiros podem intervir num determinado déficit de autocuidado.

Relativamente à Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem:

- Sistema totalmente compensatório, que acontece quando o enfermeiro substitui por completo o cliente na prática do seu autocuidado;
- Sistema parcialmente compensatório, quando o cliente apenas precisa do enfermeiro para o ajudar em certos aspetos que não é capaz de realizar de forma independente;
- Apoio-educativo, onde impera a necessidade de ensino, instrução e supervisão do enfermeiro no desempenho de ações por parte do cliente (Tomey & Alligood, 2002)

Sob essa ótica, os mesmos autores defendem que um método de ajuda corresponde a uma sequência organizada de intervenções destinadas a superar ou compensar as limitações que comprometem a capacidade da pessoa para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento, bem como o de seus dependentes. Com base nesse entendimento, Orem propôs cinco formas de intervenção que podem ser aplicadas isoladamente ou em conjunto pelos enfermeiros: realizar por ela as atividades que não consegue executar; orientar e direcionar suas ações; oferecer apoio físico e/ou emocional; proporcionar um ambiente favorável ao seu crescimento e recuperação; e promover o ensino necessário ao autocuidado. (Tomey & Alligood, 2002)

Desta forma, considero que a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem constitui uma base importante para o desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação, pois destaca a necessidade de promover a independência do paciente em relação ao seu próprio cuidado. Essa abordagem ressalta a relevância de analisar as habilidades de autocuidado do indivíduo, reconhecer eventuais limitações e, com base nesses aspetos, elaborar e executar ações de enfermagem que contribuam para recuperar ou fortalecer essas competências.

Tendo em conta que EEER “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13566), o mesmo deve assumir particular destaque na intervenção especializada no cliente submetido a hemiartroplastia da anca.

Define-se então enquanto questão norteadora do presente Relato de Caso Clínico: quais os ganhos da intervenção do EEER no cliente submetido a hemiartroplastia da anca?

O presente Relato de Caso Clínico tem enquanto objetivo primordial o desenvolvimento de Competências Comuns e Competências Específicas do EEER, particularmente no que toca ao levantamento de focos de ER, respetivos diagnósticos, intervenções e avaliação das mesmas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato de caso clínico é mediado pelos critérios de avaliação existentes na plataforma *CARE – Case Report Guidelines*. Recorreu-se particularmente à checklist *CARE – “information to include when writing a case report”*.

A informação clínica sobre a cliente submetida a este estudo foi obtida através da consulta do seu processo no sistema informático (SClinico e plataforma da RNCCI), tendo sido posteriormente validada e complementada através de uma entrevista não estruturada (da cliente e cuidador) e observação direta. De modo a assegurar a informação e respeito pela confidencialidade da situação da cliente, foi elaborado e devidamente assinado um consentimento informado, livre e esclarecido pelo cuidador da cliente. O consentimento não foi assinado pela cliente devido ao seu grau de desorientação temporo-espacial com compromisso cognitivo importante.

De modo a complementar a entrevista, observação e exame objetivo da cliente, procedeu-se à utilização dos instrumentos de avaliação validados em Portugal e que, à priori, foram considerados adequados tendo em conta a situação da mesma, nomeadamente:

- Índice de Barthel (autocuidados);
- Medida de independência funcional (autocuidados);
- Escala MRC (força muscular);
- Escala Tinetti (equilíbrio);
- Escala de Berg (equilíbrio);
- Escala de Braden (risco úlcera de pressão);
- Escala de Morse (risco úlcera de pressão).

(Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Posteriormente procedeu-se ao levantamento de 3 focos e respetivos diagnósticos de ER que culminaram na elaboração de um plano de cuidados de ER com linguagem CIPE, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade ER e Ontologia em Enfermagem. Por fim procedeu-se à implementação deste plano de cuidados e avaliação dos resultados obtidos.

Apresentação do Caso Clínico

Sr.^a M.A., cliente de 94 anos, sexo feminino, previamente seria parcialmente dependente: deambulava com auxiliar de marcha (canadiana), precisando de ajuda na preparação de refeições e no autocuidado de higiene.

A cliente é viúva e tem 2 filhos. Reside com o filho (70 anos) e a filha (67 anos), ambos reformados, em apartamento localizado no 3º andar de um prédio com elevador e escadas de acesso ao mesmo (4 degraus). O filho é o seu cuidador informal.

Tem como antecedentes pessoais relevantes: Diabetes Mellitus II, Hipertensão Arterial, Hiperuricemia, Síndrome Demencial. A sua terapêutica habitual é: Acido acetilsalicílico 150mg, Empagliflozina 25mg; Espironolactona 25mg, Enalapril + lercanidipina 20/10mg, Nebivolol 5mg. Não tem alergias medicamentosas conhecidas. O regime terapêutico medicamentoso é gerido de forma adequada pelo cuidador.

No dia 12 de abril de 2025 terá sofrido uma queda accidental da própria altura da qual resultou fratura trocantérica do fémur proximal direito, tendo sido submetida a hemiartroplastia da anca a 17 de abril de 2025.

Terá tido um internamento prolongado no serviço de Ortopedia com as seguintes complicações clínicas: infeção do trato urinário e descompensação da insuficiência cardíaca (condição prévia). Ao longo do internamento hospitalar cumpriu programa de reabilitação (RFM) com mobilizações passivas do membro operado e ativas/resistidas dos membros superiores e MIE.

Ainda durante o internamento hospitalar, a cliente foi referenciada pela EGA à RNCCI e posteriormente indicada à equipa da UCC por necessidade de um plano de intervenção por parte da equipa de EEER.

Terá tido alta clínica e regressado ao domicílio a 6 de maio de 2025.

O filho da cliente providenciou os seguintes materiais de apoio: colchão anti-escaras, cadeira de rodas e andador. Foi ainda solicitado apoio domiciliário por parte de uma equipa de cuidados domiciliários, tendo como objetivo assegurar a prestação de cuidados de higiene 2 vezes por dia, 7 dias por semana.

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

A 13 de maio de 2025, dia em que se procedeu à admissão da cliente pela equipa de ER da UCC, foi feita a avaliação inicial da mesma conforme ilustrado na seguinte tabela:

Sofia Ribeiro – junho 2025 – Atlântica

Parâmetro	Avaliação inicial
Estado de consciência	Vigil, consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo.
Linguagem	Sem alterações
Visão	Diminuição da acuidade visual bilateral. Sem uso de dispositivos.
Audição	Diminuição da acuidade auditiva bilateral. Sem uso de dispositivos.
Pele	Apresenta pele íntegra e hidratada. Local de sutura cirúrgica ao nível da região troncantérica direita com evolução cicatricial adequada, sem sinais inflamatórios e já sem agraferes.
Autocuidados	<u>Índice de Barthel</u> : 0 pontos (dependência total) <u>MIF</u> : 24/126 pontos (dependência modificada)
Sinais vitais	Pressão arterial: 134/82 mmHg Frequência cardíaca: 75bpm Saturação periférica oxigénio: 98% Frequência respiratória: 15cpm Dor: 7/10 (escala numérica da dor) ao movimento de flexão do joelho direito
Força muscular	<u>Escala MRC</u> : - Membro superior direito: 5/5 (força contra gravidade/resistência) - Membro superior esquerdo: 5/5 (força contra gravidade/resistência) - Membro inferior direito: 2/5 (fraca contração, sem movimento contra gravidade) - Membro inferior esquerdo: 5/5 (força contra gravidade/resistência)

Amplitude articular	Apresenta compromisso da flexão/extensão da ACF e joelho direitos e também da adução/abdução da ACF direita. Os membros superiores e membro inferior esquerdo não têm alterações ao nível da amplitude articular
Equilíbrio corporal	<u>Escala Tinetti</u> : 0 pontos (alto risco de queda) <u>Escala Berg</u> : 0 pontos (alto risco de queda)
Risco UP	<u>Escala de Braden</u> : 10 pontos (alto risco)
Risco de queda	<u>Escala de Morse</u> : 55 pontos (alto risco)

Tabela 1: Avaliação inicial

Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O seguinte plano de cuidados é elaborado com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e tem como objetivo o levantamento de focos considerados mais pertinentes tendo em conta a situação da cliente, respetivos diagnósticos de ER e intervenções do mesmo. Será evidenciado ao longo do plano de cuidados o período em que é expectável que estas intervenções sejam desenvolvidas, estando este numerado de 1 a 3:

- 1: 1ª semana (19 a 23 de maio)
- 2: 2ª semana (26 a 30 de maio)
- 3: 3ª semana (2 a 6 de junho)

Desta forma, é então feito o levantamento dos focos:

- Movimento muscular;
- Pôr-se de pé;
- Andar com auxiliar de marcha

Foco: movimento muscular
Diagnóstico ER: Movimento muscular diminuído no membro inferior direito
Intervenções ER: - Avaliar força muscular do MID através de instrumento de avaliação selecionado (escala MRC); (1) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido do MID; (1-3) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido do MID; (2-3) - Incentivar cliente a executar auto mobilizações do MID; (2-3).
Diagnóstico ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
Intervenções ER: - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar (cliente e cuidadores) sobre técnicas de exercício muscular e articular do MID, nomeadamente: flexão/extensão da ACF <90° com o membro em extensão; abdução/adução ACF (até linha média axial); flexão/extensão do joelho; flexão/extensão plantar; rotação plantar interna e externa; exercícios isométricos dos quadríceps, glúteos e isquiotibiais (1-3); flexão e extensão do joelho sentada na cama (2-3); levantar e sentar na cama (3); - Avaliar capacidade de execução de técnicas de exercício muscular e articular do MID (2-3); - Elaborar e providenciar material educativo (panfleto acerca dos exercícios de fortalecimento muscular).
Diagnóstico ER: Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular
Intervenções ER: - Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular anteriormente referidas (2-3); - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular anteriormente referidas (2-3); - Treinar técnicas de exercício muscular e articular, realizando 10 repetições de cada exercício, 2 a 3 vezes por dia conforme a tolerância e respeitando o limiar da dor da cliente, bem como os planos e eixos em que o movimento é realizado.

Tabela 2: Plano de Cuidados de ER – foco: movimento muscular

Nota: Apesar de levantado o diagnóstico relativamente à diminuição da força muscular do MID, o MIE é trabalhado de igual forma à semelhança dos membros superiores. De modo que haja uma adaptação da cliente à sua necessidade especial e tendo em vista a promoção da sua independência, compensado a diminuição da força do MID. É essencial promover a mobilidade e manutenção da força muscular dos restantes membros com o objetivo futuro de utilização de auxiliar de marcha.

Foco: Pôr-se de pé
Diagnóstico ER: Pôr-se de pé comprometido
Intervenções ER: - Avaliar a cliente a pôr-se de pé (3); - Providenciar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé (andarrilho) (3); - Informar sobre dispositivo para pôr-se de pé (3); - Orientar a cliente a pôr-se de pé (3); - Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé (3).
Diagnóstico ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé
Intervenções ER: - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnicas de adaptação para pôr-se de pé (3); - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé (andarrilho): não deve possuir rodas, deve colocar as mãos firmemente sobre o mesmo após estar de pé (3); - Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé: manutenção de uma postura correta, despiste de hipotensão ortostática, membros inferiores alinhados mantendo o MID em extensão; membros superiores firmemente colocados no colchão aplicando força, incentivar a cliente a elevar o queixo e olhar em frente (3).
Diagnóstico ER: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé
Intervenções ER: - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnicas de adaptação para pôr-se de pé (3); - Instruir sobre dispositivo auxiliar e técnicas de adaptação para pôr-se de pé (3); - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnicas de adaptação para pôr-se de pé (3).

Diagnóstico ER: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador (filho da cliente) sobre adaptação ao domicílio e dispositivo auxiliar para pôr-se de pé
Intervenções ER: - Avaliar conhecimento do cuidador sobre adaptação ao domicílio e dispositivo auxiliar para pôr-se de pé (2-3); - Ensinar o cuidador sobre adaptação ao domicílio e dispositivo auxiliar para pôr-se de pé (2-3); - Elaborar e providenciar material educativo (panfleto).

Tabela 3: Plano de Cuidados de ER – foco: pôr-se de pé

Foco: Andar com auxiliar de marcha
Diagnóstico ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha
Intervenções ER: - Avaliar conhecimento sobre auxiliar de marcha (andareiro) (2-3); - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (2-3); - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha: iniciar marcha avançando o andareiro, seguindo-se o membro inferior são e por fim o afetado; a distância a avançar do andareiro não deve exceder a distância de um passo (3).
Diagnóstico ER: Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha
Intervenções ER: - Incentivar a andar com o auxiliar de marcha (3); - Treinar a andar com o auxiliar de marcha (3); - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha (3).
Diagnóstico ER: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptações do domicílio para andar com auxiliar de marcha
Intervenções ER: - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptações do domicílio para andar com auxiliar de marcha (3); - Ensinar prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha - Elaborar e providenciar material educativo (panfleto).

Diagnóstico ER: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha
Intervenções ER: - Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir a andar com auxiliar de marcha (3); - Instruir prestador de cuidados a assistir a andar com auxiliar de marcha: perceber em que momentos a cliente sente cansada, providenciando cadeira que esteja por perto para eventuais pausas de descanso (3); - Ensinar o cuidador acerca da prevenção de novas quedas: eliminar tapetes pequenos, evitar presença de obstáculos no trajeto, utilização de calçado fechado e antiderrapante por parte do cliente, utilizar calças (de forma que o cuidador possa agarrá-las caso diminuição da força ou equilíbrio durante a marcha), promover um espaço bem iluminado (3); - Treinar prestador de cuidados a assistir a andar com auxiliar de marcha (3).

Tabela 4: Plano de Cuidados de ER – foco: andar com auxiliar de marcha

RESULTADOS

O presente tópico tem como objetivo esquematizar de forma clara e concisa os resultados da avaliação após o desenvolvimento do plano de reeducação funcional motora realizado ao longo de 3 semanas e eventuais ganhos alcançados pela cliente e respetivo cuidador.

Considerando que uma excelente forma de monitorizar a eficácia de um programa de reabilitação desenvolvido pelo ER, se consegue através da monitorização de resultados espelhados pelos instrumentos de avaliação previamente selecionados, a seguinte tabela tem como objetivo a comparação entre a avaliação inicial e final da cliente.

Instrumento de avaliação	Avaliação inicial (13/05)	Avaliação final (06/06)
Índice de Barthel	0 pontos (dependência total)	10 pontos (dependência total)
MIF	24/126 pontos (dependência modificada)	33/126 pontos (dependência modificada)
Escala numérica da dor	7/10 (dor intensa)	1/10 (dor ligeira)
MRC	MID: 2/5 (fraca contração, sem movimento contra gravidade)	MID: 5/5 (força contra gravidade e contra resistência)
Escala Tinetti	0/28 (alto risco de queda)	4/28 (alto risco de queda)
Escala de Berg	0/56 (alto risco de queda)	5/56 (alto risco de queda)
Escala de Braden	10 (risco alto)	16 (risco moderado)
Escala de Morse	55 (alto risco)	75 (alto risco de queda)

Tabela 5: Instrumentos de avaliação

A validação dos conhecimentos e capacidades adquiridas por parte da cliente e respetivo cuidador é um aspeto essencial no que toca à avaliação de um plano de intervenção de ER. A sua pertinência pode levantar a necessidade de reestruturação e adaptação deste plano, redefinindo objetivos, prioridades e o próprio alvo de cuidados – atribuindo por vezes maior relevo ao papel do cuidador informal.

As seguintes tabelas têm como objetivo evidenciar os ganhos no que toca à aquisição de conhecimentos e capacidades por parte da cliente e respetivo cuidador:

	Avaliação inicial (13/05)		Avaliação final (06/06)	
	Cliente	Cuidador	Cliente	Cuidador
Conhecimentos				
Sobre técnicas de exercício muscular e articular	N	N	D	D
Sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé	N	N	D	D
Sobre adaptação ao domicílio	N	N	N	D
Sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé	N	N	D	D
Sobre andar com auxiliar de marcha	N	N	D	D

Legenda: D - Demonstrado; N – Não demonstrado

Tabela 6: Avaliação de conhecimentos adquiridos

Capacidades	Avaliação inicial (13/05)		Avaliação final (06/06)	
	Cliente	Cuidador	Cliente	Cuidador
Para executar técnica de exercício muscular e articular	N		D	
Para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé	N		N	
Para andar com auxiliar de marcha	N		D	

Legenda: D - Demonstrado; N – Não demonstrado

Tabela 7: Avaliação de capacidades adquiridas

DISCUSSÃO

A pertinência do referencial teórico desenvolvido por Orem no contexto da ER é evidente ao longo do desenvolvimento do presente relato de caso clínico. Refletindo acerca da Teoria dos Sistemas de Enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem e fazendo um paralelismo com o presente relato de caso clínico, é possível identificar cada um dos 3 sistemas ao longo do plano de reabilitação elaborado. O primeiro dia em que foi realizada uma abordagem à cliente, ou seja, o dia da avaliação inicial espelha o “sistema totalmente compensatório” abordado por Orem. A título de exemplo, de modo a proceder a uma avaliação concreta da cliente foi solicitado que mobilizasse o membro inferior direito, sendo que a Sr.^a M.A. apresentava alteração da força muscular que culminou numa avaliação segundo a escala MRC 2/5. Desta forma, foi necessário “substituir” a cliente, realizando mobilizações articulares passivas deste membro de modo a compreender qual a amplitude articular que apresentava. O “sistema parcialmente compensatório” surge por exemplo quando a cliente já apresenta força muscular a nível do membro inferior direito e tem capacidade para se colocar de pé, no entanto por apresentar ainda alguma instabilidade na marcha, ambas as enfermeiras se mantêm lado a lado com a mesma de modo a transmitir-lhe segurança e mantendo por perto uma cadeira caso exista súbita diminuição da força ou desequilíbrio. Por fim, considera-se que o sistema “Apoio-educativo” representa o *continuum* do plano de reabilitação desenvolvido com a cliente e respetivo cuidador. A readaptação ao contexto domiciliário por parte de alguém com tamanha alteração ao nível da sua funcionalidade requiere, tanto a nível do cuidador como da própria cliente, uma constante educação para aspetos como os exercícios de fortalecimento muscular, a reaprendizagem do autocuidado e também a prevenção de novos acidentes. Esta educação deve ser constantemente validada, revalidada e, se necessário, revista e readaptada.

Calcula-se que mais de 55 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com demência, e que anualmente surjam cerca de 10 milhões de novos diagnósticos (OMS, 2023). Atualmente, a demência é vista como uma das principais causas de incapacidade e dependência em pessoas idosas, representando aproximadamente 12% dos anos vividos com alguma limitação provocada por doenças não transmissíveis (OMS, 2017). Por outro lado, Livingston et al (2020) defendem que a elaboração e execução de um programa de reabilitação deve ter como principal objetivo a proteção e promoção do bem-estar da pessoa e da sua família, que são o foco dos cuidados. Este objetivo torna-se ainda mais relevante quando se trata de indivíduos com demência ou dos seus cuidadores informais, pois a complexidade da própria doença, a falta de

apoio social e as barreiras no acesso aos recursos comunitários influenciam significativamente a forma como a condição é entendida e vivida no ambiente familiar.

É este o mote para abordar aquela que considero ter sido uma das maiores dificuldades enfrentadas ao longo do desenvolvimento do plano de reabilitação com a cliente. No dia da avaliação inicial, ao desenvolver exercícios de movimento articular dos membros superiores, a Sr.^a M.A. demonstrou dificuldade em contar até 10, desorganizando-se muitas vezes durante esta contagem – situação que inicialmente considerei enquanto possível grande barreira para obtenção de ganhos pela mesma. Tal como foi referido inicialmente, a cliente seria já portadora de demência tendo já previamente ao episódio de queda algum grau de desorientação temporária espacial. Apesar disso, a Sr.^a M.A. conseguia assegurar as suas AVD's (ainda que com apoio parcial do seu cuidador). O compromisso de funções cognitivas como é o caso da memória, compromete evidentemente a adesão às terapias. Enquanto estratégias para enfrentar esta dificuldade utilizei: a utilização de uma linguagem clara e validação da compreensão da cliente, a presença do cuidador, o uso de rotinas consistentes, o reforço positivo e a realização de tarefas repetitivas. Apesar de não ter sido levantado o foco “comunicação” seria interessante fazê-lo no futuro, desenvolvendo intervenções específicas com vista a otimizar a aquisição e transmissão de informação pela cliente. Também o uso de instrumentos de avaliação como a Mini Mental State Evaluation seria válido ao longo deste relato de caso.

O cuidador informal, filho da doente, demonstrou-se desde o primeiro dia alguém extremamente presente, organizado e metódico em relação à situação da mãe. Esses fatores aliados ao facto de estar reformado foram, a meu ver, uma combinação muito favorável ao longo do desenvolvimento do plano de reabilitação. O cuidador fez questão de se manter presente em todas as visitas domiciliárias ouvindo atenciosamente aquilo que era explicado à cliente, presenciando o desenvolvimento de exercícios de fortalecimento muscular, por exemplo, e capacitando-se para os replicar em momentos em que a equipa de ER não estivesse presente, comprometendo-se a desenvolvê-los com a Sr.^a M.A. 2 vezes por dia. Esta intervenção do cuidador levou, a meu ver, a que na seguinte sessão de reabilitação com a cliente, a mesma não tenha tido qualquer dificuldade na contagem e replicasse de forma autónoma alguns dos exercícios ensinados na sessão anterior e que terão sido replicados ao longo dos dias na presença do filho.

Um estudo realizado por Gonçalves et al (2021), com o objetivo de realizar o levantamento das consequências do ato de cuidar no próprio cuidador, conclui que dos 12 estudos analisados

nenhum deles salienta o impacto positivo deste ato de cuidar. Desta forma, o cuidador deve ser contemplado nas tomadas de decisão e deve também constituir alvo dos cuidados, à imagem da cliente em si. Esta intervenção do ER deve contemplar o suporte emocional ou a capacitação através da transmissão de conhecimentos no que toca à situação da cliente.

No que toca aos ganhos verificados a nível dos instrumentos de avaliação utilizados, uma franca limitação foi o facto de a Sr.^a M.A. ter sofrido uma agudização hospitalar, que levou a que não fosse possível proceder à avaliação final na 4ª semana, onde possivelmente poderia vir a ter mais ganhos. Essa situação foi contornada procedendo a uma avaliação final na 3ª semana. Apesar de alguns instrumentos de avaliação não serem sensíveis à evolução da cliente (como é o caso do Índice de Barthel), a escala da dor e MRC são excelentes exemplos do resultado do desenvolvimento do plano de cuidador de ER. Ao passo que na avaliação inicial da cliente, verificou-se uma dor intensa e praticamente incapacitante a nível da mobilização do MID, o progressivo desenvolvimento de um plano de exercício acabou por promover o aumento da mobilidade, a diminuição do nível de dor e permitiu um progresso da força muscular – que permitiu as transferências no leito, o sentar na cama e o ato de se pôr de pé.

Com o progresso da mobilidade da cliente assiste-se também a uma diminuição progressiva do risco de desenvolver úlcera por pressão, no entanto, naturalmente, o risco de queda aumenta. E é também neste aspeto que se destaca a importância da intervenção do EEER, nomeadamente a nível da prevenção de quedas com o instruir do cuidador, adaptando o domicílio para o início de treino de marcha com andarilho ou explicando qual o calçado adequado a utilizar pela doente, prevenindo novos acidentes.

No que toca ao desenvolvimento de conhecimentos por parte do cuidador e da cliente e capacidades por parte da cliente, acabam por ficar espelhadas as dificuldades outrora descritas no que toca à função cognitiva da Sr.^a M.A.

Considero que a prática de cuidados de enfermagem em contexto comunitário constitui um enorme desafio caracterizado pela sua imprevisibilidade. Este exige criatividade e capacidade de adaptação às condições encontradas, que são muitas vezes inesperadas. No entanto, o ambiente habitualmente familiar em que o cliente se encontra e onde desenvolve o plano de reabilitação proposto, constitui muitas vezes uma mais-valia para o mesmo pois o facto de estar no seu ambiente, rodeado de entes queridos acaba por ser fator promotor da sua dedicação e empenho no plano de ER.

Enquanto futura EEER e perante a primeira experiência de estágio neste contexto, considero que o desenvolvimento do presente relato de caso constituiu uma forma muito rica de consolidar e implementar os conhecimentos desenvolvidos ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A situação clínica descrita, tal como evidenciado ao longo do presente relato de caso clínico, concedeu-me a oportunidade de cuidar de uma cliente com necessidades especiais em contexto comunitário, capacitando-a para a sua reinserção da forma possível, o que foi feito através da maximização das suas capacidades. Tais aspetos vão de encontro às competências específicas do EEER.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso clínico proporciona-me uma compreensão aprofundada dos desafios na reabilitação de uma cliente com enorme complexidade biopsicossocial. Este tipo de situação exige uma abordagem individualizada por parte do EEER, que deve conciliar as necessidades físicas decorrentes da cirurgia ortopédica com as limitações cognitivas associadas à demência.

Salienta-se a importância de uma avaliação multidimensional, reconhecendo a necessidade de integrar aspetos cognitivos, emocionais, funcionais e sociais, de forma a planear intervenções adequadas. A adaptação das estratégias de reabilitação é fulcral, nomeadamente tendo em conta as particularidades da cliente, constituindo fatores indispensáveis a contemplar no plano de intervenção.

Outro aspeto que se demonstrou imprescindível foi o papel do cuidador informal. O compromisso da autonomia da cliente provocado pelo quadro demencial, determina o protagonismo do cuidador ao longo do desenvolvimento do plano de cuidados de ER. A inclusão do cuidador no processo de reabilitação contempla orientação, suporte emocional e educação para cuidados seguros no domicílio, despertando-o para sinais de alerta e prevenção de acidentes.

Apesar do declínio cognitivo decorrente do processo de demência, tornou-se fulcral fomentar a reaquisição de competências pela cliente no desenvolvimento das suas AVD's, tendo em conta aquele que seria o seu padrão prévio, reforçando a relevância da intervenção do ER.

Enquanto nota final e, considero de extrema importância o desenvolvimento de iniciativas promovidas na comunidade pelas autarquias, com vista ao envolvimento dos cuidadores informais, de fácil acesso e que incluam: sessões de partilha de experiências e ideias ou com intuito formativo em diferentes áreas (exemplos: estimulação da pessoa com demência, adaptação do domicílio aquando da alta hospitalar do cliente, prevenção de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal, promoção da atividade física no cuidador). Existe ainda um longo caminho a percorrer, podendo os EEER constituir importantes agentes de mudança.

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/010831c9-1b48-42bb-b7f5-fdbadb51a67>
- EOOD. (2024). Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Retrieved 23 de 05 de 2025, from <https://www.oecd.org/en/about/programmes/patient-reported-indicator-surveys-paris.html>
- 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. Luís Sousa, *Enfermagem de Reabilitação - Fundamentos, intervenção e resultados* (pp. 143-165). Editora Científica.
- Livingston, G. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the lancet commission. *The Lancet*, v. 396, n. 10248, p. 413–446, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- Lourenço, M. et al. Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In: *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: LIDEL, 2021. p. 298–328.
- ONU (2024). Envelhecimento. Retrieved 24 de 05 de 2025, from Nações unidas - centro regional de informação para a europa ocidental. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- . (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/colecoes/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. Retrieved 13 de 05 de 2025 from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colecoes/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocu mentacaoCuidEnfReabilitacao_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, 01 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
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Queirós, P. J. (2013). O que os enfermeiros pensam da enfermagem? Dados de um grupo de informantes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(5), 57-65
- 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>
- 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. 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026
- The HEALTH Investigators. (2019). Total Hip Arthroplasty or Hemiarthroplasty for Hip Fracture. *The New England Journal of Medicine*, 381(23). <https://doi.org/DOI:10.1056/NEJMoa1906190>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência
- World Health Organization. Dementia. Retrieved 20 de 05 de 2025 from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zhang, J. et al. The effectiveness of a co-management care model on older hip fracture patients in China – A multicentre non-randomised controlled study. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, v. 19, p. 100348, fev. 2022. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2021.100348.

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido à comissão de ética



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

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

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA.

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

A estudante Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 1º ano, 2º semestre, solicita a vossa análise da proposta de um estudo inserido no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que decorre na UCC Abraçar Queluz, âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Nelson Guerra e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Cidália Soares.

Título do Estudo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Hemiartróplastia da Anca: Relato de Caso Clínico.

Metodologia/Questão de Investigação: Relato de Caso Clínico com as normas do *Equator da checklist CARE*, que segue em anexo ao pedido.

Explicação do estudo: O relato de caso clínico tem como objetivo o desenvolvimento de competências no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será realizada 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. Serão utilizados instrumentos de avaliação validados em Portugal (em anexo), assegurando uma abordagem sistemática e fundamentada. A participação não implica riscos para a pessoa, sendo garantido o respeito pelos seus direitos assistenciais, independentemente da sua decisão em participar.

Condições e financiamento: A participação no relato de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. O desejo da pessoa será garantido, podendo sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste relato de caso será 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 autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos mesmos.

Sofia Ribeiro – junho 2025 – Atlântica

Grata, desde já, pelo pela vossa disponibilidade,

A estudante Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro, nº 202490021; 918507183; 202490021@uatla.pt

Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro

¹ <https://www.usbs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2019/02/declaracaoenquiquia.pdf>

² <http://dre.pt/dre/colp/2004/04/002400/00140036.pdf>

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

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Relato de Caso Clínico – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação


CARE
case report guidelines

CARE Checklist of information to include when writing a case report



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses 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 diagnoses, 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	Types 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 unanticipated 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 on the treatment(s) they received	
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes ☐ No ☐

Apêndice II – Consentimento informado, livre e esclarecido

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 Hemiarthroplastia da Anca: Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na UCC Abraçar Queluz, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Nelson Guerra e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Cidália Soares.

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

Condições e financiamento: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. O desejo da pessoa será garantido, podendo sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo. O autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos mesmos.

Grata, desde já, pelo pela vossa disponibilidade,

A estudante Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro, nº 202490021; 918507183; 202490021@uatla.pt

Assinatura/s:

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

¹ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/13/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

² <http://lcre.pt/pdf/legis/2004/04/2004001/00140036.pdf>

Relato de Caso Clínico – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura: Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE / /

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

Apêndice III – Índice de Barthel

13/5 6/6

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

Apêndice IV – Medida de Independência Funcional

APELIDO _____	NOME _____	M. A.	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____
DIAGNÓSTICO _____		Status pós Hemiartroroplastia da anca			

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL																
NÍVEL	7. Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6. Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA														
	Dependência modificada 5. Supervisão 4. Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3. Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência completa 2. Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1. Ajuda total (indivíduo < 25%)	AJUDA														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">REVISAR SO MÊS</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">3M</th> <th style="width: 10%;">6M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> <th style="width: 10%;">18M</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>12/05</td> <td>6/6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	REVISAR SO MÊS	ANTES	1M	3M	6M	12M	18M	DATA	12/05	6/6					
REVISAR SO MÊS	ANTES	1M	3M	6M	12M	18M										
DATA	12/05	6/6														
AUTO-CUIDADOS																
A. Alimentação	1	1														
B. Higiene pessoal	1	1														
C. Banho	1	1														
D. Vestir metade superior	1	1														
E. Vestir metade inferior	1	1														
F. Utilização da sanita	1	1														
CONTROLO DOS ESFINCTERES																
G. Bexiga	1	1														
H. Intestino	1	1														
MOBILIDADE																
TRANSFERÊNCIAS																
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	1														
J. Sanita	1	1														
K. Banheira, Duche	1	1														
LOCOMOÇÃO																
L. Marcha, Cadeira de Rodas	1	1														
M. Escadas	1	1														
COMUNICAÇÃO																
N. Compreensão	1	1														
O. Expressão	1	1														
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR																
P. Interação social	1	1														
Q. Resolução dos problemas	1	1														
R. Memória	1	1														
TOTAL		33	22													

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

Apêndice V – Escala MRC

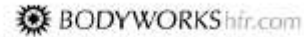
Escala MRC	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausência de movimentos ativos contra gravidade
3	Contração fraca contra gravidade
4	Movimento ativo contra gravidade e resistência
5	Força normal

13/5: 2/5

6/6: 5/5

Apêndice VI – Tinetti Balance & Gait Assesement

TINETTI BALANCE & GAIT ASSESSMENT



For both assessments, enter the date of each exam and circle your rating for each item. Indicate totals at the bottom of each section.

BALANCE ASSESSMENT

To perform this assessment, assist the patient in a hard, armless chair.

Evaluated Function	Description of Behavior	Date: 12/03	Date: 05/04
Sitting Balance	Leans or slides in chair Steady, safe	5 1	0 1
Rises from Chair	Unable to rise without help Able to rise using arms to help Able to rise without using arms to help	5 1 2	0 1 2
Attempts To Rise	Unable to rise without help Able to rise, requires more than one attempt Able to rise, requires one attempt	5 1 2	0 1 2
Standing Balance (1st 5 Seconds)	Unsteady (staggers, moves feet, trunk sway) Steady, but uses walker or other support Steady without walker or other support	5 1 2	0 1 2
Standing Balance	Unsteady Steady, but with wide stance and uses support Narrow stance without support	5 1 2	0 1 2
Nudged	Begins to fall Staggers, grabs, catches self Steady	5 1 2	0 1 2
Eyes Closed	Unsteady Steady	5 1	0 1
Turning 360 Degrees	Discontinuous steps Continuous steps	5 1	0 1
	Unsteady (grabs, staggers) Steady	5 1	0 1
Sitting Down (Getting Seated)	Unsafe (misjudged distance, falls into chair) Uses arms or not a smooth motion Safe, smooth motion	5 1 2	0 1 2
Balance Score		0/15	0/15
Potential Points: 15		15	15

GAIT ASSESSMENT

Stand with the patient. Walk across the room (1/4 mile) at a usual pace, then rapidly

Evaluated Function	Description of Behavior	Date: 12/03	Date: 05/04
Indication of Gait	Any hesitancy or multiple attempts No hesitancy	5 1	0 1
Step Length & Height	Step to Step through right Step through left	5 1 1	0 1 1
Foot Clearance	Foot drop Left foot clears the floor Right foot clears the floor	5 1 1	0 1 1
Step Symmetry	Right and left step length are not equal Right and left step length appear equal	5 1	0 1
Step Continuity	Stopping or discontinuity between steps Steps appear continuous	5 1	0 1
Path	Marked deviation Mild/moderate deviation or uses a walking aid Straight without a walking aid	5 1 2	0 1 2
Trunk	Marked sway or uses a walking aid No sway, flexes knees/back/uses arms to balance No sway, no flexion of knees or back use of arms, or walking aid	5 1 2	0 1 2
Walking Time	Heels apart Heels almost touching while walking	5 1	0 1
Gait Score		0/12	0/12
Potential Points: 12		12	12

Combined Score
Potential Points: 27

Apêndice VII – Escala de Berg

Name: Sr. M.A. _____ Date: _____

Location: _____ Rater: _____

ITEM DESCRIPTION SCORE (0-4)	13/5	6/6
1. Sitting to standing _____	0	1
2. Standing unsupported _____	0	0
3. Sitting unsupported _____	0	2
4. Standing to sitting _____	0	1
5. Transfers _____	0	0
6. Standing with eyes closed _____	0	1
7. Standing with feet together _____	0	0
8. Reaching forward with outstretched arm _____	0	0
9. Retrieving object from floor _____	0	0
10. Turning to look behind _____	0	0
11. Turning 360 degrees _____	0	0
12. Placing alternate foot on stool _____	0	0
13. Standing with one foot in front _____	0	0
14. Standing on one foot _____	0	0
Total _____	0	5

Apêndice VIII – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: M.A. Nome do avaliador: Sofia Ribeiro Data da avaliação: 13/06/2025

Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Percepção sensorial Capacidade de sentir a humidade ou desconforto	1. Completamente limitada: Não sente a existência de dor nem se queixa a nada; devido a um nível elevado de consciência de dor.	2. Muito limitada: Sente unicamente a existência de dor; não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gestos ou incontinência.	3. Ligiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta dificuldade sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.	2	3						
Humidade Habitual de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele encontra-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou lavado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas não sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional do lençol aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis são mudados apenas quando necessário.	2	3						
Actividade Habitual de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Semi-acamado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira nem de se levantar.	3. Anxioso ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anxioso frequentemente: Avança fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, a dentro de quatro horas depois de sair em duas horas durante o período em que está acordado.	1	2						
Mobilidade Capacidade de alterar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinha.	3. Ligiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes e frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	2	3						
Nutrição Adequação alimentar habitual	1. Muito pobre: Come menos de uma refeição completa, ou apenas com mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come frequentemente das refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacteínas). Tem pouca liquidez. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum após a dieta líquida ou a toma durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Coma menos de uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas é geralmente insuficiente em três refeições diárias de carne ou lacteínas. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recusa menos de 1/3 da quantidade diária de líquidos ou alimentos por ordem.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacteínas). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou tem regime de nutrição parenteral total satisfatório, provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na mesa. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacteínas). Come ocasionalmente entre as refeições. Não recusa suplementos.	2	3						
Tricção e forças de deslizamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem ajudar com os lençóis. Desce frequentemente no cama ou cadeira, exigindo um operador ou outro cuidador com ajuda mínima. Capacidade, contraturas ou agitação limitam a fricção quase sempre.	2. Problemas potenciais: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É possível que, durante uma movimentação, a pele sofra de alguma forma (vermelhidão, coceira, abrasão ou outros desconfortos). A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desce.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar confortavelmente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.			1	2					
Nota (1) pontos mais baixos têm a pior percepção, nota zero o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.										Proteção total	10	16

Apêndice IV – Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹¹</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	<i>Pontos</i>	13/05	6/6
1. History of falling	1. Histórico de quedas			
No	Não	0	25	25
Yes	Sim	25		
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário			
No	Não	0	15	15
Yes	Sim	15		
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação			
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0	0	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15		
Furniture	Mobiliário/Paralela	30		
4. Intravenous therapy/heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado			
No	Não	0	0	0
Yes	Sim	20		
5. Gait	5. Marcha			
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	9	0	20
Weak	Fraca	10		
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20		
6. Mental status	6. Estado Mental			
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0	15	15
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15		
			55	75

Apêndice II – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos: Relato de Caso Clínico



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Estágio Profissionalizante

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos: Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Sofia Ribeiro n.º 202490021

Docente:

Professora Sandy Severino

Enfermeira Supervisora:

Joana Garcia

Barcarena

novembro 2025

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

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos: Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Sofia Ribeiro n.º 202490021

Docente:

Professora Sandy Severino

Enfermeira Supervisora:

Joana Garcia

Barcarena

novembro 2025

Lista de Abreviaturas

AP – Auscultação pulmonar

AIVD's – Atividades instrumentais de vida diária

AVD's – Atividades de vida diária

Bpm – Batimentos por minuto

CCT – Cirurgia Cardiorádica

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cpm – ciclos por minuto

ECG – Eletrocardiograma

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência cardíaca

FITT-VP – Frequência, intensidade, tempo, tipo, volume, progressão

FR – Frequência respiratória

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MRC – *Medical Research Council*

MV – Máscara de venturi

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RC – Reabilitação cardíaca

RCC – Relato de Caso Clínico

RFR – Reeducação funcional respiratória

RNAO – *Registered Nurses' Association of Ontario*

RR – Reabilitação respiratória

SCA – Síndrome coronário agudo

SpO₂ – Saturação periférica de oxigênio

TA – Tensão Arterial

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UPP – Úlcera por pressão

RESUMO

Introdução: O presente trabalho reflete a abordagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica.

Objetivo: Descrever quais os ganhos para a pessoa submetida a cirurgia cardíaca (bypass coronário) decorrentes da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação.

Metodologia: Relato de caso clínico, seguindo as diretrizes do *Case Report* (CARE) da EQUATOR, norteado pelas guidelines da *Registered Nurses Association of Ontario* “Cuidados centrados na pessoa e na família”.

Resultados: A implementação do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação demonstrou ganhos significativos em saúde, refletindo o contributo do enfermeiro especialista. Verificou-se a capacitação para expetorar eficazmente, com melhoria da técnica de tosse com contenção da sutura. No foco ventilação, observaram-se melhorias na saturação de oxigénio com desmame de oxigenoterapia, frequência respiratória, amplitude ventilatória e telerradiografia de tórax, evidenciando expansão pulmonar progressiva. Relativamente ao movimento muscular, registou-se aumento da força nos quatro membros, segundo a escala MRC. A intolerância à atividade reduziu-se, com progressão positiva na escala de Borg e menor necessidade de oxigénio suplementar. A dor apresentou evolução favorável ao longo das sessões.

Conclusão: O desenvolvimento do RCC permitiu mobilizar as competências do EEER, promovendo ganhos nos focos ventilação, expetoração e intolerância à atividade. A avaliação inicial orientou um plano de cuidados personalizado e motivador, centrado nas expectativas da pessoa, resultando em recuperação funcional significativa, apesar das barreiras identificadas.

Descritores: Enfermagem; Reabilitação; cardíaca; bypass.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
MATERIAIS E MÉTODOS	13
RESULTADOS	27
DISCUSSÃO	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
Apêndices	i
Apêndice I - Guião de Entrevista	ii
Apêndice II - Consentimento informado	v
Apêndice III – Avaliação da Escala de Morse	viii
Apêndice IV – Avaliação do Índice de Barthel	ix
Apêndice V – Avaliação da Escala de Berg	x
Apêndice VI – Avaliação da Escala de Braden	xi
Anexos	xii
Anexo I – CARE Checklist	xiii
Anexo II – Escala numérica da dor	xiv
Anexo III – Escala MRC	xv
Anexo IV – Escala da perceção do esforço de Borg	xvi

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação.....	16
Quadro 2 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Expetorar.....	18
Quadro 3 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Ventilação.....	20
Quadro 4 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Movimento Muscular.....	23
Quadro 5 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Intolerância à atividade.....	25
Quadro 6 – Resultados do Foco de Enfermagem de Reabilitação Expetorar.....	27
Quadro 7 – Resultados do Foco de Enfermagem de Reabilitação Ventilação.....	28
Quadro 8 – Resultados do Foco de Enfermagem de Reabilitação Movimento muscular.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Avaliação da dor ao longo da implementação do plano de Enfermagem de Reabilitação.....	30
---	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é desenvolvido no âmbito do Estágio Profissionalizante, enquadrado no 3º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica. O estágio profissionalizante tem lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica, na área da grande Lisboa, estando internadas nesta unidade pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, até atingirem estabilização ventilatória e hemodinâmica. Desta forma, o presente trabalho intitula-se “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos: Relato de Caso Clínico”. Este RCC tem como objetivo descrever quais os ganhos para a pessoa submetida a cirurgia cardíaca (*bypass* coronário) decorrentes da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação.

A minha prática profissional diária tem lugar no serviço de urgência, despertando um interesse particular e uma necessidade constante de atualização na área da pessoa em situação crítica. Neste contexto, constato frequentemente que algumas pessoas poderiam beneficiar da implementação precoce de um plano estruturado de reabilitação cardíaca e respiratória. Assim, a integração destes domínios no presente estágio revela-se especialmente pertinente, fundamentando a escolha deste tema.

As síndromes coronárias agudas (SCA) são caracterizadas por uma redução súbita do fornecimento de sangue ao coração e incluem o enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST, o enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST e a angina instável. (Bhatt et al., 2022)

Bruno et al. (2021) defende que as doenças cardiovasculares, particularmente a doença coronária, constituem uma das principais causas de morte no mundo. A nível nacional, Madeira et al. (2025) refere que entre os anos de 2002 e 2022, foram registadas 294.307 hospitalizações por SCA, refletindo um impacto expressivo sobre o sistema de saúde português, o que corresponde a uma média anual aproximada de 87.200 episódios.

De acordo com o American College of Cardiology, a avaliação inicial da SCA deve basear-se na história clínica da pessoa, nos sintomas apresentados, no eletrocardiograma (ECG) e na avaliação dos níveis de troponina cardíaca. De acordo com Bhatt et al. (2022), os sinais e sintomas mais frequentes incluem dor ou desconforto torácico de início súbito, geralmente

localizado na região retrosternal, podendo irradiar para o braço esquerdo, mandíbula, região cervical ou dorso. Entre as manifestações associadas, destacam-se dispneia, sudorese, náuseas, vômitos, palpitações, dor epigástrica e síncope.

Segundo Amsterdam et al. (2014), a cirurgia de revascularização cardíaca está indicada no síndrome coronário agudo com anatomia complexa, múltiplos vasos ou lesão de tronco, especialmente quando há instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogénico, sendo amplamente utilizada a cirurgia de *bypass* coronário. A técnica cirúrgica consiste na realização de uma esternotomia mediana e, na maioria dos casos, na utilização de circulação extracorpórea, que permite a paragem temporária da atividade cardíaca, facilitando a execução precisa das anastomoses dos enxertos. São mais comumente utilizados os enxertos da artéria mamária interna esquerda ou da veia safena. (Gaudino et al. 2023)

As primeiras horas de vigilância e monitorização da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, ocorrem na UCI de CCT e os aspetos previamente descritos podem espelhar de forma evidente a labilidade hemodinâmica da mesma, no entanto não deve ser protelado o início de um programa de reabilitação precoce. A reabilitação cardíaca (RC) pode ser entendida como uma intervenção ampla e multidimensional de prevenção secundária, cujo objetivo é reduzir os impactos fisiológicos e psicológicos decorrentes das doenças cardiovasculares. (Back, Hansen e Frederix, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Adicionalmente, as principais complicações pós-operatórias que afetam a qualidade de vida das pessoas após uma cirurgia cardíaca são a atelectasia, pneumonia, bronquite, insuficiência respiratória, edema pulmonar e derrame pleural, o que salienta a importância da reeducação funcional respiratória, incluída no programa de RC. (Hulzebos et al., 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A esternotomia implicada neste tipo de abordagem cirúrgica tem repercussões no sistema respiratório por lesão dos músculos diretamente implicados na respiração, bem como pela diminuição da estabilidade e mobilidade da parede torácica (Garcia, Lago, Oquendo e Estany, 2014; Miranda, Padulla e Bortolatto, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2020). Estas alterações são ainda potenciadas pela dor e por terapêutica medicamentosa administrada a nível intra-operatório que afeta o controlo respiratório central, modificando a regulação neurológica dos músculos respiratórios. (Garcia, Lago, Oquendo e Estany, 2014; Miranda, Padulla e Bortolatto, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

De acordo com a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, a mobilização precoce compreende a implementação de atividades físicas leves, como reposicionamento, transferência para a cadeira e exercícios ativos, iniciadas nas primeiras 72 horas de internamento em UCI, desde que o quadro clínico da pessoa o permita. (Kloss et al., 2023).

Um estudo realizado por Zhang et al. (2019) demonstra que a mobilização precoce em cuidados intensivos tem enquanto vantagens: redução significativa do desenvolvimento de fraqueza muscular adquirida na UCI; desmame ventilatório precoce; maior recuperação funcional após a alta hospitalar; diminuição da morbidade e mortalidade.

Tendo em conta a labilidade clínica da pessoa internada na UCI, a segurança na mobilização precoce deve ser uma preocupação constante da equipa transdisciplinar. Um trabalho desenvolvido por Hickmann et al. (2016) reúne as recomendações sobre critérios de segurança para a mobilização precoce:

- Crítérios hemodinâmicos: PAM $\geq$ 65mmHg; FC 50-130bpm (variações aceitáveis até 20% durante a mobilização); ausência de disritmia não controlada; uso de suporte vasopressor em dose baixa; ausência de sinais de hipoperfusão (pele fria, aumento do tempo de preenchimento capilar); ausência de hemorragia ativa.
- Crítérios respiratórios: SpO₂ $\geq$ 90% durante a mobilização; ausência de dispneia grave ou desconforto respiratório acentuado; respiração espontânea ou, se sob VMI, preferencialmente sob sedação leve (*score* -1 a +1 na escala de RASS).
- Crítérios neurológicos: preferencialmente com nível de consciência que permita compreender comandos simples (*score* -1 a +1 na escala de RASS); ausência de aumento da pressão intracraniana.
- Crítérios metabólicos e gerais: temperatura corporal $<$ 38°C; glicémia capilar $<$ 80mg/dL; analgesia adequada (*score* $\leq$ 3 na escala numérica da dor).

Defino enquanto questão norteadora para o presente Relato de Caso Clínico: Quais os ganhos da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa submetida a cirurgia cardíaca?

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente RCC foi conduzido de acordo com as diretrizes do *Case Report* (CARE) recorrendo à *guideline* da EQUATOR. (Riley et al, 2017)

Sendo consensual que a enfermagem – particularmente a Enfermagem de Reabilitação – necessita de um corpo de conhecimentos próprios para atribuir suporte ao seu desenvolvimento, os EEER devem basear a sua prática em referenciais que a sistematizem. (Martins, Ribeiro & Ventura, 2018)

Desta forma, considero essencial a inclusão da *guideline* da *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO, 2025) intitulada “Cuidados centrados na pessoa e na família”. Segundo a RNAO, este modelo de cuidados valoriza a pessoa na sua globalidade, reconhecendo-a como um ser único, para além da sua condição clínica. Ao adotar esta abordagem, os enfermeiros procuram compreender melhor a história de vida da pessoa, a sua experiência com a saúde e a intervenção essencial que a família desempenha no apoio e promoção do seu bem-estar.

As orientações da RNAO (2025) apresentam múltiplas recomendações práticas, organizadas em quatro etapas principais:

- Avaliação: envolve o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, baseada numa comunicação eficaz (verbal e não verbal), procurando compreender o significado que atribui à saúde e promovendo o seu empoderamento.
- Planeamento: consiste na construção de um plano de cuidados em parceria com a pessoa, incentivando a sua participação ativa e a tomada de decisão informada, com a definição partilhada de prioridades e objetivos.
- Implementação: os cuidados são ajustados às necessidades e preferências da pessoa, e não às do profissional, promovendo estratégias que favoreçam a autogestão.
- Avaliação final: implica recolher o *feedback* da pessoa, de modo a verificar a sua satisfação, avaliando a eficácia do plano de cuidados desenvolvido e reajustando-o se necessário. (RNAO, 2025)

É, então, a partir deste referencial teórico que pretendo nortear o desenvolvimento da minha intervenção enquanto futura EEER.

A informação acerca da pessoa acerca da qual se elabora o RCC foi obtida através da consulta do processo nas plataformas SClínico e Patient Care, complementada através da realização de uma entrevista estruturada (Apêndice I) e do exame objetivo. A pessoa foi informada e esclarecida acerca do desenvolvimento do presente documento, tendo posteriormente procedido à assinatura do consentimento informado (Apêndice II). O programa de ER foi implementado durante 1 semana.

Tendo como principal objetivo mensurar eventuais ganhos decorrentes da implementação do plano de cuidados de ER, recorreu-se à utilização dos seguintes instrumentos de avaliação validados em Portugal:

- Escala numérica da dor: Quantifica a dor referida pela pessoa, com pontuação de 0 a 10, correspondendo o 0 a “sem dor” e 10 a “dor máxima”. (DGS, 2003)
- Medical Research Council Scale (MRC): tem como finalidade avaliar a força muscular de determinado segmento corporal, sendo definida por uma escala de 0 a 5: 0 – sem contração muscular; 1 – contração muscular visível sem movimento; 2 – movimento presente, no entanto não vence gravidade; 3 – vence a gravidade, no entanto não vence resistência; 4 – movimento contra resistência moderada; 5 – força normal. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)
- Escala de Borg modificada – avaliação da perceção subjetiva de esforço: tem como objetivo estratificar o grau de esforço percebido pela pessoa no momento ou durante a realização de determinada tarefa, estabelecendo limites seguros para o desenvolvimento de um programa de reabilitação. Nesta escala, a intensidade da sensação de esforço é mensurada de acordo com um valor de 0 a 10 em que 0 corresponde a “muito muito leve” e 10 corresponde a “muito muito forte”. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)
- Escala de Morse: instrumento de avaliação fiável, com 6 itens. O preenchimento dos mesmos gera um *score* que varia entre 0 a 125 pontos, estratificando o risco de queda da seguinte forma: 0-24 pontos, baixo risco; 25-44 pontos, moderado risco; ≥ 45 pontos, alto risco. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)
- Índice de Barthel: instrumento de avaliação funcional que permite avaliar o grau de independência de uma pessoa na execução das AVD's. Contempla dez dimensões fundamentais do autocuidado e da mobilidade, nomeadamente: alimentar-se, realizar a higiene pessoal, utilizar o sanitário, tomar banho, vestir-se e despir-se, controlar os esfíncteres, deambular, efetuar transferências entre a cama e a cadeira, bem como subir e descer escadas. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Sofia Ribeiro – novembro 2025 – ESSATLA

- Escala de equilíbrio de Berg: avalia a capacidade de manter o equilíbrio estático e dinâmico, permitindo estimar o risco de queda em adultos. É composto por 14 tarefas funcionais que envolvem coordenação, equilíbrio e transferências posturais, sendo cada item avaliado numa escala de 0 a 4 pontos. A pontuação total classifica o risco de queda como baixo (41–56), moderado (21–40) ou elevado (0–20). (Ordem dos Enfermeiros, 2016)
- Escala de Braden: destinada à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) no adulto, sendo constituída por 6 itens: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade e nutrição. Em cada um desses itens deve ser selecionada uma das opções, sendo atribuído um *score*. Após o somatório de cada *score*, o valor total categoriza o risco de desenvolvimento de UP: ≤ 16 , alto risco; ≥ 17 baixo risco. (DGS, 2011)

Após a realização da avaliação inicial, procede-se a um levantamento dos principais diagnósticos de ER, através dos quais se elabora um plano de cuidados de ER. Seguidamente à implementação deste plano de cuidados de ER, procede-se à avaliação e discussão de resultados.

Apresentação do Caso Clínico

O Sr. Mark (nome fictício) trata-se de um homem de 67 anos de idade, caucasiano, de nacionalidade britânica. Demonstrou estar de acordo com o programa de reabilitação desenvolvido no presente RCC, tendo sido esclarecido e informado quanto ao mesmo.

É casado com uma mulher de 65 anos e residem em Portugal há 6 anos, numa moradia térrea. O casal tem duas filhas, de 32 e 36 anos, uma delas reside no Canadá e outra no Reino Unido. Encontram-se ambos reformados. O Sr. Mark experienciou diferentes contextos laborais, tendo trabalhado maioritariamente na área da engenharia aeronáutica. Atualmente desenvolve atividades na área do bricolage e eletrónica, no próprio domicílio. Relativamente aos hábitos de atividade física prévios ao internamento, o Sr. Mark caminha cerca de 2,5km por dia (aproveita esta caminhada para passear o seu cão) e vai ao ginásio 4 vezes por semana, realizando treinos de 45 minutos com uma tipologia maioritariamente anaeróbia. Importa salientar que o Sr. Mark frisou ao longo da entrevista uma preocupação relacionada com o facto de retomar a sua atividade física, constituindo um momento do seu dia a dia do qual não quer prescindir.

O Sr. Mark tem como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia, acidente isquêmico transitório em 2023 (sem sequelas), tabagismo cessado aos 35 anos de idade. Enquanto medicação habitual: Perindopril 5mg (ao pequeno-almoço), Lercanidipina 1mg (3 vezes por semana), Atorvastatina 40mg (ao jantar); Ácido Acetilsalicílico 150mg (ao almoço).

O Sr. Mark recorreu ao serviço de urgência do hospital da sua área de residência com queixas de cansaço fácil. Após avaliação clínica, foi referenciado à especialidade de Cardiologia, tendo realizado um Ecocardiograma que levou ao diagnóstico de estenose aórtica grave. Após realização de exames complementares de diagnóstico foi-lhe proposta a realização de uma cirurgia de revascularização cardíaca, ou seja, um bypass coronário, que aceitou.

O procedimento cirúrgico (D0) foi realizado e decorreu sem intercorrências, tendo sido admitido na UCI pelas 14h45, sob ventilação mecânica invasiva e sedo-analgesia. Procedeu-se ao desmame ventilatório e de sedação, com progressivo ajuste dos parâmetros ventilatórios. No D1, o Sr. Mark foi extubado, tendo ficado sob oxigenoterapia por máscara de venturi (MV) com concentração de oxigénio de 60%. Neste dia foi realizado o primeiro levante para cadeirão, estando descrito no processo clínico que decorreu sem intercorrências, tendo equilíbrio mantido. O internamento do Sr. Mark na UCI de CCT foi pautado por alguma dificuldade em realizar o desmame de oxigénio, tendo havido necessidade de iniciar oxigenoterapia de alto fluxo no D3 por agravamento dos sinais de dificuldade respiratória. No D6 pelas 16 horas terá transitado para MV 45%.

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

O seguinte quadro ilustra a avaliação inicial de ER, realizada no D6 pelas 18 horas (S1), evidenciando aspetos que considero imprescindíveis na elaboração de um plano de cuidados de ER e tendo em conta a situação descrita.

Quadro 1 – Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação

Parâmetro	Avaliação Inicial
Estado de consciência	Vígil. Escala de Coma de Glasgow: 15/15 – abertura ocular espontânea, discurso coerente, cumpre ordens.
Sinais vitais	Temperatura axilar: 36,1°C Pressão arterial: 143/74 mmHg

Sofia Ribeiro – novembro 2025 – ESSATLA

	Frequência cardíaca: 80bpm (ritmo sinusal) Dor: Escala numérica da dor: 6/10 – a nível da ferida cirúrgica (esternotomia)
Respiração/ventilação	Escala de Borg: 6/10 moderado; Saturação periférica de oxigénio: 94% (MV 45%); Frequência respiratória: 20cpm; Amplitude: superficial; Localização: predominantemente abdominal; Simetria: tórax equimóvel, equiexpansível, estável; Auscultação pulmonar (AP): Murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases pulmonares, simétrico. Sem ruídos adventícios; Telerradiografia de tórax: elevação das hemicúpulas diafragmáticas; reforço hilar bilateral; Gasometria arterial: pH 7,50; pO₂ 71mmHg; pCO₂ 25mmHg.
Linguagem e compreensão	Competência linguística restringe-se ao inglês. Quando se comunica com a pessoa neste idioma, não existem alterações da linguagem ou compreensão.
Visão	Diminuição da acuidade visual bilateral, utilizando dispositivo de correção ótica (óculos).
Audição	Sem alterações.
Alimentação	Iniciou dieta ligeira no D5. Atualmente alimenta-se de cerca de metade da refeição fornecida privilegiando a sopa e a fruta. Habitualmente não ingere o prato principal por não ser do seu agrado.
Pele	Apresenta ferida cirúrgica (esternotomia) com agrafes, penso simples e sem sinais inflamatórios. Sem outras alterações.
Risco de UPP	Escala de Braden: 13 pontos - moderado risco.
Amplitude articular	Sem alterações.
Força muscular	Escala MRC: Membro superior direito: 4/5 Membro superior esquerdo: 4/5 Membro inferior direito: 3/5 Membro inferior esquerdo: 3/5

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos: Relato de Caso Clínico – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Equilíbrio	Escala de Berg: 17 – alto risco de queda
Risco de Queda	Escala de Morse: 35 – risco moderado
AVD's	Índice de Barthel: 35
Eliminação	Algaliado com débito urinário razoável (balanço hídrico -1500ml até à data) Última dejeção a 21 de outubro.

Desta forma, procede-se ao levantamento dos principais focos de atenção de ER:

- Expetorar;
- Ventilação;
- Movimento muscular;
- Intolerância à atividade.

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O plano de cuidados de ER foi implementado ao longo de 4 sessões (S1, S2, S3, S4) de cerca de 40 minutos, tendo em conta o tempo necessário para um momento inicial de explicação dos exercícios e esclarecimento de dúvidas, respeitando a necessidade de providenciar momentos de descanso entre os mesmos. A nível cronológico, as sessões distribuíram-se da seguinte forma: S1 = D6; S2 = D7; S3 = D8; S4 = D11.

Tendo por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER desenvolvido pela mesa do colégio da especialidade de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2014), utilizando a linguagem CIPE[®] e com base nos principais focos de atenção para a ER, procede-se à elaboração do plano de cuidados de ER de forma a documentar os cuidados prestados pelo EEER. De acordo com as boas práticas de reabilitação cardíaca, o mesmo contempla um plano de treino para fortalecimento muscular (contemplada a musculatura respiratória) seguindo as recomendações de prescrição definidas a nível internacional, tendo em conta o FIIT-VP.

Quadro 2 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Expetorar

Foco: Expetorar				
Diagnóstico de ER: Expetorar ineficaz em grau reduzido				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Auscultar o tórax e pesquisar eventual presença de roncos (início e final da sessão);	✓	✓	✓	✓
Avaliar telerradiografia de tórax;	✓	✓	✓	✓
Avaliar reflexo de tosse (solicitar à pessoa que inspire profundamente e de seguida elimine o ar de forma rápida);	✓	✓	✓	✓
Estimular reflexo de tosse;	✓	✓	✓	✓
Avaliar necessidade de aspiração de secreções brônquicas;	✓	✓	✓	✓
Realizar RFR:	✓	✓	✓	✓
- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios: 1 série, 5 repetições;				
- Respiração abdominodiafragmática: 1 série, 5 repetições;				
- Respiração diafragmática bilateral: 1 série, 5 repetições;				
- Abertura costal seletiva bilateral (nunca excedendo 90º na extensão/abdução do ombro): coordenando a fase excêntrica com a inspiração e a fase concêntrica com a expiração, 1 série, 5 repetições;				
- Rotação escapulo umeral: 1 série, 5 repetições;				
- Inspirações profundas: 1 série, 5 repetições;				
- Técnica de vibração torácica 5 repetições (se não houver contra-indicação, nomeadamente dor, instabilidade hemodinâmica ou alteração da coagulação)				
Incentivar tosse com contenção da sutura cirúrgica (técnica ensinada no período pré-operatório no internamento de CCT);	✓	✓	✓	✓

19

Incentivar ingestão hídrica;	✓	✓	✓	✓
Vigiar caraterísticas da expetoração (quantidade, cor, viscosidade).	Quando existente			
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de tosse				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar conhecimento sobre técnicas respiratórias e esclarecer dúvidas acerca das mesmas, implementando uma escala Likert (1-nenhum conhecimento; 2-conhecimento limitado; 3-conhecimento moderado; 4-conhecimento substancial; 5-conhecimento amplo);	✓	✓	✓	✓
Avaliar conhecimento sobre técnica da tosse com contenção da sutura cirúrgica;	✓	✓	✓	✓
Ensinar sobre técnica da tosse: tosse assistida com contenção da sutura cirúrgica;	✓	✓		
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar capacidade para tossir				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar capacidade para expetorar;	✓	✓		
Avaliar capacidade para tossir;	✓	✓	✓	✓
Treinar técnica da tosse, realizando 3 repetições.	✓	✓	✓	✓

Quadro 3 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Ventilação

Foco: Ventilação				
Diagnóstico de ER: Ventilação comprometida				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4

Avaliar respiração: frequência respiratória; SpO ₂ ; localização (abdominal/torácica/mista); ritmo, uso de musculatura acessória, presença de esforço respiratório em repouso/pequenos ou médios esforços, simetria/amplitude/estabilidade torácica; aumento/diminuição do tempo inspiratório/expiratório;	✓	✓	✓	✓
Auscultar o tórax e pesquisar presença de ruídos adventícios (início e final da sessão);	✓	✓	✓	✓
Avaliar telerradiografia de tórax, contemplando aspetos como:	✓	✓	✓	✓
- Qualidade técnica				
- Nos campos pulmonares: despistar opacidades, consolidações, massas, sinais de edema pulmonar, atelectasias				
- Na pleura: despistar derrame pleural, pneumotórax				
- Mediastino e silhueta cardíaca: despistar presença de cardiomegalia e alargamento do mediastino				
- Diafragma: elevação				
- Dispositivos: verificar posicionamento de tubo endotraqueal, dreno torácico, cateter venoso central; (American College of Surgeons, 2018);				
Vigiar pele e mucosas (descartar palidez/cianose);	✓	✓	✓	✓
Realizar RFR:	✓	✓	✓	✓
- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios: 1 série, 5 repetições;				
- Respiração abdominodiafragmática: 1 série, 5 repetições;				
- Respiração diafragmática bilateral: 1 série, 5 repetições;				
- Abertura costal seletiva bilateral (nunca excedendo 90° na extensão/abdução do ombro), coordenando a fase excêntrica com a inspiração e a fase concêntrica com a expiração, 1 série, 5 repetições;				
- Rotação escapulo umeral: 1 série, 5 repetições;				
- Inspirações profundas: 1 série, 5 repetições;				

Sofia Ribeiro – novembro 2025 – ESSATLA

21

- Técnica de vibração torácica 5 repetições (se não houver contraindicação, nomeadamente dor, instabilidade hemodinâmica ou alteração da coagulação)				
Promover posição de descanso e relaxamento (apoio dos membros superiores; elevação/apoio dos membros inferiores; posição de cocheiro) e corrigir posturas viciosas;	✓	✓	✓	✓
Promover o uso de inspirómetro: 1 série de 3 repetições. A cada sessão aumentar 2 séries e 2 repetições;			✓	✓
Gerir oxigenoterapia, definindo SpO ₂ ≥ 95% enquanto alvo.	✓	✓	✓	
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório;	✓	✓	✓	
Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar ventilação (inspiração profunda e expiração com lábios semicerrados, controlo e dissociação dos tempos respiratórios);	✓	✓	✓	✓
Avaliar conhecimento sobre inspirómetro;			✓	✓
Avaliar conhecimento sobre técnicas de posicionamento para otimizar ventilação (correção postural, apoio dos membros superiores; elevação/apoio dos membros inferiores; posição de cocheiro);	✓	✓	✓	✓
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório;		✓	✓	✓
Avaliar capacidade para usar técnica de posicionamento para otimizar ventilação		✓	✓	✓
Avaliar capacidade para usar inspirómetro			✓	✓
Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação.		✓	✓	✓

Sofia Ribeiro – novembro 2025 – ESSATLA

22

Quadro 4 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Movimento muscular

Foco: Movimento muscular				
Diagnóstico de ER: Movimento muscular diminuído				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar força muscular através da escala MRC;	✓	✓	✓	✓
Executar técnica de exercício muscular e articular passivo: adução/abdução/flexão/extensão do ombro; flexão/extensão do cotovelo; flexão/extensão/abdução/adução/rotação do punho; flexão/extensão/adução/abdução dos dedos da mão; adução/abdução/flexão/extensão coxofemoral; flexão/extensão tibiotársica. Coordenando a fase excêntrica com a inspiração e a fase concêntrica com a expiração, realizar bilateralmente, 1 série de 5 repetições;	✓			
Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido: adução/abdução/flexão/extensão do ombro; flexão/extensão do cotovelo; flexão/extensão/abdução/adução/rotação do punho; flexão/extensão/adução/abdução dos dedos da mão; adução/abdução/flexão/extensão coxofemoral; flexão/extensão tibiotársica. Coordenar a fase excêntrica com a inspiração e a fase concêntrica com a expiração, realizar bilateralmente, 1 série de 5-10 repetições;		✓	✓	
Diagnóstico de ER: Movimento muscular aumentado				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Executar técnica de exercício muscular e articular ativo: adução/abdução/flexão/extensão do ombro; flexão/extensão do cotovelo; flexão/extensão/abdução/adução/rotação do punho; flexão/extensão/adução/abdução dos dedos da mão; adução/abdução/flexão/extensão coxofemoral; flexão/extensão tibiotársica; exercícios de agachamento na barra da cama. Coordenar a fase excêntrica com a inspiração e a fase concêntrica com a expiração, realizar bilateralmente, 2 séries de 5-10 repetições com 60 segundos de repouso entre ambas. Aumentar 2 séries a cada sessão;				✓

Sofia Ribeiro – novembro 2025 – ESSATIA
23

Incentivar uso de pedaleira 3 minutos. Progredir 2 minutos em cada sessão, devendo a pessoa verbalizar uma percepção do esforço de “fácil” a “relativamente fácil” de acordo com a escala de Borg (Ordem dos Enfermeiros, 2020)				✓
Realizar treino de marcha durante 5 minutos com descanso de 30 segundos após os primeiros 2,5 minutos; Aumentar 5 minutos a cada sessão assegurando uma percepção do esforço de “fácil” a “relativamente fácil” de acordo com a escala de Borg. (Ordem dos Enfermeiros, 2020);			✓	✓
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;	✓	✓	✓	✓
Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	✓	✓	✓	✓
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	✓	✓	✓	✓
Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular: mobilizações ativas assistidas (movimentos previamente descritos), 1 série, 5 repetições	✓	✓		
Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular: mobilizações ativas e ativas resistidas; exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de agachamento na barra da cama. 1 série, 5 a 10 repetições. Aumenta 1 série a cada sessão.			✓	✓

Nota: Na pessoa submetida a safenectomia, estão contraindicados movimentos de flexão/extensão coxofemoral e do joelho nas primeiras 72 horas de pós-operatório. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Sofia Ribeiro – novembro 2025 – ESSATIA
24

Quadro 5 – Foco de Enfermagem de Reabilitação: Intolerância à atividade

Foco: Intolerância à atividade				
Diagnóstico de ER: Intolerância à atividade				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar intolerância à atividade através da escala de percepção do esforço de Borg;	✓	✓	✓	✓
Supervisionar resposta ao exercício: monitorização contínua (SpO2, FC, TA, escala de Borg) e despiste de sinais de alarme que obrigam à interrupção do programa de RC;	✓	✓	✓	✓
Planear atividade física e providenciar momentos de repouso;	✓	✓	✓	✓
Gerir atividade física, executando sessão e planeando sessão autónoma adaptada (automobilizações);		✓	✓	✓
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de conservação de energia				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Avaliar conhecimento sobre exercício e repouso da pessoa através de entrevista não estruturada;		✓		
Instruir sobre os sintomas que devem ser comunicados durante a realização da atividade física, bem como aqueles que requerem a interrupção imediata da mesma, nomeadamente tonturas, alterações da acuidade visual, dor torácica, náuseas e sudorese;	✓	✓	✓	✓
Instruir sobre técnicas de conservação de energia: controlo e dissociação de tempos respiratórios, mecânica corporal adequada, uso de dispositivos de assistência como o corrimão ou a barra da cama, gestão de períodos de atividade e repouso;	✓	✓	✓	✓
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
Treinar técnicas de conservação de energia;	✓	✓	✓	✓
Supervisionar capacidade de usar técnicas de conservação de energia durante a implementação do plano de cuidados de ER.		✓	✓	✓

Sofia Ribeiro – novembro 2025 – ESSATLA
25

Nota: Importa salientar a importância de uma vigilância contínua dos sinais de alarme (previamente abordados) ao longo da implementação do plano de cuidados de ER.

RESULTADOS

A implementação do plano de cuidados de ER evidencia a obtenção de ganhos em saúde e objetiva o contributo do EEER. Seguidamente ilustram-se os principais resultados obtidos a nível de cada um dos focos de atenção.

Expetorar

Após a aplicação de intervenções de ER, nomeadamente no que toca à RFR, verifica-se a capacitação para expetorar através de uma tosse eficaz com contenção da sutura cirúrgica.

Quadro 6 – Resultados do Foco de Enfermagem de Reabilitação Expetorar

Diagnóstico	Resultado			
	S1	S2	S3	S4
Expetorar ineficaz em grau reduzido	✓	✓		
Conhecimento sobre técnica da tosse		✓	✓	✓
Capacidade para tossir			✓	✓
Expetorar eficaz			✓	✓

Ventilação

A avaliação de ER no que toca ao padrão respiratório, a AP (no início e final da sessão), a interpretação da telerradiografia de tórax (realizada diariamente no contexto da UCI) e da gasometria arterial constituem achados essenciais na demonstração de ganhos para a pessoa decorrentes do desenvolvimento de RFR e do restante plano de cuidados de ER no que toca a este foco de atenção. O seguinte quadro ilustra esses ganhos:

Quadro 7 – Resultados do Foco de ER Ventilação

	S1	S2	S3	S4
Escala de Borg	6/10 moderado	5/10 moderado	4/10 moderado	4/10 moderado
SpO ₂	94%	95%	95%	96%
FR	22cpm	22cpm	20cpm	18cpm
Oxigenoterapia	MV 45%	MV 35% - passa para 31% 1h após terminar a sessão	MV 28%	Não tem
Amplitude	superficial	superficial	média	média
Localização	abdominal	abdominal	mista	mista
Auscultação pulmonar	Murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases pulmonares, simétrico. Sem ruídos adventícios	Murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases pulmonares, simétrico. Sem ruídos adventícios.	Murmúrio vesicular mantido, simétrico. Sem ruídos adventícios.	Murmúrio vesicular mantido, simétrico. Sem ruídos adventícios.
RX de tórax	Elevação das hemicúpulas diafragmáticas; reforço hilar bilateral;	Subida das hemicúpulas diafragmáticas, compatível com respirações pouco profundas.	Melhoria relativamente ao anterior, no entanto mantém alguma subida das hemicúpulas.	Expandido, observando-se claramente todas as estruturas pulmonares.
Conhecimento autocontrolo do padrão respiratório	Não demonstra	Não demonstra	Demonstra	Demonstra
Capacidade autocontrolo do padrão respiratório	Não demonstra	Não demonstra	Não demonstra	Demonstra

Movimento Muscular

Após a avaliação inicial, constata-se que o movimento muscular constitui um dos principais focos de atenção para a ER, verificando-se compromisso após uso do instrumento de avaliação MRC. A implementação de um plano de ER que contempla exercícios de fortalecimento muscular e autogestão de esforço permite a obtenção de ganhos a nível da força muscular, evidenciados no seguinte quadro:

Quadro 8 – Resultados do Foco de ER Movimento muscular

Segmento corporal	Avaliação MRC			
	S1	S2	S3	S4
Membro superior direito	4/5	4/5	5/5	5/5
Membro superior esquerdo	4/5	4/5	5/5	5/5
Membro inferior direito	3/5	3/5	4/5	5/5
Membro inferior esquerdo	3/5	3/5	4/5	5/5

Intolerância à atividade

De forma a nortear a avaliação da intolerância à atividade, foi explicada à pessoa de forma sucinta a escala de percepção ao esforço de Borg, demonstrando a importância de ao longo da realização de cada sessão ser importante indicar em que nível se encontrava, dando exemplos de como se sente em cada nível. Por exemplo, questiono se consegue manter uma conversa ao longo da realização da sessão e de que forma, ou seja, se consegue falar de forma fluida ou apenas 2 a 3 palavras, o que permite categorizar onde se encontra a nível da escala.

Tal como foi previamente evidenciado ao nível do quadro 7 e, apesar da diminuição do aporte de oxigénio, verificou-se uma progressão positiva a nível dos resultados da avaliação da escala de Borg. Na avaliação inicial verifica-se um *score* de 6/10 e ao nível da última sessão, S4, verifica-se um *score* de 4/10, o que possibilitou juntamente com outros fatores a implementação do treino de marcha.

Considera-se a avaliação da dor essencial e transversal aos focos de ER evidenciados. Verificou-se ao longo das 4 sessões uma evolução favorável da dor a nível da esternotomia. A nível da S1 houve necessidade de administração de analgesia (SOS) previamente ao início da implementação do plano de ER. Nas seguintes sessões não houve essa necessidade, tendo o Sr. Mark mantido o mesmo esquema de analgesia ao longo das mesmas.

Um trabalho desenvolvido por Soares e Soares (2018) sustenta estes achados, concluindo que um programa de RFR que integra técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo dos tempos respiratórios, exercícios de respiração abdomino-diafragmática, tosse dirigida com contenção da ferida operatória, mobilização ativa e correção postural, associadas ao controlo da respiração, contribui significativamente para a redução da dor pós-operatória.

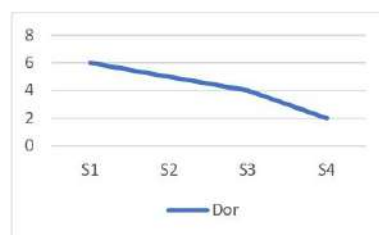


Figura 1 – Avaliação da dor ao longo da implementação do plano de ER

Por último, a avaliação através da Escala de Braden contempla dimensões fundamentais como a perceção sensorial, o nível de atividade, a mobilidade e o estado nutricional. A intervenção do EEER traduz-se em ganhos mensuráveis neste instrumento de avaliação (Apêndice VI), refletindo a eficácia das intervenções implementadas.

O internamento prolongado na UCI a que o Sr. Mark foi submetido, constituiu um fator de risco acrescido para o desenvolvimento de UPP, tornando imperativo o desenvolvimento de um plano de ER ajustado, particularmente ao compromisso da mobilidade, da atividade e da perceção sensorial. Neste contexto, a monitorização sistemática da evolução da pessoa ao longo do processo de reabilitação permite avaliar o impacto das intervenções na redução do risco de lesões por pressão.

Em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca e com permanência prolongada na UCI, como no caso do Sr. Mark, a Escala de Braden assume, assim, particular relevância, uma vez que a imobilidade, a dependência funcional e as alterações respiratórias contribuem significativamente para o aumento do risco UPP. Deste modo, a avaliação regular através deste instrumento de avaliação constitui uma base fundamental para a tomada de decisão em ER, orientando a implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações.

DISCUSSÃO

De acordo com as Boas Práticas da Reabilitação Cardíaca, constituem objetivos do programa de RC intra-hospitalar: otimizar o regime farmacológico, prevenir sequelas da imobilidade, melhorar a capacidade funcional, providenciar apoio psicológico, instruir e esclarecer a pessoa. (American College of Sports Medicine, 2014; American College of Sports Medicine, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2020; Piotrowicz e Wolszakiewicz, 2008)

Decorrente da abordagem cirúrgica, a dor localizada ao nível da sutura cirúrgica, observa-se uma diminuição significativa da capacidade de tossir e, consequentemente, de expetorar por parte da pessoa. Torna-se, portanto, essencial otimizar a analgesia, reforçando-a sempre que necessário, de modo a garantir o conforto e a promover uma tosse eficaz. A implementação do plano de cuidados de ER relativamente a este foco de atenção deve incluir a desmistificação do receio de tossir, através do fornecimento de informação e educação à pessoa sobre a técnica correta da tosse com contenção da sutura. Tais aspetos permitiram os ganhos obtidos a nível do foco expetorar.

No que toca ao foco ventilação, a esternotomia é associada a um padrão respiratório restritivo, que se caracteriza por uma redução da capacidade de expansão dos pulmões, ou seja, por uma diminuição da sua *compliance*. Esta limitação pode envolver tanto o tecido pulmonar como a caixa torácica, resultando numa capacidade pulmonar total inferior ao normal (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e numa disfunção dos músculos respiratórios. A patologia respiratória restritiva provoca alterações no padrão respiratório, tornando-o menos eficiente. Observa-se um aumento da frequência respiratória, uma redução do volume corrente, o que leva a hipoventilação e, consequentemente, pode resultar em insuficiência respiratória. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

O fortalecimento da musculatura respiratória permitiu, na S3, a introdução do inspirómetro de incentivo. Trata-se de um dispositivo que fornece feedback à pessoa durante uma inspiração profunda, para atingir um fluxo ou volume pré-determinados. O procedimento envolve uma inspiração lenta e apneia breve antes da expiração. (Restrepo et al., 2011)

Um estudo conduzido por Eltorai et al. (2019) conclui que o uso do inspirómetro diminuiu a atelectasia, o risco de infeção no período pós-operatório, o uso de ventilação não invasiva, a permanência na UCI e no hospital, além da mortalidade em 6 meses. Não existe um protocolo universalmente aceite sobre a frequência de utilização, mas geralmente recomenda-se a realização de várias respirações profundas a cada hora durante o período de recuperação pós-

operatória, ajustando o volume alvo de acordo com a capacidade individual da pessoa. (Eltorai et al., 2019)

Perante estes aspetos, optei por implementar o uso do inspirómetro, iniciando o processo com uma sessão de educação onde foram explicados os seus benefícios. Nos casos de pessoas com reduzida capacidade pulmonar que, na primeira sessão, não conseguiam observar o movimento do dispositivo para obter *feedback* visual, recorri à estratégia de soprar para uma luva. Esta abordagem permitiu uma melhor perceção da fase expiratória, facilitando a redução do volume pulmonar, a qual é posteriormente seguida por um aumento da capacidade inspiratória. Após a pessoa compreender o funcionamento do inspirómetro, incentivei a sua realização duas a três vezes por dia, preferencialmente antes das refeições, iniciando com uma série de 3 repetições e progredindo gradualmente, aumentando 2 repetições a cada sessão.

A implementação de um plano de cuidados de ER que contempla a RFR e com progressão de acordo com a tolerância da pessoa permitiu, de acordo com o quadro 7, ganhos a nível do padrão ventilatório que se traduzem em:

- Diminuição da perceção de esforço (escala de Borg) referida pela pessoa;
- Diminuição da FR e aumento da SpO₂;
- Redução da necessidade de oxigenoterapia a cada sessão;
- Melhoria dos achados a nível da AP e telerradiografia de tórax.

O quadro 8 evidencia a obtenção de ganhos pela pessoa no que toca à força muscular dos vários segmentos corporais que veio a permitir, na S4 a implementação do treino de marcha. Este aspeto foi considerado essencial pelo Sr. Mark visto constituir uma das suas grandes preocupações no regresso ao domicílio o facto de conseguir manter a atividade física diária.

No que toca ao foco intolerância à atividade, a obtenção de ganhos mensuráveis através da escala de Borg permitiu a progressão ao longo de cada sessão, a nível do aumento de séries e repetições. O conjunto de intervenções de ER aplicado capacitou a pessoa para esta progressão, potenciando-a na medida em que ao ver resultados objetivos ficou mais motivado a cada sessão.

Apesar dos ganhos objetivados, identifiquei três barreiras importantes na realização do presente plano de cuidados de ER. Em primeiro lugar, a barreira linguística. Após uma primeira conversa com o Sr. Mark percebi que o mesmo não debateu de modo aprofundado os seus receios e inquietações com a equipa transdisciplinar por suspeitar que não seria compreendido. O facto de ter despendido algum tempo para conversar com o Sr. Mark permitiu estabelecer uma relação

de confiança com o mesmo, fazendo-o acreditar que a implementação do plano de ER permitiria readaptar-se e manter, na medida do possível, o seu quotidiano.

Por outro lado, a alimentação do Sr. Mark também foi foco de preocupação. O facto de se alimentar em pequena quantidade, limitaria o consumo de nutrientes tão essenciais nesta fase. Após debater o assunto com o mesmo, percebi que as refeições fornecidas não eram do seu agrado. Apesar de lhe explicar a importância da ingestão correta de nutrientes e tentar negociar com o mesmo, manteve o padrão. Desta forma, foi contactada a nutricionista numa tentativa de otimizar e adaptar esta situação.

Por último, considero que o facto de o Sr. Mark ter permanecido na UCI de CCT por um período de tempo superior ao habitual contribuiu para a perda de algumas competências que haviam sido adquiridas na admissão, previamente à intervenção cirúrgica. Na consulta pré-operatória são abordados com a pessoa aspetos fundamentais, como o controlo e a dissociação dos tempos respiratórios, bem como a importância da contenção da sutura. No entanto, durante a avaliação inicial, concluiu-se que estes aspetos se encontravam esquecidos por parte do Sr. Mark, provavelmente devido ao prolongado período de internamento na UCI, sem ter sido submetido a um plano estruturado de intervenção em Enfermagem de Reabilitação.

Habitualmente, o período de permanência na UCI após cirurgia cardíaca varia entre 24 e 48 horas, sendo que o desmame ventilatório ocorre, na maioria dos casos, nas primeiras 4 a 6 horas de internamento. No caso do Sr. Mark, este período foi significativamente prolongado, agravado pela dificuldade em realizar o desmame da oxigenoterapia, o que poderá ter condicionado a manutenção e consolidação das competências previamente trabalhadas.

Considero que o desenvolvimento do presente RCC foi percussor do desenvolvimento competências de EEER. Inicialmente, a avaliação inicial permitiu identificar, de forma sistematizada, as necessidades específicas de intervenção, orientando a elaboração de um plano de cuidados personalizado, centrado na prevenção de complicações e na promoção de uma recuperação precoce e funcional.

A identificação antecipada de potenciais barreiras à funcionalidade — nomeadamente a imobilidade ou a instabilidade hemodinâmica — potenciou o desenvolvimento de competências de planeamento e de tomada de decisão clínica, fundamentais para a implementação de intervenções seguras, eficazes e adequadas à complexidade da pessoa em situação crítica. Este aspeto transmitiu-me confiança e segurança para intervir.

Paralelamente, a operacionalização de instrumentos de avaliação adequados ao contexto da UCI permitiu uma monitorização contínua e sistemática do estado funcional da pessoa, possibilitando a reavaliação e o reajuste dos planos de cuidados implementados. Esta prática sustentou o desenvolvimento de competências na análise crítica da evolução clínica, reforçando a importância da avaliação contínua como base para a tomada de decisão especializada.

A implementação de intervenções de RFR e RFM revelou-se fundamental no processo de capacitação e recuperação da pessoa. O facto de conhecer os antecedentes pessoais, história e contexto de vida, bem como o significado de saúde para o Sr. Mark, levou-me a traçar objetivos com o mesmo. A relação de confiança estabelecida foi motivadora para o mesmo e o facto de ter uma vida ativa previamente levou-o a perceber a importância de cumprir o plano de ER, tendo em vista readquirir essas competências de modo a retomar o seu quotidiano com as devidas adaptações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste RCC permitiu mobilizar as Competências do EEER, com enfoque na avaliação, planeamento, implementação e reavaliação. Através de uma avaliação inicial sistematizada, identificaram-se as necessidades prioritárias do Sr. Mark, permitindo a elaboração de um plano de cuidados personalizado, orientado para a prevenção de complicações e promoção da recuperação funcional. A implementação de técnicas de RFR e RFM passando pelo conhecimento e capacitação da pessoa, possibilitaram ganhos significativos nos focos ventilação, expetoração e intolerância à atividade, traduzidos pela melhoria da capacidade ventilatória, diminuição da perceção de esforço e progressão no treino de marcha. Foram identificadas barreiras relevantes — nomeadamente a dificuldade de comunicação, a alimentação inadequada e o prolongamento da permanência na UCI — que exigiram intervenções diferenciadas e colaboração interdisciplinar. Apesar da presença dessas barreiras, considero os resultados muito bons, o que coincide com o feedback do Sr. Mark após a última sessão de ER.

Enquanto reflexão final, considero que o momento de avaliação inicial constitui o momento mais importante no desenvolvimento e implementação de um plano de cuidados de ER, na medida em que é neste momento que é entendida a expectativa da pessoa. Após a avaliação inicial do Sr. Mark percebi a importância que o mesmo atribui à sua caminhada diária e ao facto de ter inúmeras ocupações algo exigentes a nível físico. Ao longo do desenvolvimento do programa de ER empenhei-me em manter essa temática presente, tendo a mesma constituído o foco para que o Sr. Mark mantivesse um sentimento de motivação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons. (2018). *ACS TQIP BEST PRACTICES GUIDELINES IN IMAGING*. https://www.facs.org/media/oxdjw5zj/imaging_guidelines.pdf
- Amsterdam, E., Wenger, N., Brindis, R. et al. (2014) AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Jacc journals*. 2014 Dec, 64 (24) e139–e228. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.09.017>
- Bhatt, D. L., Lopes, R. D., Harrington, R.A. (2022) Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndromes: A Review. *JAMA*. 2022;327(7):662–675. <https://doi:10.1001/jama.2022.0358>
- Bruno, T. C., Bittencourt, M. S., Quidim, A. V. L., Santos, I., Lotufo, P., Bensenor, I., & Goulart, A. (2021). The Prognosis of Coronary Artery Disease in a Brazilian Community Hospital: Findings from the ERICO Study. O Prognóstico da Doença Arterial Coronariana em um Hospital Público no Brasil: Achado do Estudo ERICO. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 117(5), 978–985. <https://doi.org/10.36660/abc.20200399>
- Direção Geral de Saúde. (2003). Circular normativa n.º09/DGCG da DGS: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Consultado a 1 de novembro de 2025 https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º017/2011 19/05/2011 Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Consultado a 1 de novembro de 2025 https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACA%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- Eltorai, A. E. M., Baird, G. L., Eltorai, A. S., Healey, T. T., Agarwal, S., Ventetuolo, C. E., Martin, T. J., Chen, J., Kazemi, L., Keable, C. A., Diaz, E., Pangborn, J., Fox, J., Connors, K., Sellke, F. W., Elias, J. A., & Daniels, A. H. (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>

- Gaudino, M., Andreotti, F., Kimura, T. (2023). Current concepts in coronary artery revascularisation. *Lancet (London, England)*, 401(10388), 1611–1628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00459-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00459-2)
- Hickmann, C. E., Castanares-Zapatero, D., Bialais, E., Dugernier, J., Tordeur, A., Colmant, L., Wittebole, X., Tirone, G., Roeseler, J., Laterre, P. F. (2016). Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. *Annals of intensive care*, 6(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13613-016-0184-y>
- Hulzebos, E. H., Helders, P. J., Favié, N. J., De Bie, R. A., Brutel de la Riviere, A., Van Meeteren, N. L. (2006). Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *JAMA*, 296(15), 1851–1857. <https://doi.org/10.1001/jama.296.15.1851>
- Kitson A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kloss, P., Lindholz, M., Milnik, A., Azoulay, E., Cecconi, M., Citerio, G., De Corte, T., Duska, F., Galarza, L., Greco, M., Girbes, A. R. J., Kesecioglu, J., Mellinshoff, J., Ostermann, M., Pellegrini, M., Teboul, J. L., De Waele, J., Wong, A., Schaller, S. J., (2023). Early mobilisation in critically ill COVID-19 patients: a subanalysis of the ESICM-initiated UNITE-COVID observational study. *Annals of intensive care*, 13(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s13613-023-01201-1>
- Madeira, F., Martins, C., Viegas, S., Timóteo, A. T., Loureiro, F., Perelman, J. (2025). Direct economic burden of acute coronary syndromes in the Portuguese National Health Service-facts and trends between 2002 and 2022. *Frontiers in public health*, 13, 1433307. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1433307>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., Ventura, J. (2018). 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>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade Enfermagem de Reabilitação*. Consultado a 12 de setembro de 2025

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos: Relato de Caso Clínico – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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 13 de outubro 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 10 de outubro 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 9 de outubro de 2025

Rao, S., O'Donoghue, M., Ruel, M. et al. (2025) ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *JACC*. 2025 Jun, 85 (22) 2135–2237. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.11.009>

Registered Nurses' Association of Ontario (2025). *People-Centred Care*. (3th edition). IABPG

Restrepo, R. D., Wettstein, R., Wittnebel, L., Tracy, M. (2011). Incentive spirometry: 2011. *Respiratory care*, 56(10), 1600-1604. <https://doi.org/10.4187/respcare.01471>

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>

Soares, E., & Soares, S. (2018). Reeducação Funcional Respiratória no cliente submetido a gastrectomia: programa de intervenção pré e pós-operatório. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 33–41. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4424>

- Su, H., Zhang, J., Liu, Y., Peng, H., Zhang, L. (2022). Pre and postoperative nurse-guided incentive spirometry versus physiotherapist-guided pre and postoperative breathing exercises in patients undergoing cardiac surgery: An evaluation of postoperative complications and length of hospital stay. *Medicine*, 101(52), e32443. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032443>
- Zhang, L., Hu, W., Cai, Z., Liu, J., Wu, J., Deng, Y., Yu, K., Chen, X., Zhu, L., Ma, J., & Qin, Y. (2019). Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 14(10), e0223185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223185>

Apêndices

Apêndice I - 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-existent, 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 neuromusculares, ortopédicas)?
- 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 (força muscular diminuída, intolerância à atividade, tosse ineficaz, dor)?
 - 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 (tosse assistida, uso do expirômetro de incentivo)?
 - 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 (aumento da tolerância ao esforço, aumento da força muscular, diminuição da dor, tosse eficaz)?
 - 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 II - Consentimento informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

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 cardíaca, internada na Unidade de Cuidados Intensivos: Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: A enfermagem de reabilitação desenvolve uma intervenção essencial no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca na Unidade de Cuidados Intensivos. Foca-se na prevenção de complicações respiratórias e motoras, através da mobilização precoce, treino de exercícios respiratórios e posicionamentos adequados. Promove a estabilidade hemodinâmica, o controlo da dor e a autonomia progressiva, contribuindo para a redução do tempo de ventilação mecânica e de internamento. O enfermeiro especialista em reabilitação intervém ainda no apoio emocional, no ensino à pessoa e família sobre o autocuidado e medidas de segurança, favorecendo uma recuperação funcional mais rápida, eficaz e com melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.

Metodologia: É feita uma seleção intencional da amostra, sendo incluída a pessoa adulta submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos e que aceite participar no estudo. A avaliação inicial parte de uma entrevista estruturada (anexo II), sendo elaborado um Relato de Caso Clínico orientado pelas normas do Equator da checklist CARE.

Explicação do estudo: O Relato de Caso Clínico tem como objetivo o desenvolvimento de competências no diagnóstico, intervenção e 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. Serão utilizados instrumentos de avaliação validados em Portugal (em anexo), assegurando uma abordagem sistemática e fundamentada.

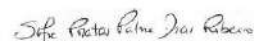
A participação não implica riscos para a pessoa, sendo garantido o respeito pelos seus direitos assistenciais, independentemente da sua decisão em participar.

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 Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro, nº 202490021; 918507183; 202490021@uatla.pt



³<https://www.ulsba.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/15/2019/02/declaracaoelsinquia.pdf>

⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido

garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

Este documento é composto de ... página/s e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

Apêndice III – Avaliação da Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original⁽¹⁾</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Wheeler	Mobilizador/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado-capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

S1 S4

0 0

15 15

0 0

20 20

0 0

0 0

35 35

Fonte: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/47DLRTfZvzWVv459NL>

Apêndice IV – Avaliação do Índice de Barthel

	S1	S4
1. Alimentação		
Independente.....	☐ 10	
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	☐ 5	5 10
Dependente.....	☐ 0	
2. Transferências		
Independente.....	☐ 15	
Precisa de alguma ajuda.....	☐ 10	10 15
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	☐ 5	
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	☐ 0	
3. Toilete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	☐ 5	5 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	☐ 0	
4. Utilização do WC		
Independente.....	☐ 10	
Precisa de alguma ajuda.....	☐ 5	0 10
Dependente.....	☐ 0	
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	☐ 5	
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	☐ 0	0 5
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	☐ 15	
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	☐ 10	
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	☐ 5	0 10
Imóvel.....	☐ 0	
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	☐ 10	0 0
Precisa de ajuda.....	☐ 5	
Dependente.....	☐ 0	
8. Vestir		
Independente.....	☐ 10	5 10
Com ajuda.....	☐ 5	
Impossível.....	☐ 0	
9. Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	☐ 10	
Acidente ocasional.....	☐ 5	
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	☐ 0	10 10
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	☐ 10	
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	☐ 5	
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	☐ 0	0 10
TOTAL		
	35	85

Fonte: <https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/5i5l-acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao-1.pdf>

Apêndice V – Avaliação da Escala de Berg

Berg Balance Scale

Name: _____ Date: _____

Location: _____ Rater: _____

ITEM DESCRIPTION	SCORE (0-4)	
	S1	S4
1. Sitting to standing	1	4
2. Standing unsupported	0	4
3. Sitting unsupported	3	4
4. Standing to sitting	3	4
5. Transfers	1	4
6. Standing with eyes closed	3	4
7. Standing with feet together	3	4
8. Reaching forward with outstretched arm	3	4
9. Retrieving object from floor	0	3
10. Turning to look behind	0	4
11. Turning 360 degrees	0	4
12. Placing alternate foot on stool	0	4
13. Standing with one foot in front	0	3
14. Standing on one foot	0	3
Total	17 (alto risco) 53 (baixo risco)	

GENERAL INSTRUCTIONS

Please document each task and/or give instructions as written. When scoring, please record the lowest response category that applies for each item.

In most items, the subject is asked to maintain a given position for a specific time.

Progressively more points are deducted if:

- the time or distance requirements are not met
- the subject's performance warrants supervision
- the subject touches an external support or receives assistance from the examiner

Subject should understand that they must maintain their balance while attempting the tasks.

The choices of which leg to stand on or how far to reach are left to the subject. Poor judgment will adversely influence the performance and the scoring.

Equipment required for testing is a stopwatch or watch with a second hand, and a ruler or other indicator of 2, 5, and 10 inches. Chairs used during testing should be a reasonable height. Either a step or a stool of average step height may be used for item # 12.

Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Sample-from-Berg-balance-scale_fig2_346773609

Apêndice VI – Avaliação da Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO						
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____		
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____		
				S1	S4	
Percepção sensorial Capacidade de sentir a pele e a profundidade de compressão ou desconforto.	1. Completamente Intacta: Não sente nenhuma dor nem coceira, nem se irrita nem se queima a pele. Não há nenhuma alteração de sensibilidade ou de percepção. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Fica-se visivelmente a alguma dor nem coceira, nem se irrita nem se queima a pele. Não consegue comunicar o desconforto, sempre através de gestos ou movimentos. OU nem uma limitação sensorial que lhe reduza a capacidade de sentir a dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Limitadamente Intacta: Observa a pele e a profundidade de compressão, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser movido de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduza a capacidade de sentir a dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Modestos a limitados: Observa a pele e a profundidade de compressão, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser movido de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduza a capacidade de sentir a dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	3	4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade.	1. Não constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a suor, urina, etc. É detectado humidade sempre que o enfermeiro a monitoriza ou quando o doente se levanta.	2. Não muito húmida: A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre, nem sempre. Os sintomas são mais mudados pelo menos uma vez por hora.	3. Não ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, segundo uma mudança aleatória do tempo aproximadamente uma vez por dia.	4. Não raramente húmida: A pele está geralmente sempre húmida, mas não há nenhuma mudança de humidade nas áreas húmidas.	3	4
Atividade Nível de actividade física.	1. Acostumado: O doente está confiante e capaz.	2. Não há: Capacidade de mover-se facilmente. Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento.	3. Ainda ocasionalmente: Por vezes consegue levantar-se e andar, mas apenas com a ajuda de alguém. Não consegue andar sozinho.	4. Ainda frequentemente: Ainda não consegue levantar-se e andar sozinho. Precisa de ajuda de alguém para se levantar e andar.	2	3
Mobilidade Capacidade de alterar a posição do corpo.	1. Completamente Intacta: Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento.	2. Muito limitada: O doente consegue mover-se facilmente, mas não consegue mover-se sozinho. Não consegue mover-se sozinho.	3. Limitadamente Intacta: Faz pequenos e frequentes movimentos de posição do corpo e desconfortos sem ajuda.	4. Modestos a limitados: Faz pequenos e frequentes movimentos de posição do corpo e desconfortos sem ajuda.	2	4
Alimentação Nível de ingestão alimentar.	1. Muito boa: Come e bebe uma refeição completa. Não há nenhuma limitação de ingestão alimentar. Não há nenhuma limitação de ingestão alimentar.	2. Provavelmente Intacta: Come e bebe uma refeição completa, mas não consegue comer e beber sozinho. Não consegue comer e beber sozinho.	3. Adequada: Come e bebe uma refeição completa, mas não consegue comer e beber sozinho. Não consegue comer e beber sozinho.	4. Exceção: Come e bebe uma refeição completa, mas não consegue comer e beber sozinho. Não consegue comer e beber sozinho.	2	3
Risco de decubito	1. Nenhum: Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento.	2. Nenhum: Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento.	3. Nenhum: Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento.	4. Nenhum: Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento. Não há nenhuma limitação de movimento.	1	3
Pontuação total				13	21	

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1998

Fonte: <https://www.sociedadeferidas.pt/Escala%20de%20Braden.pdf>

Anexos

Anexo I – CARE Checklist



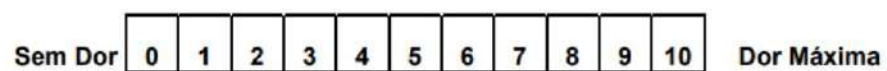
CARE
case report guidelines

CARE Checklist of information to include when writing a case report




Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report" ...	
Abstract	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	
(no references)	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	Types 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 unanticipated 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 on the treatment(s) they received	
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes ☐ No ☐

Anexo II – Escala numérica da dor



Fonte: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Anexo III – Escala MRC

Modified MRC grade	Degree of Strength
5	Normal power
5-	Equivocal, barely detectable weakness
4+	Definite but slight weakness
4	Able to move the joint against combination of gravity and some resistance
4-	Capable of minimal resistance
3+	Capable of transient resistance but collapses abruptly
3	Active movement against gravity
3-	Able to move against gravity but not through full range
2	Able to move with gravity eliminated
1	Trace contraction
0	No contraction

Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Modified-MRC-Grade-of-Manual-Muscle-Test_tbl2_322358900

Anexo IV – Escala da percepção do esforço de Borg

- 0 Nothing at all
- 0.5 Very, very slight (just noticeable)
- 1 Very slight
- 2 Slight
- 3 Moderate
- 4 Somewhat severe
- 5 Severe
- 6
- 7 Very severe
- 8
- 9 Very, very severe (almost maximal)
- 10 Maximal

Fonte: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369216326241>

Apêndice III – Panfleto “Prótese da anca – Tive alta, e agora?”

Cuidados gerais

- Não dobrar coxa operada além dos 90°
- Ao mudar de direção, deve sempre rodar sobre o seu membro sã
- Não cruzar as pernas
- Utilizar um alteador de sanita 10-14cm
- Beber 1,5 a 2L de água por dia
- Ter uma alimentação equilibrada



Evitar novas quedas

- Usar calçado fechado e com sola antiderrapante
- Eliminar tapetes
- Boa iluminação
- Evitar pavimentos escorregadios
- Preferir calças em vez de camisas de dormir
- Libertar corredores de obstáculos
- Colocar barras de apoio se possível
- Evitar superfícies irregulares
- Usar tapete antiderrapante na banheira

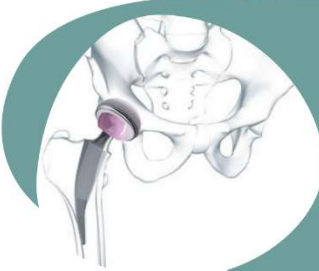


Referências Bibliográficas:



Prótese da anca

Tive alta, e agora?



Exercícios deitado

- Levantar os braços enquanto inspira e baixar enquanto expira 10x
- Fazer o mesmo agarrando um saco de arroz ou garrafa de água de 1 litro
- Apertar a barriga e as coxas durante 5 segundos
- Dobrar e esticar cada um dos joelhos 10x
- Afastar a aproximar lateralmente a perna 10x
- Dobrar os joelhos, afastando-os e aproximando-os 10x
- Dobrar e esticar o pé 10x
- Fazer a “ponte”

Estes exercícios devem ser realizados 2-3 x por dia conforme a sua tolerância



Levantar-se da cama

- Ao sentar na cama deve fazê-lo, se possível, para o lado da perna operada
- Apoiar-se nos antebraços
- Deve sentar-se de modo a que a anca fique ao nível dos joelhos
- Os pés devem ficar bem assentes no chão



Levantar-se da cadeira



Subir e descer escadas



Exercícios de pé



Apêndice IV – Sessão formativa “Pneumonia associada à intubação”



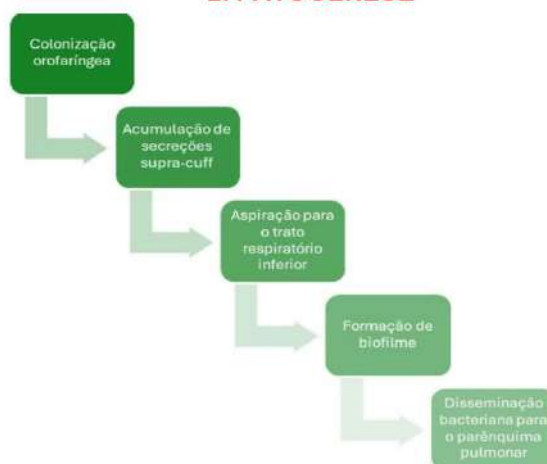
Pneumonia Associada à Intubação

Bruno Ferreira
Joana Garcia
Sofia Ribeiro

SUMÁRIO

- 1 Introdução
- 2 Patogénese
- 3 Recomendações PAI
- 4 Resultados das Auditorias do 1º Semestre de 2025
- 5 Ações para Implementação e Melhoria
- 6 Aspiração de Secreções Brônquicas
- 7 Avaliação do Cuff do TET
- 8 Considerações Finais

2. PATOGÉNESE



(Japanese Respiratory Society, 2009)

3. RECOMENDAÇÕES PAI



3. RECOMENDAÇÕES PAI

Sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário.	• Titular sedação ao mínimo; • Planear a redução/suspensão da sedação.
Realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos utentes candidatos a extubação.	• Realizar plano de desmame/extubação; • Considerar usar VNI pós-extubação.
Manter a cabeça elevada a um ângulo de aproximadamente 30°.	• Evitar momentos de posição supina; • Incluir o ângulo da cama nas intervenções de enfermagem; • Registrar o ângulo da cama ao posicionamento; • Registrar contraindicações.
Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia.	• Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia; • Cumprir o protocolo de higiene oral.
Manter a pressão do cuff do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH2O.	• Garantir existência de cuffómetro; • Aspirar as secreções subglóticas antes de manipular o cuff; • Monitorizar sempre que clinicamente indicado.

(DGS, 2022)

4. RESULTADOS DA AUDITORIA DO 1º SEMESTRE 2025

► População:

- Todos os Utes com idade adulta internados na UCI CCT;
- n: 159 utentes;
- Critério de Exclusão: Utes com idade pediátrica.

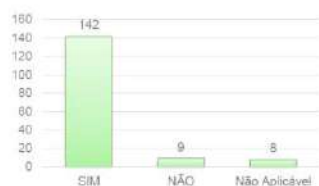
► Observações: 159

► Metodologia:

- Observação direta com aplicação da grelha de auditoria.

4. RESULTADO DA AUDITORIA DO 1º SEMESTRE 2025

- Existe evidência de que é monitorizado o nível de sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia titulada ao mínimo necessário para o tratamento e documentado em processo clínico.



- Existe evidência de que é realizada diariamente prova de ventilação espontânea ao utente candidato a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida e avaliada a possibilidade de extubação para VNI com documentação em processo clínico.



4. RESULTADO DA AUDITORIA DO 1º SEMESTRE 2025

- Existe evidência de que é monitorizado o nível de posicionamento da cama, mantendo a cabeceira elevada aproximadamente 30° e documentado no processo clínico.



- Existe evidência de que é realizada higiene oral consoante o protocolo instituído e documentado em processo clínico.



4. RESULTADO DA AUDITORIA DO 1º SEMESTRE 2025

- Existe evidência de que, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, é mantida pressão adequada e constante no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH2O, monitorizada no mínimo 3 vezes/dia e documentado em processo clínico.



- Índice de conformidade da 1ª sessão: **90,31%**

4. RESULTADO DA AUDITORIA DO 1ª SEMESTRE 2025

- Existe evidência da necessidade da aspiração de secreções.



- Existe evidência da manutenção da cabeceira a 30° aquando das aspirações de secreções.



4. RESULTADO DA AUDITORIA DO 1ª SEMESTRE 2025

- Existe evidência do cumprimento da técnica de aspiração de secreções.

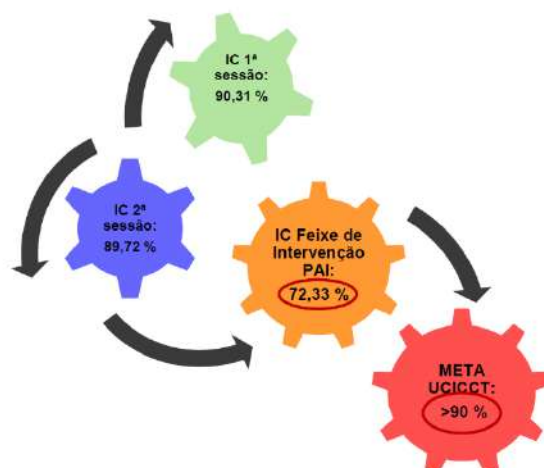


- Existe evidência da correta manutenção/higienização do equipamento utilizado (tubuladura).



- Índice de conformidade da 2ª sessão: 89,72%

4. RESULTADO DA AUDITORIA DO 1ª SEMESTRE 2025



5. AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO E MELHORIA

- Avaliar em equipa multidisciplinar a possibilidade de realizar a prova de ventilação espontânea.
- Ponderar extubação para VNI.
- Utilizar tubos com aspiração subglótica, particularmente em utentes com maior de risco de PAI.
- Manter a cabeceira do utente elevada aproximadamente 30°:
 - Evitar momentos de posição supina;
 - Incluir o ângulo da cama nas intervenções de enfermagem;
 - Registar o ângulo da cama ao posicionamento --> Registar contraindicações.
- Manter a pressão no cuff do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O:
 - Garantir existência de cuffómetro na unidade do utente;
 - Utilizar o Indicador de Pressão para Cuff traqueal (Accucuff);
 - Aspirar as secreções subglóticas antes de manipular o cuff do tubo/cânula.
- A tubuladura do aspirador deve ser higienizada após cada utilização com álcool a 70°, com mudança diária.



6. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS

► Remoção mecânica de secreções presentes nas vias aéreas inferiores, por meio de sucção direta através de um cateter ou sonda inserida nas vias aéreas, seja por via endotraqueal, traqueostomia ou broncoscopia.

► Objetivos:

- desobstruir os brônquios;
- promover a ventilação adequada;
- prevenir complicações (atelectasia, infecção e insuficiência respiratória).

(Criner et al., 2020)

► Procedimento:

- invasivo → Broncoscopia flexível;
- menos invasivo → Aspiração através do tubo endotraqueal.

► Introdução cuidadosa do dispositivo de sucção até o local desejado, seguida da aplicação de pressão negativa para remover as secreções.

(Mikacenic et al., 2023)

6. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS

► Indicações:

- obstrução das vias aéreas;
- dificuldade de expectoração;
- exacerbação de doenças pulmonares como bronquiectasias e infecção pulmonar;
- insuficiência respiratória aguda.

(Chalmers et al., 2025)

► Contraindicações:

- instabilidade hemodinâmica;
- hipoxemia grave;
- coagulopatia significativa;
- trombocitopenia;
- risco elevado de hemorragia.

(Patterson et al., 2016)

► Complicações potenciais:

- dessaturação transitória de oxigénio;
- alterações hemodinâmicas (taquicardia, hipertensão e hipotensão);
- hemorragia;
- broncoespasmo.

(Mikacenic et al., 2023)

6. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS

► Aspiração de Secreções Brônquicas (SB) por meio de Tubo Endotraqueal (TET):



6. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS

► Procedimento realizado por 2 pessoas:

- 1 responsável pela execução da aspiração;
- 2 responsável pela manipulação do ventilador e avaliação do utente.

(Bain et al., 2025)

► Procedimento:

- preparar material;
- avaliar pressão do cuff do TET;
- realizar pré-oxigenação no ventilador;
- efetuar a aspiração de SB;
- realizar pós-oxigenação no ventilador;
- avaliar pressão do cuff do TET;
- Avaliar a estabilidade hemodinâmica do utente.

7. AVALIAÇÃO DO CUFF DO TET

► Quando avaliar?

- imediatamente após a intubação;
- posicionamentos;
- aspiração de SB;
- higiene oral;
- nebulização.



(Xiang et al., 2022)

► A pressão deve ser monitorizada regularmente durante o período de intubação.

► Pressões baixas (<20 cmH₂O) favorecem a microaspiração de secreções, aumentando o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Lizy et al., 2014



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O desenvolvimento da PAI está relacionado ao tempo de exposição ao tubo, à qualidade dos cuidados respiratórios e à manutenção adequada da pressão do cuff. Os cuidados de Enfermagem são essenciais na sua prevenção.
- A aspiração de secreções brônquicas encontra-se indicada em casos de obstrução ou suspeita de infecção, contraindicada quando ocorre instabilidade clínica ou coagulopatia, e apresenta complicações geralmente leves e transitórias.
- A aspiração profunda não é recomendada por rotina, devido aumentar o risco de hipoxemia, lesão da mucosa e broncoespasmo. A literatura destaca que a aspiração deve ser realizada de forma intermitente e por períodos curtos, com monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos. American Association for Respiratory Care e American Heart Association recomendam a aspiração superficial.
- A monitorização frequente e sistemática do cuff do tubo é fundamental para prevenir complicações, como microaspiração, lesão isquêmica traqueal e mobilização do tubo, sendo consenso que a pressão do cuff deve ser mantida entre 20 e 30 cmH₂O.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS (2022). Norma Nº 021/2015, atualizada a 17/11/2022: "Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação".
- Colaneri, M., Montrucchio, G., Scaglione, G., Monti, G., Tricella, G., Genovese, G., Agostini, F., Dore, F., Viaggi, B., Brazzi, L., Sanna, V., Gori, A., Palomba, E., Offer, M., Finazzi, S., & Grupo de Estudo de Vigilância de Infecções do Grupo Italiano para Avaliação de Intervenções em Medicina Intensiva (2025). Incidência, microbiologia e mortalidade de pneumonia associada à ventilação em uma grande coorte italiana de pacientes criticamente doentes: resultados do projeto PROSAFE. *Microbiologia clínica e infecção: a publicação oficial da Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas*, 31(9), 1491–1499. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.05.026>.
- Bain, W., Sarma, A., Morales-Nebreda, L., Rizzo, A. N., Heron, M., Wright, S. W., Hagan, R. S., Vigeland, C. L., Mvizenya, E., Piekens, C., Toth, S., Nonoyama, M., Cao, B., Luna, C. M., Rubin, E., Torres, A., Bos, L. D., McVerry, B. J., Restrepo, M. I., Baron, R. M., ... Bastarache, J. A. (2025). Prioridades de Pesquisa para Amostragem Não Invasiva do Trato Respiratório Inferior durante Insuficiência Respiratória Aguda: Um Relatório Oficial do Workshop da American Thoracic Society. *Anais da Sociedade Torácica Americana*, 23(8), 1101–1114. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202506-543ST>.
- Chalmers, J. D., Havorth, C. S., Plume, P., Long, M. B., Burgel, P. R., Dimakou, K., Elasi, F., Herrero-Cortina, B., Dhar, R., Chotirmall, S. H., Ringshausen, F. C., Altenburg, J., Morgan, L., Nigro, M., Crichton, M. L., Van Meel, C., Sibila, O., Timothy, A., Kompatsari, E., Hedberg, T., ... Aliberti, S. (2025). Diretrizes de Prática Clínica da Sociedade Europeia de Respiração para o Manejo da Bronquiectasia em Adultos. *A revista europeia de respiração*, 2501126. Publicação online antecipada. <https://doi.org/10.1183/13993003.01126-2025>.
- Criner, G. J., Eberhardt, R., Fernandez-Bussy, S., Gompelmann, D., Maldonado, F., Patel, N., Shah, P. L., Siebos, D. J., Valipour, A., Wahidi, M. M., Weir, M., & Herth, F. J. (2020). Broncoscopia Intervencionista. *American Journal of respiratory and Critical Care Medicine*, 202(1), 29–50. <https://doi.org/10.1164/rccm.201907-1292SO>.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Infecções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário: 2018. <https://www.arscnet.mn-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>.
- Japanese Respiratory Society (2009). Ventilator-associated pneumonia. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 14 Suppl 2, S51–S58. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2009.01577.x>.
- Litz, C., Swinnen, W., Labeau, S., Poelaert, J., Vogelaers, D., Vandewoude, K., Dulhunty, J., & Blot, S. (2014). Pressão no manguito dos tubos endotraqueais após mudanças na posição corporal em pacientes gravemente doentes tratados com ventilação mecânica. *American Journal of Critical Care: uma publicação oficial, American Association of Critical-Care Nurses*, 23(1), e1–e6. <https://doi.org/10.4037/ajccn2014483>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Magee, P. T. (2012). Fluxo de gás entre tubos coaxiais: a impedância em relação ao fluxo de gás em um tubo endotraqueal aumenta com um cateter dentro. *Atas da Instituição dos Engenheiros Mecânicos. Parte H. Journal of engineering in medicine*, 226(6), 491–494. <https://doi.org/10.1177/0954411912444697>.
- McGinnis, J. E., Graham-Wooten, J., Whiteside, S. A., Fitzgerald, A. S., Khatib, L. A., Ma, K. C., DiBardino, D. M., Haas, A. R., Bushman, F. D., Fuchs, B. D., & Colman, R. G. (2024). O perfil do microbioma demonstra concordância entre aspirados de tubo endotraqueal e amostragem direta das vias aéreas inferiores em pacientes intubados. *Chest*, 165(6), 1415–1420. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.01.007>.
- Mikaeen, C., Fussner, A. L., Bell, J., Burnham, E. L., Chlan, L. L., Cook, S. K., Dickson, R. P., Almonor, F., Luo, F., Madan, K., Morales-Nebreda, L., Mould, K. J., Simpson, A. J., Singer, B. D., Stapleton, R. D., Wendt, C. H., & Files, D. C. (2023). Pesquisar Broncoscópias em Participantes de Pesquisas em Casos Críticos: Um Relatório Oficial do Workshop da American Thoracic Society. *Anais da Sociedade Torácica Americana*, 20(5), 621–631. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202302-106ST>.
- Miller, E. K., Beavers, L. G., Mori, B., Colquhoun, H., Colella, T. J., & Brooks, D. (2019). Avaliação da competência clínica de profissionais de saúde que realizam sucção das vias aéreas em adultos. *Cuidados respiratórios*, 54(7), 844–854. <https://doi.org/10.3187/respcare.06772>.
- Morrow, B. M., Futter, M. J., & Argent, A. C. (2004). Sucção endotraqueal: dos princípios à prática. *Medicina de terapia intensiva*, 30(6), 1167–1174. <https://doi.org/10.1007/s00134-004-2238-0>.
- Patterson, T. F., Thompson, G. R., Denning, D. W., Fishman, J. A., Hadley, S., Herbrecht, R., Kontoyannis, D. P., Marr, K. A., Morrison, V. A., Nguyen, M. H., Segal, B. H., Steinbach, W. J., Stevens, D. A., Walsh, T. J., Wingard, J. R., Young, J. A., & Bennett, J. E. (2016). Diretrizes de Prática para o Diagnóstico e Manejo da Aspergilose: Atualização de 2016 pela Infectious Diseases Society of America. *Doenças infecciosas clínicas: uma publicação oficial da Infectious Diseases Society of America*, 63(4), e1–e60. <https://doi.org/10.1093/cid/civ320>.
- Rawal, G., Kumar, R., Yadav, S., & Sujana, M. (2018). Ventilator-associated pneumonia (VAP): Overview and preventive strategies. *British Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, 3(2), 891–896. <https://www.researchgate.net/publication/324921727>.
- Russlan, C. J., Gonzales, J. F., & Henry, N. R. (2014). Tamanho do cateter de sucção: uma avaliação e comparação de 3 métodos de cálculo diferentes. *Cuidados respiratórios*, 59(1), 32–38. <https://doi.org/10.4187/respcare.02108>.
- Xiang, L., Cao, M., Wang, Y., Song, X., Tan, M., & Zhang, X. (2022). Procedimentos clínicos de enfermagem podem causar queda na pressão do manguito traqueal? Um estudo observacional prospectivo. *Journal of clinical nursing*, 31(5-6), 623–632. <https://doi.org/10.1111/jocn.15920>.

Apêndice V – Guião de entrevista – Relato de Caso Clínico (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 neuromusculares, ortopédicas)?
 - 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 (força muscular diminuída, intolerância à atividade, tosse ineficaz, dor)?
 - 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 (tosse assistida, uso do expirômetro de incentivo)?
 - 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 (aumento da tolerância ao esforço, aumento da força muscular, diminuição da dor, tosse eficaz)?
- 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 VI – Capítulo “Intervenções de Enfermagem no Adulto com Fibrose Quística”

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

 10.37885/250419162

Apêndice VII – 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^{1,3} , Susana Barreiros^{1,4} , Sofia Ribeiro^{1,2} , Nelson Guerra^{1,5} , Luís 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 Salutem. Sintra, Portugal.

⁵ RISE - 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: 18-01-2025

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

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 Helsínquia¹ 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 Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro, que frequenta o 1º semestre, do 2º ano, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 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, que decorre numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do **Hospital de Santa Cruz**, sob orientação da Professora Sandy Severino e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Joana Garcia.

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na Unidade de Cuidados Intensivos: Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: A enfermagem de reabilitação desenvolve uma intervenção essencial no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca na Unidade de Cuidados Intensivos. Foca-se na prevenção de complicações respiratórias e motoras, através da mobilização precoce, treino de exercícios respiratórios e posicionamentos adequados. Promove a estabilidade hemodinâmica, o controlo da dor e a autonomia progressiva, contribuindo para a redução do tempo de ventilação mecânica e de internamento. O enfermeiro especialista em reabilitação intervém ainda no apoio emocional, no ensino à pessoa e família sobre o autocuidado e medidas de segurança, favorecendo uma recuperação funcional mais rápida, eficaz e com melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.

Metodologia:

Tipo de Estudo:

Relato de Caso Clínico, seguindo as orientações da Equator Network e a checklist CARE.

Participante:

Pessoa adulta submetida a cirurgia cardíaca, internada na Unidade de Cuidados Intensivos, selecionada por amostragem intencional e que aceite participar na investigação.

Procedimentos:

1. Avaliação

- Realizada através de entrevista estruturada (anexo II) e aplicação dos instrumentos de avaliação.
- Registo das necessidades e alterações identificadas.

2. Intervenção:

- Execução das intervenções de Enfermagem de Reabilitação (respiratórias, motoras, funcionais, cognitivas, educacionais).
- Registo contínuo da evolução clínica e funcional.

3. Recolha de dados:

- Realizada entre 9 de setembro e 20 de dezembro de 2025.
- Recolha descritiva ao longo de todo o processo de cuidados.

4. Análise dos dados:

- Descritiva, baseada nos outcomes definidos e na evolução observada nos instrumentos aplicados.
- Tratamento realizado apenas pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos.

Objetivos do estudo:

Objetivo geral: Descrever o processo de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa adulta submetida a cirurgia cardíaca, internada na Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos:

1. Identificar necessidades, alterações nos processos corporais e de transição no período pós-operatório imediato.
2. Avaliar a evolução respiratória, motora, funcional e cognitiva durante o internamento.
3. Implementar intervenções de Enfermagem de Reabilitação dirigidas à prevenção de complicações e promoção da autonomia e independência.
4. Avaliar os resultados das intervenções realizadas ao longo do internamento.
5. Capacitar a pessoa e a família para a continuidade dos cuidados e medidas de segurança no regresso ao domicílio.

Outcomes Esperados:

Outcomes clínicos:

- Redução da dor;
- Melhoria da função respiratória (expansibilidade, dispneia, ventilação, tolerância ao esforço).
- Redução da agitação e melhoria do conforto.
- Melhoria da mobilidade, amplitude de movimento e força muscular.
- Redução da espasticidade, se aplicável.
- Diminuição do risco de úlceras por pressão, queda e declínio funcional.
- Melhoria da integridade cutânea e prevenção de complicações associadas à imobilidade.

Outcomes funcionais:

- Melhoria da independência nas atividades de vida diária.
- Melhoria da mobilidade e do equilíbrio.
- Recuperação progressiva da capacidade cognitiva (quando aplicável).
- Melhoria da tolerância ao esforço e capacidade funcional global.

Outcomes de capacitação:

- Aquisição de conhecimentos relativos ao autocuidado, exercícios e medidas de segurança.
- Maior autonomia e confiança da pessoa e família no processo de recuperação pós-alta.

Explicação do estudo: O Relato de Caso Clínico tem como objetivo o desenvolvimento de competências no diagnóstico, intervenção e 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. Serão utilizados instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, selecionados de acordo com o estado clínico da pessoa, garantindo uma avaliação abrangente nos domínios respiratório, motor, cognitivo, funcional e de segurança:

- Escala Numérica da Dor (NRS) – avaliação da dor.
- Modified Medical Research Council Scale (mMRC) – grau de dispneia.
- Escala de Agitação-Sedação – nível de agitação e sedação.
- Escala Modificada de Borg – percepção de esforço e dispneia.

- Questionário para avaliação do grau de dispneia.
- Escala de Morse – risco de queda.
- Escala de Ashworth Modificada – espasticidade.
- Medida de Independência Funcional (MIF) – avaliação da capacidade funcional e grau de dependência.
- Índice de Barthel – avaliação do nível de independência na realização de Atividades de Vida Diária.
- Teste de Declínio Cognitivo - avaliação de declínio cognitivo.
- Escala de Equilíbrio de Berg - avaliação de equilíbrio.
- Escala de Braden – risco de úlceras por pressão

A participação não implica riscos para a pessoa, sendo garantido o respeito pelos seus direitos assistenciais, independentemente da sua decisão em participar.

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 pela sua disponibilidade,

A estudante Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro, nº 202490021; 918507183; 202490021@uatla.pt

Assinatura:

Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro

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

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

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 cardíaca, internada na Unidade de Cuidados Intensivos: Relato de Caso Clínico.

Enquadramento: A enfermagem de reabilitação desenvolve uma intervenção essencial no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca na Unidade de Cuidados Intensivos. Foca-se na prevenção de complicações respiratórias e motoras, através da mobilização precoce, treino de exercícios respiratórios e posicionamentos adequados. Promove a estabilidade hemodinâmica, o controlo da dor e a autonomia progressiva, contribuindo para a redução do tempo de ventilação mecânica e de internamento. O enfermeiro especialista em reabilitação intervém ainda no apoio emocional, no ensino à pessoa e família sobre o autocuidado e medidas de segurança, favorecendo uma recuperação funcional mais rápida, eficaz e com melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.

Metodologia: É feita uma seleção intencional da amostra, sendo incluída a pessoa adulta submetida a cirurgia cardíaca, internada na unidade de cuidados intensivos e que aceite participar no estudo. A avaliação inicial parte de uma entrevista estruturada (anexo II), sendo elaborado um Relato de Caso Clínico orientado pelas normas do Equator da checklist CARE.

Explicação do estudo: O Relato de Caso Clínico tem como objetivo o desenvolvimento de competências no diagnóstico, intervenção e 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. Serão utilizados instrumentos de avaliação validados em Portugal (em anexo), assegurando uma abordagem sistemática e fundamentada. A participação não implica riscos para a pessoa, sendo garantido o respeito pelos seus direitos assistenciais, independentemente da sua decisão em participar.

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 Sofia Pratas Dias Ribeiro, nº 202490021; 918507183; 202490021@uatla.pt



³ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaraohelsinquia.pdf>

⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

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

Nome:

Assinatura:

Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE / /

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

PCE85_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação: "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, internada na Unidade de Cuidados Intensivos", relato de caso, 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 14:57:42+00'00'

Anexo II – Certificado de participação “1^{as} Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde Santa Maria”





A responsabilidade da enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca em cuidados intensivos

Sofia Pratas Palma Dias Ribeiro

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA