

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro da Cabeça e Pescoço

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde Atlântica, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por:

Sónia Ferreira Raposo

Orientadoras:

Professora Doutora Joana Marques

Professora Doutora Helena José

Barcarena, abril de 2026

Sónia Ferreira Raposo
abril 2026
Atlântica

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas nesta dissertação”

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Sónia Ferreira Raposo
abril 2026
Atlântica
IV

RESUMO:

Introdução: O Cancro da Cabeça e Pescoço é a oitava causa de morte e o sexto mais comum no mundo. O tratamento depende do tipo, localização e estágio do tumor, provocando frequentemente impactos físicos, psíquicos e emocionais, com repercussões significativas na qualidade de vida. A cirurgia pode originar mutilações e alterações importantes na vida da pessoa. À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, estas mudanças configuram processos de adaptação complexos que exigem intervenções facilitadoras. Por sua vez, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem destaca a importância da capacitação para o autocuidado. Neste contexto, questiona-se a necessidade e os benefícios da intervenção do enfermeiro de reabilitação, sendo a evidência científica ainda limitada para sustentar programas estruturados.

Objetivo: Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

Metodologia: Estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa. Os informantes foram os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que prestam cuidados com as pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Os informantes foram selecionados intencionalmente, sendo a recolha de dados através de entrevista em profundidade e a análise dos achados efetuada com recurso à análise de conteúdo.

Resultados: Reforçam a importância da intervenção precoce e sistematizada do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, mostrando a imprescindibilidade de promover a integração destes profissionais nas diferentes fases do percurso assistencial, desde o período pré-operatório até ao acompanhamento após o regresso a casa.

Conclusão: A implementação de programas de reabilitação respiratória, motora, deglutição, comunicação e adaptação à nova imagem corporal podem contribuir para prevenir complicações, promover a independência e autonomia da pessoa, bem como facilitar as transições subjacentes onde as condições para a transição e as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são de indubitável relevância.

Palavras-Chave: Head and neck neoplasms, rehabilitation, rehabilitation nursing

ABSTRACT:

Introduction: Head and neck cancer is the eighth leading cause of death and the sixth most common cancer worldwide. Treatment depends on the type, location, and stage of the disease, often causing physical, psychological, and emotional impacts, with significant repercussions on quality of life. Surgery can lead to mutilations and significant changes in a person's life. According to Afaf Meleis transitions theory, these changes constitute complex adaptation processes that unlock facilitating interventions. In turn, Dorothea Orem's Self-Care Theory highlights the importance of empowerment for self-care. In this context, the need for and benefits of rehabilitation nurse intervention are questioned, and the scientific evidence is still limited to support structured programs.

Objective: To understand the intervention of the rehabilitation nurses in head and neck cancer surgery.

Methodology: Descriptive, exploratory, and qualitative study. The informants were specialist rehabilitation nurses who care for people undergoing surgery for head and neck cancer and who voluntarily agreed to participate in the study. The informants were intentionally selected, collecting data through in-depth interviews and analyzing the results obtained through content analysis.

Results: They reinforce the importance of early and systematic intervention by rehabilitation nurses with the person undergoing surgery for head and neck cancer, demonstrating the essential need to promote the integration of these professionals in the different phases of the care trajectory, from the preoperative period to the follow-up after returning home.

Conclusion: The implementation of respiratory, motor, swallowing, communication, and adaptation to the new body image rehabilitation programs can contribute to preventing complications, promoting the person's independence and autonomy, as well as facilitating the underlying transitions where the conditions for the transition and the guidance of the rehabilitation nurses are undoubtedly relevant.

Keywords: Head and neck neoplasms, rehabilitation, rehabilitation nursing

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DEDICATÓRIA

Ao meu querido Pai, *in memoriam*. Por Tudo

Sónia Ferreira Raposo
abril 2026
Atlântica
VII

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Sónia Ferreira Raposo
abril 2026
Atlântica
VIII

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Helena José e Professora Doutora Joana Marques, pela ajuda, pela confiança nas minhas capacidades e pelo encorajamento constante. Estarei sempre grata.

Ao Professor Luís Sousa, por me ter desafiado a cumprir esta etapa.

A todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que contribuíram para a realização desta dissertação, sem os quais não teria sido possível concretizá-la. Foram incansáveis. Bem-haja a todos.

À minha mãe, por tudo.

Ao meu marido, meu melhor amigo, amor de uma vida e companheiro incansável em todos os meus passos e percursos, sem o qual não teria sido possível trilhar este caminho.

Ao meu filho, a minha obra-prima, por me fazer sentir, todos os dias, um enorme orgulho em ser mãe, com a plena sensação de tranquilidade e dever cumprido.

Às minhas irmãs, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo tempo em família que ficou por partilhar. Hei de recompensar-vos. Aos meus queridos sobrinhos, que aquecem o meu coração só por existirem.

Ao Carlos, por estar sempre disponível quando preciso de ajuda e sempre disponível para me ouvir.

À Elsa, uma amiga querida, pelo apoio e pela coragem que sempre me transmite. À Cristina, por estar presente todos os dias. À Sandra, por tão prontamente se ter disponibilizado para ajudar e apoiar.

Às minhas amigas da vida toda, por estarem sempre presentes quando mais preciso.

A todos aqueles com quem trabalho, pela compreensão nos momentos de maior nervosismo.

Aos meus colegas de mestrado pelos bons momentos que passámos juntos. Aprendi muito convosco.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ERAS - *Enhanced Recovery After Surgery*

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

RNAO – *Registered Nurses Association of Ontario*

RON – Registo Nacional Oncológico

WebQDA - *Web - based Qualitative Data Analysis*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	4
1.1 A Pessoa com cancro da Cabeça e Pescoço: Impacto da Doença e do Tratamento	4
1.2 Abordagem no tratamento à pessoa com cancro da cabeça e pescoço	5
1.3 Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com Cancro da Cabeça e Pescoço	10
1.3.1. Fundamentação Teórica da Intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: Transições e Autocuidado	11
1.3.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.....	13
2. METODOLOGIA	18
2.1 Objetivo Geral e Específicos	18
2.2 Tipo de Estudo	19
2.3 Informantes.....	19
2.4 Recolha de Achados	20
2.5 Análise do Verbatim.....	21
2.6 Considerações Éticas	22
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	23
3.1 Condições para a Transição.....	24
3.1.1 Condições Inibidoras.....	24
3.1.2. Condições Facilitadoras	28
3.2 Processos de Intervenção	30
3.2.1 Planeamento	30

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro da Cabeça e Pescoço	
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
3.2.2. Avaliação	31
3.2.3 Reeducação	33
3.3 Resultados Esperados	38
3.3.1 Prevenção de Complicações.....	38
3.3.2 Promoção da Autonomia	39
3.3.3 Adaptação à Imagem Corporal.....	40
3.4 Implicações para a Clínica e Políticas de Saúde.....	41
3.5 Limitações do Estudo	41
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS.....	1
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética	2
APÊNDICES	3
APÊNDICE I – Guião de entrevista.....	4
APÊNDICE II – Consentimento Informado Presencial.....	7
APÊNDICE III – Consentimento Informado a Distância	9

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias e Subcategorias	24
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Compromissos e complicações do tratamento da pessoa com cancro da cabeça e pescoço.....	9
--	---

INTRODUÇÃO

Segundo os últimos dados da GLOBOCAN (2022), existiram cerca de 950 000 novos casos de cancro da cabeça e pescoço, com uma prevalência entre os 2% e os 13.9% consoante a localização da doença, responsável por cerca de 480 000 mortes. É um dos cancros mais comuns em todo o mundo com taxas de morbilidade e mortalidade significativas (Almeida et al., 2020).

O cancro da cabeça e pescoço pode ocorrer na cavidade oral, laringe, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe ou glândulas salivares. A abordagem terapêutica varia de acordo com o tipo histológico do tumor, a sua localização anatómica e o estágio clínico. As pessoas que são submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço experienciam efeitos adversos e sintomas significativos que impactam na sua qualidade de vida, sejam eles, físicos, funcionais, psíquicos ou emocionais e sociais (Mortensen et al., 2021). No contexto do cancro da cabeça e pescoço, as principais intervenções cirúrgicas incluem a laringectomia total, a laringectomia parcial, a mandibulectomia, a glossectomia, a parotidectomia e o esvaziamento ganglionar cervical. Estas cirurgias são, frequentemente, invasivas e acarretam alterações anatómicas e funcionais significativas, com repercussões ao nível da comunicação, deglutição, ventilação e imagem corporal, condicionando de forma expressiva o quotidiano da pessoa. Associada à excisão tumoral, é frequentemente realizada cirurgia reconstrutiva, com o objetivo de minimizar os défices funcionais e o impacto estético resultante (Silva et al., 2022). Apesar da evolução das técnicas cirúrgicas ao longo do tempo, com melhorias significativas ao nível dos resultados e da redução da morbilidade, estas intervenções continuam associadas a complicações funcionais relevantes. Estas podem comprometer significativamente a qualidade de vida da pessoa, afetando a sua autonomia, interação social e adaptação à nova condição de saúde (Jeyarajan et al., 2024). Segundo Moreira et al. (2023a) os tratamentos cirúrgicos a que estas pessoas são sujeitas provocam uma grande dependência de terceiros.

Na sua prática e conforme nos indica o Regulamento nº 392/2019, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui conhecimentos que lhe permite conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de enfermagem especializados baseados nas necessidades das pessoas, por forma a prevenir complicações, evitar incapacidades, minimizar os seus efeitos e recuperar a sua independência nas atividades de vida, promovendo o autocuidado, o bem-estar e a qualidade de vida. *“Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados*

e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (Regulamento nº 392/2019, pág. 13565). No estudo realizado por Moreira et al. (2023a), apesar das limitações identificadas, foi possível verificar que as pessoas submetidas a um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação durante o período de internamento, após cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, apresentavam um grau de independência superior no momento da alta, comparativamente àquelas que não foram alvo deste tipo de intervenção. Apesar de ainda serem escassas as evidências relativas à implementação de programas de reabilitação dirigidos à pessoa com cancro da cabeça e pescoço, alguns estudos começam a evidenciar resultados promissores. De facto, a literatura disponível sugere que a intervenção de reabilitação pode contribuir para melhorias ao nível da funcionalidade, da qualidade de vida e da aceitação da nova condição de saúde e imagem corporal (Passchier et al., 2024).

Ter consciente o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação leva a que possa assumir que este estudo tem origem numa motivação de carácter pessoal e profissional. No exercício de funções enquanto enfermeira numa instituição de prestação de cuidados a pessoas com doença oncológica, o contacto com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço revelou-se particularmente marcante, despertando um profundo sentido de empatia. A natureza, frequentemente, mutilante deste tipo de intervenção cirúrgica constituiu, desde cedo, um desafio não apenas clínico, mas também humano e emocional, tornando evidente que estas pessoas apresentam necessidades complexas, que exigem intervenções diferenciadas, onde a intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental, nomeadamente na preparação pré-operatória, na promoção da autonomia, na facilitação do processo de adaptação à nova condição de saúde e na melhoria da qualidade de vida.

Adicionalmente, constata-se a existência de lacunas no conhecimento relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. A evidência científica disponível nesta área revela-se ainda limitada, não permitindo compreender, de forma aprofundada, as reais necessidades destas pessoas, os benefícios e especificidades das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Assim surge a questão *“Como intervêm os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia da cabeça e pescoço?”*.

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Com a realização deste estudo pretendeu-se obter achados que possibilitem desenvolver num futuro próximo um programa de intervenção estruturado dirigido à pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço e assim contribuir para a melhoria e aumento do conhecimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sustentando a prática clínica e promovendo cuidados mais adequados e centrados na pessoa.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos: enquadramento teórico-conceptual, metodologia, análise e discussão dos achados e conclusão. O enquadramento teórico-conceptual aborda a pessoa com cancro da cabeça e pescoço, a epidemiologia a nível mundial e em Portugal, bem como as implicações do tratamento nestas pessoas e os contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. O segundo capítulo, da metodologia, descreve todo o percurso de investigação, incluindo os objetivos e a finalidade do estudo, o tipo de estudo, os informantes, bem como as técnicas e os procedimentos utilizados na recolha e análise dos achados. Segue-se a análise e discussão dos achados obtidos, destacando-se as suas implicações para a prática clínica e para as políticas de saúde, bem como as limitações do estudo. No último capítulo são apresentadas as conclusões que permitem responder aos objetivos do estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

No presente capítulo será abordado o impacto da doença e do tratamento na pessoa com cancro da cabeça e pescoço, as diferentes e possíveis abordagens terapêuticas, bem como a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com estas pessoas.

1.1 A Pessoa com cancro da Cabeça e Pescoço: Impacto da Doença e do Tratamento

A nível mundial, o cancro da cabeça e pescoço representa a oitava causa de morte sendo o sexto tipo de cancro mais comum em todo o mundo (Moreira et al., 2023a), a sua incidência e mortalidade varia de acordo com a localização geográfica e com as características sócio demográficas da população, sendo mais comum nos homens, mais velhos e com estrato socioeconómico mais baixo (Barsouk et al., 2023). Contudo, já é possível verificar um crescimento deste tipo de cancros em populações mais jovens, devido à alteração de estilos de vida, como o aumento do consumo de álcool e tabaco e o aumento da prevalência do Papiloma Vírus Humano, que constituem os principais fatores de risco no Cancro da Cabeça e Pescoço (Barsouk,et al., 2023). A deteção precoce é crucial para melhorar os resultados do tratamento e o prognóstico da pessoa com cancro da cabeça e pescoço (Bass et al., 2024). Em Portugal, segundo dados de 2021 do Registo Nacional Oncológico (RON), apresenta uma taxa de incidência de 17.9%, correspondente a 1851 novos casos por ano.

A maioria destas neoplasias malignas tem origem na mucosa da cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal e seios peri nasais, bem como em outras localizações, como as glândulas salivares, tireoide e paratiroides, tecidos moles, ossos e pele, mas menos frequentes. O carcinoma das células escamosas e carcinoma papilar da tireoide são os mais comuns entre os tipos de cancro da cabeça e pescoço (Silva et al., 2022). A importância dos cancros da cabeça e pescoço não incide apenas na sua prevalência, mas também no impacto que tem na qualidade de vida da pessoa, dado que afeta algumas funções essenciais da pessoa, como alimentação, respiração, comunicação conduzindo a uma vulnerabilidade acrescida, com as alterações da comunicação a dificultar a transmissão de sintomas, a formulação de perguntas, a solicitação de cuidados, a expressão de sentimentos e medos, bem como a tomada de decisões relativas à saúde (Moreira et al., 2023b). Para além destes, o cancro da cabeça e pescoço tem um impacto significativo ao nível psicológico, emocional e músculo-esquelético, sofrendo as pessoas consequências psicológicas significativas, tais como, o medo de recorrência,

depressão e dificuldades sociais e laborais (Silva et al., 2022) e tendo como principais consequências do tratamento cirúrgico o compromisso da capacidade funcional e motora (Moreira et al., 2023b).

1.2 Abordagem no tratamento à pessoa com cancro da cabeça e pescoço

O cancro da cabeça e pescoço apresenta particular complexidade terapêutica, associada à sua localização, natureza agressiva e impacto funcional (D'Silva et al., 2025). O tratamento geralmente exige uma abordagem multimodal e multiprofissional, engloba cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou a combinação destas modalidades, dependendo do estágio e da localização com o objetivo de controlar a doença e prolongar a sobrevivência. Contudo, é frequentemente acompanhado de morbilidade significativa (D'Silva et al., 2025), pois cerca de três quartos das pessoas com cancro de cabeça e pescoço apresentam morbilidade a longo prazo e relatam pelo menos dois efeitos secundários relacionados com o tratamento, cinco ou mais anos após o diagnóstico (Bass et al., 2024). O tratamento com radioterapia da pessoa com cancro da cabeça e pescoço é um importante meio auxiliar, constituindo uma importante ferramenta nos planos de tratamento destas pessoas (Zhao et al., 2025), contudo esta pode causar queimaduras na pele, mucosite, disfagia e xerostomia (D'Silva et al., 2025) e ainda causar tardiamente, trismo, fibrose e perda sensorial (Cheng et al., 2022).

A quimioterapia constitui um pilar no tratamento da pessoa com cancro da cabeça e pescoço, nomeadamente em fases avançadas da doença, onde a cirurgia curativa pode não ser viável. O objetivo principal é diminuir o tamanho do cancro, controlar a progressão da doença e aliviar os sintomas, seja isoladamente ou em combinação com radioterapia (D'Silva et al., 2025). A conjugação destas duas modalidades apesar de poder ser altamente eficaz é acompanhada por efeitos adversos dado que os agentes citotóxicos são inespecíficos, o que conduz à atuação não só nas células cancerígenas, mas também nas células saudáveis, resultando em toxicidades significativas, que impactam severamente no bem-estar físico e psicológico da pessoa. Os efeitos secundários comuns da quimioterapia incluem náuseas, vômitos, fadiga, anemia, imunodepressão e neuropatia (D'Silva et al., 2025). A quimioterapia e radioterapia podem ainda conduzir a outra complicação, a sarcopenia, ou a perda de massa e força musculoesquelética e que nas pessoas com cancro da cabeça e pescoço, se torna ainda mais severa com a disfagia e desnutrição resultantes do tratamento (D'Silva et al., 2025). Os efeitos secundários estendem-se também a sintomas fisiológicos e psicológicos, como a diminuição da qualidade do sono e da qualidade de vida (D'Silva et al., 2025).

A cirurgia é a principal forma de tratamento da pessoa com cancro da cabeça e pescoço, nomeadamente quando está localizado (Bass et al., 2024), sendo as principais cirurgias efetuadas nesta área, a laringectomia total, laringectomia parcial, mandibulectomia, glossectomia, parotidectomia e esvaziamento ganglionar cervical. Associada à cirurgia de excisão do cancro é realizada cirurgia reconstrutiva por forma a minimizar o compromisso funcional e estético, o que implica reconstruções a partir da estrutura óssea subjacente e, posteriormente, substituição do tecido tegumentar sobrejacente e retalhos livres (Silva et al., 2022). Os retalhos mais utilizados são o retalho livre do perónio, o retalho livre de escápula e o retalho radial do antebraço (Melo et al., 2022). Apesar da evolução das técnicas cirúrgicas ao longo do tempo, de forma a melhorar os resultados e diminuir as morbilidades, continuam a estar associadas a complicações funcionais que afetam a qualidade de vida das pessoas (Jeyarajan et al., 2024). A laringectomia, nomeadamente a laringectomia total, pode resultar em extensos desafios funcionais, como a dificuldade de fala e deglutição e enfraquecimento dos músculos do pescoço, bem como, por vezes, problemas psicológicos, incluindo sintomas depressivos e arrependimento da decisão (Mikhael et al., 2024). A cirurgia da mandíbula, que envolve a remoção de uma parte ou da totalidade da mandíbula, resulta em deficiências graves levando a que as pessoas enfrentem inúmeros défices funcionais e psicossociais, como o comprometimento da fala, da deglutição, da autoimagem e elevado sofrimento psicológico, ao resultar em deformidades físicas que têm um profundo impacto na qualidade de vida (Artopoulou et al., 2022). A reconstrução da mandíbula é efetuada através de retalho livre do perónio, o mais utilizado (Melo et al., 2022), o que implica complicações funcionais, tais como, instabilidade do tornozelo, diminuição da amplitude de movimento, alterações da marcha, perda da força muscular nos membros inferiores (Holm et al., 2025) e da capacidade de equilíbrio (McCrary et al., 2024). Outra alternativa de cirurgia reconstrutiva da mandíbula é o retalho livre da omoplata. Segundo Mobargha, et al. (2022), alguns estudos referenciam como compromissos deste tipo de retalho, diminuição da força muscular e da amplitude de movimento de flexão em comparação com o membro contralateral.

Na pessoa com cancro da língua submetida a cirurgia (glossectomia), a disfagia é um dos maiores resultados funcionais bem como o compromisso da fala, dada a função indispensável que a língua tem na fala e deglutição (Mitra et al., 2023). É comum o uso de retalho livre radial do antebraço em reconstrução da cavidade oral e lábio dado que possibilita a cobertura de grandes deformidades da região da face devido às suas características de vascularidade e elasticidade. Contudo, na região

dadora provoca restrição funcional do antebraço, diminuição da força de preensão e perda de sensibilidade (Fatani, 2023).

Quando a pessoa é submetida a parotidectomia, a complicação mais significativa é a paralisia ou fraqueza do nervo facial, dada a proximidade do tumor ao nervo (Mortensen and Bjorndal, 2024), sendo as principais sequelas a assimetria facial e a disfunção dos músculos da mimica facial que, a longo prazo pode provocar desfiguração facial e compromisso em atividades como alimentação, ingestão de líquidos, sorrir e encerrar os olhos (D'Andrea, 2024).

A extensa ressecção cirúrgica efetuada implica não raras vezes, a construção de uma traqueotomia (temporária) ou uma traqueostomia (definitiva), dependendo do tipo de cirurgia efetuada e das estruturas excisadas, de modo a garantir a permeabilidade das vias aéreas, prevenir complicações pós-operatórias e facilitar a higiene brônquica. A presença de uma traqueostomia provoca impossibilidade de proteção das vias aéreas contra a aspiração, incapacidade de se alimentar, ingerir líquidos ou falar, levando à inevitável redução da qualidade de vida (Mills et al., 2022).

Quando existe necessidade de esvaziamento ganglionar cervical, que se constitui como uma das abordagens utilizadas em cirurgia para o controle da doença, as complicações podem ser exacerbadas, dado que o esvaziamento radical consiste na excisão dos gânglios de um lado do pescoço, do bordo inferior da mandíbula até à clavícula, do bordo lateral dos músculos infra-hióideos até ao bordo anterior do trapézio, bem como estruturas adjacentes como o músculo esternocleidomastoídeo, veia jugular interna, nervo espinhal acessório e glândula submandibular (Olias et al., 2004). No esvaziamento ganglionar seletivo são removidos os gânglios que têm maior risco de conter metástases, sendo preservadas as estruturas adjacentes (Olias et al., 2004) e no esvaziamento ganglionar cervical modificado são excisados todos os gânglios e estruturas adjacentes à exceção do nervo espinhal acessório (Tipo I) e o músculo esternocleidomastoídeo (Tipo II) (Olias et al., 2004), sendo que a incapacidade funcional estimada a longo prazo é de 19% para esvaziamentos cervicais seletivos, 42% para esvaziamentos cervicais modificados e 58% para os esvaziamentos radicais (Jeyarajan et al., 2024).

A síndrome do ombro, provocada por lesão do nervo acessório espinal, ocorre por deservação do músculo trapézio superior, resultando em dor, fraqueza e discinesia da escápula, que conduz a deformação da cintura escapular, caracterizada por prostração, rotação descendente e depressão em

repouso e incapacidade de a pessoa elevar o úmero acima dos 90 graus (Jeyarajan et al., 2024). Este compromisso tem impacto significativo na capacidade da pessoa para desempenhar tarefas da vida diária e relacionadas com o trabalho, estando muitas vezes associadas ao desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiedade (Jeyarajan et al, 2024).

A dissecação cervical pode provocar lesão no ramo mandibular marginal, resultando em incapacidade de deprimir, lateralizar e everter o lábio inferior, provocando um sorriso assimétrico. A lesão do nervo vago, ocorrida maioritariamente no caso de um esvaziamento cervical radical, manifesta-se, principalmente por paralisia ipsilateral das cordas vocais e dificuldade na deglutição. No caso de lesão do nervo frénico pode ocorrer dispneia de esforço, dada a importância que tem na inervação do diafragma. Apesar de a incidência de lesão do nervo hipoglosso ser baixa, caso ocorra, resulta em disartria temporária ou permanente e disfagia. No caso de lesão do nervo lingual, a pessoa com cancro da cabeça e pescoço enfrenta dificuldades na alimentação e comunicação (Jeyarajan et al., 2024).

Na tabela 1 estão representados, os principais compromissos e complicações do tratamento da pessoa com cancro da cabeça e pescoço.

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Tabela 1- Compromissos e complicações do tratamento da pessoa com cancro da cabeça e pescoço

TIPO TRATAMENTO	COMPROMISSOS/EVENTUAIS COMPLICAÇÕES
Laringectomia	- Comunicação (Mikhael et al, 2024) - Disfagia (Mikhael et al, 2024) - Fraqueza da musculatura do pescoço (Mikhael et al, 2024) - Ansiedade (Mikhael et al, 2024)
Glossectomia	- Comunicação (Mitra et al, 2023) - Disfagia (Mitra et al, 2023)
Mandibulectomia	- Comunicação (Artopoulou et al, 2022) - Autoimagem (Artopoulou et al, 2022) - Disfagia (Artopoulou et al, 2022) - Sofrimento psicológico (Artopoulou et al, 2022)
Parotidectomia	- Paralisia ou fraqueza do nervo facial (Mortensen and Bjorndal, 2024) - Assimetria facial (DÁndrea, 2024) - Disfunção dos músculos da mimica facial (DÁndrea, 2024)
Esvaziamento Cervical	- Síndrome do ombro (Jeyarajan et al, 2024) - Comunicação (Jeyarajan et al, 2024) - Alimentação (Jeyarajan et al, 2024) - Sorriso assimétrico (Jeyarajan et al, 2024) - Paralisia facial (Jeyarajan et al, 2024) - Ansiedade/Depressão (Jeyarajan et al, 2024)
Traqueostomia/Traqueotomia	- Ventilação (Mills et al, 2022) - Comunicação (Mills et al, 2022) - Alimentação (Mills et al, 2022)
Cirurgia reconstrutiva (retalhos livres)	- Amplitude do movimento articular diminuída (Fatani, 2023; Holm et al, 2025) - Alterações da marcha (Holm et al, 2025) - Diminuição da força muscular (Holm et al, 2025) - Equilíbrio comprometido (McCrary et al, 2024) - Perda de sensibilidade (Fatani, 2023) - Diminuição da força de preensão (Fatani, 2023)
Radioterapia	- Queimadura (D'Silva et al, 2025) - Mucosite (D'Silva et al, 2025) - Disfagia (D'Silva et al, 2025) - Xerostomia (D'Silva et al, 2025) - Trismo (Cheng et al, 2022) - Diminuição da qualidade do sono (Cheng et al, 2022) - Sarcopenia (Cheng et al, 2022)
Quimioterapia	- Náuseas (D'Silva et al, 2025) - Vômitos (D'Silva et al, 2025) - Fadiga (D'Silva et al, 2025) - Imunossupressão (D'Silva et al, 2025) - Neuropatia (D'Silva et al, 2025) - Sarcopenia (D'Silva et al, 2025)

A reabilitação com pessoas com doença oncológica de cabeça e pescoço deve ser uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde de diversas áreas (enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, enfermeiros especialistas na área da doença crónica, enfermeiros especialistas em saúde mental, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros). O desenvolvimento e implementação de intervenções conjuntas, transdisciplinares, que

permitam a diminuição da perda de função e atividade, entre outros, são essenciais para estas pessoas (Nayiga et al., 2024). Assim, como parte integrante dessa equipa, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem uma responsabilidade acrescida na reabilitação destas pessoas, ao desenvolver, implementar e monitorizar planos e intervenção que possibilitam diminuir a incapacidade instalada pela doença, prevenir complicações, tratar e reabilitar a pessoa, maximizando o seu potencial e melhorando a sua qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

1.3 Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com Cancro da Cabeça e Pescoço

As extensas complicações e incapacidades físicas e psicológicas provocadas na pessoa, pelo tratamento cirúrgico por cancro da cabeça e pescoço realçam a necessidade de reabilitação abrangentes e nela centradas. O cuidado centrado na pessoa pressupõe que o plano de cuidados está de acordo e vai de encontro às suas necessidades, valores e crenças e conduz a uma maior eficácia dos cuidados prestados, assim como a melhores resultados de qualidade para as pessoas alvo dos cuidados, instituições e prestadores de cuidados (RNAO, 2025). De acordo com a RNAO (2025), os cuidados centrados na pessoa têm por base uma abordagem holística integrando todas as dimensões da pessoa, envolvendo-a, bem como à família na tomada de decisão e no cuidado com a pessoa.

O alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação são as pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e visam promover o bem-estar e a qualidade de vida, na medida em que têm por objetivo a promoção de processos de readaptação, do autocuidado, a prevenção de complicações e maximização das capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Pessoas com cancro da cabeça e pescoço são vulneráveis a diversos níveis de perda funcional, que impactam no seu nível de atividade e participação nos papéis sociais e familiares, reduzindo o seu nível de qualidade de vida (Kline-Quiroz et al., 2024), e apresentam necessidades de cuidados especializados e diferenciados de reabilitação e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com as competências que detém pode contribuir para a diminuição do impacto do tratamento nestas pessoas e para a promoção de uma recuperação mais rápida (Moreira et al., 2023b).

1.3.1. Fundamentação Teórica da Intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: Transições e Autocuidado

A orientação dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação é sustentada em referenciais teóricos como, a teoria das transições (Meleis, 2010) e a teoria do autocuidado (Orem, 2001), que são estruturantes na procura da excelência dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A teoria das transições de Afaf Meleis fundamenta-se nas mudanças vividas e experienciadas pelas pessoas ao longo da sua vida e a forma como cada pessoa enfrenta e lida com essas mudanças (Meleis, 2010). O conceito de transição surge no sentido de responder à forma como as pessoas experienciam e dão resposta a essas mudanças, sendo definido como a passagem de um estado para outro. As transições são de quatro tipos; transições situacionais, que dizem respeito à alteração de papéis; transições desenvolvimentais, relacionadas com a mudança ao longo do ciclo de vida; transições saúde/doença, quando existe mudança de um estado saudável para um estado de doença e transições organizacionais, relacionadas com mudanças ambientais, políticas, económicas e sociais (Meleis, 2010). Esta teoria assume que o suporte às pessoas e a gestão das transições são a função chave da enfermagem, dado que as pessoas que passam pelas transições tendem a ser mais vulneráveis, afetando a sua saúde e bem-estar (Meleis, 2010). As transições exigem a incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamentos e a mudança da definição de si mesma num contexto novo (Meleis, 2010) e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, através das suas competências de cuidar das pessoas com necessidades especiais, capacita as pessoas com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação, maximizando a sua funcionalidade (Regulamento nº 392/2019), empodera e capacita a pessoa tendo como foco de atenção o conhecimento e a aprendizagem de novas capacidades no seu processo de transição, que à luz desta teoria constituem as terapêuticas de enfermagem, os indicadores de resultado (maestria) e os indicadores de processo (conhecimento) (Sousa et al., 2020).

A pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço vivencia uma transição saúde–doença, caracterizada pela passagem para um estado de limitações físicas, dependência temporária ou permanente e incerteza quanto ao futuro. A enfermagem de reabilitação desempenha um papel facilitador na compreensão da doença, do tratamento e das mudanças esperadas, promovendo respostas adaptativas. A cirurgia na pessoa com cancro da cabeça e pescoço constitui uma transição

situacional, uma vez que altera significativamente a vida quotidiana da pessoa. A presença de traqueostomia, as dificuldades na fala, na deglutição e alterações da imagem corporal implicam reorganização das rotinas diárias, das interações sociais e dos papéis familiares e profissionais. Segundo Meleis (2010), quanto mais repentina e não antecipada for a transição, maior será o risco de respostas inadequadas, tornando essencial o acompanhamento contínuo por parte dos enfermeiros. A perda ou alteração da voz, do rosto ou da capacidade de comunicação podem comprometer o modo como a pessoa se percebe e relaciona com os outros, alterando a identidade pessoal. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ao aplicar os seus conhecimentos e competências com a pessoa com cancro da cabeça e pescoço, estará a contribuir para uma transição saudável, dotando-a de novas competências, capacidades e habilidades e conhecimentos que permitiram a sua autonomia, independência e bem-estar.

Ao longo do processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, conforme descrito anteriormente, existe comprometimento funcional e do seu autocuidado (Moreira et al., 2023b). O autocuidado é um dos focos centrais da enfermagem de reabilitação, na medida em que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação dota a pessoa de conhecimento e competências para que esta seja capaz de se cuidar (Petronilho & Machado, 2016). O autocuidado é definido por Dorothea Orem, como sendo um conjunto de ações que a pessoa realiza para satisfazer as suas necessidades, o seu desenvolvimento e crescimento. A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem constitui um suporte conceptual sólido para a prática da enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço (Petronilho & Machado, 2016). Engloba três teorias que se relacionam entre si, a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001).

A teoria do autocuidado de Orem centra-se no facto de a pessoa possuir habilidades e capacidades, conhecimentos e experiência de vida para se autocuidar. Quando tal não é possível existe a necessidade de recorrer a terceiros, sejam eles familiares, amigos ou profissionais de saúde. Por outro lado, a teoria do défice de autocuidado identifica a razão para a pessoa necessitar de cuidados de enfermagem, estando a intervenção dos enfermeiros intimamente ligada à avaliação que efetuam do défice da pessoa no autocuidado. A teoria dos sistemas de enfermagem refere-se à articulação entre os cuidados de enfermagem necessários e as ações que a própria pessoa é capaz de realizar para fazer face à necessidade de autocuidado (Orem, 2001)). São identificadas por Orem três sistemas de enfermagem:

- ✓ Sistema Totalmente Compensatório (na fase pós-operatória, a pessoa apresenta incapacidade total para o autocuidado, o Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assegura a totalidade dos cuidados de reabilitação);
- ✓ Sistema Parcialmente Compensatório (o Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação estimula a participação da pessoa nos cuidados, compensa as limitações da pessoa à medida que esta vai recuperando capacidades, como por exemplo exercícios de deglutição, exercícios de fortalecimento muscular, reeducação funcional);
- ✓ Sistema de Apoio/Educação (preparação para a alta, centrando-se na capacitação da pessoa e da família para o autocuidado no domicílio) (Orem, 2001).

Ao centrar a intervenção na promoção do autocuidado e na maximização das capacidades com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume um papel essencial na recuperação funcional, adaptação às limitações e reintegração da pessoa na vida quotidiana (Regulamento nº 392/2019)).

1.3.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço

Um dos objetivos principais da reabilitação das pessoas, na área oncológica, é melhorar a qualidade de vida e a participação, bem como aliviar o sofrimento psicológico e emocional (Matko et al., 2025). As intervenções de reabilitação contribuem para a melhoria da função, a redução da dor e a diminuição da carga sintomática de outras incapacidades. A diminuição da função e da capacidade para a realização de atividades de vida diária evidencia que o papel da reabilitação no tratamento do cancro vai além da simples recuperação funcional (Kline-Quiroz et al., 2024). Um estudo desenvolvido por Moreira et al. (2023b), mostrou que nas pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço com quem foram efetuadas intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação, ocorreu promoção da sua independência. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem a responsabilidade de implementar intervenções de reeducação funcional motora, respiratória, reeducação da alimentação, promoção de autocuidado, entre outras, por forma a otimizar a função da pessoa alvo de cuidados (Regulamento nº 392/2019). A ausência de estratégias de reabilitação ou se aplicadas tardiamente podem conduzir a complicações que afetam negativamente o bem-estar da pessoa nesta situação de saúde (Grigore et al., 2025). Segundo Grigore et al., 2025, os estudos

ocorridos na Europa, América do Norte e Ásia demonstraram que as pessoas com cancro da cabeça e pescoço que receberam programas de reabilitação imediatos tiveram uma recuperação mais célere do que as que não receberam qualquer intervenção de reabilitação. A abordagem multidisciplinar no cuidado com estas pessoas exige uma forte organização de forma a conduzir a uma otimização dos cuidados desde o pré-operatório à recuperação da pessoa (Saraswathula et al., 2021). No sentido de reduzir complicações, diminuir a dor e promover uma recuperação mais rápida o programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), recomenda a mobilização precoce, que inclui sentar, levantar e andar o mais breve possível após a cirurgia (Wagoner, 2023). O primeiro protocolo ERAS, na área da cabeça e pescoço, surgiu em 2017 para os retalhos livre descrevendo recomendações desde a admissão até ao pós-operatório (Saraswathula et al., 2021). Os mesmos autores referem que existem vários estudos que evidenciaram que a aplicação destes protocolos em pessoas com retalhos livres no cancro da cabeça e pescoço estão associados a uma diminuição do tempo de internamento, de complicações e da utilização de cuidados intensivos.

Complementarmente, a pré-habilitação cirúrgica em pessoas com cancro da cabeça e pescoço tem sido utilizada como uma intervenção que pode otimizar as complicações cirúrgicas, tal como as alterações da deglutição (Wagoner, 2023). A preparação pré-operatória pode ter uma importância significativa no pós-operatório, dadas as alterações significativas que as pessoas com cancro da cabeça e pescoço vivenciam após a cirurgia. As intervenções de educação no período pré-operatório proporcionam às pessoas com doença oncológica informações e estratégias para o pós-operatório que melhoram a sua satisfação, reduzem a ansiedade e melhoram a sua qualidade de vida no período pós-operatório (Mikhael et al., 2024).

Como referido anteriormente (tabela 1), o cancro da cabeça e pescoço dá origem a inúmeros compromissos e complicações associados à cirurgia nomeadamente dor, mobilidade, ventilação, deglutição, comunicação e paresia facial. Na grande maioria das áreas referidas, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem uma intervenção específica e uma abordagem global, com vista às necessidades de cada pessoa, expectativas e objetivos.

A dor e rigidez no pescoço decorrentes da cirurgia ocorrem mesmo quando é preservado o nervo espinhal acessório, sendo recomendado o acompanhamento por um especialista em reabilitação por forma a minimizar a dor otimizar a capacidade funcional e o autocuidado (Moreira et al., 2023b).

Almeida et al. (2020) concluem no seu estudo que as pessoas com cancro de cabeça e pescoço podem beneficiar de um treino de resistência com um aumento gradual da intensidade por forma a diminuir a dor no ombro e melhorar a função. Segundo Pérez et al. (2023), alguns autores verificaram que os exercícios de relaxamento podem ter um efeito positivo na diminuição da dor, ansiedade e stress. Contudo, não existe um consenso relativamente a esta relação sendo necessário mais estudos que a confirmem. Outros dos exercícios referidos pelo autor para diminuição da dor são exercícios de mobilidade articular (Pérez et al., 2023). Têm sido sugeridas várias intervenções de reabilitação, tais como exercícios passivos, ativo-assistidos, ativos e resistidos e técnicas de facilitação neuromuscular propriocetivas. Contudo, as evidências estabelecidas sobre a eficácia destas intervenções são ainda escassas (Almeida et al., 2020). Como nos indica o Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, que apresenta movimento muscular diminuído, avalia e monitoriza a força muscular e executa, ensina, instrui e treina com a pessoa as técnicas de exercício muscular e articular, adequadas à sua situação de incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A evidência científica relativa às intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa com paralisia do nervo facial provocada por parotidectomia é escassa. D'Andrea et al. (2025) referem que as recomendações comuns para a recuperação do nervo facial são os movimentos faciais com esforço que incluem na reabilitação da paralisia facial, segundo Nakano et al. (2023), exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de mímica facial e terapia de *biofeedback*. A paresia é um dos focos de atenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, perante a qual executa, ensina, instrui e treina com a pessoa sobre técnicas de exercício muscular e articular e técnicas de massagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As complicações respiratórias, nomeadamente nas pessoas laringectomizadas indicam a necessidade de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. No estudo realizado por Moreira et al. (2023b), a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, incidiu sobre os diagnósticos de ventilação comprometida, limpeza das vias aéreas comprometida, equilíbrio corporal comprometido, movimento muscular diminuído e intolerância à atividade, onde foram obtidos resultados positivos desta intervenção, tais como, graus de dependência menores, prevenção de complicações cardiorrespiratórias e musculares, promoção da independência e facilitação do processo de transição.

Estes mesmos autores referem a importância dos exercícios de reeducação funcional respiratória para a promoção da permeabilidade das vias aéreas, otimização da ventilação e prevenção de atelectasias ou pneumonias (Moreira et al., 2023b). Referem ainda o papel importante do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no treino dos músculos inspiratórios, nomeadamente em cirurgia que implica retalho do músculo peitoral, que devido à dor, a respiração da pessoa é essencialmente abdominal. Silva et al. (2024), fazem referência à importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a laringectomia total com o intuito de prevenir complicações respiratórias e na adaptação à sua nova condição de saúde, bem como à capacidade e competência que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação detém na elaboração de planos de reeducação funcional respiratória para melhoria da função ventilatória e redução das secreções traqueobrônquicas (Silva et al, 2024).

A pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, principalmente a pessoa submetida a laringectomia total enfrenta graves problemas de comunicação (Silva et al.,2022), resultando na capacidade limitada em transmitir sintomas, colocar questões, solicitar cuidados, expressar sentimentos, angústias, medos e com a sua capacidade de expressar a sua tomada de decisão sobre os cuidados comprometida (Frade et al., 2022). As intervenções dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, na situação de comunicação comprometida englobam possibilitar o acesso, ensinar e instruir sobre dispositivos auxiliares de comunicação, com base em escrita, imagens, gráficos ou combinação de vários (Ordem dos Enfermeiros ,2015). Segundo Silva et al. (2022), estas pessoas devem ser informadas em momento pré-operatório das consequências, mudanças que irão surgir no pós-operatório, por forma a que sejam, antecipadamente, encontradas alternativas e estratégias que facilitarão o processo no pós-operatório.

A alteração da deglutição é uma das sequelas mais comuns resultantes do tratamento da pessoa com cancro da cabeça e pescoço (Ihara et al., 2022). A incidência de disfagia em pessoas com cancro da cabeça e pescoço é de aproximadamente 14% a 75%, sendo a causa para diminuição do peso corporal, desnutrição, pneumonia aspirativa e menor sobrevivência global (Cheng et al., 2022), impactando significativamente a qualidade de vida da pessoa, pelo que devem ser utilizados exercícios para melhorar a mobilidade e a motilidade de estruturas vitais da deglutição (Diaconu et al. 2024). No estudo randomizado realizado por Diaconu et al. (2024), o grupo de pessoas com proposta cirúrgica de laringectomia total submetidas a exercícios profiláticos de deglutição (deglutição com esforço, retração da língua, flexão do queixo contra resistência, elevação da cabeça e abertura da mandíbula

contra resistência) apresentaram resultados funcionais de deglutição e de qualidade de vida melhores que o grupo que não foi proposto os exercícios. A causa da disfagia nas pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço está relacionada com alterações nas estruturas e função dos órgãos da deglutição e não com uma lesão do sistema nervoso cerebral (Zhang et al., 2024), e seja qual for a causa, neurológica ou anatómica, a pessoa deve ser alvo de uma avaliação da deglutição (Braga, 2016). Após esta avaliação inicia-se a reeducação da deglutição, que dada a sua complexidade deve ser efetuada por um enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação com competências na área e numa abordagem multidisciplinar. Existem várias abordagens que podem ser efetuadas com a pessoa com disfagia, as técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, mudanças na dieta e cinesiterapia respiratória. (Braga, 2016). O enfermeiro especialista em reabilitação no que diz respeito à deglutição, estando comprometida, ensina, instrui e treina sobre exercícios e técnicas de deglutição com a pessoa alvo dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Na revisão sistemática realizada por Sousa et al. (2025), foi possível concluir que as intervenções de reabilitação personalizadas e avaliação da deglutição instituídas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são essenciais para a recuperação funcional, prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida da pessoa e que se centram na alteração da dieta, higiene oral, técnicas posturais, técnicas facilitadoras da deglutição, reabilitação funcional motora e respiratória.

As evidências robustas sobre um programa de enfermagem de reabilitação para pessoas com cancro da cabeça e pescoço são escassas, contudo são diversos os estudos que descrevem resultados positivos de programas de reabilitação com estas pessoas. Estes resultados incluem a melhoria da função, melhor adaptação às limitações e resultados funcionais e da qualidade de vida otimizados (Passchier et al., 2023). Assim importa, junto dos enfermeiros especialistas em reabilitação, compreender a sua intervenção com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, de modo que se torne possível desenvolver um programa estruturado de enfermagem de reabilitação com as pessoas que vivenciam esta alteração da situação de saúde.

2. METODOLOGIA

O presente capítulo descreve a metodologia adotada no desenvolvimento desta investigação. Que tem como problema central a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. Ao longo deste capítulo, procede-se à apresentação dos objetivos do estudo, à caracterização do tipo de estudo e respetivo enquadramento metodológico. Em seguida procede-se à descrição dos critérios de seleção dos informantes, bem como das técnicas e procedimentos utilizados na recolha dos achados. Serão igualmente descritos os procedimentos para o tratamento e análise dos achados. Por fim, são abordadas as considerações éticas que orientaram todo o processo investigativo.

2.1 Objetivo Geral e Específicos

Partindo da questão, *“Como intervêm os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia da cabeça e pescoço?”*, delinearão-se os objetivos que permitem compreender a intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

Objetivo Geral:

- ✓ Compreender a intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

Objetivos específicos:

- ✓ Conhecer as intervenções e ações de enfermagem de reabilitação no cuidado com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço;
- ✓ Conhecer a intenção que norteia a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço;
- ✓ Descrever os instrumentos que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação utiliza na sua intervenção com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço;
- ✓ Conhecer como é efetuada a transição nos cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço;
- ✓ Nomear os desafios sentidos pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

2.2 Tipo de Estudo

A investigação em enfermagem possibilita informar a prática dos cuidados de enfermagem na última evidência científica e a afirmação da profissão enquanto disciplina científica (Néné & Sequeira, 2022).

Para responder à questão de investigação decidiu-se desenvolver um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Sendo este estudo, centrado na realidade dos fenómenos e no agir profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, selecionou-se o método de investigação qualitativa, já que uma investigação que pretende captar o significado de determinados fenómenos humanos é do âmbito da abordagem qualitativa (Olabuénaga, 2003).

A natureza descritiva e exploratória do estudo justifica-se pela intenção de descrever e explorar um fenómeno num contexto específico, sobre o qual se encontraram poucos estudos. Assim, atendendo à questão de investigação, à natureza do fenómeno em análise e aos objetivos definidos, considera-se que a abordagem qualitativa permitir compreender, em profundidade, as experiências, perceções e significados atribuídos pelos informantes (Néné & Sequeira, 2022).

2.3 Informantes

Os informantes do estudo foram selecionados intencionalmente, inicialmente através de contacto prévio com coordenadores de Núcleos de Enfermagem de Reabilitação e com outros enfermeiros especialistas que tinham conhecimento de potenciais informantes que preenchiam os critérios de inclusão. Após os primeiros contactos, alguns informantes indicaram outros informantes elegíveis, seguindo a metodologia de seleção em bola de neve (Olabuénaga, 2003).

Os critérios de inclusão foram:

- ✓ Ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação há mais de dois anos no mesmo serviço
- ✓ Prestar cuidados com pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço;
- ✓ Aceitar, voluntariamente, participar no estudo

Não existindo evidência científica que defina de forma inequívoca o tempo mínimo de exercício profissional necessário para este tipo de estudos, optou-se por considerar um limite mínimo de dois

anos de experiência como Enfermeiro Especialista, com base no tempo exigido pela Ordem dos Enfermeiros para candidatura ao título de especialista. Adicionalmente, este critério encontra suporte nos estádios de desenvolvimento profissional descritos por Patrícia Benner (2001), segundo os quais o enfermeiro “*competente*” é aquele que detêm dois a três anos de experiência no mesmo serviço, pois adquiriu capacidade de planeamento, fundamentando as suas ações em pensamento analítico.

Foram selecionados sete informantes, todos com especialidade em Enfermagem de Reabilitação, concluída em média há cerca de 7 anos (mínimo 3 anos e máximo 16 anos). Todos os informantes exercem funções em contexto hospitalar, em serviços de internamento, sendo que um dos informantes além do exercício de funções em internamento presta também cuidados em serviço de ambulatório. Constatou-se que, a partir do quinto informante, as informações obtidas começaram a ser redundantes não emergindo novas informações, o que permitiu considerar atingida a saturação teórica dos achados (Fontanella et al, 2008), tendo sido suspensa a realização de entrevistas à sétima entrevista.

2.4 Recolha de Achados

A recolha de achados foi efetuada através de entrevista em profundidade, como técnica de obtenção de informação do entrevistado acerca do fenómeno em estudo (Olabuénaga, 2003). Através da entrevista, o investigador procura o que o entrevistado considera importante, os seus significados, perspetivas e interpretações, o modo como veem e experimentam os fenómenos (Olabuénaga, 2003).

As entrevistas foram efetuadas pela investigadora partindo do seguinte estímulo: *Fale-me, por favor, sobre o modo como presta/organiza e planeia os cuidados como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, focando o modo como assegura a transição nos cuidados de enfermagem de reabilitação do hospital para o domicílio, para o ambulatório hospitalar ou cuidados na comunidade com estas pessoas. Considere, também as dificuldades que identifica no acompanhamento destas pessoas e os desafios que encontra nos cuidados de enfermagem de reabilitação com estas pessoas* (Apêndice I).

Após esta pergunta inicial, foram efetuadas, à posteriori, reformulações como estratégia de clarificar determinadas afirmações efetuadas pelo entrevistado indo de encontro aos objetivos do estudo.

As entrevistas foram realizadas em formato presencial e a distância através da plataforma Zoom entre o dia 2 de fevereiro e 25 de fevereiro de 2026. Os informantes foram contactados telefonicamente,

tendo sido explicado o tema, os objetivos e finalidade do estudo, bem como solicitada a sua participação. Posteriormente, foi agendada a entrevista conforme a disponibilidade do informante. No caso das entrevistas realizadas à distância, foi enviado por correio eletrónico o consentimento informado para os informantes, que o devolveram devidamente assinado. Nas entrevistas presenciais foi fornecido no momento da entrevista o consentimento informado para ler e assinar. As entrevistas decorreram em local reservado e de forma individual, tendo sido gravadas em suporte vídeo e/ou áudio para possibilitar a sua transcrição integral, não perdendo nenhuma informação relevante para a análise dos achados.

2.5 Análise do Verbatim

O tratamento e análise do verbatim foi realizado através da análise de conteúdo, tendo por base a metodologia proposta por Laurence Bardin. Esta abordagem permite analisar de forma sistemática e objetiva o verbatim proveniente das entrevistas, possibilitando a identificação de padrões, significados e categorias emergentes do discurso dos informantes (Bardin, 2008). A análise de conteúdo foi conduzida segundo uma abordagem indutiva, permitindo que as categorias analíticas emergissem diretamente do verbatim, sem recurso a um sistema de categorias previamente definido (Néné & Sequeira, 2022).

O processo de análise desenvolveu-se em três etapas fundamentais (Bardin, 2008):

- ✓ A pré-análise, que consistiu na leitura flutuante de todas as entrevistas previamente transcritas, por forma a organizar a informação recolhida, construir o *corpus* de análise e formular hipóteses e indicadores;
- ✓ A exploração do material, que se traduziu na codificação do verbatim das entrevistas, através do recorte de segmentos de texto, atribuição de significados (unidades de contexto e unidades de registo), seguida da agregação em subcategorias e categorias;
- ✓ O tratamento dos dados, inferência e interpretação, que se traduziu na análise dos dados categorizados, permitindo a realização de inferências, elaboração de conclusões que respondem aos objetivos do estudo.

No presente estudo foi utilizado um software informático de apoio à análise de dados qualitativos, o WebQDA (*Web - based Qualitative Data Analysis*), para a análise do conteúdo do verbatim, o que possibilitou a organização, compilação das unidades de registo e de contexto de forma mais célere.

As categorias foram construídas com base nos princípios enumerados por Laurence Bardin, a exclusão mútua, segundo a qual cada unidade de registo deve pertencer a uma única categoria; a homogeneidade exige que as categorias sejam construídas a partir de critérios uniformes, garantindo coerência interna e comparabilidade; a pertinência, que implica que as categorias devem estar diretamente relacionadas com os objetivos do estudo e ao referencial teórico adotado, evitando a criação de categorias irrelevantes ou dissociadas da investigação. A objetividade e fidelidade que se referem à clareza com que é efetuada a codificação permitindo a replicação por outros investigadores. Por último, a produtividade, isto é, a capacidade de as categorias gerarem inferências significativas e contribuir para a compreensão do fenómeno estudado (Bardin, 2008).

No presente estudo as categorias criadas foram legitimadas por mais um investigador.

2.6 Considerações Éticas

Sendo a investigação um meio fundamental para o avanço do conhecimento, nem tudo o que é possível na investigação será possível em termos éticos, sendo fundamental respeitar os princípios do respeito e dignidade da pessoa (Néné & Sequeira, 2022).

A participação neste estudo foi voluntária, livre e esclarecida, podendo os informantes interromper/desistir a qualquer momento sem que isso acarretasse qualquer prejuízo, foi garantido o anonimato e privacidade dos informantes, assim como a confidencialidade da informação. A cada informante foi entregue um consentimento livre e esclarecido que contém enquadramento, objetivo, metodologia e finalidade do estudo. Foi previamente solicitada autorização para gravação das entrevistas e assegurada a sua destruição quando o estudo estiver concluído. O tratamento da informação recolhida foi conduzido, de forma descritiva e anónima, pela responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração deste estudo e sua divulgação. Findo este processo, os achados serão destruídos de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

O estudo respeitou os princípios da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, tendo a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica aprovado a sua realização PCE92_2025 (Anexo I), bem como o consentimento livre e esclarecido presencial (Apêndice II) e a distância (Apêndice III) entregue aos informantes.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

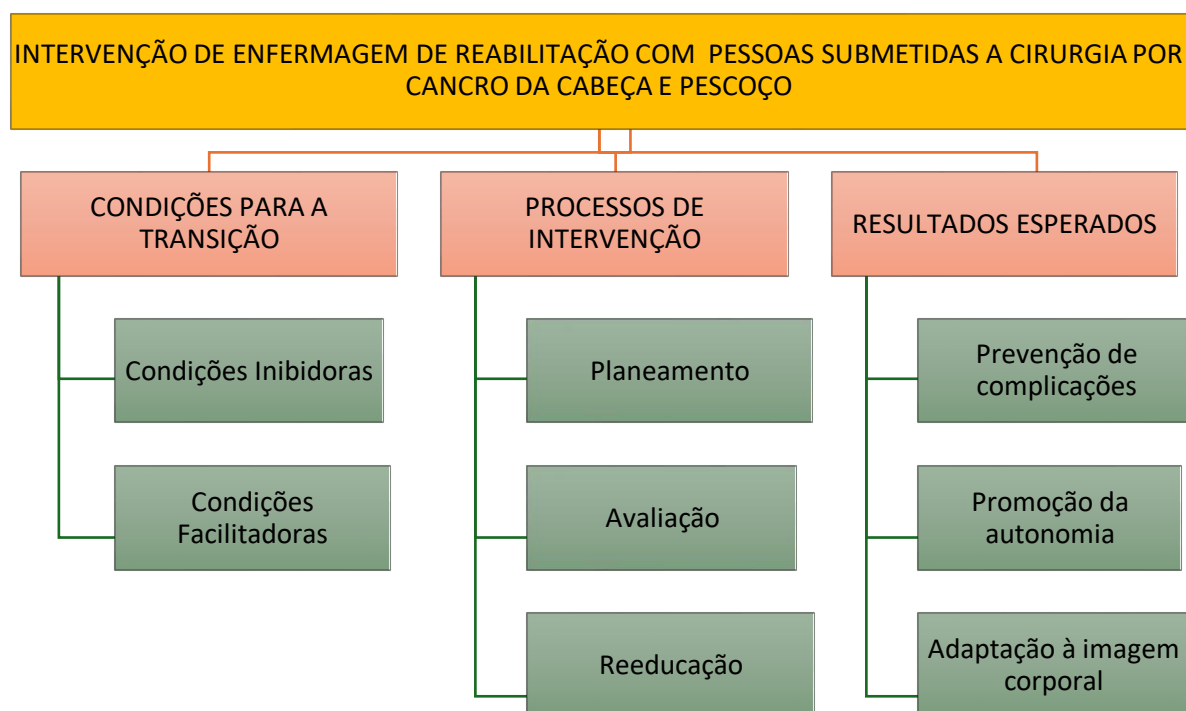
Neste capítulo optou-se por efetuar a apresentação e discussão dos achados conjuntamente de modo a facilitar a descrição dos achados.

A análise de conteúdo do verbatim das entrevistas realizadas aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação permitiu organizar um conjunto de categorias emergentes relacionadas com a intervenção destes profissionais com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

Da análise indutiva do material empírico emergiram oito subcategorias, três categorias e uma categoria central: Intervenção de enfermagem de reabilitação com pessoas submetidas a cirurgia por cancro de cabeça e pescoço (Figura 1):

- ✓ Condições para a transição, associada a duas subcategorias
- ✓ Processos de intervenção, associada a três subcategorias
- ✓ Resultados Esperados, associada a três subcategorias

Figura 1 - Categorias e Subcategorias



O presente capítulo está subdividido pelas categorias e subcategorias encontradas na análise do *verbatim* das entrevistas.

3.1 Condições para a Transição

A categoria “Condições para a Transição” resulta de duas subcategorias, condições inibidoras que dificultam o processo de transição e condições facilitadoras que o promovem.

3.1.1 Condições Inibidoras

Na subcategoria “Condições Inibidoras”, os informantes identificam condicionantes sejam pessoais, do próprio ambiente envolvente que condicionam o processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

Ao nível dos condicionantes pessoais destacam-se o baixo estrato socioeconómico, “*nós reparamos que são doentes muitas vezes carenciados...*” (EEER 2); “*...estamos a falar de um público que por si só tem características particulares a nível de socioeconómico...*” (EEER 7). A baixa literacia em saúde surge

igualmente como uma barreira, “...uma baixa literacia em saúde e isso constitui uma grande barreira também para a aquisição de conhecimentos...” (EEER 6); “...a nível literário também baixo nível de literacia...” (EEER 7), bem como o baixo nível de escolaridade, “Às vezes mesmo o déficit de conhecimentos a parte cognitiva da pessoa não nos permite avançar...” (EEER 6).

Os comportamentos aditivos constituem outra condicionante relevante, “...é um nicho de doentes um bocadinho complicado, pela questão do foro aditivo...” (EEER 2), “...consumo de substâncias de álcool... às vezes é um bocadinho difícil a gestão...” (EEER 4), “...doentes com dependências significativas com episódios de síndromes de abstinência...” (EEER 7). Do discurso dos informantes emerge ainda outro condicionante pessoal, a não aceitação da doença, “E às vezes é um bocadinho difícil ultrapassar a barreira de que eles ainda estão a assimilar aquilo que lhes aconteceu.” (EEER 4), “...temos alguma dificuldade aqui pela revolta, frustração, não aderência, não querem aprender, não querem, pronto numa fase inicial às vezes é um bocadinho difícil.” (EEER 5).

A complexidade da doença é também apontada como uma condicionante significativa, “...são doentes muito complexos, é uma área muito complexa. Estruturalmente, são muitas estruturas que estão interligadas, faringe, laringe, o palato, bochechas, língua, portanto, são áreas muito próximas e que depois existem variabilidades enormes em termos de intervenção...”, “...estamos a lidar com uma pessoa que está bastante frágil, que se está a adaptar a todas as alterações funcionais que sofreu...” (EEER 6).

É possível ainda identificar condicionantes a nível organizacional que os informantes identificam como sendo fatores que dificultam o processo de transição da pessoa, a inexistência de consulta de enfermagem no pré-operatório, “...se o doente vai ser proposto para a cirurgia, fazer uma pré-habilitação cirúrgica...” (EEER 3), “É muito mais simples eles no pós-operatório fazerem determinados exercícios e se já souberem determinadas coisas do que estarem a ouvir pela primeira vez em que estão ansiosos e assustados...” (EEER 4), “Mas então os doentes chegam ao internamento sem uma consulta de enfermagem de reabilitação prévia...consulta de enfermagem de reabilitação prévia à cirurgia, onde se possa fazer os ensinamentos. Alguns ensinamentos ali, a nível da parte respiratória, alguma preparação cirúrgica.” (EEER 5), “...ao estado que eles nos chegam era importante que eles tivessem um acompanhamento mais precoce da parte da reabilitação...” (EEER 7), bem como a inexistência de consulta de enfermagem após a alta “Depois outra coisa que nós achamos que muitas vezes falha, realmente é o acompanhamento depois seguinte.” (EEER 2), “...o facto de não haver consulta pós-

operatória porque acho que seria uma forma muito mais fácil de manter estes doentes acompanhados e de ter a certeza que os programas que foram implementados se mantêm no pós-operatório e que vamos ter a recuperação total da pessoa.” (EEER 1), “Em termos de transição de cuidados, neste momento não temos ninguém a trabalhar no ambulatório a nível de cuidados de enfermagem de reabilitação dirigida a estes utentes.” (EEER 4), “...gostávamos, de conseguir monitorizar estes doentes para perceber como é que eles ficam depois da, da estadia no internamento, mas não temos essa capacidade.” (EEER 7), “...não há uma continuidade, isso seria importante nós darmos, darmos essa continuidade...” (EEER 6)

À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, o conteúdo apresentado enquadra-se de forma consistente nesta teoria, particularmente no domínio das condições de transição, que influenciam o modo como a pessoa vive e responde às mudanças associadas ao processo saúde-doença.

Segundo Meleis (2010), as transições são processos complexos, dinâmicos e multidimensionais, sendo influenciadas por condições facilitadoras e inibidoras. As condições pessoais identificadas, baixo nível socioeconómico, baixa literacia em saúde, reduzida escolaridade e comportamentos aditivos, enquadram-se nos fatores individuais que, de acordo com a teoria, podem dificultar o desenvolvimento de competências, a aquisição de conhecimentos e a capacidade de adaptação. A complexidade da doença e as alterações funcionais associadas constituem igualmente um desafio adicional à adaptação e reconstrução da identidade da pessoa.

Por outro lado, as condições organizacionais descritas refletem limitações do sistema de cuidados, nomeadamente a ausência de preparação pré-operatória estruturada. Segundo a Teoria das Transições, a preparação antecipatória é fundamental para promover uma transição eficaz, permitindo à pessoa desenvolver competências e integrar as mudanças decorrentes da doença e do tratamento (Meleis et al., 2010). Segundo List et al. (2023), os ensinamentos pré-operatórios reduzem a ansiedade, melhoram a satisfação da pessoa e o seu envolvimento no processo de tomada de decisão. A evidência científica relativa aos benefícios da existência de uma consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória na pessoa proposta para cirurgia por cancro da cabeça e pescoço é escassa, contudo sabe-se das vantagens da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no período pré-operatório de outro tipo de cirurgias. No estudo realizado por Topa et al. (2025), foi possível identificar que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no período pré-operatório permite uma melhor capacitação da pessoa para o período pós-operatório,

através da implementação de intervenções sistematizadas ao nível da função respiratória, treino motor e fortalecimento muscular e educação para a mudança de comportamentos. O guia orientador de boa prática em reabilitação respiratória reforça ainda a importância dos programas de reabilitação respiratória no período pré-operatório na medida em que permitem prevenir complicações respiratórias, preparar a pessoa para a cirurgia e para a intervenção do enfermeiro de reabilitação no período pós-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Rodrigues (2024), concluiu no seu estudo que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é crucial em todo o percurso da doença oncológica com vista a uma maior autonomia da pessoa com doença oncológica.

De igual forma, a ausência de seguimento de enfermagem de reabilitação após o regresso a casa constitui uma condição inibidora do processo de transição, na medida em que limita o desenvolvimento de conhecimento e competências necessárias à adaptação ao domicílio, não dotando a pessoa de estratégias que possibilitem ultrapassar as dificuldades encontradas no regresso a casa (Meleis et al., 2010). À luz da teoria das transições, esta ausência compromete o envolvimento ativo da pessoa no processo transicional e dificulta a aquisição de maestria, entendida como a capacidade de gerir novas condições de saúde e integrar mudanças no quotidiano (Meleis, 2010). No contexto do cancro da cabeça e pescoço, esta problemática assume particular relevância, uma vez que as pessoas enfrentam múltiplas alterações funcionais, nomeadamente ao nível da deglutição, fala e mobilidade, bem como desafios psicossociais significativos. A evidência recente demonstra que a inexistência de acompanhamento estruturado após a alta se associa a necessidades de reabilitação não satisfeitas, configurando uma condição inibidora que compromete padrões de resposta saudáveis, nomeadamente a adaptação eficaz ao domicílio e a recuperação funcional (Jacobsen et al., 2025). Por outro lado, intervenções de enfermagem de reabilitação contínuas, particularmente no período pós-alta, constituem condições facilitadoras da transição, ao promoverem o desenvolvimento de competências de autocuidado, a capacitação da pessoa e o seu envolvimento ativo no processo. Programas individualizados e o acompanhamento regular demonstram ganhos ao nível da capacidade funcional, qualidade de vida e adesão terapêutica, refletindo indicadores de processo transicional positivo (Felser et al., 2025). Assim, os programas de reabilitação respiratória no pós-operatório, para além de visarem a diminuição do risco de complicações e o aumento da capacidade funcional, assumem-se também como uma estratégia fundamental de continuidade de cuidados, potenciando a adaptação ao domicílio e a autonomia da pessoa, com impacto direto na qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

3.1.2. Condições Facilitadoras

Relativamente à subcategoria “Condições Facilitadoras”, os informantes identificaram um conjunto de ações que facilitam o processo de transição da pessoa, entre estas destaca-se o envolvimento da família/cuidador, *“Acabamos por também envolver a pessoa de referência...”* (EEER 2), *“...Uma das coisas que eu acho muito importante nesta área... é a questão da identificação do cuidador de referência...”* (EEER 3), *“Muitas vezes o facto da pessoa ter um cuidador ou alguém que está com essa pessoa e que assume este papel de cuidador informal, facilita muito, conseguimos, temos aqui mais uma pessoa que é a nossa aliada...”* (EEER 6).

Outro aspeto relevante prende-se com os ensinamentos de preparação para o regresso a casa, que incluem orientações específicas sobre exercícios respiratórios, higiene brônquica, adequação do ambiente domiciliário, promoção da atividade física (como caminhadas) e técnicas de tosse eficaz, visando a continuidade dos cuidados no domicílio, *“Quando é... mais necessários exercícios respiratórios escrevemos os exercícios que eles precisam de fazer...”* (EEER 4), *“...para os cuidados a ter para os ensinamentos depois em casa, dos tipos de ambiente, as humedificações da higiene brônquica...”* (EEER 5), *“...nós explicamos o que é que podem fazer em casa, explicamos a importância de fazer caminhadas diariamente, dos exercícios respiratórios, da tosse eficaz...”* (EEER 6).

Os participantes referem ainda o encaminhamento para outros serviços e profissionais de saúde, nomeadamente para a Medicina Física e de Reabilitação (MFR), Estomatoterapia, Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Enfermeiro de Família, *“Quando nós verificamos déficits acentuados no nosso hospital o que nós podemos é solicitaravaliação por medicina física de reabilitação...”* EEER 4), *“...quando necessitam de apoio da ECCI, geralmente fazemos os contactos com os colegas...”*, (EEER 5), *“...levam a carta de enfermagem para o enfermeiro de famíliaeles ficam com consultas sempre marcadas com os colegas de estomatoterapia no hospital...”* (EEER 5), *“...nós fazemos sempre a referenciação para equipa da MFR...”* (EEER 6).

Por fim, é salientada a importância do trabalho em equipa multidisciplinar, com articulação entre diferentes profissionais, como terapeutas da fala, médicos, nutricionistas e serviço social., *“...quando se verifica que há necessidade logo no internamento de intervir nesse aspeto é chamada terapia da fala e tentamos trabalhar em conjunto.”* (EEER 1), *“...mas trabalhamos em equipa sempre com o cirurgião e com a fisiatra.....também temos o apoio do nosso nutricionista, que trabalha também em parceria connosco, e numa fase também mais avançada, a terapia de fala.....também fazemos muitas*

vezes esse despiste e o acompanhamento depois ao serviço social, o envio.....temos que fazer uma ligação bastante boa, ou bastante forte, com o nosso gabinete de estomaterapia...” (EEER 2), “...temos um trabalho a fazer, mas sempre em parceria com os terapeutas da fala.” (EEER 3), “...é um trabalho em conjunto, acho que é um trabalho multidisciplinar, e acho que só assim é que faz sentido.” (EEER 5), “...articulação bastante estreita entre a terapeuta da fala, o enfermeiro de reabilitação e também a equipa de, de nutrição, a nossa dietista.” (EEER 6).

Os achados, relativamente à subcategoria “Condições Facilitadoras” evidenciam um conjunto de intervenções que promovem transições seguras e eficazes da pessoa no contexto dos cuidados de saúde. No que se refere ao envolvimento do cuidador, os dados demonstram que a sua identificação e integração no processo de cuidados são percecionadas como facilitadoras da transição. Este resultado encontra-se em consonância com a teoria das transições, que enfatiza o papel da família como elemento central na adaptação a mudanças no estado de saúde (Meleis et al., 2010). De igual modo, Frasquilho et al. (2025) sugerem que o envolvimento e empoderamento do cuidador informal conduz a ganhos em saúde para a pessoa cuidada e para o próprio cuidador, assumindo o enfermeiro de reabilitação um papel fundamental neste empoderamento. Assim, o cuidador assume-se como um parceiro ativo no processo terapêutico, sendo fundamental a sua capacitação e inclusão no processo de cuidados.

Relativamente à educação para a saúde para o regresso a casa, os informantes destacam intervenções centradas na capacitação da pessoa, nomeadamente ao nível dos exercícios respiratórios, higiene brônquica, tosse eficaz e promoção da atividade física. Estes ensinamentos assumem-se como uma intervenção central na promoção de uma transição saudável. De acordo com a teoria de Afaf Meleis, o conhecimento e a preparação constituem condições facilitadoras fundamentais, ao promoverem a consciência da pessoa face às mudanças decorrentes da sua condição de saúde e ao favorecerem o seu envolvimento ativo no processo (Meleis, 2010). A ausência ou inadequação destes ensinamentos pode comprometer a capacidade de autocuidado e dificultar a integração das novas exigências no quotidiano. Neste sentido, os ensinamentos realizados pelos enfermeiros de reabilitação assumem um papel determinante na transição para o domicílio.

No que concerne à referenciação para outros profissionais ou serviços de saúde, bem como o trabalho em equipa multidisciplinar ambos emergem do discurso dos informantes como facilitadores do processo de transição. A cooperação entre profissionais de diferentes áreas permite uma abordagem

holística e centrada na pessoa, promovendo intervenções eficazes e ajustadas à complexidade das situações clínicas (RNAO, 2025). No seu estudo, Nayiga et al. 2024, concluem que as intervenções de reabilitação em pessoas com cancro da cabeça e pescoço devem incluir uma equipa multidisciplinar de profissionais da área de reabilitação de modo a promover a funcionalidade.

3.2 Processos de Intervenção

Esta categoria emergiu de um conjunto de três subcategorias identificadas a partir da análise do verbatim das entrevistas. A partir do discurso dos informantes, foi possível alcançar as subcategorias Planeamento, Avaliação e Reeducação, as quais são apresentadas de seguida.

3.2.1 Planeamento

A subcategoria “Planeamento” reflete a forma como os enfermeiros de reabilitação planeiam e organizam as suas intervenções. Os informantes revelam que o planeamento inicia-se frequentemente a partir das informações obtidas nas passagens de turno, permitindo aos enfermeiros identificar prioridades, compreender o histórico das cirurgias realizadas e avaliar o estado atual de cada doente, *“...eu aproveito muito as passagens de turno para conseguir ouvir as cirurgias que foram realizadas e a extensão da cirurgia que os doentes realizaram e quando estou a ouvir a passagem de turno vou logo apontando alguns doentes que me saltam, assim, à vista e que eu acho que a cirurgia em si possa ter algum compromisso...”* (EEER 1), *“...então normalmente recebo a passagem de turno de uma das alas, depois vou complementar com a outra ala pra ver quais são as prioridades nós temos...”* (EEER 4), *“...assisto à passagem de turno de todos os doentes do internamento para perceber até mesmo os doentes que chegaram na parte da tarde, que é preciso fazer uma avaliação da equipa e também para perceber como é que correu os restantes turnos em que eu não estive presente com os doentes que já são seguidos por enfermagem de reabilitação...”* (EEER 6).

Além disso, o planeamento é orientado pela condição clínica do doente, priorizando intervenções de acordo com o risco funcional, nível de dependência e necessidades específicas, *“...dependendo do tipo de cirurgia nós podemos iniciar o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação do pós-operatório...”* (EEER 4), *“...começo pelos doentes que... eu sei que da função respiratória necessita de maior prioridade...”* (EEER 4), *“...às vezes percebo que os doentes têm algum nível de dependência e é por aí que acabo por selecionar...”* (EEER 1), *“...naqueles em que identifico que por exemplo têm a*

necessidade de ter oxigénio e têm muitas secreções e depois tento começar a trabalhar por aí...” (EEER 1).

Outro aspeto salientado pelos informantes é a individualização dos cuidados, com planos de intervenção dinâmicos e adaptados às características e objetivos de cada pessoa, *“E depois todo o trabalho é muito feito individualizado... depois tem a ver muito com cada tipo de doente, é um bocadinho individualizado depois.” (EEER 2), “os cuidados da enfermagem de reabilitação são cuidados muito personalizados e muito adaptados àquela pessoa...” (EEER 3), “..., mas basicamente vai sendo muito ao encontro das necessidades da pessoa, ou seja, é um plano que é muito dinâmico...vai depender muito da pessoa que nós temos à nossa frente vai depender muito dos objetivos que temos...é irmos buscando também os objetivos que a pessoa tem” (EEER 6).*

Os informantes evidenciam a importância do planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação de forma individualizada dirigido a cada pessoa e com a pessoa. Tendo como norteadora a teoria das transições de Afaf Meleis, o planeamento das intervenções pode ser compreendido como parte integrante das terapêuticas de enfermagem, na medida em que constitui uma ação deliberada e intencional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação orientada para facilitar o processo de transição. O planeamento permite antecipar necessidades, definir prioridades e estruturar intervenções ajustadas à condição clínica e ao contexto da pessoa. Ao integrar uma abordagem individualizada centrada nas necessidades e objetivos da pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, o planeamento favorece a aquisição de maestria e a adaptação à nova condição de saúde, traduzindo-se em padrões de resposta positivos (Meleis, 2010). Acresce que, a identificação das necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação, com base nos reais e potenciais problemas das pessoas é do domínio das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento nº 392/2019).

3.2.2. Avaliação

A subcategoria “Avaliação” surge como um componente fundamental da prática do enfermeiro de reabilitação, refletindo as principais dimensões avaliadas na pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. Os achados evidenciam que esta avaliação incide sobre múltiplos domínios, nomeadamente a mobilidade e funcionalidade, a função respiratória, a paresia facial e a deglutição, sendo suportada pela utilização de instrumentos específicos. Relativamente à mobilidade e

funcionalidade, os informantes destacam a avaliação da força muscular, equilíbrio, transferências, marcha e capacidade para a realização das atividades de vida diária, permitindo identificar níveis de dependência e limitações funcionais, “...vou fazer uma avaliação ao nível da parte motora...avaliação de quatro focos de atenção que é o levantar-se, o transferir... equilíbrio corporal e andar...” (EEER 1), “Normalmente, tento avaliar a força...” (EEER 1), “...tento avaliar...a capacidade para os meus doentes fazerem as suas atividades de vida diárias...” (EEER 1), “...a funcionalidade a nível do ombro, o que é que o doente consegue fazer com o ombro, porque dá-me logo uma ideia da dependência do doente...” (EEER 3), “...a abertura da cavidade oral com o trismo é uma questão de medirmos em centímetros...” (EEER 3), “...em termos do autocuidado, se o doente se consegue vestir, se não se consegue vestir sozinho...” (EEER 3), “...vamos avaliando as amplitudes articulares... avaliamos...a rigidez articular se é uma pessoa que estamos a trabalhar o escapulo umeral ou o antebraquial ou então mesmo as pessoas com o perónio...” (EEER 6), “... avaliação da força muscular...” (EEER 7).

No que respeita à função respiratória, os informantes referem a avaliação de parâmetros como a saturação de oxigénio, frequência respiratória, amplitude torácica, auscultação pulmonar, padrão ventilatório e eficácia da tosse, permitindo identificar alterações da ventilação e necessidades de intervenção ao nível da limpeza das vias aéreas, “...também avalio a parte da saturação do oxigénio, faço a auscultação...avalia a frequência respiratória a amplitude torácica...alteração da ventilação e utilizo da limpeza das vias aéreas também e depois vou avaliando a tosse consoante o que o doente consegue fazer no momento.” (EEER 1), “Levantamos também o foco da ventilação ...” (EEER 6).

A avaliação da paresia facial e da deglutição, nomeadamente através de escalas específicas e testes como o teste de Guss, evidencia igualmente a preocupação com funções essenciais, como a comunicação e a alimentação, frequentemente comprometidas nestas pessoas. “Depois temos sobretudo a escala da paresia facial...” (EEER 3), “...utilizamos a escala para avaliação da paresia...” (EEER 7), “...eu aplico o teste de Guss, percebo se o doente tem alterações ou não...” (EEER 5).

A utilização de instrumentos de avaliação, como a escala de *Medical Research Council*, o índice de *Barthel*, as escalas de equilíbrio de *Berg* e *Tinetti*, a escala de *House-Brackmann* e instrumentos de avaliação da amplitude articular como o goniómetro, demonstra uma prática baseada em evidência, permitindo objetivar dados, monitorizar a evolução clínica e sustentar a tomada de decisão. “... através da força muscular o MRC ...” (EEER 1) “...usamos a escala de research medical council...” (EEER 4) “...da parte muscular é muito a escala da força...” EEER 5), “...conseguimos fazer o registo da escala da

Medical Research Council...” (EEER 7), “... utilizo o goniómetro...” (EEER 1 e EEER 2), “...nós temos um goniómetro no serviço e vamos avaliando as amplitudes articulares.” (EEER 6), “Normalmente utilizo a escala Barthel...” (EEER 1), “...recorremos em todas as avaliações em todos os contatos que temos com a pessoa, à escala de Barthel ...” (EEER 6), “Nós usamos a escala de House Brackmann para ver o tipo de déficits faciais...” (EEER 4), “...doentes com algum tipo de alteração a nível facial, paresia facial utilizamos a de House-Brackman...” (EEER 7), “Nós podemos utilizar a escala... de Berg ou Tinetti...” (EEER 4), “...de equilíbrio se vemos que é uma alteração muito evidente fazemos a aplicação da escala de equilíbrio de Berg...” (EEER 4), “...utilizamos a de Tinetti a nível de equilíbrio...” (EEER 7), “...a nível do ombro é a escala da ASES, do American Shoulder and Elbow.” (EEER 3),

A avaliação em enfermagem de reabilitação ultrapassa a dimensão meramente diagnóstica, assumindo-se como uma intervenção terapêutica que sustenta o planeamento e a implementação dos cuidados especializados dos enfermeiros de reabilitação. As intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para facilitar a transição, sendo a avaliação um elemento essencial para identificar as necessidades da pessoa, compreender o seu processo adaptativo e orientar intervenções que promovam a aquisição de maestria (Meleis, 2010). Ao permitir uma compreensão da complexidade da pessoa e das suas necessidades, a avaliação contribui para a promoção de transições saudáveis (Meleis et al., 2010). A literatura salienta que a avaliação funcional sistemática, particularmente em doentes com cancro da cabeça e pescoço, é essencial para orientar intervenções de reabilitação, promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida (Moreira et al., 2023). Uma adequada avaliação para além de permitir identificar os objetivos da intervenção permite monitorizar a evolução da pessoa e os ganhos obtidos com as intervenções instituídas (Ferreira e Santos, 2016). No seu perfil de competências o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação “*Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades*” (Regulamento nº 392/2019).

3.2.3 Reeducação

A subcategoria “Reeducação” emerge como um eixo central da intervenção do enfermeiro de reabilitação, integrando diferentes dimensões da prática, nomeadamente a reeducação funcional respiratória, a reeducação funcional motora, a reeducação da deglutição e a comunicação. Estas intervenções refletem uma abordagem terapêutica abrangente e direcionada para a recuperação funcional da pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, atendendo à complexidade

das alterações decorrentes da doença e dos tratamentos. A reeducação respiratória, *“...alguns exercícios respiratórios, dissociação dos tempos, aberturas costais, reforço diafragmático...”* (EEER 2), *“... em termos de cinesiterapia respiratória, de uso de dispositivos acessórios...ensiná-los alguns exercícios de fortalecimento a nível do diafragma, o fortalecimento dos músculos inspiratórios...”* (EEER 3), *“Relativamente à componente respiratória, começamos pela dissociação dos tempos respiratórios fazemos uma respiração abdominal ou diafragmática, uma reeducação costal lateral e superior...Fazemos também exercícios com o espirómetro de incentivo, fazemos alguma drenagem de secreções claro que tem que ser muito adaptada porque normalmente os doentes têm cânula de traqueostomia...”* (EEER 4), *“Numa fase inicial principalmente nos traqueostomizados, eu trabalho ali muito a consciencialização dos tempos respiratórios, o controlo da parte respiratória, a técnica da tosse e tentamos controlar ali um bocadinho as secreções...”* (EEER 5), *“...aplicamos maioritariamente o ciclo ativo das técnicas respiratórias, a reeducação diafragmática, a reeducação costal lateral com ou sem abertura costal e também a reeducação costal global com o bastão...”* (EEER 6), *“...ainda nos preocupamos também com a técnica da tosse, aqui já começamos a ensinar a técnica da tosse dirigida...”* (EEER 6), *“...dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática drenagem... uma drenagem modificada para eliminar as secreções depois a abertura costal com um bastão, acaba sempre por ser assim um bocadinho limitada depois fazemos muito ensino também de técnica de tosse, a tosse dirigida e a tosse assistida...”* (EEER 7).

No âmbito da subcategoria “Reeducação”, a reeducação funcional motora assume-se como uma componente essencial da intervenção do enfermeiro de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. Os achados evidenciam a implementação de programas estruturados de exercícios que incluem mobilização cervical e escapulo-umeral, bem como mobilização global dos membros superiores, frequentemente iniciados após a remoção de drenos. Estes exercícios englobam movimentos de flexão, extensão, rotação, abdução e adução, sendo realizados de forma progressiva e adaptada, podendo ser movimentos passivos, ativo-assistidos ou ativos, de acordo com a condição da pessoa, *“Depois mais tardio em termos de mobilidade quando já removem os drenos já começamos a fazer mobilidade para o ombro, a elevação, a rotação à frente e a rotação atrás a aproximação das omoplatas. Fazemos também um exercício na parede de subir os dois braços ao mesmo nível e fazer círculos ou na parede ou até mesmo na janela com o recurso aos papéis das mãos que ajuda também a deslizar.”* (EEER 4), *“...na pessoa que submetida a esvaziamento ganglionar cervical fazemos a elevação do ombro, a depressão, a elevação, a depressão do ombro, ou seja, basicamente é a mobilização em todos os segmentos corporais que fazem parte dos membros superiores, desde isto, e*

não é só o ombro que vamos dar atenção é mesmo até desde os dedos, do punho, do braço, do antebraço, do ombro todo este, ou seja todo o membro superior...” (EEER 6), “...nós só começamos a incidir mais nos exercícios quer a nível cervical quer a nível de membros superiores, após a remoção dos drenos e acabamos por fazer por exemplo a nível cervical flexão, extensão, rotação lateral, inclinação lateral...” (EEER 7), “...fazemos a nível de ombro exercícios de rotação medial lateral, flexão, extensão, abdução adução, horizontal e adução horizontal, circundação, numa fase inicial fazemos mediante aquilo que avaliamos ou passivos ou ativos assistidos” (EEER 7).

Para além disso, os informantes destacam intervenções ao nível da mobilidade global, fortalecimento muscular e treino de equilíbrio e marcha, com recurso a diferentes materiais e estratégias, como bandas elásticas, halteres, cicloergómetro e treino funcional (ex.: levantar e sentar, deambulação), “..., portanto acaba por ser posteriormente um trabalho mais de mobilização do membro que ficou imobilizado e às vezes também no ombro quando fazem esvaziamento. Do perónio acabam por ter limitação, não podem fazer carga durante os primeiros 14 dias, portanto acabo por fazer mais ensinamentos de transferências e mobilizações com o membro sem fazer carga.” (EEER 1), “...o que nós fazemos muito é alguma mobilidade e fortalecimento, e utilizamos algumas bandas elásticas, algumas tornozeleiras, as pedaleiras, tem a ver muito com isto, é reeducação mais para a marcha, e algum fortalecimento, o que é possível.” (EEER 2), “Fazemos algum treino posso dizer que seja treino funcional, mas fazemos muito o levantar e sentar na cadeira que também ajuda também ali um bocadinho no equilíbrio e também na força muscular, temos bicicleta no serviço temos cicloergómetro. e deambulação e exercícios com os membros inferiores, elevação dos calcanhares, a abertura, a abdução da anca...temos halteres também fazemos algum reforço...mas mais para trabalhar os bíceps, temos caneleiras, que também, quando fazemos os exercícios nos membros inferiores também colocamos...fazer exercícios no leito quando é assim no equilíbrio no leito sentado e fazemos também o dinâmico temos cones que às vezes utilizamos, para colocar, para avançar, para contornar...” (EEER 4), “Muita mobilização dos membros superiores e fortalecimento muscular...” (EEER 5), “... fazer treino de marcha com a pessoa isto também nos vai permitir aqui trabalhar a parte cardiorrespiratória...” (EEER 6), “...nas glossectomias acabamos por introduzir alguma carga nós temos uns halteres de meio quilo e acabamos depois mediante a avaliação do doente se necessário introduzir alguma carga pelo menos na flexão extensão do cotovelo...” (EEER 7).

No contexto específico do cancro da cabeça e pescoço, emergem ainda intervenções direcionadas para a reeducação facial e orofacial, incluindo exercícios de mímica facial, mobilidade da língua, lábios e

bochechas, bem como estratégias para controlo de edema e prevenção de rigidez mandibular. Estas intervenções são particularmente relevantes em situações de paresia facial ou após cirurgias como parotidectomias ou mandibulectomias, *“Depois tenho os doentes que são normalmente de parótidas que acabam por ficar com paresia e aí acabo por fazer mímica facial...”* (EEER 1), *“E existem alguns movimentos, que a nível facial, a nível da boca, bochechas, que conseguimos fazer com os doentes dentro do limiar daquilo que é confortável...fazer os movimentos que a língua no seu todo tem, portanto, a questão de levantar a língua, direita, esquerda, para cima, tentar levar a língua ao céu, ao palato, de certa forma, portanto, são movimentos, os movimentos que a língua tem...em termos de bochechas, os exercícios de mobilização das bochechas, dos lábios, o movimento serrado, fechar os lábios e engolir, portanto, o facto de manter os lábios cerrados...”* (EEER 3), *“...fazemos ensinamentos da mímica facial...”* (EEER 4), *“... muitas vezes recorremos à massagem também para aliviar este edema, o ensino sobre como se deve deitar no leito, ter a cabeceira mais elevada...vamos focar basicamente nos ensinamentos da mímica facial, se é uma pessoa que tem incontinência do lábio temos que ensinar aqui as técnicas para conseguir deglutir sem, sem se engasgar...muitas vezes as pessoas desenvolvem aqui alguma rigidez mandibular, temos as espátulas, também vamos fazendo os ensinamentos pra abertura da boca, isto é até mais nas mandibulectomias.”* (EEER 6).

Relativamente à reeducação da deglutição, os achados evidenciam a utilização de exercícios específicos da musculatura oro facial, bem como a implementação de estratégias compensatórias, como ajustes posturais e adaptação da textura alimentar. Destaca-se ainda a realização de treino de deglutição em articulação com a equipa médica. *“Em termos de deglutição e da fala faço alguma mímica labial e alguns movimentos da língua, mas numa fase mais posterior por causa de algumas suturas dentro da cavidade oral...”* (EEER 1), *“Para a direita, para a esquerda, para cima e para baixo e tentar que o doente vá fazendo esses exercícios e também, em termos de lábios, porque é muito importante para a deglutição...”* (EEER 3), *“...estratégias compensatórias estruturais como a inclinação da própria cabeça, a própria textura dos alimentos, quando verificamos, podemos sinalizar que é necessário também a utilização de espessante naqueles doentes...”* (EEER 4), *“...na pessoa submetida à glossectomia muitas vezes ainda fazemos o treino de deglutição antes de remover a sonda, isto é feito com o médico também presente...”* (EEER 6).

Outras das áreas emergentes do discurso dos informantes é a comunicação. Os achados revelam a utilização de múltiplas estratégias para colmatar as limitações comunicacionais decorrentes da ausência ou alteração da voz, incluindo o recurso a tecnologias digitais, quadros de comunicação,

aplicações móveis e estratégias não verbais, como a mímica e gestos, *“...tentamos muito ir pelo digital, que ele escreva no telemóvel, e depois todas as outras questões, de tentarmos arranjar alguns gestos que signifiquem palavras, em termos de mímica...mas hoje em dia até utilizamos muito o digital, tentamos que eles aproveitem tudo o que são as tecnologias para conseguir comunicar.”* (EEER 2), *“Na comunicação nós temos lá um quadro, quadro da comunicação que eles podem ... utilizar, escrever, eles muitos já têm já trazem...fazemos alguns exercícios também mobilidade na face e da própria língua a emissão de alguns sons para eles irem treinando...”* (EEER 4), *“...comunicar sem voz, que é os tablets, com uma aplicação que lhes facilita a comunicação, facilita porque tem símbolos, as coisas básicas, tenho dor, tenho fome, tenho frio, quero...são tabelas de comunicação no fundo mas emite som...”* (EEER 5), *“...apoio aos dispositivos de comunicação, a instalar no telemóvel as aplicações, a explicar como é que pode fazer ou não...já cheguei, por exemplo, nesta parte da comunicação em simular e por exemplo, ir com uma pessoa ao bar e pedir um café...”* (EEER 6).

Estas intervenções configuram-se como terapêuticas de enfermagem, na medida em que promovem o desenvolvimento de competências, a recuperação funcional e a adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde (Meleis, 2010). Através da sua intervenção, o enfermeiro de reabilitação facilita o processo transicional ao capacitar a pessoa para gerir limitações físicas e funcionais, promovendo o seu envolvimento ativo e a aquisição de maestria (Meleis, 2010). Os achados reforçam a aplicabilidade da Teoria do défice de Autocuidado de Orem, na medida em que orienta a prática dos cuidados especializados quando as necessidades da pessoa são superiores à sua capacidade de se cuidar. Esta dependência no autocuidado é um foco central nos cuidados de enfermagem de reabilitação orientando o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a capacitação da pessoa nos mais diversos domínios (Petronilho & Machado, 2016).

As intervenções de reeducação mencionadas pelos informantes estão em consonância com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, *“implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.”* (Regulamento 392/2019).

No estudo de caso realizado por Silva et al. (2024), foi possível demonstrar os ganhos sensíveis da reeducação funcional respiratória, sob intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a laringectomia total, existindo ganhos na ventilação, limpeza das vias aéreas e na capacidade para promover a limpeza das vias aéreas. Sousa et al. (2025) concluíram

no seu estudo que as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa com a deglutição comprometida, contribuíram de forma significativa para a melhoria dos cuidados prestados. No estudo realizado por Moreira et al. (2023a) em pessoas submetidas a esvaziamento cervical o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação interveio na redução da dor escapulo umeral, melhoria da amplitude do ombro e fortalecimento muscular. Rodrigues (2024) concluiu no seu estudo que o exercício físico melhora o funcionamento diário da pessoa com doença oncológica, dado que possibilita a diminuição da fadiga associada à doença oncológica, melhora a resistência muscular, a força, a capacidade cardiorrespiratória e a qualidade de vida.

A evidência científica relativa à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço é ainda escassa, contudo vários estudos mostram os ganhos obtidos com intervenções de reabilitação nos diversos domínios nestas pessoas, bem como a sua necessidade face à complexidade de grande parte das cirurgias (Grigore et al., 2025; Almeida et al. 2020, Pérez et al, 2023, Passchier et al., 2023).

3.3 Resultados Esperados

A categoria “Resultados Esperados” emerge da análise dos achados como um reflexo dos ganhos em saúde associados à intervenção do enfermeiro de reabilitação, integrando três subcategorias: a prevenção de complicações, a promoção da autonomia e a adaptação à imagem corporal. Estes resultados traduzem os objetivos das intervenções desenvolvidas com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

3.3.1 Prevenção de Complicações

A subcategoria “Prevenção de Complicações” surge do discurso dos informantes como um resultado central da intervenção do enfermeiro de reabilitação, estando associada à prevenção de complicações cirúrgicas, respiratórias e decorrentes da imobilidade, bem como à diminuição do tempo de canulação. Os achados evidenciam a implementação precoce de intervenções, particularmente ao nível da reeducação respiratória, com foco na otimização da função pulmonar, mobilização de secreções, promoção de uma tosse eficaz e progressão no processo de descanulação *“...tentar otimizar e diminuir o tempo que passam canulados, ... mas tento fazer um trabalho logo a partir do primeiro dia de pós-operatório, de desinsuflação do CUF, de mobilização das secreções, de uma boa tosse para conseguir melhorar a limpeza da via aérea, para ver se mais depressa conseguimos progredir para uma cânula*

fenestrada e posteriormente ...para uma descanulação...acabo por trabalhar mais no sentido respiratório para otimizar o tempo de canulação e tentar acelerar esse processo...” (EEER 1), “...evitar que os doentes vão com traqueotomia para casa, tentar ao máximo que consigamos fazer esta descanulação ainda durante o internamento...” (EEER 6), “...quero é que haja alguma uma evolução rápida para evitar algumas complicações...tentar diminuir ao máximo também as infeções respiratórias sem dúvida...” (EEER 1), “...nós temos que otimizar um bocadinho aqui a função pulmonar...” (EEER 3), “...prevenir aqui o síndrome da imobilidade e todas as consequências que vêm dessa síndrome da imobilidade...” (EEER 6).

3.3.2 Promoção da Autonomia

Outra subcategoria que emerge dos discursos é a promoção da autonomia. Os informantes enfatizam a importância de capacitar a pessoa para o autocuidado, incluindo a gestão da traqueostomia, a realização de atividades de vida diária e a adaptação ao contexto domiciliário. A intervenção do enfermeiro de reabilitação é descrita como orientada para dotar a pessoa de competências que lhe permitam atingir o máximo nível de independência possível, facilitando a sua reintegração nos contextos familiar, social e laboral, “...melhorar, otimizar a autonomia dos doentes tentar permitir que eles vão o mais independentes possível para o domicílio ou para as unidades ou para os lares ou para o local onde irão a seguir ao internamento.” (EEER 1), “...conseguirmos que este doente tenha uma reparação funcional, efetiva e que possa, eventualmente, reintegrar a sociedade, o seu contexto laboral, o seu contexto familiar, social, em todas as suas dimensões.” (EEER 3), “...ele não vá para casa com uma dependência tão acentuada como aquela que nos chega...dar-lhes as ferramentas para eles serem mais ou menos autónomos...” (EEER 4), “...a minha ideia é que os doentes saiam sempre autónomos nos autocuidados e na otimização e troca de tudo o que necessitam...dentro dos autocuidados, a otimização e a troca das cânulas da traqueostomia...” (EEER 5), “...mas a mim interessa-me que a pessoa consiga chegar aos armários em casa... interessa-me que a pessoa consiga chegar à cabeça para conseguir fazer a sua higiene, fazer higiene da face, da ostomia respiratória...vamos então treinar esta parte para atar o fio de nastro para colocar as fitas, para remover e colocar a cânula...dou uma grande, grande importância à promoção da autonomia de tornar aquela pessoa a mais autónoma e o mais independente possível...” (EEER 6), “...ajudá-los um pouco a lidar com essas alterações, alterações posturais, estas implicações que existem a nível de limitação inclusive de atividades da vida diária que ficam comprometidos, autocuidados, tentar perceber, tentar ajudar na recuperação da função...” (EEER 7).

3.3.3 Adaptação à Imagem Corporal

Outra subcategoria prende-se com a adaptação à imagem corporal, particularmente impactada nas pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. Os achados descrevem intervenções que promovem a aceitação gradual da nova imagem, como o acompanhamento no primeiro contacto com o espelho e a exposição progressiva ao meio exterior, num ambiente de suporte e segurança, *“...em determinadas situações nós conseguimos ajudar, em termos de imagem...”* (EEER 2), *“...ajudá-los a ultrapassar este processo de saúde doença e de alteração da imagem corporal que eles tanto, eles tanto sentem...”* (EEER 4), *“...somos nós o enfermeiro de reabilitação que levamos a pessoa ao espelho e geralmente até aí acontece depois dos cuidados de higiene, em que perguntamos se está desperta pra tal, se o pretendo fazer, se precisa de mais tempo...como somos nós a fazer os treinos de higiene somos nós que levamos a pessoa muitas vezes é a primeira vez ao espelho...o levarmos à rua o primeiro contato que tem com o exterior é muito importante que o seja na presença do enfermeiro porque ao mesmo tempo sente... eu tenho aqui alguém que me está empoderar, vamos assumir esta é a minha novo, este é o novo eu, é assim que eu agora sou...”* (EEER 6), *“...promover de uma forma gradual alguma aceitação a nível de imagem corporal...”* (EEER 7).

Os achados que deram origem à categoria “Resultados Esperados” refletem aqueles que são os grandes objetivos da enfermagem de reabilitação, a manutenção e promoção do bem-estar, a promoção do autocuidado, a prevenção de complicações e a maximização das capacidades da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estes diferentes domínios podem ser compreendidos como padrões de resposta ao processo de transição, refletindo o grau de adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde. A prevenção de complicações, a promoção da autonomia e a adaptação à imagem corporal constituem indicadores de uma transição saudável, traduzindo a aquisição de maestria e a capacidade de integrar as mudanças vividas (Meleis, 2010), os achados encontram ainda suporte na teoria do autocuidado de Orem, na medida em que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação implementa as suas intervenções especializadas até que a pessoa tenha a capacidade de se autocuidar. Acresce ainda que, os resultados da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço é corroborada por alguns estudos que conseguiram identificar ganhos obtidos em autonomia, independência, prevenção de complicações respiratórias e motoras e adaptação a nova condição de saúde (Moreira et al. 2023b; Diaconu et al. 2024).

3.4 Implicações para a Clínica e Políticas de Saúde

Os resultados deste estudo evidenciam a especificidade e relevância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, reforçando a necessidade de integrar práticas sistematizadas, individualizadas e centradas na pessoa ao longo de todo o processo de transição, adequadas às diversas limitações e incapacidades da pessoa. Destaca-se a relevância do planeamento estruturado das intervenções, da avaliação contínua das necessidades e da implementação de programas de reeducação funcional, com enfoque na capacitação da pessoa e do cuidador de referência.

Acresce ainda, que este estudo evidencia a lacuna existente ao nível da produção de conhecimento científico nesta área, abrindo espaço para o desenvolvimento de novas investigações. Torna-se, assim, pertinente que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que cuidam destas pessoas contribuam para a produção de evidência científica, de forma a tornar visíveis os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, bem como os ganhos em saúde decorrentes da sua intervenção especializada.

Para além das implicações para a prática clínica, os resultados deste estudo apontam também para a necessidade de desenvolver estratégias organizacionais e políticas de saúde que promovam uma resposta mais estruturada às necessidades de reabilitação das pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. Torna-se igualmente pertinente o desenvolvimento de protocolos e programas estruturados de intervenção desde o período pré-operatório, sustentados em evidência científica, que garantam a qualidade e a uniformização dos cuidados prestados. A evidência científica tem vindo a mostrar que a preparação da pessoa antes da cirurgia contribui para a melhoria dos resultados clínicos e para a redução do impacto das complicações no período pós-operatório. Neste sentido, a integração de programas de enfermagem de reabilitação desde a fase pré-operatória e após a alta hospitalar, poderá constituir uma estratégia eficaz na otimização dos ganhos em saúde.

3.5 Limitações do Estudo

Apesar dos contributos deste estudo para a compreensão da intervenção de enfermagem de reabilitação no processo de transição da pessoa, importa reconhecer algumas limitações. As principais limitações do estudo são o facto de o estudo incidir num contexto muito específico, o que pode dificultar a transferência do conhecimento para outros contextos. Outras das limitações é a escassez

de estudos científicos relativos ao fenómeno em estudo, contudo importa referir que o número de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a prestar cuidados neste contexto clínico é igualmente reduzido.

Para além disso, a análise dos dados qualitativos constitui um processo complexo e passível de diferentes leituras, apesar do rigor metodológico dos investigadores para garantir a credibilidade dos resultados (Olabuénaga, 2003).

Não obstante a estas limitações, considera-se que o estudo apresenta relevância, concorrendo para a reflexão sobre a prática de enfermagem de reabilitação, e sendo um contributo para o aumento do conhecimento numa área tão específica, apontando pistas para futuras investigações nesta área.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, procurando identificar as práticas desenvolvidas, os desafios existentes e as implicações para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos informantes, foi possível identificar um conjunto de categorias que refletem as diferentes dimensões da intervenção em enfermagem de reabilitação neste contexto clínico. Entre os principais achados destaca-se a centralidade da avaliação funcional sistemática da pessoa, que constitui um elemento essencial para a identificação de limitações decorrentes da cirurgia e para a definição de estratégias de intervenção adequadas.

Os achados evidenciam ainda que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação se caracteriza por uma abordagem abrangente e individualizada, integrando diferentes componentes terapêuticas, nomeadamente a reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, a reeducação da deglutição e a comunicação bem como o treino funcional orientado para a recuperação da autonomia da pessoa nas atividades de vida diária. Estas intervenções assumem particular relevância no período pós-operatório, contribuindo para a prevenção de complicações, para a promoção da recuperação funcional e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Os achados mostram, igualmente, a importância da componente educativa da intervenção em enfermagem de reabilitação. A capacitação da pessoa e da família para a continuidade do processo de reabilitação após a alta hospitalar constitui um elemento fundamental para garantir a manutenção dos ganhos funcionais obtidos durante o internamento e para promover a autonomia da pessoa na gestão da sua condição de saúde.

Outro aspeto relevante identificado no estudo refere-se à importância do trabalho multidisciplinar no cuidado à pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. A articulação entre diferentes profissionais de saúde permite assegurar uma abordagem integrada e centrada nas necessidades da pessoa, contribuindo para uma resposta mais eficaz às múltiplas alterações funcionais que podem surgir neste contexto clínico.

Apesar da relevância da intervenção da enfermagem de reabilitação, os resultados mostram, também, a existência de desafios na prática clínica, nomeadamente ao nível da ausência de programas estruturados de enfermagem de reabilitação no pré-operatório e da limitação de acompanhamento em contexto ambulatorio após a alta hospitalar. Estas lacunas podem comprometer a continuidade do processo de reabilitação e limitar a consolidação dos ganhos funcionais obtidos durante o período de internamento.

Em síntese, este estudo permite compreender que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem uma responsabilidade fundamental na promoção da recuperação funcional, da autonomia, da independência e da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. O reconhecimento e valorização destas intervenções, bem como o desenvolvimento de modelos de cuidados integrados que favoreçam a continuidade do plano de enfermagem de reabilitação, constituem elementos essenciais para responder de forma mais eficaz às necessidades destas pessoas. Acresce a necessidade de maior número de estudos científicos que comprovem os ganhos obtidos com as intervenções especializadas dos enfermeiros de reabilitação, tornando os cuidados mais visíveis e mais robustos cientificamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, K. A. M., Rocha, A. P., Carvas, N., & Pinto, A. C. P. N. (2020). Rehabilitation Interventions for Shoulder Dysfunction in Patients with Head and Neck Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical therapy*, 100(11), 1997–2008. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa147>
- Baker, K., Roe, J., Brady, G., & Cruickshank, S. (2025). Prehabilitation and rehabilitation guidelines for allied healthcare professionals working in head and neck cancer: a narrative review. *Disability and Rehabilitation*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2587005>
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lda.
- Barsouk, A., Aluru, J. S., Rawla, P., Saginala, K., & Barsouk, A. (2023). Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Medical sciences (Basel, Switzerland)*, 11(2), 42. <https://doi.org/10.3390/medsci11020042>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). 1ª Edição. Loures: Lusodidacta
- Burgos-Mansilla, B., Galiano-Castillo, N., Lozano-Lozano, M., Fernández-Lao, C., Lopez-Garzon, M., & Arroyo-Morales, M. (2021). Effect of Physical Therapy Modalities on Quality of Life of Head and Neck Cancer Survivors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 10(20), 4696. <https://doi.org/10.3390/jcm10204696>
- D'Andrea, F. P., Alessi, C., Cárcano, C., Tanaka, V., Alvares, B., Brito, D., Guerra, I. A., Gama, R., & Riberto, M. (2025). Evaluation of the Efficacy of the Combined Therapy of Botulinum Toxin and Hyaluronic Acid Compared to Conservative Intervention in the Treatment of Chronic Peripheral Facial Paralysis of Oncologic Etiology. *Aesthetic plastic surgery*, 49(11), 2861–2870. <https://doi.org/10.1007/s00266-024-04589-8>

D'Silva, C., Shetty, V., Fernandes, D., Jean-Pierre, B., Kumari N, S., Srivastava, S., & Rajan Samuel, S. (2025). Effect of Structured Exercise-based rehabilitation on Sarcopenia and Quality of life among Head and Neck Cancer Patients Undergoing Chemo-radiotherapy: A Randomized Controlled Trial. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 26(5), 1653–1660. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.5.1653>

Fatani B. (2023). Radial Forearm Free Flap for Head and Neck Defect Reconstruction: An Up-to-date Review of the Literature. *Cureus*, 15(3), e35653. <https://doi.org/10.7759/cureus.35653>

Ferreira, D. (2016). Avaliação da Pessoa com Patologia Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 167-180). 1ª Edição. Loures: Lusodidacta

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17–27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

Frade, Ana & Miguel, Susana & Ferreira, Óscar. (2020). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total -intervenções de enfermagem no período peri-operatório: scoping review. 23. 43. 10.56732/pensarenf.v23i2.162.

Felser, S., Bonke, L. A., Glass, Ä., Strüder, D., Stolle, J., Schulze, S., Blaurock, M., Steinmetz, A., Daunheimer, J., Kriesen, U., Grosse-Thie, C., & Junghanss, C. (2025). Individualized home training in head and neck cancer patients is safe and has positive short- and medium-term effects -results of a multicenter, single-arm intervention trial (OSHO #94). *Frontiers in oncology*, 15, 1602532. <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1602532>

Grigore, R., Bejenaru, P. L., Berteşteanu, G. S., Nedelcu-Stancalie, R. I., Schipor-Diaconu, T. E., Rujan, S. A., Taher, B. P., Berteşteanu, Ş. V. G., Popescu, B., Popescu, I. D., Nicolaescu, A., Cîrstea, A. I., & Simion-Antonie, C. B. (2025). Impact of Oncological Treatment on Quality of Life in Patients with Head and Neck Malignancies: A Systematic Literature Review (2020-2025). *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 32(7), 379. <https://doi.org/10.3390/curroncol3207037>

Holm, S., Löfgren, J., Landström, F., Ali, R., Tabrisi, R., Wyckman, A., Bazsefidpay, N., Zdolsek, J., & Berner, J. E. (2025). Ankle instability and gait disturbance after free fibula flap reconstruction in head and neck cancer reconstruction: A systematic review. *JPRAS open*, 46, 33–49. <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2025.08.005>

World Health Organization. *Rehabilitation*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1 (acesso em 22/11/2025)

Ihara, Y., Kato, H., Tashimo, Y., Iizumi, Y., Fukunishi, Y., Sato, H., Shimane, T., & Takahashi, K. (2022). Changes in oral function, swallowing function, and quality of life in patients with head and neck cancer: a prospective cohort study. *BMC oral health*, 22(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02329-5>

Jacobsen, K. F. A. B., Mikkelsen, L. K., & Jørgensen, L. (2025). The citizen perspective on challenges and rehabilitation needs among individuals treated for head and neck cancer: a qualitative study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(2), 125. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09163-9>

Jeyarajan H., McCammon S. (2024). Functional complications of neck dissections, Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Volume 35, Issue 4, 368-378, <https://doi.org/10.1016/j.otot.2024.08.019>

List, M. A., Knackstedt, M., Liu, L., Kasabali, A., Mansour, J., Pang, J., Asarkar, A. A., & Nathan, C. A. (2023). Enhanced recovery after surgery, current, and future considerations in head and neck cancer. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, 8(5), 1240–1256. <https://doi.org/10.1002/lio2.1126>

Matko, Š., Knauseder, C., Riedl, D., Grote, V., Fischer, M. J., Vorbach, S. M., Pfaller-Frank, K., Frank, W., & Licht, T. (2025). The Role of Dysphagia on Head and Neck Cancer Patients' Quality of Life, Functional Disabilities and Psychological Distress: Outcomes of Cancer Rehabilitation from an Observational Single-Center Study. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 32(4), 220. <https://doi.org/10.3390/curroncol32040220>

McCrary, H. C., Dunklebarger, M. F., Fechter, B. J., Drejet, S. M., Monroe, M. M., Buchmann, L. O., Hunt, J. P., & Cannon, R. B. (2024). Early ambulation after fibular free flap surgery is associated with reduced length of stay, increased mobility independence, and discharge to home. *Head & neck*, 46(5), 1160–1167. <https://doi.org/10.1002/hed.27737>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. In Meleis, Afaf I. *Transitions Theory* (pág. 52- 65). Springer Publishing Company.

Melo, M., Mariano, M., Pereira, S., Castelhana, L., Pacheco, R., Montalvão, P., & Magalhães, M. (2022). Retalhos livres ósseos e osteocutâneos na cirurgia reconstrutiva de cabeça e pescoço: Resultados do serviço de ORL do IPO-LFG. *Revista Portuguesa De Otorrinolaringologia-Cirurgia De Cabeça E Pescoço*, 60(1), 5–9. <https://doi.org/10.34631/sporl.961>

Mikhael, M., Kansara, B., Basta, A., Hume, E., Nguyen, O. T., Reblin, M., Hong, Y. R., Tabriz, A. A., Patel, K., Magnuson, J. S., & Turner, K. (2024). Optimizing presurgical education for patients with head and neck cancer receiving laryngectomy and free flap surgery: A qualitative study. *Head & neck*, 46(10), 2453–2463. <https://doi.org/10.1002/hed.27729>

Mills, C. S., Michou, E., King, N., Bellamy, M. C., Siddle, H. J., Brennan, C. A., & Bojke, C. (2022). Evidence for above cuff vocalization in patients with a tracheostomy: A systematic review. *The Laryngoscope*, 132(3), 600–611. <https://doi.org/10.1002/lary.29591>

Mitra, S., Panda, S., Thakar, A., Gautam, V., Talukdar, K. M., Mani, S., Singh, C. A., Sikka, K., Kumar, R., Das, S. K., & Singh, A. (2024). Quality of life and swallowing outcomes following major glossectomy: A prospective single-center experience. *Head & neck*, 46(3), 599–608. <https://doi.org/10.1002/hed.27612>

Mobargha, N., Tallroth, L., Sjövall, J., Hafström, A., Elebro, K., & Klasson, S. (2022). Scapular osseous free flap in head and neck reconstruction: An assessment of the postoperative function of the donor site. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 75(2), 753–760. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.09.065>

Moreira, J., Frade, F., Gomes, S., & Miguel, S. (2023b). Enfermagem de reabilitação: Independência funcional após cirurgia por cancro de cabeça e pescoço. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e29294. <https://doi.org/10.12707/RVI23.15.29294>

Moreira, J., Soares, P., Gomes, S., & Nunes, B. (2023a). Rehabilitation Nursing Program in Oncological Surgery of the Head and Neck: A Retrospective Cohort Study. *Portuguese journal of public health*, 40(3), 155–162. <https://doi.org/10.1159/000527717>

Mortensen, A., Wessel, I., Rogers, S. N., Tolver, A., & Jarden, M. (2022). Needs assessment in patients surgically treated for head and neck cancer-a randomized controlled trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(5), 4201–4218. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06759-9>

Nayiga, B. K., Abrams, S. W., Rhayel, A., Edward, H., Tang, A., Kho, M. E., ... Smith-Turchyn, J. (2024). Exploring the use of rehabilitation in individuals with head and neck cancer undergoing treatment: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 46(26), 6302–6322. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2328810>

Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. 3ª edição. Universidad de Deusto

Olias L. et al. (2004) *Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas*. Guia de dissecção. 1a Edição. Massamá. Círculo Médico. Maio 2004. ISBN: 972-9071-97-7.

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

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

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Passchier, E., Beck, A. C. C., Stuiver, M. M., Retèl, V. P., Navran, A., van Harten, W. H., van den Brekel, M. W. M., van der Molen, L., & Dutch Head, Neck Society (2024). Organization of head and neck cancer rehabilitation care: a national survey among healthcare professionals in Dutch head and neck cancer centers. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 281(5), 2575–2585. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08488-1>

Pérez, I. M. M., Pérez, S. E. M., García, R. P., Luggens, D. Z., Martínez, G. B., González, C. R., Yáñez, N. K., & Hernández, F. R. (2023). Exercise-based rehabilitation on functionality and quality of life in head and neck cancer survivors. A systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 13(1), 8523. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35503-y>

Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). 1ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Kline-Quiroz, C., Andrews, C., Martone, P., Pastrnak, J. T., Power, K., Smith, S. R., & Wisotzky, E. (2024). Rehabilitation in Oncology Care Guidelines: A Gap Analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 22(8), 543–548. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.7033>

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

Regulamento n.º 392/2019 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. (2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019 - 13565-13568. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Rodrigues, Andreia (2024). *A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação em Pessoas com Doença Oncológica*. Tese de Doutoramento, orientada por Bárbara Pereira Gomes. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto

Saraswathula, A., Gourin, C. G., & Vosler, P. S. (2021). Guide to Enhanced Recovery for Cancer Patients Undergoing Surgery: Head and Neck Cancer. *Annals of surgical oncology*, 28(12), 6932–6935. <https://doi.org/10.1245/s10434-021-10029-7>

Schipor-Diaconu, E. T., Grigore, R., Bejenaru, P. L., Simion-Antonie, C. B., Taher, B. P., Rujan, S. A., Cirstea, A. I., Iftimie, R. A., & Stancalie-Nedelcu, R. I. (2024). Prophylactic Swallowing Exercises in Patients with Laryngeal Cancer Who Underwent Total Laryngectomy-A Randomized Trial. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 31(11), 6853–6866. <https://doi.org/10.3390/curroncol31110506>

Silva, J. R., Castro, A. B., Machado, S. G., & Silva, P. C. (2022). Comunicação efetiva na pessoa laringectomizada. *Onco.News*, (44), 26–34. Obtido de <https://onco.news/index.php/journal/article/view/5>

Silva, J., Santos, L., Simões, M. C., & Reis, P. (2024). Reeducação funcional respiratória na pessoa submetida a laringectomia total: um estudo de caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 7(1), e270. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.270>

Sousa, P. & Ferrito, C. (2022). Metodologia Quantitativa Aplicada á Investigação Em Cuidados de Saúde. In Néné M., Sequeira C. (Coord.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática*. (pág. 71-96). Lidel-edições técnicas, Lda.

Topa, P., Marques, R., Topa, M., Martins, A., Pereira, S., & Ventura, J. (2025). Intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa proposta para cirurgia abdominal: uma scoping review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(1), e40156. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.40156>

Wagoner, C. W., Daun, J. T., Danyluk, J., Twomey, R., Murphy, L., Peterson, M., Gentleman, E., Capozzi, L. C., Francis, G. J., Chandarana, S. P., Hart, R. D., Matthews, T. W., McKenzie, D., Matthews, J., Nakoneshny, S. C., Schrag, C., Sauro, K. M., Dort, J. C., Manaloto, V., Burnett, L., ... Culos-Reed, S. N. (2023). Multiphasic exercise prehabilitation for patients undergoing surgery for head and neck cancer: a hybrid effectiveness-implementation study protocol. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(12), 726. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08164-w>

Zhao, M., Yao, J., Wang, J., Shen, X., Liu, T., Pu, L., Li, Y., & Chen, X. (2025). Effectiveness of rehabilitation training on radiotherapy-related abnormalities of voice function in head and neck cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 20(3), e0318577. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318577>

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE92_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação Qualitativa: Descritivo/exploratório; Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação com a Pessoa submetida a cirurgia por Cancro da Cabeça e pescoço: Perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 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, 02 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 14:25:54+00'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista

GUIÃO PARA ENTREVISTA

Tema: Intervenção com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço: visão e experiência do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Informantes: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que cuidam de pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço

	Objetivos específicos	Informações/Questões	Notas
Legitimação do debate Informar sobre os objetivos do estudo	✓ Valorizar a contribuição dos informantes para a realização do estudo ✓ Assegurar o carácter voluntário da participação e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo ✓ Assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados ✓ Garantir o conhecimento das conclusões do estudo, visando a reflexão e análise sobre o tema.	Objetivos do estudo Utilização dos resultados Registo da sessão	

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	Objetivos específicos	Informações/Questões	Notas
Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço	Conhecer as intervenções e ações de enfermagem de reabilitação no cuidado com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço Conhecer a intenção que norteia a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço Descrever os instrumentos que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação utiliza na sua intervenção com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço	Tendo por base os processos de cuidados em que interveio como enfermeiro especialista junto de pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço gostaria de obter a sua colaboração no âmbito deste estudo: No seu quotidiano, presta, organiza, planeia, os cuidados de enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. Fale-se sobre isso, sobre o modo como faz, incluindo o modo como assegura a transição de cuidados, seja para a comunidade, para o ambulatório hospitalar e para o domicílio e quais os desafios que tem enfrentado nestes processos	- Instrumentos de avaliação - Avaliação efetuada - Principais objetivos e intervenções

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	Conhecer como é efetuada a transição nos cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço Nomear os desafios e dificuldades sentidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço		- Para onde transitam habitualmente os cuidados -Desafios, dificuldades, barreiras
--	--	--	--

APÊNDICE II – Consentimento Informado Presencial

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título do estudo: Intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

Autora: Sónia Cristina Loureiro Neves Ferreira Raposo, aluna da Escola Superior de Saúde Atlântica, da disciplina de Dissertação no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Doutora Joana Marques e Professora Doutora Helena José.

Enquadramento: O presente estudo tem por objetivo principal descrever a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço. O tratamento cirúrgico do cancro da cabeça e pescoço pode provocar mutilações, desfigurações e complicações que implicam mudanças e alterações significativas na vida das pessoas. As particularidades e especificidades da doença e do seu tratamento conduz-nos a questionar qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A evidência científica atual não nos permite, com base em dados robustos, desenvolver um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação estruturado e adaptado á especificidade do tratamento destas pessoas. Com a realização deste estudo pretende-se obter achados que possibilitem desenvolver num futuro próximo um programa de intervenção estruturado dirigido à pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço e assim contribuir para a melhoria e aumento do conhecimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

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

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

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Declaro que:

tenho 18 anos ou mais e que tomei conhecimento dos objetivos do estudo, assim como compreendi os procedimentos associados à minha participação.

Declaro que li totalmente a informação de consentimento informado, que a considere explícita e concordo com o seu conteúdo, pelo que aceito participar neste estudo. Mais confirmo que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento deste estudo, sem qualquer prejuízo para mim, e que os dados que venham a ser recolhidos serão anónimos e confidenciais, dando cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e na sua Lei de Execução Nacional.

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

Assinatura do participante:

Investigador Principal:

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE III – Consentimento Informado a Distância

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: Intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço

Autora: Sónia Cristina Loureiro Neves Ferreira Raposo, aluna da Escola Superior de Saúde Atlântica, da disciplina de Dissertação no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Doutora Joana Marques e Professora Doutora Helena José.

Enquadramento: O presente estudo tem por objetivo principal descrever a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com a pessoa submetida a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço.

O tratamento cirúrgico do cancro da cabeça e pescoço pode provocar mutilações, desfigurações e complicações que implicam mudanças e alterações significativas na vida das pessoas. As particularidades e especificidades da doença e do seu tratamento conduz-nos a questionar qual a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A evidência científica atual não nos permite, com base em dados robustos, desenvolver um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação estruturado e adaptado á especificidade do tratamento destas pessoas. Com a realização deste estudo pretende-se obter achados que possibilitem desenvolver num futuro próximo um programa de intervenção estruturado dirigido à pessoa submetida a cirurgia por cancro

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

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

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

da cabeça e pescoço e assim contribuir para a melhoria e aumento do conhecimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Explicação do estudo: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa. Os informantes neste estudo serão enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação com pessoas submetidas a cirurgia por cancro da cabeça e pescoço, seja em regime de ambulatório ou internamento, há mais de 2 anos. Serão selecionados intencionalmente através de contato direto e utilizando a metodologia de seleção em bola de neve. A recolha dos achados será efetuada através de entrevista em profundidade de forma individual. Para a análise dos achados será efetuada a análise de conteúdo.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo 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 estudo 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 anónima, pelo(a) estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração do presente estudo. Os dados serão conservados apenas até à conclusão da dissertação e eliminados de forma definitiva e segura no prazo máximo de 30 dias após defesa pública.

Grata pela sua disponibilidade,

Sónia Cristina Loureiro Neves Ferreira Raposo

Contacto telefónico: 964175081

Endereço eletrónico: soniaf.raposo@gmail.com

Assinatura/s:

Sónia Ferreira Raposo
abril 2026
Atlântica
X

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Submetida a Cirurgia
por Cancro da Cabeça e Pescoço
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ao selecionar “SIM” na caixa abaixo apresentada, declaro que tenho 18 anos ou mais e que tomei conhecimento dos objetivos do estudo, assim como compreendi os procedimentos associados à minha participação.

Declaro que li totalmente a informação de consentimento informado, que a considereei explícita e concordo com o seu conteúdo, pelo que aceito participar neste estudo. Mais confirmo que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento deste estudo, sem qualquer prejuízo para mim, e que os dados que venham a ser recolhidos serão anónimos e confidenciais, dando cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e na sua Lei de Execução Nacional.

Se responder “NÃO” a sua participação termina por aqui.

Aceita participar no estudo?

SIM ☐

NÃO ☐

Assinatura: Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE