



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

Pré-habilitação na cirurgia torácica oncológica: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Prehabilitation in thoracic oncological surgery: Intervention by the Rehabilitation Nurse Specialist

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço

**Almada
2025**



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

Pré-habilitação na cirurgia torácica oncológica: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Prehabilitation in thoracic oncological surgery: Intervention by the Rehabilitation Nurse Specialist

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço

Orientador: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada

2025

“Os enfermeiros são peritos em Humanidade”

Papa Francisco (2018)



AGRADECIMENTOS

Este percurso académico representou uma das etapas mais desafiantes e gratificantes da minha vida académica e pessoal, onde tive o privilégio de contar com o apoio, orientação e incentivo de várias pessoas, às quais deixo aqui o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Júlio Fernandes, pela motivação, paciência e apoio ao longo deste percurso. Foram valiosos todos os contributos e a sua orientação foi fundamental para o meu desenvolvimento, e processo de aprendizagem.

Aos meus colegas de curso, agradeço a companhia, amizade, e apoio, tornando este caminho mais leve e enriquecedor. Também deixo um agradecimento os meus colegas de trabalho, pelo apoio constante, pela motivação e por acreditarem.

À minha família, aos meus pais, pelo incentivo, compreensão e apoio.

Aos meus amigos, que foram apoio e escuta e, muitas vezes, as gargalhadas mais inesperadas, tornando esta jornada mais leve.

Aos meus filhos, Santiago e Salvador, fonte de inspiração, que na ausência retribuíram com carinho, abraços, sorrisos, apoio e amor.

Ao meu marido, João, pelo apoio incondicional, paciência, compreensão, incentivo e amor.

Por fim, a todas as instituições e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que contribuíram direta ou indiretamente para este percurso, o meu muito obrigado. Todo o conhecimento e experiência transmitidos, foram potenciadores do desenvolvimento das minhas competências.

A todos, a minha mais profunda gratidão.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

AVD - Atividades de vida diária

CATR - Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CPPO - Complicações pulmonares pós-operatórias

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

OE - OE

Sr. - Senhor

Sra. - Senhora

TODA - Teoria do Défice de Autocuidado

UCC - Unidade Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade Cuidados Continuados Integrados



RESUMO

O relatório intitulado "*Pré-habilitação na cirurgia torácica oncológica: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*" foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. O principal objetivo é descrever e refletir criticamente sobre as intervenções realizadas em diferentes contextos clínicos, com vista ao desenvolvimento de competências necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em conformidade com os descritores de *Dublin* e os regulamentos da OE.

Inicialmente, foi elaborado um projeto de estágio sobre a temática da pré-habilitação na pessoa com cancro do pulmão, com o planeamento de atividades a desenvolver assentes na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A escolha da temática, recaiu sob o potencial na melhoria da capacidade funcional e na redução de complicações pulmonares pós-operatórias, permitindo intervir em áreas fundamentais como a função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentar e da eliminação.

A intervenção foi sustentada na Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem, que defende o fortalecimento da autonomia da pessoa através da promoção do seu potencial de autocuidado. Neste contexto, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação destacou-se pela implementação de planos de treino de atividades de vida diária, de estratégias educativas, de apoio e orientação, com foco na individualidade da pessoa e na sua capacidade de adaptação às exigências da alteração da funcionalidade.

A pré-habilitação revelou-se, assim, uma abordagem centrada na pessoa, potenciadora de melhores resultados clínicos e funcionais.

Palavras-Chave: cancro do pulmão; pré-habilitação; período pré-operatório; enfermagem de reabilitação.



ABSTRACT

This report, titled "Prehabilitation in Oncologic Thoracic Surgery: Intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist", was developed within the scope of the Internship and Report curricular unit of the second year of the master's degree in Rehabilitation Nursing at the Egas Moniz School of Health & Science. Its main objective is to describe and critically reflect on the interventions carried out in different clinical settings, aiming to develop the competencies required to obtain the professional title of Rehabilitation Nurse Specialist in accordance with the Dublin Descriptors and the regulations of the Portuguese Order of Nurses.

An internship project was initially designed around the theme of prehabilitation in individuals with lung cancer, with the planning of nursing activities grounded in the scope of practice of the Rehabilitation Nurse Specialist. The topic was chosen due to its potential to improve functional capacity and reduce postoperative pulmonary complications, allowing targeted interventions in key areas such as motor, sensory, cognitive, cardiorespiratory, eating, and elimination functions.

The intervention was based on Dorothea Orem's Self-Care Theory, which advocates strengthening the person's autonomy by promoting their self-care potential. Within this framework, the role of the Rehabilitation Nurse Specialist stood out by implementing training plans for activities of daily living, educational strategies, and individualized support and guidance, always centred on the person's unique needs and capacity to adapt to functional changes.

Prehabilitation thus emerged as a person-centred approach that fosters improved clinical and functional outcomes.

Keywords: lung cancer; prehabilitation; preoperative period; rehabilitation nursing.



INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. CANCRO DO PULMÃO E CIRURGIA TORÁCICA	14
1.2. COMPLICAÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS.....	15
1.3. PRÉ-HABILITAÇÃO.....	16
1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PRÉ-HABILITAÇÃO	18
1.5. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO	24
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES	26
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	26
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	27
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	30
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	33
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	36
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	38
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	39
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	46
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa....	51
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES	

APÊNDICE 1: PLANO DE ATIVIDADES

APÊNDICE 2: PROTOCOLO REVISÃO SCOPING

APÊNDICE 3: SESSÃO DE FORMAÇÃO – CUIDAR DA PESSOA COM DEMENCÊNCIA: MÓDULO 1

APÊNDICE 4: SESSÃO DE FORMAÇÃO – COMPLICAÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO E PREVENÇÃO

APÊNDICE 5: SESSÃO DE FORMAÇÃO – PROJETO SAÚDE EM COMUNIDADE: IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO E DA POSTURA CORPORAL

APÊNDICE 6: SESSÃO DE FORMAÇÃO – COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO: IDENTIFICAR E COMO PROCEDER

APÊNDICE 7: FOLHETO INFORMATIVO - EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

APÊNDICE 8: FOLHETO INFORMATIVO - EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR

APÊNDICE 9: FOLHETO INFORMATIVO - COMO PROCEDER DURANTE A REFEIÇÃO: GUIA ORIENTADOR PARA A FAMÍLIA

APÊNDICE 10: FOLHETO INFORMATIVO - EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR: GUIA ORIENTADOR PARA A FAMÍLIA

APÊNDICE 11: ESTUDO DE CASO I

APÊNDICE 12: ESTUDO DE CASO II

APÊNDICE 13: POSTER - PRÉ - HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO DA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO – *SCOPING REVIEW*

APÊNDICE 14: POSTER - PRÉ-HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO NA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO

ANEXOS

ANEXO 1 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO PEDIÁTRICO”

ANEXO 2 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ENFERMAGEM ÀS QUINTAS – REABILITAÇÃO GERIÁTRICA”

ANEXO 3 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE: DIFERENTES ABORDAGENS PARA UM CUIDADO INTEGRAL”

ANEXO 4 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR "CIRCUITOS DE REFERÊNCIAÇÃO DO DOENTE PARA A RNCCI"

ANEXO 5 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO "CURSO AVANÇADO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE BANDAS NEUROMUSCULARES"

ANEXO 6 - CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PÓSTER: "PRÉ - HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO DA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO - *SCOPING REVIEW*"

ANEXO 7 - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO "III CONGRESSO DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO" COM PARTICIPAÇÃO NO "CURSO PRÁTICO "*HANDS-ON*" - BANCA EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO"

ANEXO 8 - CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PÓSTER: PRÉ-HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO NA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pré-habilitação cirúrgica em pessoas com cancro 17

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Treino de Força: frequência, intensidade e volume 20

Tabela 2 - Reabilitação Respiratória: Cirurgia Torácica 43

Tabela 3 - Reabilitação Respiratória: Cirurgia Abdominal 44

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Pré-habilitação na cirurgia torácica oncológica: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” (EEER), surge no âmbito da unidade curricular de Estágio e Relatório do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da *Egas Moniz School of Health and Science* - Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Constitui-se como um elemento de avaliação, tendo como objetivo descrever e analisar as intervenções desenvolvidas ao longo das unidades curriculares de estágio, estágio e relatório. A sua finalidade é avaliar a aquisição e desenvolvimento de competências exigidas para obtenção do grau de Mestre, conforme os descritores de *Dublin* de 2.º ciclo (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005), bem como as competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Diário da República, 2019a, 2019b) para atribuição do título profissional de EEER.

O relatório, relato escrito que apresenta e descreve as atividades desenvolvidas ao longo dos períodos de estágio, assenta na reflexão crítica sobre as mesmas, e suporta-se por uma teoria de enfermagem, com foco no processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2021).

Este relatório teve início com a elaboração do projeto de estágio (APÊNDICE 1), o qual foi desenvolvido de 20 de maio a 27 de julho de 2024, e também entre 2 de setembro de 2024 a 10 de janeiro de 2025, em quatro contextos distintos da prática clínica, nomeadamente, Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), ambiente hospitalar nos serviços Ortopedia e Área de Cuidados Intensivos e Recobro. Com a elaboração do projeto foram definidos dois objetivos gerais, “desenvolver competências do EEER para intervir com a pessoa com cancro de pulmão, no período pré-operatório, tendo em conta a individualidade e a complexidade de cada situação” e também, “desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e sexualidade.

A temática escolhida foi a pré-habilitação na pessoa com cancro de pulmão submetida a cirurgia torácica, pela forte evidência que associa à melhoria da capacidade funcional prévia, à redução das complicações pulmonares pós-operatórias (CPPO) e à obtenção de melhores resultados em saúde (Batchelor et al., 2019; Machado et al., 2023; Mendes et al., 2018; Van Haren et al., 2018).

A constante e rápida evolução dos tratamentos antineoplásicos, tem interferindo com o aumento da taxa de sobrevivência. Exemplo disso é a ressecção pulmonar, que garante uma maior probabilidade de sobrevivência da pessoa com cancro do pulmão. Porém, tem impacto negativo na qualidade de vida através das limitações físicas, psíquicas e financeiras (Machado et al., 2023; Pu et al., 2021) e está associado a uma morbidade significativa (Machado et al., 2023; Motono et al., 2021; Pu et al., 2021; Van Haren et al., 2018).

Na procura de abordagens menos prejudiciais para a pessoa e centradas na individualidade, necessidades e preferências, elaboram-se programas que potenciam a recuperação da pessoa, reduzem as complicações perioperatórias e o tempo de internamento (Batchelor et al., 2019; Machado et al., 2023; Mendes et al., 2018; Van Haren et al., 2018). Assim, surge o conceito de pré-habilitação que tem a intenção de aumentar a reserva funcional pré-operatória, de forma a favorecer a rápida recuperação pós-operatória e a redução de complicações (Carli et al., 2017; Pu et al., 2021; Silver, 2015). Além do mais, encontra-se patente nas diferentes áreas de pesquisa prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2023-2026, divulgadas pelo colégio da especialidade (OE, 2023), e ainda, alinha-se com as competências comuns e específicas do EEER (Diário da República, 2019a, 2019b).

Com foco na prevenção de CPPO, que podem comprometer a capacidade funcional e desempenho nas atividades de vida diária (AVD), foi selecionada a teoria do défice de autocuidado (TDA) desenvolvida por Dorothea Orem, para sustentar a intervenção durante o percurso de estágio. Orem vê a pessoa como um todo, através de uma visão holística, tendo em consideração a saúde, bem-estar e o ambiente, e encara os cuidados de enfermagem como um meio de fortalecer a capacidade da pessoa, através da maximização do seu potencial de autocuidado (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004). Na presença de um défice entre aquilo que a pessoa consegue realizar e a necessidade, para manter a funcionalidade, são indispensáveis os cuidados de enfermagem a nível da prevenção e reabilitação (Petronilho, 2012). A intervenção de enfermagem estabelecida terá de ser adequada às necessidades de autocuidado e às capacidades de desempenho da pessoa (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014). Além disto e fundamentada no conceito de pré-habilitação, a intervenção do EEER, baseia-se no sistema de apoio e educação, empregando estratégias educativas e sólidas, de apoio, orientação e adaptação às transições, com o objetivo de atingir a máxima capacidade funcional da pessoa (Isik & Fredland, 2023; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004; Teixeira et al., 2023).

Ressalva-se que este relatório de estágio, encontra-se dividido em três capítulos. Após a introdução, no primeiro capítulo, apresenta-se o enquadramento teórico, onde são explanados os conceitos da temática, fundamentando a escolha do tema, emparelhando as intervenções do EEER e a TDA. Posteriormente, no segundo capítulo, são descritas e analisadas as atividades que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. E, por fim, na conclusão, são expostas as considerações finais e reflexão acerca do trajeto desenvolvido.

O documento foi elaborado segundo a instrução para a elaboração do projeto e relatório de estágio dos cursos de mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, seguindo as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica *da American Psychological Association* 7ª edição e, ainda, redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. CANCRO DO PULMÃO E CIRURGIA TORÁCICA

O cancro do pulmão, em 2020, foi o segundo mais incidente em todo o Mundo, e a principal causa de morte relacionada com cancro, estimando-se 1,8 milhões de mortes (Sung et al., 2021). Em Portugal, no ano de 2022, ocorreram 33503 mortes associadas a esta patologia, evidenciando-se 5077 óbitos por cancro da traqueia, brônquios e pulmão. Estima-se que, tenham surgido 6155 novos casos de cancro de pulmão no ano de 2022, em ambos os sexos e com idade superior a 18 anos, sendo mais predominante nos homens (European Commission, 2024).

Apesar dos dados apresentados, a pessoa diagnosticada com cancro do pulmão, especificamente com cancro do pulmão não pequenas células, tem elevada taxa de sobrevivência, particularmente se considerado elegível para ressecção cirúrgica (Pouwels et al., 2015). A ressecção cirúrgica é uma opção terapêutica com taxas de sobrevivência globais de 74% e 62% aos 3 e 5 anos após a cirurgia, respetivamente (Machado et al., 2023). O procedimento cirúrgico tem como objetivo equilibrar a ressecção adequada ao tumor com a preservação do tecido pulmonar funcionante (Rotman et al., 2015; Tegegne et al., 2021). No entanto, apesar do impacto positivo na taxa de sobrevivência, esta intervenção está associada a uma elevada morbilidade, com limitações físicas, psíquicas e financeiras, com consequências negativas na qualidade de vida (Machado et al., 2023; Motono et al., 2021; Pu et al., 2021; Van Haren et al., 2018).

A intervenção cirúrgica além do impacto físico, pode desencadear sentimentos de ansiedade, frequentemente associados à falta de conhecimento e informação sobre o procedimento, anestesia e possíveis complicações, bem como ao medo de dependência de terceiros e possibilidade de morte (Ruiz Hernández et al., 2021). Além disso, o *stress* cirúrgico pode induzir respostas inflamatórias, metabólicas e hormonais, que conduzem a disfunções e complicações multisistémicas (Helander et al., 2019; Scott et al., 2015).

Aliado aos fatores anteriormente descritos e na presença de limitações da capacidade funcional, as pessoas ficam mais predispostas a morbilidade e mortalidade cirúrgica, e consequentemente a períodos de internamento superiores (Scott et al., 2015).

1.2. COMPLICAÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS

Estima-se que as complicações pós-operatórias ocorram entre 38 a 58% dos doentes, sendo que 15% a 25% são CPPO (Pu et al., 2021). Entre as complicações cirúrgicas, as CPPO são o segundo tipo mais comum, depois das complicações relacionadas com a infecção do local cirúrgico (Ávila & Fenili, 2017a; Pu et al., 2021). Estas complicações contribuem para o aumento do tempo de internamento, diminuição da capacidade funcional, aumento dos custos associados ao internamento, morbidade e mortalidade (Fernandes et al., 2019; Tegegne et al., 2021).

A incidência de CPPO varia consoante o contexto do tratamento clínico e o tipo de cirurgia, sendo mais frequentes as complicações cardíacas, ocorrendo em maior prevalência em cirurgia abdominal e torácica (Lusquinhos et al., 2023; Motono et al., 2021).

A definição de CPPO não é consensual entre autores, porém pode ser referido como sequelas pulmonares ocorridas por trauma cirúrgico, que resulta numa disfunção. Podem também ser resultantes de alterações fisiológicas no sistema respiratório, após indução anestésica, devido à alteração do impulso respiratório e da função muscular, assim como pela redução dos volumes pulmonares, após a utilização de bloqueadores neuromusculares (Fernandes et al., 2019; Li et al., 2017; Lusquinhos et al., 2023).

Existem fatores preditivos do risco, relacionados com a pessoa e com a intervenção cirúrgica. No que concerne à pessoa, características como idade, tabagismo, obesidade, estado nutricional, dependência funcional, classe 2 ou superior da *American Society of Anesthesiologists*, insuficiência cardíaca congestiva e a doença pulmonar obstrutiva crónica (Fernandes et al., 2019; Morris et al., 2022; Pu et al., 2021). Relativamente à técnica cirúrgica, o tipo de cirurgia, duração do procedimento, nova intervenção e a localização cirúrgica perto do diafragma ou do trato respiratório. Além disso, a realização de cirurgia de urgência, ao invés de forma eletiva, tem sido associado ao desenvolvimento de CPPO, pois não é possível uma otimização atempada (Miskovic & Lumb, 2017; Morris et al., 2022).

Identificam-se como CPPO mais comuns na cirurgia torácica, atelectasia, pneumotórax, derrame pleural, broncoespasmo, insuficiência respiratória, exacerbação da doença pulmonar prévia e pneumonia (Li et al., 2017; Lusquinhos et al., 2023; Rotman et al., 2015; Tegegne et al., 2021).

1.3. PRÉ-HABILITAÇÃO

No sentido de minimizar as complicações existentes nos procedimentos cirúrgicos *major*, surgiram as *guidelines* internacionais *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), que englobam intervenções baseadas em evidência, multimodais e abrangentes no pré-, intra- e pós-operatório. Estas orientações reforçam a necessidade de programas assentes no objetivo de diminuir o tempo de internamento e de complicações pós-operatórias, assim como, a reduzir os custos associados aos cuidados de saúde, internamento e complicações (Batchelor et al., 2019; Machado et al., 2023; Mendes et al., 2018; Van Haren et al., 2018).

A pré-habilitação é um processo no *continuum* de cuidados que deve ocorrer entre o momento do diagnóstico e o início do tratamento, visando melhorar o resultado de um procedimento planeado, como uma cirurgia *major*. Durante este processo, através de avaliações físicas e psicológicas, identificando as reais necessidades de cada pessoa, estabelece-se um plano de cuidados individualizado e personalizado. Este plano tem como foco reduzir a incidência e a gravidade das necessidades identificadas (Carli et al., 2017; Silver, 2015; Silver & Baima, 2013).

No contexto cirúrgico, a pré-habilitação tem como objetivo aumentar a reserva funcional, através da melhoria e otimização pulmonar, assim como da capacidade aeróbica pré-operatória (Pu et al., 2021). Mantendo a funcionalidade, procura-se uma recuperação mais rápida no período pós-operatório, redução das complicações e a redução da morbilidade e mortalidade pós-operatórias (Carli et al., 2017; Pu et al., 2021).

O benefício destes programas tem vindo a ser cada vez mais reconhecidos (Goldsmith et al., 2021). Este benefício, é perceptível através do modelo teórico de pré-habilitação cirúrgica, criado por (Carli et al., 2017), representado Figura 1.

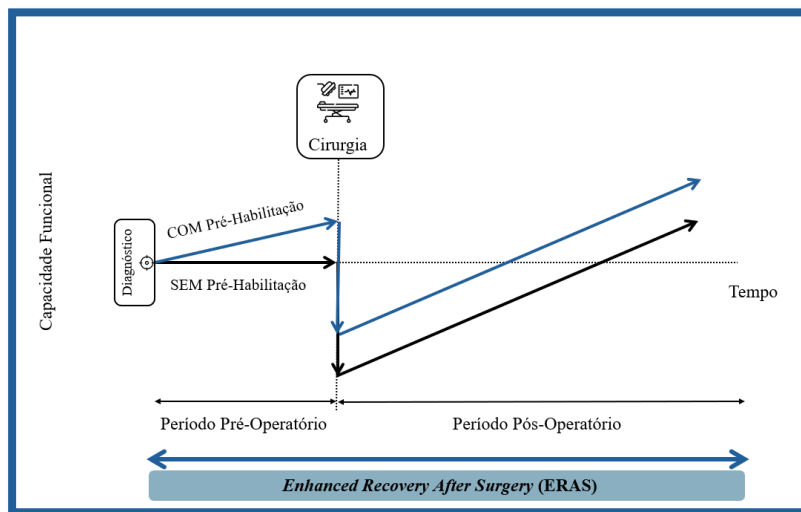


Figura 1 - Pré-habilitação cirúrgica em pessoas com cancro (tradução não oficial pela autora)

Os programas, dizem respeito a uma combinação de procedimentos pré-cirurgia que envolvem mudanças no estilo de vida (Fernandes et al., 2019). É um processo individualizado que abrange áreas do bem-estar físico e mental, através de programas que contemplem áreas como o exercício, a preparação mental e emocional, o suporte nutricional e a educação (Jain et al., 2023; Mareschal et al., 2023; Suen et al., 2022). Através do fornecimento de informações detalhadas sobre o procedimento cirúrgico, expectativas de recuperação e recursos disponíveis, é possível aumentar o envolvimento da pessoa e adesão aos protocolos de pré-habilitação (Baimas-George et al., 2020; Loewen et al., 2021). Além disso, criar um ambiente de apoio que inclua familiares e cuidadores pode aumentar ainda mais a eficácia dos esforços de pré-habilitação (Thomas et al., 2019). Integrar programas de cessação tabágica que abordem os riscos imediatos à saúde e reforcem a eficácia de outras intervenções, é também relevante, assim como a prática de exercício e suporte nutricional (Fernandes et al., 2019; Kim et al., 2024).

A literatura refere que a pré-habilitação demonstrou efeitos benéficos no pós-operatório, especialmente na prevenção e redução de complicações, na diminuição do tempo de internamento, na melhoria da aptidão física e na qualidade de vida em pessoas que realizaram ressecção pulmonar programada (Pouwels et al., 2015). Uma revisão sistemática da literatura demonstrou que a reabilitação respiratória associada a exercícios aeróbicos, reduzem o tempo de internamento e as CPPO (Pu et al., 2021). Além disso, um estudo observacional prospetivo,

verificou que 84,2% das pessoas consideradas de alto risco, após participarem num programa de pré-habilitação, foram considerados aptas para tratamento radical, como radioterapia ou cirurgia. Destes, 42,8% foram submetidos a cirurgia, apresentando resultados semelhantes aos dos doentes considerados de baixo risco para eventos adversos ou morte (Goldsmith et al., 2021).

Para otimizar os resultados na prevenção ou redução do impacto nas CPPO, os programas de pré-habilitação devem ser iniciados precocemente desde o momento de diagnóstico, e não devem ser considerados como critério para adiar a data da cirurgia (Mahendran & Naidu, 2020; Montagne et al., 2021; Sanchez-Lorente et al., 2018). Contudo, existem exceções, como a necessidade de adiar o procedimento cirúrgico em caso de disfunção pulmonar grave. Nestes casos, a implementação de um programa de reabilitação respiratória, é a estratégia mais adequada para preparar a pessoa para a cirurgia (Li et al., 2017).

1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PRÉ-HABILITAÇÃO

Os cuidados do EEER, assentes em competências específicas como cuidado, capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa, permitem planear, implementar e gerir programas de reabilitação adaptados às necessidades individuais de cada pessoa (Diário da República, 2019b)

A pré-habilitação, como área de intervenção do EEER, conduz a melhoria da condição cardiovascular, respiratório e muscular, assim como à otimização do estado funcional e reserva física na fase pré-operatória, permitindo a redução das CPPO e superar o *stress* do período perioperatório (Batchelor et al., 2019; Fernandes et al., 2019; Haywood et al., 2020). A compreensão da importância e do impacto da pré-habilitação, é fundamental, assim como, o reconhecimento das intervenções que o EEER pode implementar na sua atuação. Na procura de evidenciar o contributo do EEER nesta área, foi realizada uma revisão *Scoping*, cujo protocolo se encontra em apêndice (APÊNDICE 2), que teve como objetivo mapear as intervenções de reabilitação passíveis de ser aplicadas no período pré-operatório em pessoas com cancro do pulmão. Os resultados obtidos permitiram identificar diferentes intervenções, sendo estas agrupadas em categorias, as quais serão explanadas de seguida.

Treino de Resistência

O treino de resistência, foi identificado por diversos autores como parte integrante do programa de pré-operatório. A utilização de dispositivos variou de acordo com os autores, planeando sessões com recurso a dispositivos como a bicicleta elíptica, estática, ergonómica ou cicloergómetro (Ferreira et al., 2021a; Gravier et al., 2022; Lai et al., 2017A; Lai et al., 2017B; Licker et al., 2017; Sebio et al., 2017). O treino também pode ser realizado por meio de caminhada, *jogging* ou ciclismo, variando de acordo com a preferência da pessoa, fundamentalmente, quando o exercício não é supervisionado (Ferreira et al., 2021a; Ferreira et al., 2021b; Licker et al., 2017; Liu et al., 2020; Machado et al., 2024; Tenconi et al., 2021).

A duração do treino foi geralmente estabelecida em 30 minutos (Ferreira et al., 2021a; Ferreira et al., 2021b; Lai et al., 2017a; Lai et al., 2017b; Liu et al., 2020; Sebio et al., 2017; Sommer et al., 2016; Tenconi et al., 2021). Embora alguns estudos, como Licker et al. (2017) tenham referido 35 minutos, e Gravier et al. (2022) 15 a 20 minutos com aumento progressivo até aos 45 minutos. Machado et al. (2024) apesar de iniciar treinos a 30 minutos, menciona o aumento progressivo até aos 40 minutos (Machado et al., 2024).

A prescrição do treino realiza-se de acordo com as capacidades da pessoa, sendo ajustada a intensidade com base na perceção de esforço, do próprio, e avaliado através da escala de Borg ou da escala de Borg modificada (Ferreira et al., 2021a; Lai et al., 2017a; Lai et al., 2017b; Liu et al., 2020; Machado et al., 2024; Sebio et al., 2017). Licker et al. (2017) e (Liu et al., 2020), prescreveram a intensidade do treino através da frequência cardíaca alvo, e Sebio et al. (2017) estabeleceram a carga de treino em watts, após teste incremental limitado aos sintomas (Licker et al., 2017; Z. Liu et al., 2020; Sebio et al., 2017).

Importa ainda referir que este tipo de treino deverá contemplar a fase de aquecimento e arrefecimento, com ajuste de intensidade a cada momento, em que o aquecimento corresponde a 5 minutos, tal como o arrefecimento (Ferreira et al., 2021a; Gravier et al., 2022; Licker et al., 2017; Liu et al., 2020; Sebio et al., 2017).

Treino de Força

O treino de força foi identificado como benéfico no pré-operatório, porém os autores não foram específicos quanto ao exercício prescrito Fernández-Blanco et al., 2023; Ferreira et al., 2021a; Ferreira et al., 2021b; Liu et al., 2020; Machado et al., 2024; Sebio et al., 2017; Tenconi et al., 2021), com exceção de Licker et al. (2017), que descreveram exercícios como prensa de

perna, extensão de perna, extensão de costas, remada, bíceps, prensa de peito ou ombro. Gravier et al. (2022) acrescentaram a puxada de braço e extensão de braços (tríceps).

Na aplicação dos exercícios, identificou-se a utilização de diversos materiais, tais como, aparelhos de ginásio e bandas elásticas, sustentação do peso corporal ou de peso livre, com pesos ou halteres (Ferreira et al., 2021a; Gravier et al., 2022; Liu et al., 2020; Sebio et al., 2017). Porém, o material mais utilizado, entre os diferentes autores, foram as bandas elásticas, com diferentes tipos de resistência, ajustada às capacidades de cada pessoa.

Relativamente às recomendações, no que respeita a frequência, intensidade e volume, optou-se por organizar em tabela, conforme a Tabela 1.

Autores	Frequência	Volume	Intensidade
Sebio et al. (2017)	3 a 5 vezes por semana	3 séries 15 repetições	Aumentar para 4 séries, após a 10 semana. Recomendada intensidade, score 4-7, moderada (escala de OMNI)
Liu et al. (2020)	2 vezes por semana	3 séries 10-12 repetições	Recomendada intensidade, score 13-16, moderada (escala de Borg)
Ferreira et al. (2021a)	3 vezes por semana	1-2 séries 8-15 repetições	Recomendado aumentar intensidade, score < 10, leve (escala de Borg)
Ferreira et al. (2021b)	3 vezes por semana	2 séries 8-12 repetições	Não descrito
Tenconi et al. (2021)	Supervisionado: 2 a 3 vezes por semana Não Supervisionado: 3 a 4 vezes por semana	Não descrito	Não descrito
Gravier et al. (2022)	5 vezes por semana ou 3 vezes por semana	3 séries 12 repetições	60-70% de 1 RM. Aumentar de acordo com tolerância.
Machado et al. (2024)	2 vezes por semana	2 séries 15 repetições	Aumentar para 3 séries após 2 semanas. Recomendada intensidade, score 3-5, moderada a intensa (escala de Borg modificada).

Tabela 1 - Treino de Força: frequência, intensidade e volume

É de salientar, que Liu et al. (2020) e Ferreira et al. (2021) referem a realização de exercícios de alongamentos, contudo, não descrevem o tipo de exercício (Ferreira et al., 2021A; Liu et al., 2020).

Treino Respiratório

No que concerne ao treino respiratório, as intervenções foram subdivididas em duas categorias, de acordo com a sua descrição: Reeducação Funcional Respiratória e Treino de Músculos Inspiratórios.

Relativamente à reeducação funcional respiratória, as intervenções prescritas foram a consciencialização e controlo respiratório, a respiração diafragmática, a reeducação costal, a espirometria de incentivo, a treino com sopro de balão e a expiração de lábios semicerrados (Fernández-Blanco et al., 2023; Kökeç et al., 2023; Lai et al., 2017a; Lai et al., 2017b; Liu et al., 2020; Sebio et al., 2017; Tenconi et al., 2021; Wang et al., 2020; Yang et al., 2018). Também foi incluído a limpeza das vias aéreas, com foco em tosse dirigida, o ciclo ativo de técnicas respiratórias, e ainda, a tosse com contenção da ferida (Fernández-Blanco et al., 2023; Kökeç et al., 2023; Liu et al., 2020; Yang et al., 2018).

Na consciencialização e controlo respiratório, não foi identificada nenhuma periodicidade de realização, estando incluída no treino, sendo realizada no centro de reabilitação e no domicílio (Fernández-Blanco et al., 2023; Tenconi et al., 2021; Yang et al., 2018).

Kökeç et al. (2023) aplicaram a respiração diafragmática 10 repetições por dia, durante 7 dias. Nos estudos de Lai et al. (2017a), Lai et al. (2017b), os participantes realizaram a técnica da respiração diafragmática duas vezes ao dia, com uma duração entre os 15 e os 30 minutos, na posição de sentado ou em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos e os ombros relaxados.

A reeducação costal, foi aplicada apenas no estudo de Kökeç et al. (2023), tendo sido executada lateral, posterior, basal, apical e global, 10 repetições por dia.

No estudo de Chen et al. (2023), é referido que foi desenvolvido um programa de treino respiratório personalizado, no entanto, não apresentam detalhes sobre os exercícios realizados. Apenas se menciona que foram fornecidas diretrizes de execução e que o plano teve duração de 30 minutos por dia, durante três semanas.

Utilizando o inspirómetro de incentivo, foram realizados exercícios de respiração profunda com inspiração ativa, retenção de respiração e expiração passiva, três vezes por dia, com 20 repetições (Lai et al., 2017a; Lai et al., 2017b). Contudo, no estudo de Sebio et al. (2017) os participantes realizaram duas vezes por dia, 80% da capacidade vital máxima, com pausa inspiratória, seis ciclos completos e cinco repetições, com um minuto de descanso entre ciclo. No estudo de Kökeç et al. (2023), foram prescritas 15 repetições por dia.

O treino com sopro de balão, é referido por Liu et al. (2020) e Wang et al. (2020), sendo que o primeiro estudo, refere que os participantes devem insuflar o balão numa só respiração e mantê-lo insuflado durante um tempo superior a cinco segundos

A limpeza das vias aéreas, engloba duas estratégias, a tosse dirigida (Kökeç et al., 2023; Liu et al., 2020; Yang et al., 2018) e o ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR) (Yang et al., 2018). Na aplicação do CATR, os participantes realizaram a técnica da expiração forçada, *huffing*, intercalados com o controlo da respiração. Estes assumiram a posição de sentado ou plano reclinado, três a cinco repetições, conforme o tolerado, com duração de 15-20 minutos (Yang et al., 2018).

A tosse com contenção da ferida, foi referida exclusivamente por Fernández-Blanco et al. (2023), enquanto componente de treino, porém em outros estudos, foi apresentada como estratégia de educação pré-operatória (Fernández-Blanco et al., 2023; Liu et al., 2020).

Por sua vez, no treino de músculos respiratórios, a intervenção realizada foi o treino com o dispositivo *Threshold IMT – Breathing trainer* (Phillips®), com pelo menos 30% da pressão inspiratória máxima. Foram encorajados a realizar 15 minutos de treino, com indicação de aumentar de forma progressiva a resistência (Gravier et al., 2022).

Educação Pré-Operatória

Relativamente à educação, esta contempla o fornecimento de informações sobre rotinas pré e pós-operatórias, incluindo agendamentos, exames e as diferentes etapas do processo cirúrgico. Diferentes autores destacam com ênfase o ensino sobre a prática de exercício e sobre o treino respiratório (Fernández-Blanco et al., 2023; Kökeç et al., 2023; Liu et al., 2024; Wang et al., 2020).

Neste momento reforça-se a eficácia dos exercícios respiratórios, encorajando à sua prática, alicerçando a educação à execução dos exercícios, consolidando o ensino (Gravier et al., 2022; Kökeç et al., 2023; Liu et al., 2024; Machado et al., 2024). Além disso, existe o foco na abordagem de temas como ajuste nutricional, cessação tabágica, abstinência alcoólica e ajuste terapêutico de doenças crónicas aquando da existência das mesmas (Ferreira, et al., 2021a; Ferreira et al., 2021b; Gravier et al., 2022; Licker et al., 2017; Wang et al., 2020).

De forma a consolidar o ensino, os autores recomendam a entrega de folhetos com a descrição dos exercícios e imagens ilustrativas, além de diários de registo de atividade, para acompanhamento em domicílio (Fernández-Blanco et al., 2023; Ferreira et al., 2021A; Ferreira et al., 2021B; Yang et al., 2018).

Aconselhamento Nutricional

De acordo com Liu et al. (2020) o aconselhamento nutricional e ajuste alimentar devem ocorrer após uma avaliação nutricional inicial, com o preenchimento de um diário alimentar durante três dias. Recomenda-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, como a redução do consumo de calorias, o aumento da ingestão de frutas e legumes, e o consumo de proteína de alta qualidade. Sugere-se a introdução de proteína *whey* (1,5 gr/Kg/dia) após o exercício físico para aumentar a síntese muscular (Liu et al., 2020).

Ferreira et al. (2021A) também enfatizam a importância da avaliação nutricional e indicam o consumo de proteína *whey* em doses de 10 ou 20g, duas vezes por dia, acompanhada com 3g de leucina e 125 mL de água. Além disso, sugerem a ingestão de 10 mL de "óleo de peixe" com vitamina D3, DHA e EPA.

Estratégias de Relaxamento e Regulação Emocional

As intervenções desta categoria, têm como objetivo a promoção do relaxamento e a regulação emocional. Os estudos utilizaram técnicas de relaxamento, incluindo visualização, imaginação guiada, respiração profunda, acompanhadas por música relaxante (Ferreira et al., 2021a; Ferreira et al., 2021b; Liu et al., 2020). A principal diferença entre os protocolos, residiu na aplicação. Enquanto no estudo de Liu et al. (2020) é realizado diariamente antes de dormir, nos estudos de Ferreira et al. (2021a) e Ferreira et al. (2021b), ocorria presencial, em consulta duas a três vezes por semana.

Liu et al. (2024) utilizaram o *Mindful* como estratégia, proporcionando o treino desde o primeiro contacto, até à véspera da cirurgia. Cada sessão com duração de 15 minutos, foi realizada duas vezes ao dia, de acordo com as instruções áudios fornecidas. Os participantes realizaram duas respirações profundas, concentrando-se na sensação de alongamento do abdómen durante a inspiração e retração na expiração. A pessoa devia abstrair-se do ambiente externo, concentrando-se apenas na respiração, através da manutenção de um ambiente calmo e relaxante.

Follow-up

Nos estudos de Liu et al. (2020) e Machado et al. (2024), foi realizado o *follow-up* através de contacto telefónico, semanal, de forma a avaliar a adesão ao plano estabelecido.

BiPAP

O estudo de Kökeç et al. (2023), descreve a aplicação de BiPAP (*Bi-level Positive Airway Pressure*), durante 20 minutos por dia, de forma a proporcionar a otimização da ventilação. Não são descritos os parâmetros utilizados na ventilação (Kökeç et al., 2023).

1.5. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO

A pré-habilitação, através de programas multimodais estruturados e individualizados, tem como objetivo preparar a pessoa para o procedimento cirúrgico promovendo a sua recuperação funcional e otimizando a capacidade de adaptação ao processo de reabilitação. Esta abordagem, alicerçada na TDA de Dorothea Orem, destaca a importância da intervenção do EEER no apoio à pessoa, visando a minimização das limitações ou incapacidades no autocuidado, assim como promover a autonomia durante o processo de recuperação (Petronilho, 2012).

A teoria de Dorothea Orem baseia-se na premissa de que a pessoa, quando capaz, deve assumir o seu próprio cuidado, sendo agente de ação, que implementa de forma deliberada, medidas de autocuidado para satisfazer as suas necessidades, com o intuito de preservar a vida, promover a saúde e manter a funcionalidade (Isik & Fredland, 2023).

As atividades envolvidas no autocuidado, são denominadas por ação de autocuidado ou ação deliberada, correspondendo às necessidades sentidas pela pessoa, nos domínios cognitivo, físico, psicossocial e comportamental. Estas ações são afetadas pelos fatores condicionais básicos (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014).

Quando existe um desequilíbrio entre as capacidades da pessoa e as suas necessidades, isto é, uma diminuição da capacidade em relação à necessidade, verifica-se um défice de autocuidado (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Taylor, 2004). Os requisitos universais do autocuidado, são oito e estão associados aos processos de vida e manutenção do funcionamento humano, sendo comuns a todas as pessoas e transversais a qualquer etapa de desenvolvimento (Petronilho, 2012).

A intervenção de enfermagem, isto é, os cuidados de enfermagem, tornam-se indispensáveis quando existe défice entre a capacidade da pessoa e a sua necessidade para manter o funcionamento adequado (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014). Para tal é essencial ajustar a intervenção definindo a atuação da equipa de enfermagem perante o défice de autocuidado (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014).

Os sistemas de ação estão categorizados em três tipos: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Petronilho, 2012).

Nos sistemas totalmente e parcialmente compensatórios, o enfermeiro assume um papel ativo na compensação da incapacidade da pessoa para o autocuidado, intervindo de forma total ou participando mediante as necessidades, respetivamente (Isik & Fredland, 2023; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004). Por sua vez, no sistema de apoio-educação, a intervenção centra-se na utilização de estratégias educacionais e de suporte promovendo a orientação e adaptação às transições (Isik & Fredland, 2023; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004; Teixeira et al., 2023).

Com base no conceito da pré-habilitação, a intervenção do EEER, assenta no sistema de apoio-educação, recorrendo a estratégias educacionais e de suporte para apoiar, orientar e facilitar a adaptação às mudanças, com o objetivo de maximizar a capacidade funcional da pessoa através da preparação (Isik & Fredland, 2023; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004; Teixeira et al., 2023).

No contexto do metaparadigma, a TDA, considera a pessoa de forma holística, integrando a sua saúde e o bem-estar, o ambiente em que se enquadra, e reconhece a intervenção de enfermagem como potenciador da capacidade da pessoa, através da maximização do seu potencial de autocuidado (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004). Esta base teórica sustenta a prática do EEER na pré-habilitação, reforçando o seu papel na promoção da autonomia e funcionalidade (Teixeira et al., 2023).

Desta forma, o EEER ao possuir um conjunto de competências específicas fundamenta a sua intervenção nos pilares do cuidar, capacitar e maximizar, promovendo a funcionalidade da pessoa. A sua intervenção inclui a transmissão de conhecimentos e a capacitação da pessoa e/ou cuidadores para a realização do autocuidado autónomo e independente tal como descrito no Regulamento das Competências Específicas do EEER(Diário da República, 2019b).

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES

A aquisição de competências é um processo fundamental que envolve formação teórica e prática, sendo os estágios uma oportunidade crucial para que os enfermeiros em formação desenvolvam competências práticas em ambientes reais de cuidados (Correia et al., 2021, 2022).

Para desenvolver as competências que permitam atingir o nível de perícia do EEER, considerando a exposição a diferentes contextos clínicos, é necessário definir objetivos de aprendizagem. A definição de objetivos implica um planeamento do processo de aprendizagem, com a intenção de mudança de pensamentos, ações e condutas (Ferraz & Belhot, 2010).

Assim, foram delineados objetivos, para permitir o desenvolvimento das competências do EEER, de acordo com os descritores de *Dublin* para o 2º ciclo de estudos, e com as competências comuns e específicas definidas pela OE, para o EEER (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005; Diário da República, 2019a, 2019b) :

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências do EEER para intervir com a pessoa com cancro de pulmão, no período pré-operatório, tendo em conta a individualidade e a complexidade de cada situação.

Com o intuito de atingir os objetivos gerais, com foco no desenvolvimento de competências de EEER, foram estrategicamente elaborados objetivos específicos, os quais são explanados de acordo com cada competência.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE "é *aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem*" (Diário da República, 2019a).

As competências demonstradas pelo EE, envolvem as dimensões da educação, orientação, aconselhamento e liderança. Assim como, a responsabilidade de realizar investigação relevante e pertinente, disseminando-a, na procura da melhoria contínua da prática de enfermagem (Diário da República, 2019a). Isto, através do aprofundamento dos domínios de

competências do enfermeiro de cuidados gerais, que estão divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e, desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019a).

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Com o intuito de desenvolver competências neste domínio¹, definiu-se como objetivo específico “desenvolver uma prática segura, assente em princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a individualidade, com suporte na evidência científica”.

O cuidar, através de uma abordagem holística, é essencial para a promoção da funcionalidade e da qualidade de vida, nos diferentes contextos (Matos & Simões, 2020). A prestação de cuidados, pautada por um compromisso com a qualidade e a ética, foi ao encontro da garantia que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e centrados na pessoa.

A prática de cuidados do EEER, tem uma base ética e deontológica profundamente enraizada na promoção do bem-estar e na garantia de uma intervenção que se alinha com os valores da profissão, tais como a beneficência, não maleficência, a justiça e o respeito pela autonomia (Silva et al., 2017). O EEER ao atuar de acordo com estes princípios assegura a qualidade dos cuidados e o direito de a pessoa ser tratada com respeito, valorizando a sua individualidade e os seus direitos em todos os momentos do seu processo de cuidados (OE, 2015b).

No âmbito deste domínio de competências, a prática de cuidados foi sempre pautada pelos princípios éticos e deontológicos. Estando presente em todas as intervenções com a pessoa, família e cuidadores. Os cuidados prestados foram alicerçados no Código Deontológico, que no artigo 97.º, alínea 1 a), estabelece que o enfermeiro tem o dever de “*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*” (OE, 2015b).

Nos diferentes contextos de prática clínica, foram elaboradas e implementadas intervenções em conjunto com a pessoa, família, e cuidadores, mediante o contexto e as necessidades identificadas. Procurou-se adequar os planos de reabilitação, não só às necessidades como

¹ A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades de cuidados (Regulamento n. 0140/2019).

também às expectativas, com reajuste das mesmas, imperando o respeito pela individualidade de cada pessoa. Tornou-se exemplo disso, a intervenção junto da senhora (sra.) M.C.V. de 87 anos de idade, no contexto de internamento na área de Cuidados Intensivos e Recobro, onde o plano de reabilitação foi ajustado regularmente de forma a garantir que a intervenção se mantivesse alinhada com a evolução clínica, respondendo de maneira flexível às suas capacidades e necessidades em constante mudança. Apesar da vontade da sra., a incapacidade resultante do procedimento cirúrgico, a situação hemodinâmica e as múltiplas intercorrências exigiram ajustes contínuos, de acordo com a avaliação realizada. É de ressaltar, que neste contexto de internamento, a atuação do EE, é essencial, evidenciando a importância da sua intervenção para a recuperação funcional das pessoas (Prazeres et al., 2021). No âmbito da prestação de cuidados à sra. M.C.V., a adaptação do plano demonstrou não só a necessidade de cuidados especializados, mas também a importância de desenvolver uma prática clínica que fosse ética e sensível às capacidades demonstradas, promovendo a sua autonomia e funcionalidade.

A responsabilidade profissional do EE, patente na área da reabilitação, é evidenciada pela sua capacidade de planear, implementar e gerir programas, onde a pessoa e sua rede de apoio são considerados protagonistas no processo de recuperação (Oliveira, 2023). O EEER ao integrar a pessoa e família no processo de cuidados reconhece que a reabilitação não é um processo isolado, mas sim um esforço conjunto, onde a colaboração entre o profissional e a rede de apoio (família, cuidadores e comunidade) é fundamental. É exemplo dessa prática, as visitas domiciliárias, realizadas no contexto de UCC, que surgem como estratégia de proximidade da equipa multidisciplinar com a família e comunidade, possibilitando ao EEER estar mais próximo e adequar a sua intervenção ao meio envolvente. Ao planear a intervenção no domicílio, o EEER consegue ajustar o plano de reabilitação ao contexto real da pessoa, adequando a sua prática ao meio envolvente e garantindo uma intervenção mais personalizada e eficaz. Além disso a visita domiciliária permite estabelecer horizontalidade relacional, assim como a promoção de vínculos significativos entre o EEER, a pessoa e a sua rede de apoio (Barbiani et al., 2016). Este tipo de relação facilita a comunicação aberta e genuína, o que por sua vez, fortalece a confiança mútua e permite que as intervenções sejam mais facilmente aceites e implementadas (Fernandes et al., 2024). O desenvolvimento desta parceria de cuidados é crucial para que a pessoa se sinta parte ativa no seu processo de recuperação, promovendo assim, a autonomia e independência.

A ética na enfermagem de reabilitação envolve uma abordagem centrada na dignidade e bem-estar da pessoa. Assim, o EEER deve estar ciente das implicações ético-legais das suas ações, garantindo que a intervenção respeita os direitos individuais e promove a máxima funcionalidade possível (Martins et al., 2020).

Um exemplo concreto desta prática foi a integração de cuidados paliativos com intervenção de reabilitação permitindo uma abordagem humanizada e centrada na qualidade de vida. Ao intervir com a pessoa em cuidados paliativos, não se procurou apenas prolongar a vida, mas sim proporcionar conforto, autonomia e dignidade. Como destaca Diogo (2017, p.7), *"em cuidados paliativos não devemos pensar no que a reabilitação pode fazer pelos doentes, mas sim, o que os doentes querem que a reabilitação faça por eles e esta tem de adaptar as suas intervenções ao que o individuo necessita a cada momento"*.

Este princípio ficou patente na intervenção com o senhor (sr.) AM de 63 anos, na valência de UCC. Durante a visita domiciliária, foi realizada a avaliação e treino de deglutição, além de ensinamentos à família, sobre estratégias para facilitar o autocuidado e prevenir complicações. Também foram avaliadas as condições habitacionais, e realizadas recomendações para reduzir o risco de queda e promover a segurança. Apesar do falecimento do sr. AM, após duas visitas, a família manifestou reconhecimento pelo impacto positivo da intervenção, evidenciando o papel do EEER na promoção do conforto e dignidade até aos últimos momentos de vida. Da mesma forma, a intervenção com a sra. M.C.C. de 70 anos, na valência de UCC, exemplifica a importância do EEER como agente facilitador do autocuidado. Inicialmente com seguimento pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na vertente UCC por fratura do úmero, porém com diagnóstico de neoplasia do pâncreas em progressão. A intervenção foi planeada em conjunto com a pessoa e cuidador de forma a refletir as suas necessidades e preferência sendo direcionada para a manutenção da funcionalidade, adaptação da habitação para facilitar a deslocação e minimizar o risco de queda, além da capacitação da família e cuidadores, para dar continuidade aos cuidados necessários.

Estes exemplos demonstram que a intervenção durante o estágio não restringiu apenas à recuperação funcional da pessoa alvo dos cuidados, mas envolveram uma abordagem humanizada com base nos princípios ético e deontológicos.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Destacando as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade², delineou-se como objetivo específico “colaborar na conceção, operacionalização e dinamização de programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nas instituições”.

A melhoria contínua da qualidade em enfermagem é um aspeto fundamental para garantir a eficácia e a segurança nos cuidados prestados. Este conceito envolve a implementação de práticas sistemáticas que visam não apenas a eficiência operacional, mas também a satisfação da pessoa e a valorização do trabalho da equipa de enfermagem (Rodrigues et al., 2023). A responsabilidade e a consciencialização do EEER em relação ao seu papel são fundamentais para a promoção de cuidados de qualidade e para a obtenção de resultados positivos em saúde (Rodrigues et al., 2023).

Durante o estágio no contexto de internamento hospitalar valência – Ortopedia, foi identificada uma lacuna nos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia ortopédica, no que respeita à preparação pré-operatória e otimização da recuperação funcional. Com base nesta necessidade, foi proposto o desenvolvimento de um projeto para a implementação de consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória. O objetivo deste projeto, foi reduzir o *stress* cirúrgico, promover a manutenção da funcionalidade no pós-operatório e acelerar a recuperação após a cirurgia, através de uma abordagem estruturada e personalizada, resultante da identificação das necessidades da pessoa (Mendes & Ferrito, 2021). Esta intervenção visou capacitar da pessoa e cuidador, através da implementação de um programa estruturado, desde o pré-operatório ao pós-operatório. Este tipo de intervenção é suportado pela evidência e reforçado por recomendações internacionais dos cuidados perioperatórios (Levett et al., 2016; Wainwright et al., 2020).

A proposta apresentada à sra. enfermeira gestora e EEER orientadora foi recebida com agrado, reconhecendo o potencial para melhorar os cuidados prestados à pessoa. Na sequência do desenvolvimento deste projeto surgiu a oportunidade de colaborar na redação de um capítulo de livro sobre a reabilitação da pessoa com prótese da anca e joelho, integrado num projeto financiado pelo Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz. Em coautoria com sra. enfermeira gestora e EEER orientadora, foi elaborado o capítulo intitulado “Preparação Pré-Operatória na Cirurgia Ortopédica: consulta de enfermagem do EEER”, atualmente em

² B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n. 0140/2019).

processo de edição. A participação nestes dois projetos evidencia a aquisição e o desenvolvimento da competência no domínio da melhoria contínua da qualidade ao assumir um papel dinamizador no suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Além disso, reforça o compromisso com a promoção de práticas de qualidade que garantem um ambiente terapêutico e seguro para a pessoa, através de intervenções fundamentadas na evidência científica e na humanização dos cuidados.

A formação contínua e a educação permanente são essenciais para garantir que os profissionais de saúde se mantenham atualizados e capacitados para enfrentar os desafios do cuidar, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados (Martins et al., 2018; Salimena, 2019). Um exemplo foram as diversas sessões de formação realizadas nos diferentes contextos, destacando-se as sessões dirigidas para os cuidadores formais de pessoas com demência, organizadas para os profissionais das instituições parceiras da *Egas Moniz School of Health and Science*, com um total de 71 participantes (APÊNDICE 3). Estas sessões contribuíram para o desenvolvimento de competências dos participantes e permitiram, como formadores, desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade ao assumir um papel dinamizador das iniciativas estratégicas na área da formação de equipas e ao demonstrar conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade, promovendo a incorporação desse conhecimento na prestação de cuidados. As realizações das sessões também permitiram o desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores do 2.º ciclo de estudos, particularmente no que se refere à competência para integrar conhecimentos e aplicar de forma eficaz. Os descritores destacam a capacidade do estudante para aplicar e expandir os conhecimentos e habilidades adquiridas, e no caso das sessões de formação, isso foi exemplificado pela capacidade dos formadores em planear, implementar e avaliar os programas de formação. Ao garantir a incorporação de novos conhecimentos na prática profissional foi possível refletir a capacidade de tomar decisões fundamentadas e de promover a mudança. Reflete também a capacidade de disseminar e comunicar as conclusões da formação e o raciocínio subjacente de forma clara.

No contexto de internamento na Área de Cuidados Intensivos e Recobro, verificou-se a necessidade de aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre as CPPO. As CPPO implicam aumento do tempo de internamento, dificultam a recuperação funcional e com conseqüente aumento dos custos ao tratamento (Pouwels et al., 2015). A literatura evidencia que os protocolos de reabilitação eficazes e adaptados, podem reduzir as CPPO, melhorando os resultados de sobrevivência no tratamento da doença. O início precoce de reabilitação pós-

operatória, é apontado como um fator determinante na redução da incidência destas complicações e otimização na recuperação cirúrgica (Carli et al., 2017; Fernández-Blanco et al., 2023). Tendo em conta este contexto e reconhecido o papel do EEER ao longo do percurso perioperatório, foi desenvolvida uma sessão de formação intitulada “CPPO: intervenção de enfermagem de reabilitação na gestão e prevenção” (APÊNDICE 4). Esta formação teve como objetivo capacitar os profissionais de enfermagem para implementar intervenções baseadas na evidência que contribuam para a maximização da funcionalidade da pessoa e prevenção de complicações (Diário da República, 2019b).

Já no contexto de prática clínica UCC, através do Projeto Saúde em Comunidade conjuntamente com o núcleo local de inserção social, foi possível colaborar no desenvolvimento da ação de formação denominada “Importância do exercício físico e da postura corporal” (APÊNDICE 5). A sessão de educação para a saúde, foi assistida por 24 beneficiários do rendimento social de inserção, com objetivo capacitar os participantes sobre os benefícios da atividade física e a importância de uma postura corporal adequada para a saúde e bem-estar. Esta iniciativa está alinhada com a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar, que visa consciencializar a população sobre a importância da atividade física e fomentar políticas para reduzir o sedentarismo e aumentar dos níveis de atividade física (Direção-Geral da Saúde, 2016). A formação assentou na relação profissional de saúde-utente, promovendo aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis com foco na prática de exercício físico. Para a elaboração da ação de formação foram consideradas as necessidades específicas dos participantes, nomeadamente a sua condição de saúde e contexto socioeconómico (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Por sua vez, no contexto UCCI, foi desenvolvida a ação de formação sobre a temática “Compromisso da deglutição: identificar e como proceder” (APÊNDICE 6). A escolha da temática deveu-se ao facto de a disfagia permanecer sub-reconhecida e subtratada, apesar da existência de métodos válidos e fiáveis para a sua identificação e tratamento (Roberts et al., 2024). A formação dos profissionais de saúde é essencial para permitir a identificação do risco de disfagia, possibilitar o tratamento e implementação das intervenções corretas mais adequadas (Roberts et al., 2024). O EEER desempenha um papel central não apenas na recuperação da funcionalidade e minimização do impacto das incapacidades, mas também na educação das pessoas e respetivos elementos da família/cuidadores informais, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e o estado nutricional, assim como, reduzir o risco de complicações graves (Sá et al., 2023).

A elaboração de material educacional, oferece mais do que um registo formal das informações transmitidas, funcionando como um recurso acessível para a consulta posterior. Esta estratégia é particularmente importante no contexto de doença crónica, onde a continuidade dos cuidados e a compreensão das instruções são cruciais para a eficácia do tratamento (Sales & Mendes, 2024; Teixeira, 2020). Além disso a utilização de materiais educativos está associada a melhores resultados de saúde e maior satisfação da pessoa e dos seus cuidadores (Heringer et al., 2021). Exemplo disso, é o material educativo elaborado no âmbito dos cuidados prestados na UCC (APÊNDICE 7 e 8), relativamente ao fortalecimento muscular, exercício físico e exercícios respiratórios. Também no contexto da UCCI, foi elaborado material relativamente à disfagia e cuidador a ter (APÊNDICE 9 e 10).

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados³, o objetivo definido foi “integrar a equipa multidisciplinar assumindo as dinâmicas organo-funcionais do EEER na equipa multidisciplinar, nos diferentes contextos de estágio”.

O EE enquanto gestor de cuidados, tem a responsabilidade de diagnosticar as necessidades, de conceber e implementar, monitorizar e avaliar os planos de cuidados adequados a cada pessoa (Oliveira et al., 2021). Exemplo disto, foi a elaboração de planos de cuidados personalizados, fundamentados na avaliação e identificação das necessidades de cada pessoa, promovendo uma abordagem de tomada de decisão que estimula o pensamento crítico no enfermeiro (Iqbal et al., 2023). Estes planos de cuidados podem ser consultados nos estudos de caso em apêndices (APÊNDICES 11 e 12).

No caso do estudo de caso I (APÊNDICE 11), elaborado no contexto internamento na Área de Cuidados Intensivos e Recobro, destaca-se a importância de decisões centradas no processo de enfermagem para melhorar a saúde física, funcional, cognitiva, mental e emocional dos sobreviventes de doenças críticas, reduzindo o impacto do internamento em cuidados intensivos (Prazeres et al., 2021). A abordagem holística adotada integrou a prática baseada na evidência, como a mobilização precoce e a reabilitação respiratória. O trabalho em equipa multidisciplinar, foi essencial para abranger todas as necessidades identificadas, prevenindo

³ C1 – Gere cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n. 0140/2019).

complicações e promovendo a autonomia e qualidade de vida (Prazeres et al., 2021). A definição de um plano que permitisse a continuidade dos cuidados, foi de todo decisivo para a manutenção das intervenções, assegurando uma atuação complementar entre os diferentes profissionais.

Por sua vez, o estudo de caso II (APÊNDICE 12), elaborado no âmbito dos cuidados prestados integrados na valência de UCC, abordou a diminuição da capacidade funcional existente provocada pela fratura e, conseqüentemente pela cirurgia, levando ao compromisso da capacidade de autocuidado. Este estudo de caso refletiu o contacto privilegiado no contexto comunitário, individual, familiar e social das pessoas, contribuindo para o planeamento de cuidados mais abrangentes e adaptados, mobilizando os recursos existentes, de forma a satisfazer as necessidades identificadas. Esta abordagem favoreceu a maximização do potencial real de reabilitação, promovendo a reeducação, a recuperação e inserção na comunidade (Oliveira et al., 2021).

Importa salientar que no contexto de internamento na Área de Cuidados Intensivos e Recobro, foi possível prestar cuidados a pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas, tendo como denominador comum, o diagnóstico de doença oncológica, ainda que afetando os diferentes sistemas. Exemplo disso, a sra. M.H.C. de 69 anos de idade, admitida por pneumotórax quando submetida a uma lobectomia do lóbulo inferior direito. Embora a intervenção cirúrgica tenha sido dirigida à doença oncológica por intercorrências cirúrgicas acabou por não se concretizar, com o cancelamento durante o período intraoperatório. Nesta situação, foi necessário desenvolver um plano de reabilitação implementado em parceria com a equipa de medicina física de reabilitação. Além disso, foi necessário efetuar a ligação com a equipa de enfermagem do ambulatório da instituição para garantir a continuidade do plano de reabilitação, promovendo a recuperação assim como a melhoria da capacidade cardiovascular, respiratória e muscular, a otimização do estado funcional e reserva física, contribuindo para a redução das CPPO na próxima intervenção cirúrgica (Batchelor et al., 2019; Fernandes et al., 2019; Haywood et al., 2020).

No contexto da UCC, a participação nas reuniões multidisciplinares, reforçou o processo de gestão de cuidados, possibilitando a interação entre os diferentes profissionais. Como resultado destaca-se a melhoria do processo de referenciação para outros profissionais. O encaminhamento adequado e de forma atempada para profissionais especializados, favoreceu a redução de complicações e potenciou recuperação, tendo por base a articulação e

colaboração interdisciplinar e partilha de responsabilidades (Canadian Nurses Association, 2009).

Na mesma linha de pensamento, surge o exemplo da sra. T.F. de 85 anos de idade, internada no serviço de Ortopedia, que necessitava de apoio de terceiros previamente à cirurgia. Através da avaliação das suas capacidades e funcionalidade foi elaborado o plano de reabilitação que incluiu recomendações para a alta com destino ao domicílio, incluindo a prescrição de dispositivos de apoio, ajustes no ambiente e adaptação de vestuário e calçado para a realização de marcha em segurança. Estas recomendações tiveram em consideração as necessidades na funcionalidade não só advindas da intercorrência ortopédica, como também da dependência prévia. Neste caso, foi realizada a articulação com a ECCI da área de residência, reforçando a importância da continuidade de cuidados. Um fator decisivo neste processo foi a comunicação entre os profissionais. Ressalva-se que a transmissão de informações por escrito facilitou a partilha entre os diferentes membros da equipa, assegurando que todos estivessem alinhados quanto ao plano de tratamento e às necessidades da pessoa (Rêgo et al., 2022).

Ao longo do percurso, foi possível alicerçar as competências de liderança, particularmente nos processos de tomada de decisão nos diferentes contextos e situações. Um aspeto fundamental foi a interação com as equipas de enfermeiros de cuidados gerais, uma vez que no contexto de enfermagem de reabilitação o contacto temporal com a pessoa é limitado. A inclusão ativa destes profissionais no planeamento de cuidados foi essencial, pois a sua participação potenciou a reabilitação da pessoa, assegurando um acompanhamento contínuo mais eficaz. A colaboração estreita com os enfermeiros de cuidados gerais permitiu não só otimizar a qualidade dos cuidados, mas também consolidar o papel como figura de referência para os profissionais da equipa. Este reconhecimento manifestou-se em diversas situações como nas transferências e posicionamentos mais adequados para a pessoa, momento em que estes enfermeiros recorreram ao meu conhecimento especializado para garantir as melhores práticas. Este envolvimento demonstrou um reconhecimento das competências evidenciadas durante o estágio.

Neste âmbito, foi de especial interesse observar a atuação de enfermeiros gestores, também EEER, em diferentes contextos de prática clínica, onde existe uma associação entre as competências de especialista e o papel de gestor. O enfermeiro gestor, desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade, garantindo a adequação dos recursos humanos e materiais necessários para a sua implementação (Santos, 2021). Em colaboração,

o enfermeiro gestor e o EEER, devem adotar estratégias que assegurem a avaliação da qualidade dos cuidados. Isto envolve um conjunto indicadores específicos e sensíveis à prática desenvolvida no serviço, incorporando tanto os indicadores institucionais quanto os direcionados à população-alvo, permitindo aferir ganhos em saúde relacionados com cuidados de especializados de reabilitação e a melhoria contínua da qualidade (Santos, 2021). Esta prática pode ser suportada em instrumentos de apoio como core de indicadores por categoria de enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, disponibilizado pela OE, onde é possível a criação de bilhetes de identidade dos indicadores por categoria, de acordo com as especificações de cada serviço (OE, 2015a).

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio⁴ de competências foram delineados diferentes objetivos, porém alguns já foram enfatizados nos domínios anteriores. No entanto destaca-se o objetivo “analisar o processo de aprendizagem, ao longo do percurso, com vista a aquisição e desenvolvimento de competências.”

Logo desde a unidade curricular de estágio, com a elaboração do projeto de estágio (APÊNDICE 1), iniciou-se o desenvolvimento de competências neste domínio, onde se inclui toda pesquisa realizada, assim como a revisão *scoping* elaborada (APÊNDICE 2) que serviu como suporte para a elaboração deste relatório. A realização da revisão *scoping*, permitiu obter uma visão ampla e atualizada do conhecimento existente, através do mapeamento da evidência disponível, contribuindo para a implementação de intervenções seguras e centradas na pessoa (Pollock et al., 2021), que neste caso visa a recuperação e melhoria na qualidade de vida.

Ao desenvolver o projeto foi possível a reflexão sobre a prática de cuidados do EEER, e da pré-habilitação, através do planeamento das diferentes intervenções que possibilitaram o desenvolvimento das competências, fortalecendo-se na investigação (Ruivo et al., 2010). O que remete à consistente associação entre a prática e tomada de decisões baseadas em evidência, com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, segurança e retorno do investimento nos cuidados de saúde (Connor et al., 2023).

⁴ D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n. 0140/2019).

Ao longo do estágio, a elaboração de estudos de caso (APÊNDICES 11 e 12) foi essencial para o desenvolvimento de competências, reforçando a capacidade de realizar diagnósticos de enfermagem de reabilitação e de implementar intervenções baseadas em evidência, fundamentais para uma prática eficaz e segura (Clares et al., 2022). A elaboração dos planos de cuidados seguiu o referencial emanado pela OE, adotando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® - OE, 2016) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015c). Esta abordagem visou garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação, promovendo a reflexão crítica sobre a prática e contribuindo para melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2018).

A formação e a atualização constante do conhecimento são essenciais para que os enfermeiros possam responder adequadamente às necessidades e exigências da prática clínica. A natureza dinâmica dos cuidados impõe que os enfermeiros não só adquiram competências iniciais, mas também se envolvam em educação contínua para acompanhar os avanços do conhecimento (Ortega et al., 2015). Com este foco, ao longo deste percurso, além do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foram realizadas diversas ações de formação, como *webinars* promovidos pela OE, como “Enfermagem de Reabilitação em contexto pediátrico” (ANEXO 1); “Enfermagem às Quintas – Reabilitação Geriátrica” (ANEXO 2); “Enfermagem de Reabilitação e a Sexualidade: Diferentes abordagens para um cuidado integral” (ANEXO 3); “Circuitos de Referência do doente para a RNCCI” (ANEXO 4). Além disso foi concluído o curso avançado de massagem terapêutica e aplicação de Bandas Neuromusculares (ANEXO 5), contribuindo para o desenvolvimento de competências e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Destaca-se ainda a contribuição científica com a elaboração do capítulo do livro intitulado “Preparação Pré-Operatória na Cirurgia Ortopédica: consulta de enfermagem do EEER”, atualmente em fase de edição, reforçando a disseminação do conhecimento. Paralelamente, a revisão *scoping* desenvolvida ao longo deste percurso foi submetida para publicação em revista indexada na base de dados SCOPUS, como título “*Prehabilitation: Preoperative Rehabilitation Interventions for Lung Cancer – A Scoping Review*” e encontra-se em fase de revisão. De realçar que os enfermeiros necessitam de estar cientes dos desenvolvimentos científicos, partilhar experiências e participar ativamente em associações profissionais com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados (Mert et al., 2023). Neste sentido, estive presente nas “III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios” com

apresentação de poster: "Pré - Habilitação: intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com cancro do pulmão – *Scoping Review*" (APÊNDICE 13 e ANEXO 6); no "III Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação" com participação no "curso prático *Hands-on*" – banca exercício físico no idoso" (ANEXOS 7); e, no "Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2024" promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação com apresentação de poster: Pré-Habilitação: Intervenções de reabilitação no pré-operatório na pessoa com cancro do pulmão (APÊNDICE 14 e ANEXO 8); e, na publicação do resumo: Pré-Habilitação: Intervenções de reabilitação no pré-operatório na pessoa com cancro do pulmão na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

Por fim, a demonstração de autoconhecimento e assertividade, foi fulcral nos momentos de apreciação e tomadas de decisão, assim como, facilitador na integração nas diferentes equipas. A interligação entre a assertividade e o autoconhecimento, é vital, na melhoria das competências de comunicação, profissionalismo e na garantia da qualidade dos cuidados prestados (Öz & Bilgili, 2023; Richard et al., 2023). Porém, a consolidação destas competências também foi possível, através de estratégias como *feedback* e momentos de discussão com os EEER orientadores, o apoio e orientação do professor orientador, e ainda, a determinação e dedicação colocadas durante todo o processo. Estes elementos demonstram ser potenciadores na promoção de uma prática de enfermagem baseada em evidência (Fontaine et al., 2024).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A intervenção do EEER abrange diversas áreas desde a prevenção e reabilitação, até à promoção do autocuidado e funcionalidade, assegurando ganhos em saúde. O EEER "*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas*" (Diário da República, 2019b, p.13565). Tudo isto através de elevado nível de conhecimentos que permite tomar decisões na promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

Dada a abrangência e transversalidade da intervenção, torna-se necessário que o EEER seja detentor de competências específicas nesta área de atuação. Com foco nos objetivos

estipulados, são descritas as atividades realizadas que permitiram o desenvolvimento das competências.

Ao longo de todo o período de estágio, foram desenvolvidas intervenções fundamentadas na TDA de Dorothea Orem, a qual postula que o autocuidado é uma competência que deve ser desenvolvida, com base nas necessidades específicas de cada pessoa (Isik & Fredland, 2023; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004; Teixeira et al., 2023). Alinhado com esta teoria e de acordo com o Regulamento n.º392/2019, o EEER pode assumir total ou parcialmente o cuidado, ou atuar na capacitação da pessoa, através do ensino, instrução e treino do autocuidado, supervisionando as atividades realizadas de forma autónoma (Diário da República, 2019b). Para que seja possível, é importante que inicialmente se faça a avaliação das limitações funcionais da pessoa, seguidamente o planeamento e, conseqüentemente, a implementação de um programa de treino AVD, adequado às suas necessidades e preferências.

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

Neste domínio⁵ de competências foi delineado o seguinte objetivo “prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais, assim como família/cuidador, utilizando a metodologia do processo de enfermagem”.

Ao longo do estágio foi possível identificar necessidades de intervenção no domínio da reabilitação, em pessoas de diferentes faixas etárias, impossibilitadas de executar AVD, em resultado da sua condição de saúde. Porém antes do estabelecimento do plano de intervenção, a avaliação das necessidades, foi essencial por forma a formular um plano personalizado.

A avaliação não deve ser considerada como um ato único e isolado, mas sim um processo dinâmico e integrado, que permite identificar as necessidades reais da pessoa, contribuindo para a formulação de diagnósticos precisos e intervenções de EEER personalizadas (Müller et

⁵ J1.1. - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3 — 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; J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas (Regulamento n.º 392/2019).

al., 2023). Neste processo, a utilização de instrumentos validados revelou-se essencial, permitindo a identificação objetiva das capacidades e limitações da pessoa, bem como, após a intervenção, avaliação dos ganhos em saúde resultantes da atuação do EEER (Gardona & Barbosa, 2018). Além disso, a utilização destes instrumentos, promoveu a segurança em relação à confiabilidade dos dados, e padronização da linguagem clínica facilitando a transversalidade da interpretação entre profissionais (Gardona & Barbosa, 2018; Müller et al., 2023).

Em todas as pessoas que foi possível intervir, este processo revelou-se essencial. Para elaboração e implementação de um programa de reabilitação foi necessário incluir dados obtidos através da anamnese, da realização do exame neurológico (quando aplicável) e da consulta dos exames complementares de diagnóstico. Foi igualmente fundamental conhecer o contexto de vida da pessoa, o seu ambiente e identificar os fatores de risco presentes.

Neste sentido, recorreu-se à utilização de escalas como a escala de coma de *Glasgow* (Jain & Iverson, 2023), a escala de força muscular *Medical Research Council Muscle Scale* (Medical Research Council, 1976) *Ashworth* modificada (Bohannon & Smith, 1987), a escala de Equilíbrio de *Berg* (Berg et al., 1992), a escala de *Morse* (Direção Geral da Saúde, 2019), a escala *Functional Ambulation Classification* (Ferreira, 2012), a escala de *Braden* (Direção-Geral da Saúde, 2011), a escala de *Borg* modificada (Borg, 1982), avaliação *Gugling Swallowing Screen* (Ferreira et al., 2018), índice de *Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965), *Medida de Independência Funcional* (Direção-Geral da Saúde, 2011a) e o Mini-exame do Estado Mental (Morgado et al., 2009). Também foi possível a representação gráfica da informação fornecida sobre a família e comunidade, através da elaboração de genogramas e ecomapas. Estas ferramentas foram úteis para conhecer a família e identificar a rede de apoio, a dinâmica relacional e os recursos sociais disponíveis (Henriques, 2019).

A identificação de alterações, problemas de saúde e potenciais riscos, foi crucial para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, os quais orientaram intervenções centradas na pessoa, promovendo a tomada de decisão clínica fundamentada e a melhoria dos resultados em saúde (Rahne, 2023). Rahne (2023) destaca o papel de diagnóstico de enfermagem individualizados, alinhados com as necessidades específicas de cada pessoa. Em concordância com a avaliação, foram também estabelecidos em todos os locais de estágio, planos de cuidados personalizados, centrados necessidades e potencial funcional da pessoa. De forma a refletir este percurso, podem ser consultados dois estudos de casos elaborados que espelham esse processo (APÊNDICES 11 e 12). Foram igualmente elaborados planos de

cuidados nos diferentes sistemas de informação de enfermagem, utilizados nas diferentes instituições, de forma a contribuir para uma prática sistematizada, transversal e acessível aos diferentes profissionais. O trabalho em equipa na reabilitação é fundamental, sendo de grande relevância a existência e partilha do plano de cuidados para assegurar a continuidade da intervenção nos diferentes momentos do dia.

Com base nos diagnósticos identificados e orientado pelos objetivos, o EEER planeia e implementa um conjunto de intervenções de forma a otimizar e/ou reeducar a função motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, alimentar, da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade (Diário da República, 2019b). Todos os momentos de intervenção, nos diferentes locais de estágio, foram exemplo desta abordagem. A experiência vivida em cada instituição contribuiu para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências específicas, constituindo etapas complementares e enriquecedoras de um percurso de aprendizagem e dedicação contínuas.

Ao longo do estágio, foi promovida a mobilização precoce, considerada por diversos autores uma intervenção fundamental na modificação de fatores de risco associados à morbidade, com impacto positivo na capacidade funcional da pessoa (Ferreira & Peres, 2020; Reis et al., 2021). Paralelamente, foi realizado o treino de marcha, com o objetivo de colmatar défices, reduzir a dependência nos autocuidados e promover a reabilitação da funcionalidade. Para tal, revelou-se essencial o reforço muscular dos membros, através de mobilização passiva, ativa e resistida dos diferentes segmentos, ajustada à capacidade funcional de cada pessoa. A utilização de pesos e bandas elásticas para aumentar a resistência contribuiu igualmente para o fortalecimento muscular.

Destaca-se ainda o treino de equilíbrio, particularmente relevante nos contextos de Cuidados Intensivos e Recobro. Tal como evidenciado na revisão sistemática de Saumur et al. (2020), após períodos de repouso prolongado no leito, são frequentemente observados défices no controlo do equilíbrio, atribuídos à atrofia muscular, alterações nos estímulos sensoriais e descondicionamento cardiovascular. Assim, foi prioritária a implementação de exercícios orientados para o treino da força e do equilíbrio, sobretudo nas pessoas com imobilização prolongada. As intervenções incluíram exercícios de postura (manutenção da posição ortostática, apoio unipodal), de transição (levantar e sentar) e de força muscular (elevação de pontas dos pés e calcanhares, agachamentos com e sem suporte), adaptados às necessidades e capacidades individuais.

Um outro exemplo com enfoque na área motora é o exemplo do sr. A.P.P., com diagnóstico de hematoma subdural na sequência de um traumatismo crânio-encefálico, tendo antecedentes de um Acidente Vascular Cerebral ocorrido um ano antes, com sequelas de hemiparesia do membro superior esquerdo e hemiplegia do membro inferior esquerdo. O objetivo do plano de intervenção foi melhorar a capacidade funcional através do treino motor. Para tal, foi implementado um programa que incluía treino de força, com mobilizações ativas e resistidas dos membros superiores e inferiores, sendo utilizadas bandas elásticas nos membros inferiores para aumentar a resistência.

Associado ao treino de força, foi também realizado treino de equilíbrio, com exercícios de transição (como levantar e sentar com apoio) e exercícios de postura (postura estática com suporte), pois o sr. A.P.P. apresentava alterações significativas do equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Com a evolução positiva ao longo das sessões, foi possível introduzir exercícios mais exigentes, como a permanência em apoio unipodal com suporte. Foi também realizado treino de marcha em curta distância, inicialmente com apoio bilateral, contudo após duas sessões, verificou-se progressão suficiente para iniciar o uso de auxiliar de marcha (andarilho).

Apesar das sequelas motoras antigas decorrentes do Acidente Vascular Cerebral, nomeadamente a hemiparesia da mão esquerda, foi possível realizar uma intervenção eficaz. Além da realização das mobilizações passivas e ativas, foram incluídas intervenções de estimulação sensorial, como: estímulo com diferentes texturas e temperaturas; treino de identificação de objetos com a mão afetada; treino de preensão com diferentes objetos (como bolas e molas); e ensino de estratégias compensatórias.

O treino de força e resistência constitui um componente essencial da intervenção, tanto em pessoas idosas como em pessoas em recuperação pós-cirúrgica. Estas intervenções visaram restaurar a independência funcional, melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações associadas à imobilidade. O treino motor revelou-se fundamental para a recuperação da pessoa, promovendo melhorias na capacidade funcional e contribuindo para o aumento da qualidade de vida (Matos & Simões, 2020).

Em cada plano de intervenção foram selecionados os exercícios mais adequados às capacidades e necessidades individuais, assegurando uma abordagem personalizada. Esta prática está alinhada com o estudo de Correia et al. (2019), que demonstra o impacto positivo e significativo do treino proprioceptivo e do equilíbrio postural, sobretudo na prevenção de quedas.

É também importante salientar que nem todos os contextos possuíam os mesmos recursos materiais, tendo sido necessário adotar a intervenção aos recursos disponíveis como por exemplo, utilizar garrafas de água ou pacotes de arroz/massa, utilizar molas da roupa, elásticos da roupa, cabos de vassoura/esfregona, entre outros.

A intervenção na função respiratória foi também um dos pilares essenciais ao longo do estágio. A maioria das pessoas intervencionadas nesta área era proveniente de contextos cirúrgicos, com especial incidência em situações associadas a CPPO, frequentemente relacionadas com disfunções da musculatura respiratória (Fernandes et al., 2019; Li et al., 2017; Lusquinhos et al., 2023). Tendo em conta esta realidade, foram implementados planos de intervenção com enfoque na reabilitação respiratória precoce, com o objetivo de reduzir o risco de CPPO (Carli et al., 2017; Fernández-Blanco et al., 2023). Ao longo do estágio, o maior contacto verificou-se com duas tipologias cirúrgicas: a cirurgia torácica não cardíaca e a cirurgia abdominal. Embora os objetivos fossem definidos por grupo, os planos de intervenção foram adaptados à especificidade de cada cirurgia, respeitando as particularidades e necessidades de cada pessoa.

No que diz respeito à cirurgia torácica, foram definidos como principais objetivos a otimização da ventilação e da expansão pulmonar, bem como a mobilização de secreções, com vista à melhoria da capacidade ventilatória. Para alcançar estes objetivos, foram implementadas diversas intervenções terapêuticas, conforme sistematizado na Tabela 2:

Objetivo	Intervenções
<p>Otimizar a ventilação e expansão pulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização e dissociação de tempos respiratórios; • Respiração abdomino-diafragmática; • Reeducação diafragmática posterior; • Reeducação hemicúpulas diafragmáticas; • Reeducação costal global com bastão; • Reeducação costal seletiva; • Treino com inspirómetro de incentivo.
<p>Mobilizar secreções</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse dirigida; • Tosse assistida; • Tosse com contenção da ferida; • Ciclo ativo de técnicas respiratórias; • Drenagem postural modificada.

Tabela 2 - Reabilitação Respiratória: Cirurgia Torácica

Por sua vez, na cirurgia abdominal, foram estipulados como objetivos otimizar expansão pulmonar, reforçar musculatura respiratória e mobilizar secreções, e as intervenções associadas explanadas na Tabela 3.

Objetivo	Intervenções
Otimizar expansão pulmonar e reforçar musculatura respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Conscencialização e dissociação de tempos respiratórios; • Respiração abdomino-diafragmática; • Reeducação diafragmática posterior; • Reeducação costal global com bastão; • Reeducação costal seletiva; • Treino com inspirómetro de incentivo.
Mobilizar secreções	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse dirigida; • Tosse com contenção da ferida; • Ciclo ativo de técnicas respiratórias.

Tabela 3 - Reabilitação Respiratória: Cirurgia Abdominal

Em ambos os grupos, foram realizados ensinamentos relativamente às posições de descanso e relaxamento e correção postural, assim como, técnicas de gestão de energia.

A intervenção na área respiratória, foi igualmente pertinente naqueles que apresentavam disfunção respiratória causada por doenças neurológicas. Esta disfunção, pode causar dispneia, tosse, limpeza das vias aéreas ineficaz por alteração do reflexo da tosse, atelectasia, pneumonia, hipoxia, hipercapnia, distúrbio de sono, insuficiência respiratória, fadiga, redução da tolerância à atividade (Köseoğlu, 2022). E, uma vez detetada a disfunção, a reeducação funcional respiratória tem de ser introduzida na rotina diária da pessoa de forma a minimizar o impacto dos sintomas e melhorar a qualidade de vida (Dereli et al., 2022).

Um exemplo desta intervenção ocorreu no contexto da UCCI, onde a maioria das pessoas apresentava patologias do foro neurológico, o que exigiu atuação específica na área respiratória. Após a devida avaliação e identificação das necessidades, foram definidos planos de intervenção que, na maioria dos casos, incluíram exercícios de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, e treino da tosse dirigida ou assistida. Adicionalmente, foi necessário o treino da musculatura respiratória, fundamental para o controlo da respiração, a postura e a estabilidade do tronco (Köseoğlu, 2022), através da realização de exercícios posturais e de fortalecimento.

No seguimento da linha de raciocínio relacionada com o contexto cirúrgico, destaca-se o estudo de Barros et al. (2022), que conclui que a disfagia pós-intubação orotraqueal é uma complicação frequente podendo resultar de trauma direto causado pelo tubo endotraqueal, neuropatia associada à fraqueza neuromuscular, diminuição da função sensorial laríngea, disfunção sensorial, refluxo gastroesofágico ou descoordenação da ventilação. Esta alteração da deglutição pode originar complicações como desidratação, desnutrição e pneumonia por aspiração. A literatura reforça que, com diagnóstico precoce e intervenção adequada, o prognóstico de resolução é favorável (Matos et al., 2021).

Neste sentido, é importante relatar o caso da sra. M.D.F.A., de 43 anos, submetida a ressecção de tumor hepático e colecistectomia, com necessidade de *packing* hepático. Foi reintervencionada dois dias depois para revisão da hemostase e biliostase, com remoção das compressas. Durante o internamento, registou-se um episódio de vômito, acompanhado de diminuição do reflexo de deglutição e da tosse, o que exigiu a intervenção do EEER com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, através de aspiração de secreções e treino de tosse assistida, incentivando frequentemente a participação da pessoa. Estas intervenções revelaram-se eficazes para manter a limpeza das vias aéreas, melhorar a força dos músculos respiratórios e aumentar a capacidade ventilatória. Adicionalmente, foi administrado oxigénio de alto fluxo, com boa resposta e tolerância por parte da sra.

Considerando a importância, e só após a estabilidade hemodinâmica da pessoa, foi realizado o teste de disfagia, através do rastreio *Gugling Swallowing Screen* (Ferreira et al., 2018). Foi possível realizar o teste indireto preliminar com a pontuação total de 5, porém, não foi possível avançar no teste direto na deglutição, tendo em consideração o atraso na deglutição e a tosse involuntária. Considerando o comprometimento da função da alimentação e, com intenção de reduzir o risco de complicações associadas, foi colocada sonda nasogástrica e iniciou-se a intervenção específica nesta área, a qual incluiu exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios, da língua, da mandíbula e da laringe, como exercícios de elevação laringe e encerramento da glote, e por fim, através do treino da deglutição supraglótica. Até à data da última intervenção foi possível realizar novo rastreio, tendo a sra. conseguido avançar para o teste direto na deglutição na consistência semissólido.

É importante realçar que todos os planos de intervenção foram orientados potenciar a realização de AVD, respeitando a vontade e hábitos individuais de cada um, promovendo a sua participação ativa, com o objetivo de readaptar-se às incapacidades resultantes do processo de doença.

2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

No que respeita a este domínio⁶ de competências foi delineado o seguinte objetivo “elaborar programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações e necessidades identificadas na pessoa”.

Considerando que as alterações na funcionalidade influenciam significativamente a participação da pessoa na sociedade, sendo profundamente afetadas pelas condições de saúde, sociais e financeiras, torna-se essencial que o EEER, adote uma prática centrada na pessoa e promotora da inclusão. Esta abordagem contribui para a redução das barreiras existentes através da avaliação do impacto que a limitação funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa, com ênfase na independência e autonomia (Diário da República, 2019). À luz da TDA de Dorothea Orem, o EEER atua como facilitador do processo de adaptação, incentivando a participação ativa da pessoa e da sua rede de suporte, com o objetivo de restaurar ou otimizar o desempenho funcional e promover a reintegração social (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004).

Todos os planos de intervenção foram desenhados tendo em conta a adaptação às alterações da funcionalidade, com recurso a treinos de AVD. Estes treinos, aliados ao reforço muscular e mobilizações, foram de extrema importância na preparação para a alta, tendo também como foco a preparação/adaptação do domicílio. Grande parte deste treino baseou-se nas necessidades identificadas, assim como nas condições ambientais de cada pessoa, tanto no ambiente domiciliário, como nos ambientes exteriores que necessite de frequentar. Idealmente não deveriam existir barreiras arquitetónicas, para pessoas com alteração da funcionalidade, de modo a facilitar o processo de reintegração, porém, isso não corresponde à realidade da maioria das situações acompanhadas. Assim, para além do treino de AVD, foi essencial realizar ensinamentos individualizados após identificação das necessidades, focando as adaptações domiciliárias, e a utilização de produtos de apoio.

⁶ J2.1. - Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2. - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

No serviço de Ortopedia, destaca-se o caso da sra. I.D., que através do ensino pré-operatório, já tinha realizado a adaptação do seu domicílio. Tendo isto em consideração, foi imprescindível adaptar o treino de AVD às alterações previamente realizadas e às características específicas do domicílio. Durante o internamento, o treino focou-se especificamente na higiene pessoal, vestuário, uso de sanitários, transferência e locomoção autónoma com recurso a produtos de apoio, sempre com objetivo de capacitar a pessoa para o autocuidado após a alta hospitalar. Também foram contemplados, os obstáculos físicos existentes no domicílio, que não podiam ser eliminados, nomeadamente os degraus, pelo que se reforçou o treino funcional de subir e descer escadas.

No ambiente hospitalar, é essencial capacitar a pessoa internada com limitação na funcionalidade, envolvendo o cuidador/familiar em todo o processo, através do planeamento da alta, facilitando a transição e promovendo a reintegração no seu ambiente (Diário da República, 2019b). De acordo com Duarte (2010), a continuidade dos cuidados deverá ser iniciada durante o internamento, estabelecendo-se contatos, de forma a operacionalizar a alta precoce. Neste sentido, a integração da família e cuidadores na preparação da alta, foi promovida sempre que possível nos diferentes locais de estágio, tendo em conta a realidade individual. Foram realizados ensinamentos direcionados e potenciada a participação nos cuidados, apostando na integração dos cuidadores, assim como, a criação de oportunidades para a adaptação do plano de intervenção às necessidades identificadas da pessoa e, também da sua rede de suporte.

A importância da integração da família nos cuidados espelhou-se na situação da sra. T.F. especialmente, no planeamento de alta. A presença de antecedentes pessoais de demência, já conhecidos previamente ao internamento no serviço de Ortopedia, comprometeu a participação direta da própria, dificultando o início da preparação para a alta. Porém com a presença da família, foi possível identificar fatores de risco no domicílio, reconhecer as necessidades sentidas pela família, prescrever produtos de apoio e orientar para a eliminação de barreiras arquitetónicas na habitação, de forma a potenciar a segurança da sra. T.F. Este envolvimento também contribuiu para a capacitação da família e cuidadores, para assegurar a continuidade de cuidados. Foi também importante a participação da família, de forma otimizar a referenciação para outros profissionais de saúde respondendo às necessidades, tanto da sra. T.F. como da própria família, por exemplo, serviço de apoio domiciliário e ingresso na ECCI.

A capacitação da pessoa deve ser orientada pelas suas necessidades e igualmente incluir os familiares, como também se verificou no caso do sr. A.P.P.. O plano de intervenção incluiu treino de AVD com o objetivo de promover o autocuidado e incentivar a colaboração nas atividades, que até então eram desempenhadas exclusivamente pela esposa, sua única cuidadora. Conforme referido anteriormente, a participação da família constitui um elemento fundamental na continuidade dos cuidados (Mendes et al., 2017).

Para assegurar essa continuidade, o plano de cuidados deve ser partilhado de forma clara, acessível e adaptada à realidade da pessoa e da sua rede de apoio. Um exemplo elucidativo foi a atuação da esposa do sr. A.P.P. no âmbito da UCC. Nos dias em que não havia intervenção direta por parte do EEER, a esposa assegurava a manutenção do programa de treino executando os exercícios, após ensino. A sua disponibilidade, colaboração e motivação constituíram um estímulo para o sr. A.P.P., refletido na adesão ao programa de reabilitação, na execução dos exercícios previstos e na adaptação criativa dos materiais do domicílio, como o uso de garrafas de água e embalagens de leguminosas em substituição de pesos, ou elásticos de roupa para treino de resistência e força. Demonstrou igualmente abertura para a aquisição de ajudas técnicas promotoras da autonomia e da qualidade de vida, como meias antiderrapantes, calçado adequado, cadeira sanitária, tabuleiro para cadeira de rodas e tábua de transferência.

Neste caso, a avaliação do ambiente permitiu ainda a identificação de fatores de risco e a emissão de recomendações para tornar o espaço mais seguro. Foram detetadas, por exemplo, a ausência de corrimãos nas escadas, iluminação insuficiente, tapetes soltos e obstáculos em várias divisões da casa.

No mesmo sentido, o caso da sra. M.C.C. ilustra a relevância do envolvimento familiar. O seu esposo, presente e dedicado, mostrava-se ansioso e com dificuldade em adaptar-se às alterações da dinâmica familiar. Face a esta vulnerabilidade, os ensinamentos foram fragmentados e adaptados, considerando a evolução da condição clínica da sra. M.C.C., inicialmente acompanhada pela equipa da UCC na valência de reabilitação, mas posteriormente com necessidade de transição para cuidados paliativos. Este caso reforça a importância do papel da família, sendo necessário ajustar a comunicação e a informação fornecida de acordo com a capacidade de compreensão e o estado emocional do cuidador (Mendes et al., 2017). Ao esposo da sra. M.C.C. foram realizados ensinamentos para a capacitação da gestão de sintomas, manutenção da funcionalidade, realização de mobilizações e transferências, cuidados de

higiene e conforto, bem como sugestões para a reorganização do ambiente domiciliário e referenciação para apoios externos.

Também relevante neste processo foi a avaliação das condições de acessibilidade e a identificação de necessidades, permitindo adaptar o ambiente externo à realidade da pessoa com limitações funcionais (Silva et al., 2019). Um exemplo elucidativo é o plano de intervenção da sra. M.D.R.S., desenvolvido com base numa avaliação domiciliária. Apesar de residir num rés-do-chão, existia um conjunto significativo de barreiras arquitetónicas: um lanço de cerca de 10 degraus à saída da porta principal, dois degraus até à porta de acesso ao exterior e mais quatro até atingir o nível da rua. Estas limitações exigiram uma intervenção cuidadosa para garantir a segurança e a funcionalidade na transição entre os ambientes interno e externo.

A elaboração de um plano de treino adaptado, com o objetivo de promover a mobilidade e a acessibilidade, permitiu à sra. M.D.R.S. alcançar o exterior da sua residência. Tal como referido por Pereira et al. (2020) *“a prestação dos cuidados de enfermagem deve ser alargada para além da componente física e ter como foco os fatores ambientais, pela identificação de barreiras arquitetónicas, quer ao nível do ambiente domiciliar quer nos restantes ambientes da vida diária, que condicionam a vivência da deficiência e impedem a participação e inclusão social”* (p. 94). Desta forma, a intervenção iniciou-se com o ajuste do vestuário e calçado, seguido da aquisição de dispositivos de marcha, concretamente, canadianas, uma vez que o andarilho anteriormente utilizado se revelou inadequado devido à sua dimensão e à existência de 16 degraus entre o interior da casa e o exterior, impedindo a mobilidade para fora do domicílio. Após esta adaptação, iniciaram-se treinos de marcha em superfície plana, progredindo gradualmente para o treino de subida e descida de escadas no edifício (com um total de 10 degraus), aumentando-se progressivamente o número de séries até ser possível alcançar, com segurança, a porta exterior, sempre com recurso às duas canadianas.

O primeiro dia de treino de marcha na rua foi particularmente marcante do ponto de vista emocional. A sra. demonstrou grande emoção ao reencontrar vizinhas e amigas, depois de mais de três meses sem sair de casa desde a cirurgia. Este momento reforçou o valor social e afetivo da reabilitação orientada para a funcionalidade e participação. A distância percorrida durante os treinos foi sendo aumentada de forma gradual, tendo sempre em consideração os limites impostos pela fadiga e pela dor. Quando a marcha com duas canadianas no exterior deixou de apresentar limitações, iniciou-se o treino com apenas uma canadiana, posicionada no lado afetado.

Complementarmente, procedeu-se à entrega de material educativo previamente elaborado (Apêndice 7, 8, 9 e 10), o qual continha as informações essenciais transmitidas ao longo das intervenções. Este material funcionou como um recurso de fácil consulta, facilitando a capacitação da pessoa e da sua família. A disponibilização deste tipo de suporte é particularmente relevante em contextos de doença crónica, onde a continuidade dos cuidados e a compreensão das instruções são determinantes para a eficácia do tratamento (Sales & Mendes, 2024; Teixeira, 2020), contribuindo assim para melhores resultados em saúde e maior satisfação da pessoa e dos seus cuidadores (Heringer et al., 2021).

A experiência descrita com a sra. M.D.R.S., bem como com outras pessoas referidas anteriormente, pode ser compreendida à luz da TDA de Dorothea Orem, a qual fundamenta a prática de enfermagem na promoção da autonomia, capacitação e responsabilização progressiva da pessoa e dos seus cuidadores.

No caso da sra. M.D.R.S., o processo de reabilitação iniciou-se numa lógica de sistema parcialmente compensatório, na qual o cuidador executava e auxiliava na realização das AVD, dado o impacto físico e funcional da cirurgia recente. À medida que as capacidades funcionais da sra. foram sendo recuperadas, o foco transitou gradualmente para o sistema de apoio-educação, no qual o papel do EEER foi apoiar, orientar e ensinar a pessoa a desempenhar de forma autónoma os cuidados necessários ao seu bem-estar, segurança e reintegração no ambiente social e físico. A entrega de material educativo, a planificação individualizada dos treinos, e o envolvimento da pessoa e da sua família no processo de decisão e execução dos cuidados refletem de forma clara esta abordagem educativa.

Este paralelismo também é evidente nas restantes situações descritas. Na situação da sra. T.F., cujo défice cognitivo exigiu um sistema compensatório com foco no cuidador, foi essencial a educação da família, que assumiu as responsabilidades do autocuidado em nome da pessoa. Por sua vez, com o sr. A.P.P., foi promovido um sistema de apoio-educação, tanto na capacitação dele próprio como da esposa cuidadora, com vista à progressiva transição da dependência para a autonomia funcional. Já no caso da sra. M.C.C., observou-se a importância da adaptação do sistema de apoio-educação às condições emocionais e contextuais do cuidador principal, reforçando a necessidade de individualizar os ensinamentos, respeitando os limites da pessoa e dos seus familiares.

Assim, todos os exemplos relatados demonstram a importância da prática de enfermagem fundamentada na TDA de Orem, centrada na promoção da autonomia, na colaboração com os cuidadores e na adaptação das intervenções ao nível de funcionalidade e capacidade de

aprendizagem de cada pessoa. Esta abordagem teórica reforçou o papel ativo do EEER como facilitador do autocuidado, promotor da segurança, e elo entre a pessoa, a família e os diferentes.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Por fim, neste domínio⁷ de competências foi delineado o objetivo de “promover a maximização das capacidades funcionais, melhorando o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório.” O EEER tem como propósito maximizar a funcionalidade da pessoa, promovendo o desenvolvimento das capacidades remanescentes e fortalecendo a autonomia nas AVD (Diário da República, 2019b). Esta abordagem está em consonância com a TDA, que destaca a importância de apoiar a pessoa no desempenho do autocuidado, reconhecendo os seus défices e potencialidades (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Petronilho & Machado, 2016; Taylor, 2004). Com base nestes princípios, privilegiou-se uma prática de cuidados personalizada, orientada para a capacitação da pessoa e para a maximização da funcionalidade, tendo sempre em consideração os seus contextos de vida e objetivos individuais, numa perspetiva de promoção da qualidade de vida (Diário da República, 2019b). Tendo isto em consideração, no caso da sra. M.H.C., optou-se por iniciar não só o programa de reabilitação pós-operatória, como também, rentabilizar o tempo até à nova cirurgia para investir na sua capacitação pré-operatória. Esta estratégia teve como objetivo aumentar a reserva funcional, otimizar a função pulmonar e melhorar a capacidade aeróbica, promovendo uma recuperação mais eficaz no período pós-operatório e reduzindo o risco de complicações (Pu et al., 2021). O programa de treino foi delineado de forma individualizada, incluindo as componentes motora, respiratória e cardíaca. Neste âmbito, foi realizado o ensino, instrução e treino com o objetivo de maximizar o desempenho funcional global. A pré-habilitação revelou-se fundamental, pois contribuiu para aumentar a funcionalidade da pessoa antes da cirurgia, permitindo enfrentar o período cirúrgico e pós-cirúrgico com maior resiliência e menor risco de CPPO.

⁷ J3.1. - Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório; J3.2. - Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados. (Regulamento n.º 392/2019).

A intervenção incluiu treino respiratório com foco consciencialização e dissociação de tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação costal global com bastão e, reeducação costal seletiva. No âmbito do treino motor, foi recomendada caminhada como exercício aeróbio de base. Dada a complexidade do caso, foi necessária a articulação com a equipa de enfermagem do ambulatório da instituição, de forma a assegurar a continuidade de cuidados e a monitorização da evolução da sra. M.H.C.

A intervenção em contexto cirúrgico teve como objetivo a recuperação funcional global da pessoa, com o menor risco possível de complicações, o que frequentemente implicou a necessidade de continuidade dos cuidados de reabilitação no domicílio (Leitão et al., 2022). No entanto, o período pré-operatório deverá ser igualmente reconhecido como um momento estratégico, dado que oferece uma oportunidade ímpar para identificar precocemente fatores de risco e atuar de forma preventiva, atenuando os seus efeitos no pós-operatório (Levett et al., 2016). A implementação de um programa de pré-habilitação ultrapassa a mera preparação física para o ato cirúrgico, assumindo-se como um processo de capacitação integral da pessoa, alinhado com os seus objetivos, motivações e contexto de vida (Banasiewicz et al., 2023). Neste sentido, a intervenção durante o estágio foi orientada para maximizar as capacidades funcionais da pessoa, ativando e ampliando os recursos remanescentes, o que contribui não apenas para um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, mas também para o reforço da autoconfiança e do desenvolvimento pessoal. A pré-habilitação, revelou-se, assim, essencial para potenciar o processo de reabilitação e promover ganhos em saúde, com impacto direto na qualidade de vida e na autonomia.

A intervenção do EEER estende-se a diversas realidades clínicas, como ilustra o caso da criança K.S., de 12 meses, com diagnóstico de doença neuromuscular, caracterizada por fraqueza muscular distal, hipotonia e insuficiência respiratória decorrente de paresia diafragmática. Após a alta hospitalar, a criança foi referenciada para acompanhamento da equipa da UCC no domicílio, em articulação com a equipa hospitalar de referência, com o objetivo de promover o desenvolvimento funcional e assegurar uma resposta contínua, centrada na criança e na família. Como referido por Eddy e Engel (2008), as famílias de crianças com problemas de saúde crónicos enfrentam uma complexidade significativa no seu funcionamento, sendo fundamental que as equipas de cuidados sejam capazes de identificar, antecipar e responder eficazmente às suas necessidades.

No caso de crianças com doenças neuromusculares, a abordagem de reabilitação deve ser ampla e integrada, abarcando os domínios da força, das deformidades ortopédicas, da

disfunção cardiopulmonar e da função cognitiva (Strauss et al., 2015). Independentemente do domínio de intervenção, é essencial respeitar o estágio de desenvolvimento da criança e privilegiar a intervenção precoce, com o intuito de maximizar o potencial funcional e prevenir ou mitigar a instalação de sequelas.

Assim, no caso da criança K.S. o programa de reabilitação foi desenhado com base na avaliação global da sua condição e no envolvimento ativo da família, particularmente da mãe, que se assumiu como cuidadora principal. Apesar das limitações do contexto socioeconómico e habitacional (com uma tipologia reduzida para um agregado de quatro pessoas e apenas o pai com vínculo laboral estável), o ambiente familiar mostrou-se funcionalmente adaptado às necessidades específicas da criança, o que foi aproveitado na implementação das intervenções.

Com foco na maximização da funcionalidade, as intervenções centraram-se sobretudo nos domínios da força e da função cardiopulmonar. No que respeita à força muscular, reconhece-se que a inatividade física favorece o descondicionamento e agrava a perda funcional em crianças com doença neuromuscular, cuja reserva fisiológica já se encontra comprometida. Desta forma, a atrofia por desuso, pode levar a mau posicionamento das articulações, à compressão dos nervos e dor. A melhor forma de preservar a força, ou pelo menos retardar a progressão, é através da realização de atividade física diária (Strauss et al., 2015). Assim, foi estruturado um programa de exercícios adaptado à idade e às capacidades da criança, integrando a mobilização articular passiva dos membros superiores e inferiores em todos os planos articulares. A intervenção centrou-se também na promoção do equilíbrio corporal, comprometido pela condição neuromuscular, recorrendo à correção postural com apoio do adulto, à estimulação proprioceptiva com auxílio do rolo, e à execução de exercícios ativos do pescoço e tronco com suporte da bola de pilates ou do rolo. Foram ainda incluídas atividades direcionadas à estimulação da lateralidade e à execução da técnica de rolar. De forma progressiva, incentivou-se a adoção da postura em pé, como estratégia para reforço da musculatura dos membros inferiores. A evidência recomenda, em crianças com doença neuromuscular, a utilização da posição ortostática e a deambulação, desde que não comprometam a segurança da criança nem exijam um dispêndio energético excessivo para a função (Strauss et al., 2015).

Em paralelo, o domínio da função respiratória foi abordado com igual relevância. A criança fazia ventilação não invasiva noturna, com o objetivo de auxiliar a ação dos músculos respiratórios enfraquecidos, corrigir a hipoventilação alveolar e assegurar volumes

respiratórios adequados (Fauroux et al., 2020). A debilidade muscular respiratória traduz-se num padrão restritivo, dificultando a ventilação eficaz e a capacidade de limpeza das vias aéreas, aumentando o risco de infeções respiratórias (Strauss et al., 2015). Tendo isto em consideração, o programa de reabilitação integrou estratégias dirigidas à otimização da função respiratória e à eficácia da limpeza das vias aéreas (Human et al., 2020). Nesse sentido, promoveu-se uma postura corporal adequada, assegurando simetria, flexão fisiológica e orientação para a linha média; favoreceu-se, no leito, a inclinação da cabeceira a 30°; incentivou-se a alternância de decúbito, com especial atenção ao decúbito ventral; e aplicou-se reeducação costal global, ajustada ao estímulo ventilatório da criança. Relativamente à limpeza das vias aéreas, foram estimuladas manobras de mobilização de secreções, recorrendo ao riso ou choro; realizou-se a lavagem nasal, preferencialmente em posição sentada; incentivou-se a drenagem postural; e implementaram-se manobras acessórias com recurso a dispositivos simples, como a escova de dentes elétrica.

Importa referir que todas as intervenções foram pensadas para serem executadas em ambiente domiciliário, com envolvimento direto da mãe, previamente capacitada com ensinamentos específicos. O brincar, elemento essencial na abordagem pediátrica, foi integrado como ferramenta terapêutica de eleição, transformando exercícios em desafios lúdicos, motivadores e ajustados às capacidades da criança. Esta abordagem facilitou o envolvimento espontâneo da criança e permitiu conciliar, de forma equilibrada, os objetivos clínicos com o respeito pelo seu ritmo e bem-estar. A intenção lúdica contribuiu para a humanização do cuidado e para o fortalecimento da aliança terapêutica entre criança, família e profissional. Como sublinham (Håkstad et al., 2025), o EEER deve preservar a autonomia da criança, valorizar os seus sinais de envolvimento e adaptar continuamente a intervenção, com sensibilidade e responsividade. Assim, esta intervenção revelou-se determinante na maximização da funcionalidade, não apenas enquanto objetivo terapêutico, mas enquanto processo contínuo de capacitação da criança e da sua família. A maximização da funcionalidade, nestes contextos, não significa apenas evitar o agravamento da condição clínica, mas criar oportunidades concretas para o desenvolvimento motor, respiratório, relacional e emocional da criança, mesmo em contextos marcados por limitações estruturais ou socioeconómicas.

CONCLUSÃO

No final deste percurso académico, torna-se essencial realizar uma reflexão crítica e integrada sobre o caminho trilhado, com vista à consolidação de aprendizagens e à projeção do futuro profissional. Neste sentido, recorreu-se à análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), como ferramenta estruturante para identificar, analisar e refletir sobre as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças experienciadas ao longo do percurso formativo no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Entre os principais pontos fortes (*Strengths*) destaca-se a dedicação, o interesse e a motivação constante, que se revelaram pilares fundamentais ao longo de todo o processo. Estes fatores permitiram a procura contínua do conhecimento, não apenas no contexto dos estágios curriculares, mas também através da participação em formações externas, evidenciando um forte compromisso com o desenvolvimento académico e profissional. A valorização da abordagem multidisciplinar nos diversos contextos de estágio constituiu igualmente uma mais-valia, permitindo uma compreensão holística da pessoa e uma atuação centrada nas suas reais necessidades. Importa ainda sublinhar a postura acolhedora e colaborativa dos profissionais de saúde e das pessoas em processo de reabilitação, cuja disponibilidade e envolvimento tornaram a experiência de aprendizagem mais rica, humana e significativa.

Naturalmente, ao longo do percurso também emergiram fragilidades (*Weaknesses*) que condicionaram, em certos momentos, a experiência formativa. Em alguns campos de estágio, os EEER acumulavam funções de prestação de cuidados gerais com os cuidados especializados em reabilitação, o que, por vezes, limitava a sua disponibilidade. A curta duração de alguns estágios também se revelou um obstáculo, dificultando a consolidação de intervenções, a aplicação sustentada de conhecimentos e a observação da evolução das pessoas em processo de reabilitação.

Entre as oportunidades (*Opportunities*) mais marcantes, destaca-se a possibilidade de realizar estágios em contextos variados, o que proporcionou o contacto com diferentes realidades institucionais, práticas profissionais diversificadas e populações com distintas necessidades. Esta diversidade enriqueceu a formação, promovendo uma visão abrangente do papel do EEER na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa. A confiança depositada por uma equipa experiente, que reconheceu o potencial de um projeto inovador centrado na consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação, revelou-se particularmente relevante. Esta iniciativa, alinhada com a temática do projeto de estágio, contribuiu para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência e revelou-se uma

oportunidade singular de crescimento técnico-científico. Como resultado desse investimento, surgiu também a oportunidade de colaborar na redação de um capítulo de livro sobre a reabilitação da pessoa com prótese da anca e do joelho, um reconhecimento gratificante do empenho, da competência e da trajetória de aprendizagem ao longo do percurso.

Por fim, entre as ameaças (*Threats*) enfrentados, destaca-se o número diminuído de utentes a quem foram efetivamente prestados cuidados na área específica do projeto de estágio, o que poderia ter comprometido a exequibilidade do mesmo. No entanto, esta limitação foi transformada numa oportunidade de crescimento: exigiu uma postura proativa, capacidade de adaptação e criatividade para redesenhar a abordagem, identificar lacunas, criar oportunidades e explorar ao máximo o potencial do projeto. Este desafio evidenciou de forma clara a resiliência e a flexibilidade na gestão de adversidades, reafirmando a importância de competências como a autonomia, o pensamento crítico e a capacidade de resposta ajustada às circunstâncias.

Importa referir que se considera atingido o objetivo definido para este relatório. Ao longo do documento, descreveu-se e analisou-se o percurso desenvolvido, bem como as atividades realizadas, que permitiram alcançar os objetivos estabelecidos no projeto e consequentemente o desenvolvimento das competências do EEER. Procurou-se evidenciar a aquisição de competências comuns e específicas, essenciais para uma prática avançada, segura e centrada na pessoa. As competências comuns permitiram fortalecer a capacidade de comunicação, tomada de decisão ética, gestão dos cuidados e trabalho em equipa multidisciplinar, fundamentais para o exercício profissional em contextos complexos. Paralelamente, as competências específicas possibilitaram a implementação de intervenções direcionadas à promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização da autonomia da pessoa ao longo do seu processo de reabilitação.

Através do desenvolvimento das competências do EEER, foi possível intervir com a pessoa com necessidades especiais, capacitando a pessoa com limitações funcionais e maximizando a capacidade funcional, nas diferentes áreas como motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e da eliminação, tendo em conta a individualidade e complexidade de cada situação. A elaboração do projeto de estágio funcionou como um guia orientador para o planeamento de intervenções estruturadas, direcionadas ao desenvolvimento das competências do EEER. Este processo permitiu, não só a consolidação das referidas competências, como também alcançar os resultados de aprendizagem preconizados nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos, nomeadamente no

que se refere à aplicação integrada do conhecimento, à resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares, à tomada de decisões fundamentadas e à capacidade de comunicar de forma clara e rigorosa com diferentes públicos.

Toda a intervenção realizada centrou-se na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, considerando as alterações físicas, cognitivas e emocionais decorrentes de processos agudos ou crónicos de doença. Tudo isto foi possível, através de uma abordagem de cuidados personalizados assente numa perspetiva holística da pessoa, reconhecendo a importância de considerar todas as dimensões do seu bem-estar. Foram utilizadas diferentes escalas de avaliação que permitiram a compreensão das necessidades, bem como dos progressos alcançados com os programas de reabilitação implementados, sublinhando a importância da prestação de cuidados personalizados e individualizados. Foram também tidos em conta na elaboração dos planos as necessidades, as expectativas e os objetivos de cada pessoa, procurando a motivação, a adesão e a satisfação ao longo do processo.

Não só a pessoa foi peça fundamental em todo o processo, as famílias com quem se estabeleceu contacto, assumiram também um papel preponderante. Foram fonte de apoio e motivação, assumindo a responsabilidade pela continuidade dos cuidados em casa. A participação ativa da família foi essencial para assegurar a continuidade dos cuidados após a alta, o que levou a transições mais seguras e eficazes para o domicílio.

É importante ressaltar, que o percurso realizado foi extremamente gratificante, o que levou a um crescimento a nível profissional e pessoal. Associado a isso, o desenvolvimento das competências, espelhou uma prática distinta e na procura da excelência, contribuindo para a consolidação de conhecimentos diferenciados. Tal percurso permitiu intervir com maior eficácia e segurança junto de populações com necessidades complexas de cuidados, assim como o aprofundamento da capacidade crítica e reflexiva.

Por fim, este percurso contribuiu, de forma decisiva para o desenvolvimento de competências, que sustenta uma atuação profissional reflexiva, fundamentada e capacitada para responder às exigências atuais da prática de enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, A. C. de, & Fenili, R. (2017). Incidência e fatores de complicações pulmonares pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgias de tórax e abdome. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 44(3), 284–292. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017003011>
- Baimas-George, M., Watson, M., Elhage, S., Parala-Metz, A., Vrochides, D., & Davis, B. R. (2020). Prehabilitation in Frail Surgical Patients: A Systematic Review. *World Journal of Surgery*, 44(11), 3668–3678. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05658-0>
- Banasiewicz, T., Kobiela, J., Cwaliński, J., Spychalski, P., Przybylska, P., Kornacka, K., Bogdanowska-Charkiewicz, D., Leyk-Kolańczak, M., Borejsza-Wysocki, M., Batorycka-Stachnik, D., & Drwiła, R. (2023). Recommendations on the use of prehabilitation, i.e. comprehensive preparation of the patient for surgery. *Polish Journal of Surgery*, 95(4), 62–91. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.8854>
- Barbiani, R., Nora, C. R. D., & Schaefer, R. (2016). Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- Barros, C., Pinheiro, M., & Pinheiro, G. (2022). Papel do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa em situação Crítica com COVID-19: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.249>
- Batchelor, T. J. P., Rasburn, N. J., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R. J., Gonzalez, M., Ljungqvist, O., Petersen, R. H., Popescu, W. M., Slinger, P. D., & Naidu, B. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 55(1), 91–115. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health*, 83 (Suppl 2), S7–S11. <https://www.researchgate.net/publication/21687774> Measuring balance in the elderly Validation of an instrument
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. (2005). A framework for qualifications of the european higher education area. https://ehea.info/media/ehea.info/file/WG_Frameworks_qualification/71/0/050218_QF_EHE_A_580710.pdf
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377–381. https://journals.lww.com/acsmmsse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exer_tion.12.aspx

- Canadian Nurses Association. (2009). Advance Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. Ottawa: Canadian Nurses Association. <https://hl-prod-ca-ocdownload.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced Practice Nursing framework E N.pdf>
- Carli, F., Silver, J. K., Feldman, L. S., McKee, A., Gilman, S., Gillis, C., Scheede-Bergdahl, C., Gamsa, A., Stout, N., & Hirsch, B. (2017). Surgical Prehabilitation in Patients with Cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(1), 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2016.09.002>
- Chen, B., Yan, X., Wang, X., & Mao, Y. (2023). Effectiveness of precise and quantitative rapid pulmonary rehabilitation nursing program for elderly patients with lung cancer during the perioperative period: A randomized controlled trial. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 39(2). <https://doi.org/10.12669/pjms.39.2.7103>
- Clares, J. W. B., Moreira, S. O., Fernandes, B. K. C., & Freitas, M. C. de. (2022). Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para a prática clínica de reabilitação em lesão medular. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0670pt>
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrouf, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O Treino Proprioceptivo e de Equilíbrio Postural no Idoso para a Prevenção de Quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 66–77. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>
- Correia, N., Bernardes, R., Parola, V., Neves, H., Gonçalves, A., & Queirós, P. (2022). A Formação sobre Cuidados de Reabilitação na Enfermagem de 1881 a 1966 – Enquadramento Legislativo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.260>
- Correia, N., Teixeira, J., Bernardes, R., & Queirós, P. (2021). A formação em enfermagem de reabilitação em Portugal entre 1963 e 2005. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(No5). <https://doi.org/10.12707/RV20054>
- Dereli, M., Ozcan Kahraman, B., & Kahraman, T. (2022). A Narrative Review of Respiratory Impairment, Assessment, and Rehabilitation in Multiple Sclerosis. *Dubai Medical Journal*, 5(1), 78–88. <https://doi.org/10.1159/000521444>
- Diário da República. (2019a). Regulamento n.º140/2019 - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (26; II série). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Diário da República. (2019b). Regulamento n.º392/2019 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (85; II série). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Diogo, L. (2017). Perceção dos Enfermeiros em exercício de funções em Unidades de Cuidados Paliativos sobre a intervenção da Enfermagem de Reabilitação. [Tese de Mestrado, Instituto

Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde].
https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4766/1/LuisFilipeFerreiraDiogo_DM.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011a). Norma no 054/2011 de 27/12/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascularcerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011b). Orientação no 17/2011 de 19/05/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2_011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2016). Estratégia Nacional – Para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar: 2016-2025. <https://cnafe.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/06/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-saude-e-bem-estar.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019 – Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Duarte, S. F. C. (2010). Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/3816>

Eddy, L. L., & Engel, J. M. (2008). The Impact of Child Disability Type on the Family. *Rehabilitation Nursing*, 33(3), 98–103. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2008.tb00212.x>

European Commission. (2024). European Cancer Information System – Data explorer. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/index.php>

Fauroux, B., Khirani, S., Griffon, L., Teng, T., Lanzeray, A., & Amaddeo, A. (2020). Non-invasive Ventilation in Children With Neuromuscular Disease. *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00482>

Fernandes, A., Rodrigues, J., Lages, P., Lança, S., Mendes, P., Antunes, L., Santos, C. S., Castro, C., Costa, R. S., Lopes, C. S., da Costa, P. M., & Santos, L. L. (2019). Root causes and outcomes of postoperative pulmonary complications after abdominal surgery: a retrospective observational cohort study. *Patient Safety in Surgery*, 13(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0221-5>

Fernandes, J. B., Fernandes, S., Domingos, J., Castro, C., Romão, A., Graúdo, S., Rosa, G., Franco, T., Ferreira, A. P., Chambino, C., Ferreira, B., Courel, S., Ferreira, M. J., Silva, I., Tiago, V., Morais, M. J., Casal, J., Pereira, S., & Godinho, C. (2024). Motivational strategies used by health care professionals in stroke survivors in rehabilitation: a scoping review of experimental studies. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1384414>

Fernández-Blanco, R., Rincón-García, D., Valero-Alcaide, R., Atín-Arratibel, M. A., De Miguel-Diez, J., Corrochano-Cardona, R., Torres-Castro, R., & Moro-Tejedor, M. N. (2023). Preoperative respiratory therapy in patients undergoing surgery for lung cancer: A randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*, 28(1). <https://doi.org/10.1002/pri.1973>

Ferraz, A. P., & Belhot, R. V. (2010). Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest. Prod*, 2, 421–431. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(No16), 85–94. <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Ferreira, M. J. (2012). Efeitos de um programa baseado em tarefas orientadas na competência de marcha em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral. [[Tese Mestrado], Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa]. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2684/1/Efeitos%20de%20um%20programa%20baseado%20em%20tarefas%20orientadas%20na%20competência%20de%20marcha.pdf>

Ferreira, M., & Peres, M. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 68–75. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828>

Ferreira, V., Lawson, C., Carli, F., Scheede-Bergdahl, C., & Chevalier, S. (2021a). Feasibility of a novel mixed-nutrient supplement in a multimodal prehabilitation intervention for lung cancer patients awaiting surgery: A randomized controlled pilot trial. *International Journal of Surgery*, 93, 106079. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.106079>

Ferreira, V., Minnella, E. M., Awasthi, R., Gamsa, A., Ferri, L., Mulder, D., Sirois, C., Spicer, J., Schmid, S., & Carli, F. (2021b). Multimodal Prehabilitation for Lung Cancer Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Ann Thorac Surg*, 112, 1600–1608. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur>

Fontaine, G., Vinette, B., Weight, C., Maheu-Cadotte, M.-A., Lavallée, A., Deschênes, M.-F., Lapierre, A., Castiglione, S. A., Chicoine, G., Rouleau, G., Argiropoulos, N., Konnyu, K., Mooney, M., Cassidy, C. E., Mailhot, T., Lavoie, P., Pépin, C., Cossette, S., Gagnon, M.-P., ... Middleton, S. (2024). Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 19(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0>

Gardona, R. G. B., & Barbosa, D. A. (2018). The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1815–1816. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>

Goldsmith, I., Chesterfield-Thomas, G., & Toghil, H. (2021). Pre-treatment optimization with pulmonary rehabilitation in lung cancer: Making the inoperable patients operable. *EClinicalMedicine*, 31, 100663. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100663>

Gravier, F.-E., Smondack, P., Boujibar, F., Prieur, G., Medrinal, C., Combret, Y., Muir, J.-F., Baste, J.-M., Cuvelier, A., Debeaumont, D., & Bonnevie, T. (2022). Prehabilitation sessions can be provided more frequently in a shortened regimen with similar or better efficacy in people with non-small cell lung cancer: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 68(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.12.010>

Håkstad, R. B., Dusing, S. C., Girolami, G. L., Øberg, G. K., & De Jaegher, H. (2025). Learning to play to learn in pediatric physical therapy. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1467323>

Haywood, N., Nickel, I., Zhang, A., Byler, M., Scott, E., Julliard, W., Blank, R. S., & Martin, L. W. (2020). Enhanced Recovery After Thoracic Surgery. *Thoracic Surgery Clinics*, 30(3), 259–267. <https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2020.04.005>

Helander, E. M., Webb, M. P., Menard, B., Prabhakar, A., Helmstetter, J., Cornett, E. M., Urman, R. D., Nguyen, V. H., & Kaye, A. D. (2019). Metabolic and the Surgical Stress Response Considerations to Improve Postoperative Recovery. *Current Pain and Headache Reports*, 23(5), 33. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0770-4>

Henriques, J. (2019). A utilização de genograma e ecomapa nas equipas de cuidados paliativos [Dissertação, : Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.]. <http://hdl.handle.net/10400.11/6453>

Heringer, T. A., Santos, A. D. A., Augusto, T. H., Recktenwald, R. D. R., Moreira, P. R., & Parisi, M. M. (2021). Conhecimento sobre a doença renal crônica do paciente em hemodiálise. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(2). <https://doi.org/10.18316/sdh.v9i2.7024>

Human, A., Corten, L., & Morrow, B. M. (2020). The role of physiotherapy in the respiratory management of children with neuromuscular diseases: A South African perspective. *South African Journal of Physiotherapy*, 77(1). <https://doi.org/10.4102/sajp.v77i1.1527>

Iqbal, I., Kouser, S., Samreen, S., & Victor, G. (2023). Factors Affecting the Implementation of Nursing Care Plans in Patient Care. *National Journal of Health Sciences*, 8(4), 189–194. <https://doi.org/10.21089/njhs.84.0189>

Isik, E., & Fredland, N. M. (2023). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to Improve Children's Self-Care: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, 39(1), 6–17. <https://doi.org/10.1177/10598405211050062>

Jain, S., & Iverson, L. M. (2023). Glasgow Coma Scale - StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>

Jain, S. R., Kandarpa, V. L., Yaow, C. Y. L., Tan, W. J., Ho, L. M. L., Sivarajah, S. S., Ng, J. L., Chong, C. X. Z., Aw, D. K. L., Foo, F. J., & Koh, F. H. X. (2023). The Role and Effect of Multimodal Prehabilitation Before Major Abdominal Surgery: A Systemic Review and Meta-Analysis. *World Journal of Surgery*, 47(1), 86–102. <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06761-0>

Kim, Y., Lee, J., Lee, E., Lim, J., Kim, Y., Lee, C.-T., Jang, S. H., Paek, Y.-J., Lee, W.-C., Lee, C. W., Kim, H. Y., Goo, J. M., Choi, K. S., Park, B., Lee, D. H., & Seo, H. G. (2024). Strategies to Improve Smoking Cessation for Participants in Lung Cancer Screening Program: Analysis of Factors Associated with Smoking Cessation in Korean Lung Cancer Screening Project (K-LUCAS). *Cancer Research and Treatment*, 56(1), 92–103. <https://doi.org/10.4143/crt.2022.1598>

Kökeç, H., Keskin, H., Ergin, M., & Erdoğan, A. (2023). Is preoperative pulmonary rehabilitation effective in the postoperative period after lung resection? *African Health Sciences*, 23(1), 646–655. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i1.69>

Köseoğlu, B. (2022). Is there a role of pulmonary rehabilitation in extrapulmonary diseases frequently encountered in the practice of physical medicine and rehabilitation? *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(2), 159–168. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2022.10711>

- Lai, Y., Huang, J., Yang, M., Su, J., Liu, J., & Che, G. (2017a). Seven-day intensive preoperative rehabilitation for elderly patients with lung cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Surgical Research*, 209, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2016.09.033>
- Lai, Y., Su, J., Qiu, P., Wang, M., Zhou, K., Tang, Y., & Che, G. (2017b). Systematic short-term pulmonary rehabilitation before lung cancer lobectomy: a randomized trial. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 25(3), 476–483. <https://doi.org/10.1093/icvts/ivx141>
- Leitão, J. M., Vigia, C., Mesquita, A. C., & Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 51-59. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>
- Levett, D. Z. H., Edwards, M., Grocott, M., & Mythen, M. (2016). Preparing the patient for surgery to improve outcomes. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 30(2), 145–157. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2016.04.002>
- Li, T.-C., Yang, M.-C., Tseng, A. H., & Lee, H. H.-C. (2017). Prehabilitation and rehabilitation for surgically treated lung cancer patients. *Journal of Cancer Research and Practice*, 4(3), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.jcrpr.2017.06.001>
- Licker, M., Karenovics, W., Diaper, J., Frésard, I., Triponez, F., Ellenberger, C., Schorer, R., Kayser, B., & Bridevaux, P.-O. (2017). Short-Term Preoperative High-Intensity Interval Training in Patients Awaiting Lung Cancer Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Thoracic Oncology*, 12(2), 323–333. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2016.09.125>
- Liu, Y.-Y., Lu, H.-B., Li, Y.-J., Wang, Z.-Y., Liu, Y.-H., Qiao, S., & Xie, J. (2024). Effects of mindful breathing training combined with diary-based rehabilitation guidance in lung cancer patients undergoing surgery: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 55, 101849. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2024.101849>
- Liu, Z., Qiu, T., Pei, L., Zhang, Y., Xu, L., Cui, Y., Liang, N., Li, S., Chen, W., & Huang, Y. (2020). Two-Week Multimodal Prehabilitation Program Improves Perioperative Functional Capability in Patients Undergoing Thoracoscopic Lobectomy for Lung Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesia & Analgesia*, 131(3), 840–849. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004342>
- Loewen, I., Jeffery, C. C., Rieger, J., & Constantinescu, G. (2021). Prehabilitation in head and neck cancer patients: A literature review. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 50(1). <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00486-7>
- Lusquinhos, J., Tavares, M., & Abelha, F. (2023). Postoperative Pulmonary Complications and Perioperative Strategies: A Systematic Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.38786>
- Machado, P., Pimenta, S., Garcia, A. L., Nogueira, T., Silva, S., dos Santos, C. L., Martins, M. V., Canha, A., Oliveiros, B., Martins, R. A., & Cruz, J. (2024). Effect of Preoperative Home-Based Exercise Training on Quality of Life After Lung Cancer Surgery: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Annals of Surgical Oncology*, 31(2), 847–859. <https://doi.org/10.1245/s10434-023-14503-2>
- Machado, P., Pimenta, S., Garcia, A. L., Nogueira, T., Silva, S., Oliveiros, B., Martins, R. A., & Cruz, J. (2023). Home-Based Preoperative Exercise Training for Lung Cancer Patients Undergoing Surgery: A Feasibility Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 12(8), 2971. <https://doi.org/10.3390/jcm12082971>

- Mahendran, K., & Naidu, B. (2020). Prehabilitation in lung cancer resection—are we any closer to the ideal program? *Journal of Thoracic Disease*, 12(4), 1628–1631. <https://doi.org/10.21037/jtd.2020.02.15>
- Mahoney, FI., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 14, 56–61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>
- Mareschal, J., Hemmer, A., Douissard, J., Dupertuis, Y. M., Collet, T.-H., Koessler, T., Toso, C., Ris, F., & Genton, L. (2023). Surgical Prehabilitation in Patients with Gastrointestinal Cancers: Impact of Unimodal and Multimodal Programs on Postoperative Outcomes and Prospects for New Therapeutic Strategies—A Systematic Review. *Cancers*, 15(6), 1881. <https://doi.org/10.3390/cancers15061881>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 22–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- Martins, R., Cardoso, R., Carvalho, N., Batista, S., Dinis, A., & Andrade, A. (2020). Perceção Dos Enfermeiros De Cuidados Paliativos Sobre A Intervenção Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação. *New Trends in Qualitative Research*, 3, pp. 1–13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.1-13>
- Matos J., Silva, J., Guimarães B., Silva J., Brandão S., Toste S., Alves A., Moreira J., Reis, P., & Branco C. (2021). Alterações na deglutição após entubação orotraqueal prolongada: prevalência e evolução. *SPMFR*, 33(1), 10–17. <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/303>
- Matos, M. de F., & Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Medical Research Council (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (WAR Memorandum). (7). <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Mendes, D., & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (Nº 8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. de A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2018). Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 6), 2824–2832. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>
- Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. do C., Serra, I. da C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841–853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Mert, S., Kersu, Ö., Aydin Sayilan, A., & Akyolcu, N. (2023). An Investigation of Surgical Nurses' Professional Values, Ethical Sensitivity and Quality of Care: A Cross-Sectional Study From Northwest Turkey. *Evaluation & the Health Professions*, 46(1), 30–40. <https://doi.org/10.1177/01632787221109968>

- Miskovic, A., & Lumb, A. B. (2017). Postoperative pulmonary complications. *British Journal of Anaesthesia*, 118(3), 317–334. <https://doi.org/10.1093/bja/aex002>
- Montagne, F., Guisier, F., Venissac, N., & Baste, J.-M. (2021). The Role of Surgery in Lung Cancer Treatment: Present Indications and Future Perspectives—State of the Art. *Cancers*, 13(15), 3711. <https://doi.org/10.3390/cancers13153711>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16. https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=55
- Morris, K., Weston, K., Davy, A., Silva, S., Goode, V., Pereira, K., Brysiewicz, P., Bruce, J., & Clarke, D. (2022). Identification of risk factors for postoperative pulmonary complications in general surgery patients in a low-middle income country. *PLOS ONE*, 17(10), e0274749. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274749>
- Motono, N., Ishikawa, M., Iwai, S., Iijima, Y., Usuda, K., & Uramoto, H. (2021). Individualization of risk factors for postoperative complication after lung cancer surgery: a retrospective study. *BMC Surgery*, 21(1), 311. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01305-0>
- Müller, Z., Hammerschmidt, K. S. de A., Alcione Oliveira de Souza, Camilla Ferreira de Lima, Gryzbowski, B. T., & Schwanke, A. A. (2023). Instrumentos De Avaliação Multidimensional Aplicados Ao Cuidado De Enfermagem Da Pessoa Idosa Hospitalizada. *Nursing (São Paulo)*, 26(304), 9916–9925. <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i304p9916-9925>
- Oliveira, C. (2023). Evolução da funcionalidade em utentes seguidos em contexto domiciliário por uma equipa de cuidados continuados integrados. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.329>
- Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1.a ed., pp. 654–670). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Core de indicações por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (PQCR). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/C_ore Indicadores por Categoria de Enunciados Descrit PQCR.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/P_adraoDocumental EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínico dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para->

[est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Áreas de investigação para Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf

Ortega, M. del C. B., Cecagno, D., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H. de, Montesinos, M. J. L., & Soler, L. M. (2015). Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404–410. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>

Öz, F. B., & Bilgili, N. (2023). Determination of the Relationship Between Clinical Practice Stress and Professional Self-Esteem in Nursing Students. *Journal of Gazi University Health Sciences Institute*, 5(2), 83–92. <https://doi.org/10.59124/guhs.1302391>

Pereira, R. S. da S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Pereira, A. I., Pereira, A. M. da S., & Chesani, F. H. (2020). Nursing care for social inclusion of people with acquired physical disabilities: an integrative review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 86–95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem - da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011) (1.a ed.). Formasau.

Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1.a ed., pp. 3–14). Lusociência.

Pouwels, S., Fiddelaers, J., Teijink, J. A. W., Woorst, J. F. ter, Siebenga, J., & Smeenk, F. W. J. M. (2015). Preoperative exercise therapy in lung surgery patients: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 109(12), 1495–1504. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.08.009>

Prazeres, V., Ribeiro, C. ., & Marques, G. (2021). Contributo da enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 88–92. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.158>

Pu, C. Y., Batarseh, H., Zafron, M. L., Mador, M. J., Yendamuri, S., & Ray, A. D. (2021). Effects of Preoperative Breathing Exercise on Postoperative Outcomes for Patients With Lung Cancer Undergoing Curative Intent Lung Resection: A Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(12), 2416–2427.e4. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.03.028>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem’s theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Rahne, A. (2023). Nursing Diagnosis: An Essential Element of Holistic Patient Care. *International Research Journal of Nursing and Midwifery*, 12(4), 23. <https://doi.org/10.14303/2315-568X.2022.56>

Rêgo, A. da S., Santos, F. G. T. dos, Radovanovic, C. A. T., Arnaldo, J. G. S., Martins, M. A., Silva, M. da, & Salci, M. A. (2022). Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 55(2). <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.181413>

Reis S., Castro E., Carvalho S., Carvalho S. Z., Fernandes C., & Martins M. (2021). Mobilização precoce de doentes na unidade cuidados intensivos: contributo para a enfermagem de reabilitação. Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 23–30. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151>

Richard, C., Lussier, M.-T., Millette, B., & Tanoubi, I. (2023). Healthcare providers and patients: an essay on the importance of professional assertiveness in healthcare today. *Medical Education Online*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2200586>

Roberts, H., Lambert, K., & Walton, K. (2024). The Prevalence of Dysphagia in Individuals Living in Residential Aged Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 12(6), 649. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060649>

Rodrigues, F. M. A., Pereira, R. P. G., & Martins, M. M. (2023). Cultura organizacional para a mudança num contexto hospitalar: uma perspectiva de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00551>

Rotman, J. A., Plodkowski, A. J., Hayes, S. A., de Groot, P. M., Shepard, J.-A. O., Munden, R. F., & Ginsberg, M. S. (2015). Postoperative complications after thoracic surgery for lung cancer. *Clinical Imaging*, 39(5), 735–749. <https://doi.org/10.1016/j.clinimaq.2015.05.013>

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>

Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1 e265). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>

Sales, J. P. W. G., & Mendes, S. S. (2024). Elaboração de lista de orientações educativas para preparo pré-operatório de cirurgias oncológicas eletivas. *Revista SOBECC*, 29. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202429954>

Salimena, A. M. de O. (2019). Aplicação de estratégias para a promoção do conhecimento da equipe de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 11(4), 245–250. <https://doi.org/10.33233/eb.v11i4.3813>

Sanchez-Lorente, D., Navarro-Ripoll, R., Guzman, R., Moises, J., Gimeno, E., Boada, M., & Molins, L. (2018). Prehabilitation in thoracic surgery. *Journal of Thoracic Disease*, 10(S22), S2593–S2600. <https://doi.org/10.21037/jtd.2018.08.18>

Santos, M. (2021). A Gestão e a Liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1.a ed., pp. 19–27). Lidel.

Saumur, T. M., Gregor, S., Mochizuki, G., Mansfield, A., & Mathur, S. (2020). The effect of bed rest on balance control in healthy adults: A systematic scoping review. *Journal of musculoskeletal & neuronal interactions*, 20(1), 101–113. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32131374/>

- Scott, M. J., Baldini, G., Fearon, K. C. H., Feldheiser, A., Feldman, L. S., Gan, T. J., Ljungqvist, O., Lobo, D. N., Rockall, T. A., Schricker, T., & Carli, F. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59(10), 1212–1231. <https://doi.org/10.1111/aas.12601>
- Sebio, R., Yáñez-Brage, M. I., Giménez Moolhuyzen, E., Salorio Riobo, M., Lista Paz, A., & Borro Mate, J. M. (2017). Preoperative exercise training prevents functional decline after lung resection surgery: a randomized, single-blind controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 1057–1067. <https://doi.org/10.1177/0269215516684179>
- Silva, C., de Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4561>
- Silva, F. G., Silva, E. G., Delfino, V. D., & Pereira, G. (2017). A Ética E A Moral Na Assistência De Enfermagem. *Revista Includere*, 3(1). <https://periodicos.ufersa.edu.br/includere/article/view/7381>
- Silver, J. K. (2015). Cancer Prehabilitation and its Role in Improving Health Outcomes and Reducing Health Care Costs. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(1), 13–30. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.11.003>
- Silver, J. K., & Baima, J. (2013). Cancer Prehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(8), 715–727. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31829b4afe>
- Sommer, M. S., Trier, K., Vibe-Petersen, J., Missel, M., Christensen, M., Larsen, K. R., Langer, S. W., Hendriksen, C., Clementsen, P. F., Pedersen, J. H., & Langberg, H. (2016). Perioperative Rehabilitation in Operable Lung Cancer Patients (PROLUCA). *Integrative Cancer Therapies*, 15(4), 455–466. <https://doi.org/10.1177/1534735416635741>
- Strauss, N. E., Montes, J., & Russman, B. S. (2015). Rehabilitation of the Child with a Neuromuscular Disorder. Em *Neuromuscular Disorders of Infancy, Childhood, and Adolescence* (2.a ed., pp. 1072–1077). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-417044-5.00053-6>
- Suen, M., Liew, A., Turner, J. D., Khatri, S., Lin, Y., Raso, K. L., & Vardy, J. L. (2022). Short-term multimodal prehabilitation improves functional capacity for colorectal cancer patients prior to surgery. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 18(2). <https://doi.org/10.1111/ajco.13564>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem. Em A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e sua obra* (5.a ed., pp. 211–235). Lusociência.
- Tegegne, B. A., Lema, G. F., Fentie, D. Y., & Bizuneh, Y. B. (2021). Perioperative risk stratification and strategies for reducing postoperative pulmonary complications following major surgery in resource limited areas: A systematic review. *International Journal of Surgery Open*, 30, 100322. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2021.100322>

Teixeira, F., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., Mesquita, C., & Ferreira, D. (2023). Indicadores Preditivos Do Autocuidado – Revisão Sistemática Da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e324. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.32>

Teixeira, L. (2020). Teleneurology: current situation, opportunities and challenges in Portugal. *Sinapse*, 20(1), 25–35. <https://doi.org/10.46531/sinapse/2020/AR/200013/2020>

Tenconi, S., Mainini, C., Rapicetta, C., Braglia, L., Galeone, C., Cavuto, S., Merlo, D. F., Costi, S., Paci, M., Piro, R., & Fugazzaro, S. (2021). Rehabilitation for lung cancer patients undergoing surgery: results of the PUREAIR randomized trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(6). <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06789-7>

Thomas, G., Tahir, M. R., Bongers, B. C., Kallen, V. L., Slooter, G. D., & van Meeteren, N. L. (2019). Prehabilitation before major intra-abdominal cancer surgery. *European Journal of Anaesthesiology*, 36(12), 933–945. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001030>

Van Haren, R. M., Mehran, R. J., Mena, G. E., Correa, A. M., Antonoff, M. B., Baker, C. M., Woodard, T. C., Hofstetter, W. L., Roth, J. A., Sepesi, B., Swisher, S. G., Vaporciyan, A. A., Walsh, G. L., & Rice, D. C. (2018). Enhanced Recovery Decreases Pulmonary and Cardiac Complications After Thoracotomy for Lung Cancer. *The Annals of Thoracic Surgery*, 106(1), 272–279. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2018.01.088>

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Yates, P., & Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

Wang, Y.-Q., Cao, H.-P., Liu, X., Yang, Z., Yin, Y.-Y., Ma, R.-C., & Xie, J. (2020). Effect of breathing exercises in patients with non-small cell lung cancer receiving surgical treatment: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 38, 101175. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101175>

Yang, M., Zhong, J., Zhang, J., Huang, X., Li, C., Hong, Z., & Zhang, S. (2018). Effect of the self-efficacy-enhancing active cycle of breathing technique on lung cancer patients with lung resection: A quasi-experimental trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 34, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.02.009>

APÊNDICE 1: PLANO DE ATIVIDADES



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ano letivo 2023/2024

1º Ano - 2º Semestre

PLANO DE ATIVIDADES

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ano letivo 2023/2024

1º Ano - 2º Semestre

PLANO DE ATIVIDADES

Discente:

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço, n.º 117697

Docente:

Prof. Doutor Júlio Fernandes

Almada

2024

1. OBJETIVOS

Para desenvolver as competências que permitam atingir o nível de perícia do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), é necessário definir objetivos de aprendizagem. O estabelecimento de objetivos denota planeamento e estruturação, do processo de aprendizagem, com a intenção de mudança de pensamentos, ações e condutas. (Ferraz & Belhot, 2010)

Neste contexto, e tendo em conta as competências comuns e específicas do EEER, de acordo com Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

- **Objetivos Gerais (OG):**

1. Desenvolver competências do EEER para intervir com a pessoa com cancro de pulmão, no período pré-operatório, tendo em conta a individualidade e a complexidade de cada situação.
2. Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e da eliminação;

- **Objetivos Específicos (OE):**

1. Desenvolver uma prática segura, assente em princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a individualidade, com suporte na evidência científica;
2. Colaborar na conceção, operacionalização e dinamização de programas de melhoria continua da qualidade desenvolvidos nas instituições;
3. Integrar a equipa multidisciplinar assumindo as dinâmicas organo-funcionais do EEER na equipa multidisciplinar, nos diferentes contextos de estágio;
4. Analisar o processo de aprendizagem, ao longo do percurso, com vista a aquisição e desenvolvimento de competências;
5. Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais, assim como família/cuidador, utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
6. Elaborar programas de treino de Atividades de Vida Diárias visando a adaptação às limitações e necessidades identificadas na pessoa;
7. Promover a maximização das capacidades funcionais, melhorando o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório.

2. ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS

Com o intuito de atingir os objetivos gerais, com foco no desenvolvimento de competências de EEER, foram estrategicamente elaborados os objetivos específicos. Nas tabelas seguintes, encontram-se descritas as atividades/estratégias desenvolvidas de acordo com o objetivo.

Objetivo Específico	1 - Desenvolver uma prática segura, assente em princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a individualidade, com suporte na evidência científica.
Domínios e Competências	<p>A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades de cuidados.</p> <p>D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>
Atividades/Estratégias	
<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar estratégias de resolução de problemas em conjunto com a pessoa/família/cuidadores e a equipa; - Participar na tomada de decisão em conjunto com a equipa; - Realizar de revisão bibliográfica de artigos científicos e manuais de referência da área de enfermagem de reabilitação; - Aplicar os conhecimentos adquiridos no período letivo teórico assim como durante a prática clínica; - Atuar como dinamizador, reconhecendo a sua competência na área da sua especialidade, incorporando novo conhecimento no contexto da prática clínica; - Avaliar os resultados das tomadas de decisão, fomentando a avaliação e partilha de resultados nestes processos. - Prestar de cuidados de enfermagem de reabilitação (ER) de forma ética, legal e deontológica, respeitando o direito de acesso à informação e confidencialidade; - Garantir o respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas da pessoa/família; - Garantir a implementação de conduta respeitadora, assegurando a segurança, privacidade e a dignidade da pessoa; 	
Recursos	<p><u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor orientador; Doentes e família/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia de acordo com os conteúdos na área de reabilitação; Protocolos, normas e manuais de serviço/unidade; processos clínicos; legislação e regulamentos;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Internamento; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); Comunidade; Serviço de Ortopedia.</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>

Objetivo Específico	2 - Colaborar na conceção, operacionalização e dinamização de programas de melhoria continua da qualidade desenvolvidos nas instituições;
Domínios e Competências	<p>B: Domínio da melhoria continua da qualidade.</p> <p>B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua.</p> <p>B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>
Atividades/Estratégias	
	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar reunião com o enfermeiro chefe/gestor/coordenador dos locais de estágio e/ou enfermeiros orientadores; - Consultar e analisar protocolos, normas e procedimentos de serviço, assim como outra documentação específica dos serviços; - Identificar oportunidades/necessidades de melhoria; - Elaborar projeto de melhoria continua da qualidade, se identificada a sua necessidade e aplicabilidade; - Participar nos projetos de melhoria continua da qualidade desenvolvidos nos diferentes contextos de estágio; - Divulgar as atividades desenvolvidas e incentivar a implementação dos projetos; - Participar na auditoria de avaliação; - Colaborar na promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro para a pessoa/família/cuidadores e equipa multidisciplinar.
Recursos	<p><u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor orientador; Doentes e família/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia de acordo com os conteúdos na área de reabilitação; Protocolos, normas e manuais de serviço/unidade; processos clínicos; legislação e regulamentos;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Internamento; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); Comunidade; Serviço de Ortopedia.</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>

Objetivo Específico	3 – Integrar a equipa multidisciplinar assumindo as dinâmicas organo-funcionais do EEER na equipa multidisciplinar, nos diferentes contextos de estágio;
Domínios e Competências	<p>C: Domínio da gestão de cuidados. C1 – Gere cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p>D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>
Atividades/Estratégias	
<ul style="list-style-type: none"> - Observar a participação do EEER na equipa multidisciplinar; - Identificar as especificidade e dinâmicas das práticas de cuidados dos EEER nos serviços; - Participar na tomada de decisão em conjunto com a equipa; - Organizar os cuidados em função das necessidades e recursos disponíveis; - Referenciar, sempre que necessário, para outros profissionais, de acordo com as necessidades; - Garantir a segurança e qualidade dos cuidados delegados, a outros profissionais, assim como aos familiares/cuidadores, através de ensino, supervisão e orientação; - Fomentar ambiente positivo e favorável ao desempenho diferenciado pela equipa. 	
Recursos	<p><u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor orientador; Doentes e família/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia de acordo com os conteúdos na área de reabilitação; Protocolos, normas e manuais de serviço/unidade; processos clínicos; legislação e regulamentos;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Internamento; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); Comunidade; Serviço de Ortopedia.</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>

Objetivo Específico	4 – Analisar o processo de aprendizagem, ao longo do percurso, com vista a aquisição e desenvolvimento de competências.
Domínios e Competências	D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
Atividades/Estratégias	
<ul style="list-style-type: none"> - Validar com o enfermeiro orientador, o desenvolvimento de conhecimentos e competências; - Reunir com o professor orientador para orientação tutorial; - Analisar situações de cuidados através da elaboração de pelo menos um plano de cuidados; - Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem; - Consultar manuais e bibliografia de especialidade; - Investigar e colaborar em estudos de investigação; - Divulgar as atividades desenvolvidas e incentivar a implementação dos projetos; - Participar em eventos no âmbito da reabilitação (congressos, seminários, formações), contribuindo para a divulgando de conhecimento. - Elaboração do relatório final de estágio. 	
Recursos	<p><u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor orientador; Doentes e família/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia de acordo com os conteúdos na área de reabilitação; Protocolos, normas e manuais de serviço/unidade; processos clínicos; legislação e regulamentos;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Internamento; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); Comunidade; Serviço de Ortopedia.</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>

Objetivo Específico	5 – Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais, assim como família/cuidador, utilizando a metodologia do processo de enfermagem
Domínios e Competências	J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados.
Atividades/Estratégias	
<ul style="list-style-type: none"> - Consultar o processo clínico da pessoa cuidada e exames complementares de diagnóstico, e realizar análise dos mesmos; - Cooperar com enfermeiro orientador na prestação de cuidados; - Avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade; - Realizar diagnósticos de enfermagem, de acordo com as alterações identificadas; - Elaborar planos de intervenção de reabilitação, e implementar planos de intervenção personalizados e individualizados, de acordo com as necessidades, identificadas através de instrumentos e escalas, adequadas a cada situação: *Avaliar a capacidade funcional da pessoa na satisfação das necessidades humanas básicas (Medida de Independência Funcional); *Avaliar a nível de independência para as atividades de vida diária (Índice de Barthel); * Avaliar o risco de queda (Escala de Quedas de Morse); * Avaliar a função cognitiva (Mini Mental State Examination); * Avaliar a força muscular (Escala Medical Research Council); * Avaliar a mobilidade e equilíbrio funcional (Time Up and Go test) * Avaliar a dor (Escala da Dor – adequada ao paciente); * Avaliar a perceção subjetiva ao esforço (Escala de Borg Modificada); * Avaliar a intolerância à atividade (Teste de Marcha de seis minutos); * Avaliar o grau de dispneia (Teste mMRC); - Realizar técnicas/intervenção de ER, nos diferentes níveis, sensorial e cognitivo, cardíaco, respiratório, motor, da alimentação, urinário/intestinal e da sexualidade; - Realizar registos de enfermagem nos sistemas de informação adequados; - Ensinar e treinar técnicas/exercícios no âmbito do plano de treino delineado, nos diferentes contextos de estágio; - Monitorizar o impacto do plano implementado, através da reavaliação das necessidades identificadas. - Envolver a família e cuidadores no processo de cuidados; - Consulta de bibliografia específica e adequada na área de ER. 	
Recursos	<p><u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor orientador; Doentes e família/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia de acordo com os conteúdos na área de reabilitação; Protocolos, normas e manuais de serviço/unidade; processos clínicos; legislação e regulamentos;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Internamento; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); Comunidade; Serviço de Ortopedia.</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>

Objetivo Específico	6 – Elaborar programas de treino de Atividades de Vida Diárias visando a adaptação às limitações e necessidades identificadas na pessoa.
Domínios e Competências	J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios de cidadania.
Atividades/Estratégias	
<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar planeamento de alta, envolvendo a família, identificando as necessidades; - Promover um ambiente seguro, identificando possíveis riscos físicos e ambientais que comprometam/limitem a pessoa; - Sugerir alterações no ambiente da pessoa, com a intenção de diminuir os riscos identificados; - Planear sessões de treino ajustadas às necessidades, possibilidades, limitações da pessoa; - Identificar materiais/produtos de apoio adequados a cada situação, assim como realizar ensinamentos dirigidos; - Avaliar as necessidades do sistema de apoio (família/cuidadores); - Realizar ensinamentos e treino à família/cuidadores, de acordo com as necessidades identificadas, com intuito de capacitar para o desempenho funcional; - Monitorizar o impacto do plano implementado, através da reavaliação das necessidades identificadas; - Referenciar para recursos disponíveis na comunidade, promovendo a funcionalidade, acessibilidade e participação da pessoa/família/cuidador; - Basear a prática na melhor evidência científica a nível motor e cardiorrespiratório. 	
Recursos	<p><u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor orientador; Doentes e família/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia de acordo com os conteúdos na área de reabilitação; Protocolos, normas e manuais de serviço/unidade; processos clínicos; legislação e regulamentos;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Internamento; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); Comunidade; Serviço de Ortopedia.</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>

Objetivo Específico	7 – Promover a maximização das capacidades funcionais, melhorando o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório.
Domínios e Competências	J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
Atividades/Estratégias	
	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar planos/programas de reabilitação de funções cardíaca, respiratória e motora, considerando a complexidade, individualidade e imprevisibilidade da pessoa; - Ensinar e treinar sobre técnicas e tecnologias que permitam o melhor desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa; - Monitorizar a implementação do plano de reabilitação, assim como os resultados obtidos em função do mesmo; - Promover estratégias de prevenção do risco clínico; - Basear a prática na melhor evidência científica a nível motor e cardiorrespiratório.
Recursos	<p><u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar; Enfermeiro orientador; Professor orientador; Doentes e família/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia de acordo com os conteúdos na área de reabilitação; Protocolos, normas e manuais de serviço/unidade; processos clínicos; legislação e regulamentos;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Internamento; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); Comunidade; Serviço de Ortopedia.</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diário da República (2019A). Regulamento n.º 26/2019 Série II - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Diário da República (2019B). Regulamento n.º 85/2019 Série II - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Ferraz, A. & Belhot, R. (2010). Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest. Prod., São Carlos, 17 (2), p. 421-431. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>

APÊNDICE 2: PROTOCOLO REVISÃO SCOPING

PROTOCOLO DA REVISÃO SCOPING

Objetivo: Identificar as intervenções de reabilitação que podem ser implementadas no período pré-operatório na pessoa com cancro de pulmão submetida a cirurgia torácica.

Questão de Investigação: Quais são as intervenções de reabilitação a serem realizadas no período pré-operatório na pessoa com cancro do pulmão submetida a cirurgia?

- População: Pessoas adultas com cancro do pulmão;
- Conceito: Intervenções de reabilitação;
- Contexto: Período pré-operatório.

Metodologia de pesquisa:

A pesquisa bibliográfica foi realizada na plataforma *EBSCOhost*, através da OE: *MEDLINE Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; e também, na plataforma *ScienceDirect* e *PubMed* para identificação de referências.

Descritores: *lung cancer; prehabilitation; preoperative period.*

Descritores em Saúde (DeCS/MeSH):

- *Lung cancer OR Lung Neoplasms OR Lung Tumor*
- *Prehabilitation OR preoperative exercise OR rehabilitation OR exercise*
- *Preoperative care OR preoperative period OR Perioperative period*

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Critério	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Pessoa com cancro do pulmão; Adulto (≥ 18 anos).	Patologia pulmonar não oncológica; Idade ≤ 18 anos.
Conceito	Intervenções de reabilitação.	Estudos que não incluam intervenções de reabilitação.
Contexto	Período pré-operatório.	Intervenções realizadas fora do período pré-operatório.
Tipo de estudos	Estudos de investigação – ensaios randomizados e quasi experimentais	Outro tipo de estudos

APÊNDICE 3: SESSÃO DE FORMAÇÃO – CUIDAR DA PESSOA COM
DEMENCÊNCIA: MÓDULO 1

CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA



MÓDULO 1 Introdução à demência

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Capacitar os formandos para cuidar da pessoa com demência, através da promoção de conhecimento sobre a tema e estratégias adequadas, que promovam a qualidade de vida da pessoa com demência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Dar a conhecer o conceito e a evolução da demência e, respetivas manifestações clínicas;
- Alertar sobre o impacto da demência e a suas limitações;
- Sensibilizar sobre a importância dos cuidadores da pessoa com demência;
- Nomear as intervenções promotoras da qualidade de vida da pessoa com demência.

3

SUMÁRIO

- 🌐 Demência: conceito, fatores de risco, sinais e sintomas;
- 🌐 Tipos de demência;
- 🌐 Diagnóstico e tratamento;
- 🌐 Impacto na vida da pessoa com demência e da família/cuidadores;
- 🌐 Conselhos para viver melhor com a demência.

4

DEMÊNCIA

Síndrome, causada pela destruição das células nervosas, que danificam o cérebro, levando à deterioração da função cognitiva (ou seja, a capacidade de processar o pensamento).

Apresenta-se como crônica e de agravamento progressivo.

Afeta a memória, o pensamento e a capacidade de realizar atividades diárias.



(WHO,2021)

FATORES DE RISCO



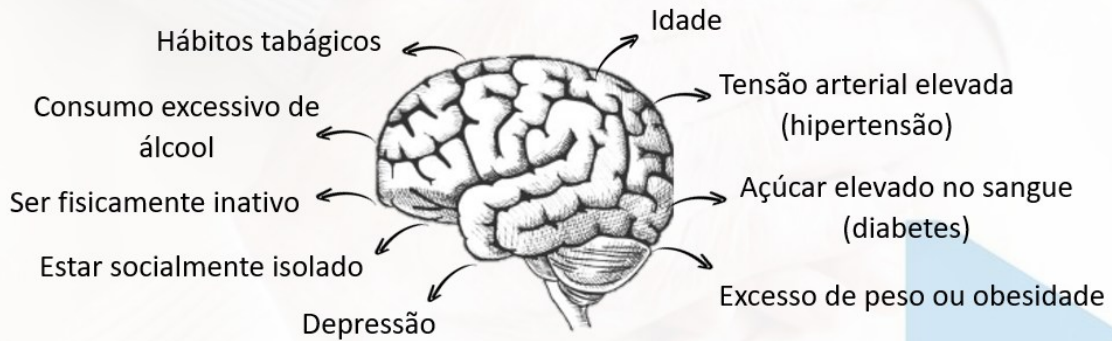
Mais afetadas pela demência.

Têm mais anos de vida ajustados por incapacidade e mortalidade devido à demência.

Prestam 70% das horas de cuidados a pessoas que vivem com demência.

(WHO,2021)

FATORES DE RISCO



(WHO, 2021)

7

ESTATÍSTICAS NO MUNDO



Atualmente, 35,6 milhões de pessoas vivem com demência.



Estima-se que aumente:

2030 (65,7 milhões)

2050 (115,4 milhões)

(Alzheimer Portugal, 2024)

8

ESTATÍSTICAS EM PORTUGAL



Em **2013**, estimou-se **160 a 185 mil pessoas** com demência

Em **2019**, projectou-se para **193 500 mil pessoas** com demência.

(Alzheimer Portugal, 2024)

É necessário fazer despiste epidemiológico!

9

SINAIS E SINTOMAS



(Hospital Israelita Albert Einstein, 2023; WHO, 2021)

10

SINAIS E SINTOMAS

Perda de memória

- 🧠 Esquecer-se de coisas ou acontecimentos recentes
- 🧠 Perder ou colocar coisas no sítio errado
- 🧠 Perder-se ao andar ou ao conduzir

Desorientação

- 🧠 Ficar confuso, mesmo em locais familiares
- 🧠 Dificuldades em realizar tarefas familiares
- 🧠 Avaliação visual errada das distâncias dos objetos

(Hospital Israelita Albert Einstein, 2023; WHO,2021)

11

SINAIS E SINTOMAS

Alteração do humor e personalidade

- 🧠 Sentir-se ansioso, triste ou zangado com a perda de memória
- 🧠 Comportamento inadequado
- 🧠 Afastamento do trabalho ou de atividades sociais
- 🧠 Menor interesse pelas emoções das outras pessoas

(Hospital Israelita Albert Einstein, 2023; WHO,2021)

12

SINAIS E SINTOMAS

Problemas em comunicar

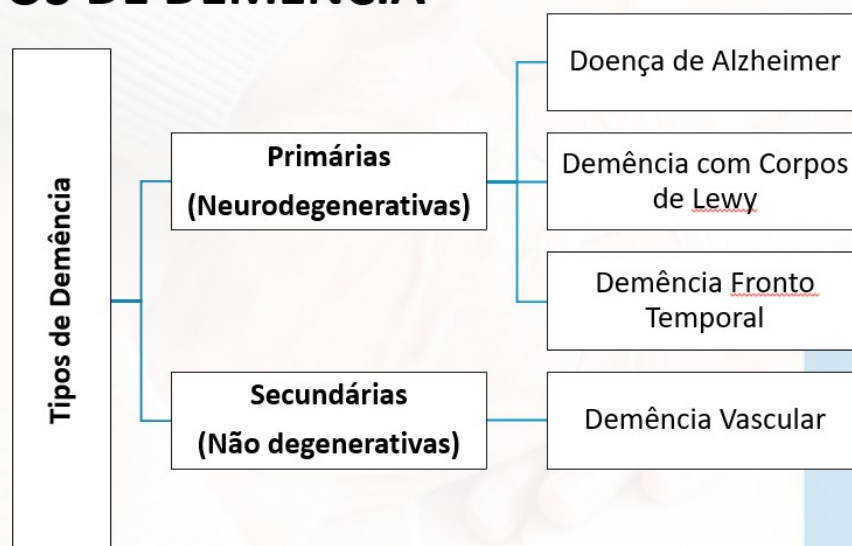
- 🧠 Dificuldades em resolver problemas ou tomar decisões
- 🧠 Dificuldades em acompanhar conversas ou em encontrar palavras

Perda de noção de tempo

- 🧠 Completa perda de noção do tempo


(Hospital Israelita Albert Einstein, 2023; WHO, 2021)

TIPOS DE DEMÊNCIA



DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer assume um lugar de destaque, representando cerca de 60 a 70% de todos os casos de demência. (WHO,2015)

 Descrito a primeira vez por Alois Alzheimer em 1907



A sua principal característica neuropatológica é a presença de depósitos de **placas beta-amiloides** e **emaranhados neurofibrilares**, que se acumulam no **córtex cerebral** e na **substância cinzenta subcortical**. Esses depósitos estão associados à disfunção e morte neuronal, resultando em atrofia cerebral progressiva.

Leva a um declínio progressivo da memória, linguagem e habilidades cognitivas.

15

DOENÇA DE ALZHEIMER



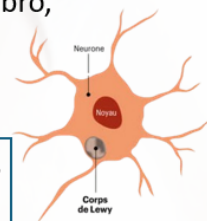
Chris Hemsworth revelou, em novembro de 2022, ter predisposição para Alzheimer.

O ator revelou que está entre apenas 2-3% da população que, tem 10 vezes mais probabilidade de desenvolver a doença, por ser portador do gene ApoE4, herdado de ambos os pais.

16

DEMÊNCIA DOS CORPOS DE LEWY

É a segunda forma mais comum de demência degenerativa. Ela ocorre devido ao acúmulo anormal de proteínas chamadas "Corpos de Lewy" no cérebro, que interferem no funcionamento das células nervosas.



↓
Contribui para a morte cerebral e alterações cognitivas, motoras e comportamentais:

Córtex cerebral:

Declínio cognitivo e alucinações

Substância Negra:

Alterações motora

Tronco cerebral:

Disfunção do sono

Córtex Visual:

Alucinações visuais

Sistema Límbico e Hipocampo:

Memória, emoções e comportamento.

Núcleo de Meynert:

Redução da acetilcolina, agravamento cognitivo

17

DEMÊNCIA DOS CORPOS DE LEWY



O ator **Robin Williams** morreu há 10 anos, por suicídio, enquanto enfrentava uma depressão severa após um diagnóstico de Parkinson.

Porém a autópsia mostrou que ele sofria de Demência com Corpos de Lewy (DCL).

DEMÊNCIA FRONTO-TEMPORAL

Tipo de demência menos frequente, manifesta-se principalmente por alterações:



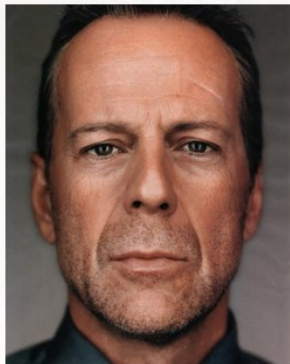
- na linguagem com perda da capacidade de comunicação e compreensão;
- comportamentais e da personalidade com demonstração de apatia, impulsividade e alterações do humor;
- alterações da capacidade muscular e motora.

Tipos de demência fronto-temporal:

- Demência Frontal
- Afasia primária progressiva
- Esclerose Lateral Amiotrófica
- Paralisia supranuclear progressiva
- Degenerescencia corticobasal

19

DEMÊNCIA FRONTO-TEMPORAL



O ator Bruce Williams, inicialmente foi diagnosticado com afasia - um distúrbio neurológico que afeta a comunicação e a capacidade de processamento da linguagem. Porém, um ano depois foi anunciado que sofria de demência frontotemporal.

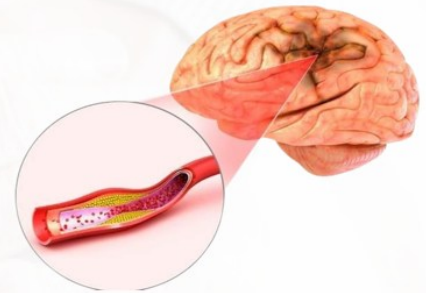
20

DEMÊNCIA VASCULAR

Assume o segundo lugar da demência mais comum.

As lesões cerebrovasculares causam comprometimento do fluxo sanguíneo, conduzindo a alterações de memória, pensamento e comportamento.

O seu impacto depende da área afetada, localização e alterações vasculares.



Está associada à elevada prevalência de:

- Hipertensão
- Acidente Vascular Cerebral (AVC): Isquémico ou hemorrágico.

**CONTROLO ADEQUADO DOS
FATORES DE RISCO**

21

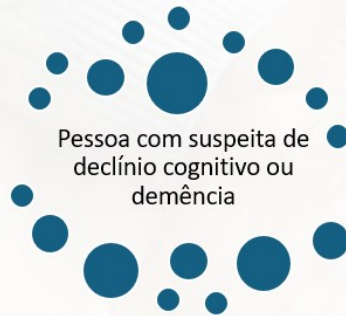
OUTROS TIPOS DE DEMÊNCIA:

- Doença de Parkinson
- Doença de Huntington
- Síndrome de Karsakoff
- Doença de Creutzfeldt-Jacob



22

DIAGNÓSTICO



Pessoa com suspeita de declínio cognitivo ou demência



Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

- ⊗ História clínica
- ⊗ Avaliação cognitiva
- ⊗ Avaliação de alterações nas AVD's
- ⊗ Avaliação de alterações psicológicas e comportamentais
- ⊗ Pesquisa de comorbidades
- ⊗ Revisão do tratamento farmacológico com efeitos potenciais na cognição

- ⊗ Análises laboratoriais
- ⊗ Avaliação Imagiológica
- ⊗ Outros

(DGS, 2023)

DIAGNÓSTICO

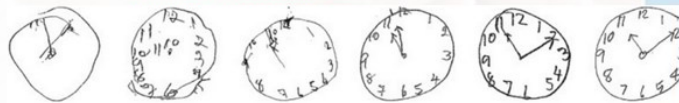
Avaliação cognitiva



Avaliação formal que permite identificar déficits em memória, linguagem, atenção, funções executivas, entre outros domínios.

Através da utilização de escalas como:

- ⊗ Mini Mental State Examination
- ⊗ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- ⊗ Clock Drawing Test



(DGS, 2023)

DIAGNÓSTICO

Avaliação AVD's



Avaliar como a pessoa realiza as suas atividades de vida diária.

Avaliação psicológicas e comportamentais



Avaliar e caracterizar alterações psicológicas e comportamentais, como apatia, agitação, depressão, ansiedade, delírios ou alucinações, e compreender o impacto, além de orientar intervenções adequadas para melhorar a qualidade de vida.

(DGS, 2023)

25

ESTÁGIOS E PROGRESSÃO DE DEMÊNCIA

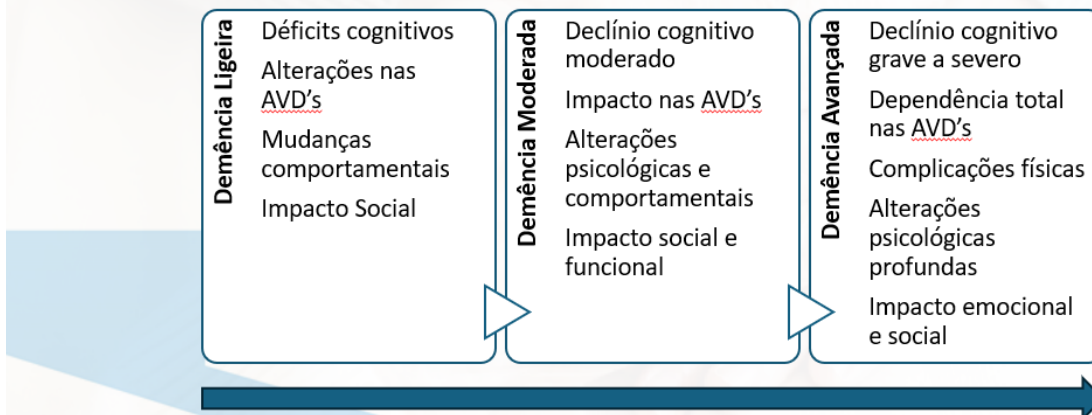
Síndrome causada por doença cerebral, crónica e progressiva, estando dividida em três fases.

É importante destacar que nem todos as pessoas apresentam todos os sintomas ou atravessam todas as etapas.



26

ESTÁGIOS E PROGRESSÃO DE DEMÊNCIA



27

Global Deterioration Scale (GDC)



Desenvolvida por Barry Reisberg em 1986 e é utilizada na avaliação da progressão da demência e outras doenças neurodegenerativas

Caracteriza a deterioração cognitiva e funcional da pessoa em 7 etapas, que vão desde a função cognitiva normal até à demência avançada. (Global Deterioration Scale, 1986)

Atualmente, diretor emérito do núcleo clínico do Centro da Doença de Alzheimer do NYU Langone Health, financiado pelo Instituto Nacional do Envelhecimento dos EUA.

28

TRATAMENTO

É recomendado medidas preventivas para o declínio cognitivo, incluindo:

- 🌐 tratamento doenças crónicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidémia, excesso de peso e depressão;
- 🌐 intervenções dirigidas ao consumo excessivo de álcool e tabagismo;
- 🌐 promoção do exercício físico, actividade cognitiva e participação social;
- 🌐 dieta saudável e equilibrada.

(DGS, 2023)

29

TRATAMENTO

Não deve ser prescrito qualquer medicamento com o objetivo específico de prevenção primária da demência.

As abordagens não-farmacológicas devem ser consideradas em primeiro lugar.

O tratamento incide no controlo de sintomas e manutenção da funcionalidade.

(DGS, 2023)

30

TRATAMENTO

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Estimulação Sensorial

- Técnicas de relaxamento (Estimulação tátil)
- Aromaterapia (Estimulação olfativa)
- Musicoterapia (Estimulação auditiva)
- Jogo de luzes de diferentes intensidades e cores (Estimulação visual)

Estimulação Cognitiva

- Treino de memória (jogos de associação de memória visual, jogo de pares, jogos de associação de memória auditiva)
- Resolução de problemas (separar objetos por cores, separar objetos por formas)
- Puzzles e jogos de raciocínio (sopas de letras, sudoku, palavras cruzadas)

National Institute on Aging (2020); Alzheimer's Association. (2020).

31

TRATAMENTO

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Orientação para a realidade

- Temporal: Reforçar o dia da semana, mês ou ano. Dizer a hora exata do dia e validar com a pessoa com demência.
- Espacial: Identificar áreas específicas na casa referindo a utilidade dos objetos que nela se encontram. Reforçar o local onde a pessoa se encontra.
- Contextual: Relembrar a pessoas que lhe são próximas, Explicar o que está a acontecer à sua volta.

Mast & Zick (2015)

Memórias de Vida

- Devemos proporcionar momento de conversa em assuntos focados em momentos passados da vida da pessoa como forma de reforçar a identidade pessoal.
- Podemos fazê-lo com recurso a fotografias, vídeos e músicas.

Alzheimer's Society. (2013).

32

TRATAMENTO

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Terapia de Validação

- Esta é uma abordagem de comunicação que envolve reconhecer e aceitar os sentimentos da pessoa com demência.
- A validação tem como objetivo mostrar empatia pelas experiências emocionais que a pessoa está a passar.
- Esta técnica de comunicação promove o bem-estar emocional da pessoa, reduzindo a ansiedade e ao mesmo tempo promove o sentido de identidade pessoal.

Alzheimer's Association. (2020).

33

TRATAMENTO



(DGS, 2023)

34

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

A **demência**, é a 7.ª principal causa de morte, uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos a nível mundial, com **elevado impacto**:



(WHO, 2021)

35

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA



(WHO, 2021)

36

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Pessoa

AUMENTO da dependência.

Crescente carga socioeconómica associada

Em 2019



Em média, prestação de 5 horas de cuidados e supervisão por dia.



1,3 biliões de dólares
(± 1,2 biliões de euros)

(WHO, 2021) 37

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Informal

Pessoa que presta cuidados permanentes ou regulares a outros (por exemplo, familiar, amigo, vizinho) que se encontram numa situação de dependência.

Ser cuidador, poderá ter impacto negativo, quer ao nível do seu bem-estar, como da sua saúde.



(Direção Regional da Solidariedade Social – Açores, 2020)

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Informal



na saúde física

- Fragilidade do sistema imunitário;
- Aumento do consumo de ansiolíticos;
- Perturbações do sono;
- Prevalência de doenças crónicas.



na saúde mental e psicológica

- Depressão e ansiedade;
- *Stress*;
- Baixa satisfação com a vida.

(Direção Regional da Solidariedade Social – Açores, 2020)

39

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Informal



na atividade profissional/financeira

- Diminuição da produtividade;
- Aumento das despesas;
- Menor tempo no local de trabalho;
- Ausência de gratificações, como promoções.



nas relações familiares/sociais

- Isolamento social;
- Perda de privacidade;
- Abandono de hábitos;
- Aumento de conflitos familiares.

(Direção Regional da Solidariedade Social – Açores, 2020)

40

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Informal

Cuidar de uma pessoa com demência, é um desafio complexo e evolutivo, que requer:

- Compreensão abrangente da doença;
- Estratégias eficazes de prestação de cuidados;
- Comunicação eficaz;
- Garantir a segurança;
- Promover o envolvimento e fornecer apoio emocional.

Melhoria significativa da qualidade de vida da pessoa com demência

(WHO, 2021)

41

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Informal

Os cuidadores têm necessidade de:

Informação

Capacitação

Apoio Social
e Financeiro

Apoio
Psicológico

(Alzheimer Portugal, 2023; Direção Regional da Solidariedade Social – Açores, 2020)

42

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

TRANSIÇÃO DO DOMICÍLIO PARA A INSTITUIÇÃO



A institucionalização da pessoa com demência surge como resposta:

- Elevado volume de cuidados;
- Sobrecarga;
- Depressão.

(Fernandes et al, 2020)

43

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

TRANSIÇÃO DO DOMICÍLIO PARA A INSTITUIÇÃO



Pessoa com demência:

- Perda de ligação com os vizinhos, família e amigos
- Perda do ambiente confortador de casa
- Alterações comportamentais

(Fernandes et al, 2020)

44

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

TRANSIÇÃO DO DOMICÍLIO PARA A INSTITUIÇÃO



Cuidador Informal:

- Insegurança
- Sentimento de culpa e tristeza
- Necessidade “defender” a pessoa e monitorizar os cuidados prestados

(Fernandes et al, 2020)

45

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

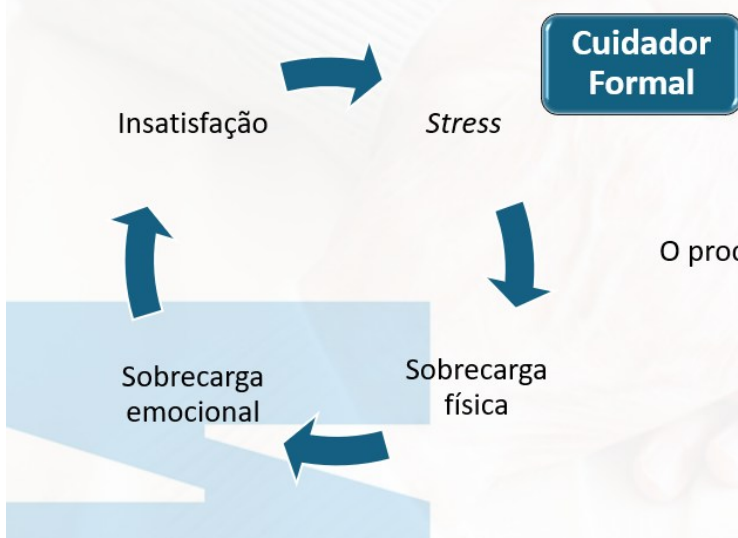
Cuidador Formal

Profissional formado e treinado para prestar cuidados permanentes e regulares a outros, que se encontram numa situação de dependência.



46

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA



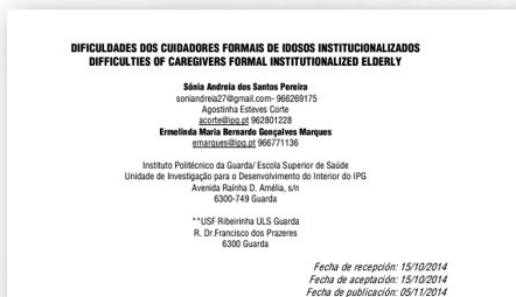
O processo de cuidar altera fortemente a vida dos cuidadores.

(Pereira & Marques, 2014; Barbosa et al, 2011)

47

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Formal



Maiores dificuldades:

- Cuidados deambulação/mobilização;
- Cuidados com a alimentação;
- Cuidados com a comunicação;
- Cuidados com as alterações emocionais

(Pereira & Marques, 2014)

48

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Formal

Cuidar não se resume apenas a ajudar nas limitações.



É necessário compreender todas as necessidades da pessoa

(Pinto & Róseo, 2014; Pereira & Marques, 2014; Barbosa et al, 2011)

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

(DR,2018)

49

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

Cuidador Formal

TRANSIÇÃO DO DOMICILIO PARA A INSTITUIÇÃO



Trabalho de equipa

Reduzir *stress* familiar

Aumentar a auto-estima dos cuidadores

Melhorar cuidados

(Pinto & Róseo, 2014; Pereira & Marques, 2014; Barbosa et al, 2011)

50

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

ESTRATÉGIA DA SAÚDE NA ÁREA DAS DEMÊNCIAS

Estratégia da Saúde na Área das Demências



(DR,2018)

51

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

ESTRATÉGIA DA SAÚDE NA ÁREA DAS DEMÊNCIAS

De acordo com *despacho 5988/2018 de 19 de Junho de 2018*, o XXI Governo Constitucional, elaborou a **Estratégia da Saúde na Área das Demências**, com o objetivo de:

- Maior colaboração entre as diferentes áreas de cuidados;
- Diagnóstico atempado e correto;
- Acesso atempado a tratamentos;
- Continuidade dos cuidados na comunidade e, apoio à família.

(DR,2018)

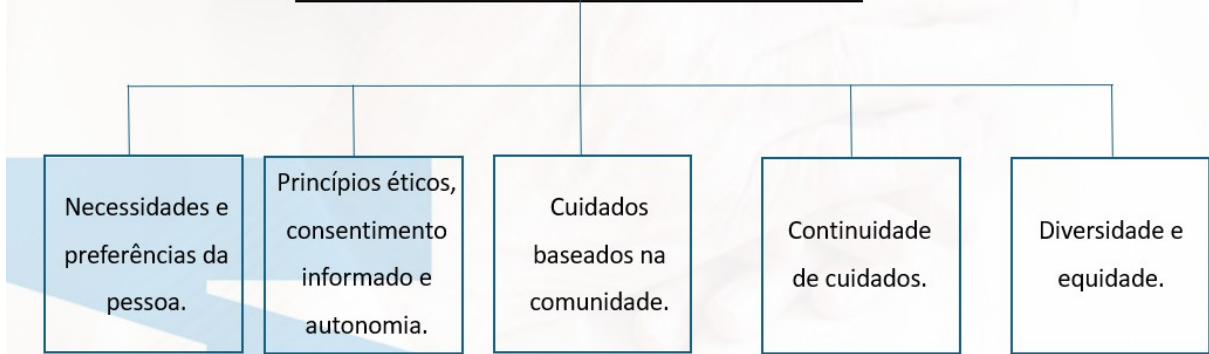
52

IMPACTO NA VIDA DIÁRIA

ESTRATÉGIA DA SAÚDE NA ÁREA DAS DEMÊNCIAS

De acordo com o percurso evolutivo da doença.

Estratégia da Saúde na Área das Demências



(DR,2018)

53

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA

Memória

Recorrer a listas, notas, calendários.



Colocar etiquetas em objetos e divisões da casa;



(HFF, 2023)

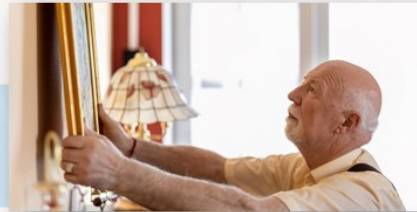
54

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA:

Memória

Manter rotina e evitar mudar o local dos objetos.



Objetos e as rotinas são pontos de referência, elementos orientadores.

(HFF, 2023)

55

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA

Memória

Documento com identificação e contacto de emergência.

112 CARTÃO DE EMERGÊNCIA EMERGENCY ID CARD		INFORMAÇÃO MÉDICA MEDICAL INFORMATION	
NOME NAME	IDADE AGE	SEGURODORA / POLÍCIA HEALTH INSURER / POLICY #	DOENÇAS DISEASES
RESIDÊNCIA ADDRESS	AUTORIDADE DA RESIDÊNCIA LOCAL AUTHORITY	ALERGIAS ALLERGIES	MEDICAÇÃO MEDICATION
NACIONALIDADE NATIONALITY	ESTADO EM PORTUGAL LOCAL PORTUGAL ADDRESS		
EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY NOME NAME			

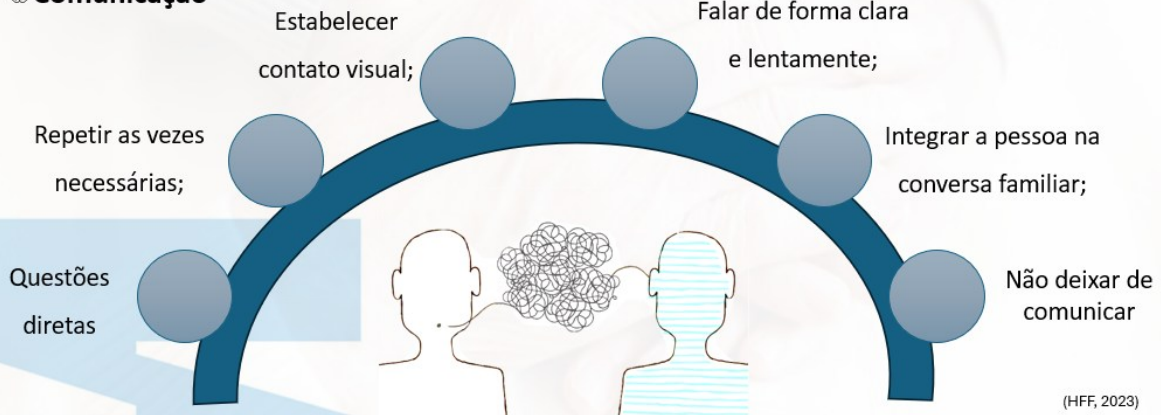
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/11/Emergency-ID-Card-2018-v2.pdf>

56

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA:

Comunicação



(HFF, 2023)

57

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA

Comportamento

Manter calma e não castigar.

Se existir comportamentos sexuais inapropriados, não envergonhar ou reagir exageradamente;



(HFF, 2023)

58

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA:

Comportamento

Evitar sestas e mantenha-o ativo durante o dia.

Evitar alimentos ricos em açúcar ou líquidos perto da hora de dormir.



(HFF, 2023)

Na presença de delírios, procurar tranquilizá-lo, evitando tentativas de convencer que não é real.

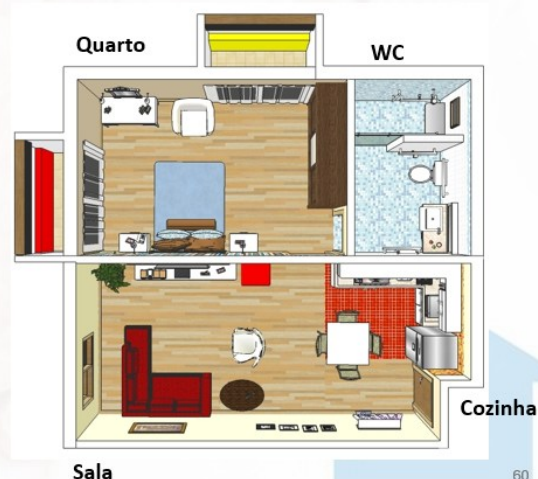
59

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA – A CASA IDEAL

PORQUÊ?

- Piso regular
- Áreas amplas e fácil circulação
- Interruptores ao alcance
- Divisões bem iluminadas (luzes presença)



60

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA – A CASA IDEAL

- Adequar a altura da cama.
- Colocar um sofá ou cadeira confortável junto à cama.



(HFF, 2023)

61

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA – A CASA IDEAL

- Sofás firmes e altura adequada.
- Colocar nos degraus tiras antiderrapantes e corrimão.
- Não colocar tapetes nem encerar o chão.



(HFF, 2023)

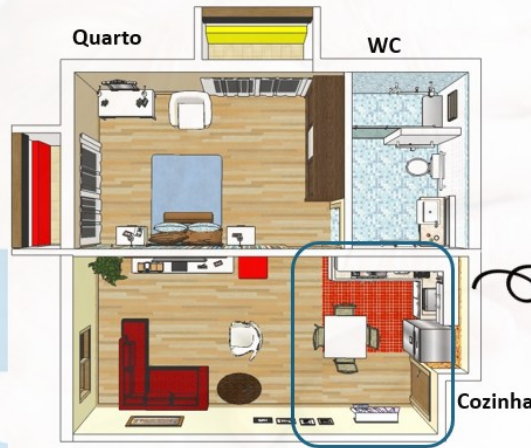
62

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA – A CASA IDEAL



Em local acessível.



Sala

(HFF, 2023)

- Evite ter fogão a gás.
- Não utilize fósforos.
- Ligar os eletrodomésticos pequenos apenas quando os utilizar.

63

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”

CONSELHOS PARA VIVER MELHOR COM A DEMÊNCIA – A CASA IDEAL



Sala

(HFF, 2023)

- Barras de apoio.
- Adesivos anti-derrapantes no fundo da banheira/poliban.

64

“Ajude-o a fazer, não o faça por ele.”



65



OBRIGADA

66



BIBLIOGRAFIA

Alzheimer Portugal (2024). Demência: uma prioridade de saúde pública <https://alzheimerportugal.org/demencia-uma-prioridade-de-saude-publica/>

Alzheimer Portugal (2023). Plano de Ação e Orçamento 2024. <https://alzheimerportugal.org/wp-content/uploads/2021/09/plano-acao-e-orcamento-2024-final.pdf>

Alzheimer's Society. (2013). Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy. Alzheimer's Society. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7a15a7ed915d6eaf153a36/dh_094051.pdf

Alzheimer's Association. (2020). Effective Communication Strategies. Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/communications>

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(1), pp. 119-129. ISSN: 1645-0086

Diário da República (2018). Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho. Estratégia da Saúde na Área das Demências e determina a constituição e a composição da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5988-2018-115533450>

Direção Geral da Saúde (2023). NORMA CLÍNICA: 053/2011 - Atualização Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do Doente com Declínio Cognitivo ou Demência. <https://www.dgs.pt/em-destaque/atualizacao-da-norma-sobre-abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente-com-declinio-cognitivo-ou-demencia-pdf.aspx>

67



BIBLIOGRAFIA

Direção Regional da Solidariedade Social – Açores (2020). Manual do cuidador: cuide de si, cuide dos seus. https://www.cm-ilhavo.pt/cmilhavo2020/uploads/writer_file/document/7846/manual_6_cuide_de_si_cuide_dos_seus.pdf

Fernandes, J., Vareta, D. & Castro, F. (2020). Necessidades dos cuidadores informais da pessoa com demência em contexto de institucionalização de longo prazo: revisão *sistemática*. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 1(1), pp.27-36. ISSN: 0214-9877

Hospital Israelita Albert Einstein (2024). Demência. <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/demencia>

Hospital Fernando de Fonseca (2023). Demências: Consulta de Deterioração Cognitiva do Departamento de Saúde Mental. <https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/Demencia-Final-2.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2018). Cartão de Emergência. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/11/Emergency-ID-Card-2018-v2.pdf>

Mast, B. T., & Zick, R. A. (2015). A Conceptual Framework for Understanding the Role of Orientation in Dementia Care. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), pp.486-494.

National Institute on Aging (2020). Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. National Institutes of Health. <https://www.nia.nih.gov/news/cognitive-stimulation-therapy-dementia>

68



BIBLIOGRAFIA

Pereira, S. & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 1(2), pp. 133-139

Pinto, L. & Róseo, F. (2014). Envelhecer com Saúde: o desafio do cuidar humanizado. *Revista Interfaces da Saúde*, 1(1), pp. 20-29. ISSN: 2358-517X

WHO (2021). *Dementia – Fact Sheets*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>



FE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

SANTA CASA
INSTITUTO DE SAÚDE
DE COIMBRA

APÊNDICE 4: SESSÃO DE FORMAÇÃO – COMPLICAÇÕES
PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS: INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO E PREVENÇÃO



COMPLICAÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS:

Intervenção de enfermagem de Reabilitação na gestão e prevenção

Docente: Prof. Dr. Enf. Júlio Fernandes

Enfermeira Orientadora:
Mestre Enf. [REDACTED]

22 Julho 2024

Discente:
Enf. Ana Jesus Colaço, n.º 117697

Sumário

- Complicações pulmonares pós-operatórias
- Intervenções em complicações:
 - Atelectasia
 - Derrame Pleural e Pneumotórax
 - Pneumonia
- Intervenções de reabilitação no pós-operatório
- Prevenção: pré-habilitação
- Intervenções de reabilitação no pré-operatório

Complicações pulmonares pós-operatórias

As complicações pulmonares pós-operatórias (CPP) são sequelas pulmonares ocorridas por trauma cirúrgico, que resulta em alterações fisiológicas no sistema respiratório, após indução anestésica.

As mais comuns:

(Fernandes et al., 2019; Li et al., 2017; Lusquinhos et al., 2023)

- Atelectasia
- Derrame Pleural
- Pneumotórax
- Pneumonia

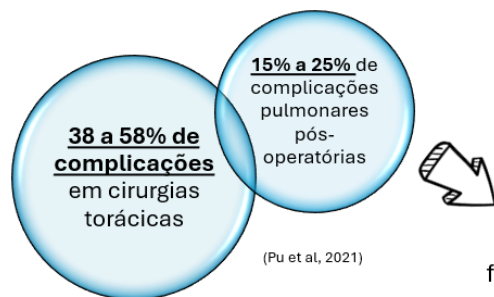
(Li et al., 2017; Lusquinhos et al, 2023; Rotman et al, 2015; Tegegne et al, 2021)

Complicações pulmonares pós-operatórias

As CPP têm uma taxa de morbidade entre 10-20% após cirurgias *major*.

Contribuem para o aumento do tempo de internamento e incremento dos custos em saúde.

(Colucci et al., 2015; Gunay et al., 2016; Langeron et al., 2014; Park, 2016)



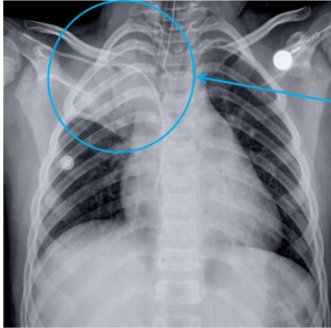
Estudos demonstram que CPP são mais frequentes em cirurgia abdominal e torácica.

(Lusquinhos et al, 2023; Motono et al, 2021)

Atelectasia

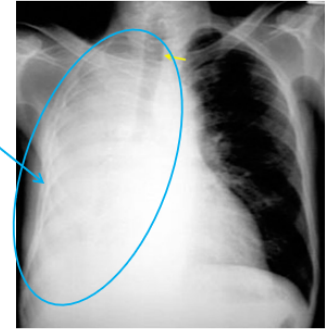
Colapso pulmonar, relacionando-se com perda de volume pulmonar e pode ser lobar, ou total de um pulmão.

(Cordeiro et al., 2017)



Hipotransparência no 1/3 superior do hemitórax direito, com desvio da cissura horizontal (subida) e subida da hemicúpula diafragmática direita. Desvio da traqueia para a direita.

Hipotransparência em todo o hemitórax direito. Traqueia está desviada para a direita (seta amarela). Encurtamento das costelas à direita. Sinal da silhueta - os vasos do pulmão direito não são vistos devido à perda de ar nos alvéolos.



<https://www.myamericannurse.com/postoperative-atelectasis/>

Complicações pulmonares pós-operatórias

<https://www.stitch.luc.edu/lumen/meded/radio/curriculum/medicine/atelectasis.htm>

5

Atelectasia

Objetivos:

- Melhorar a relação ventilação/perfusão;
- Expansão pulmonar;
- Promover a mobilização e eliminação de secreções,

(Sousa et al., 2012).

Conscientização e controlo respiratório



<https://bclung.ca/patient-support/how-stay-active-home/lung-patient-specific-home-exercises/breathing-control>

Complicações pulmonares pós-operatórias

6

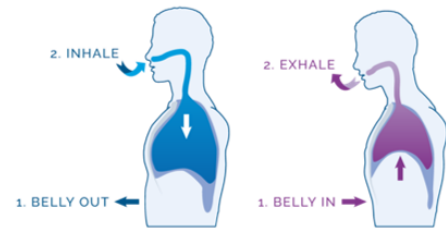
Atelectasia

Objetivos:

- Melhorar a relação ventilação/perfusão;
- Expansão pulmonar;
- Promover a mobilização e eliminação de secreções;

(Sousa et al., 2012).

Respiração abdominal



<https://inveruriechiropractic.com/2021/08/31/breathing-with-your-belly/>

Complicações pulmonares pós-operatórias

7

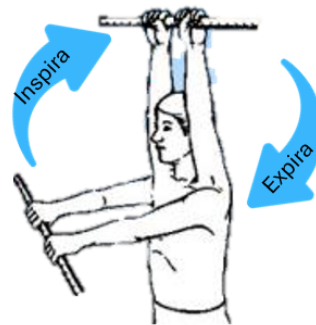
Atelectasia

Objetivos:

- Melhorar a relação ventilação/perfusão;
- Expansão pulmonar;
- Promover a mobilização e eliminação de secreções;

(Sousa et al., 2012).

Reeducação costal global



Complicações pulmonares pós-operatórias

8

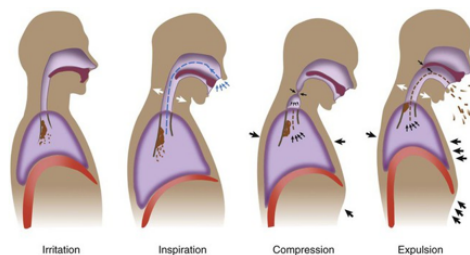
Atelectasia

Objetivos:

- Melhorar a relação ventilação/perfusão;
- Expansão pulmonar;
- Promover a mobilização e eliminação de secreções;

(Sousa et al., 2012).

Tosse dirigida



https://thoracickey.com/wp-content/uploads/2016/06/B9780323059138000228_f022-001-9780323059138.jpg

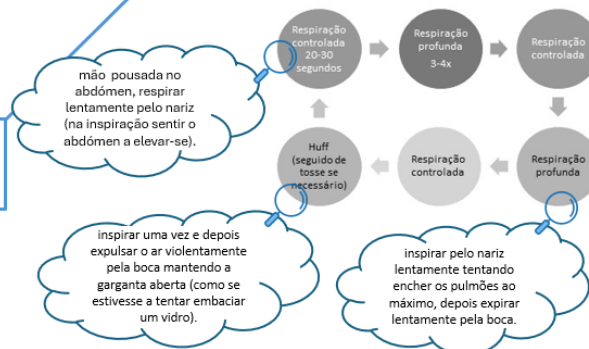
Atelectasia

Objetivos:

- Melhorar a relação ventilação/perfusão;
- Expansão pulmonar;
- Promover a mobilização e eliminação de secreções;

(Sousa et al., 2012).

Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

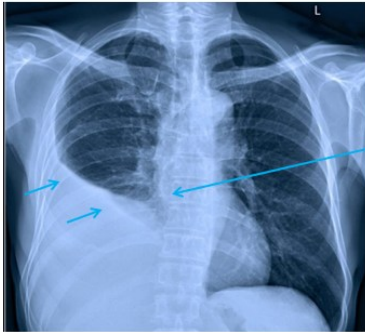


Derrame Pleural

Coleção de líquido no espaço pleural. A natureza do líquido depende da sua etiologia.

A sua drenagem depende do volume.

(Romão et al., 2012)

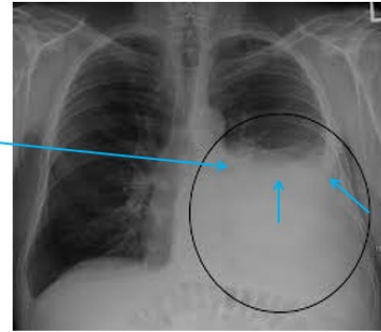


Hipotransparência homogênea. Sinal de Menisco (U). Apagamento do seio costofrênico e do contorno do hemidiafragma.

(Cordeiro et al., 2017)

<https://www.mdsaude.com/pneumologia/derrame-pleural/>

Complicações pulmonares pós-operatórias



https://es.wikipedia.org/wiki/Derrame_pleural 11

Pneumotórax

Acumulação de ar entre a pleura visceral e parietal.

Antes da Reabilitação:

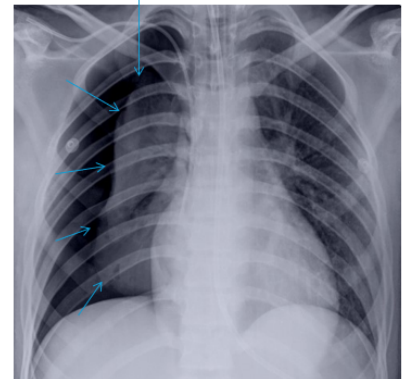
- Introdução de drenagem torácica;
- Oxigênio em alto fluxo (aumenta a velocidade de absorção).

Intervenção deverá ser com intensidade moderada.

(Filho et al., 2006)

Linha pleural com ausência de parênquima adjacente, e discreto desvio da silhueta cardíaca para o hemitórax esquerdo.

(Cordeiro et al., 2017)



<https://www.medway.com.br/conteudos/pneumotorax-espontaneo-o-que-e-isso/>

Complicações pulmonares pós-operatórias

12

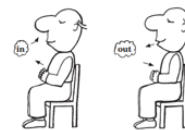
Derrame Pleural e Pneumotórax

Objetivos:

- Impedir a formação de aderências (derrame pleural) e evitar locas pleurais (pneumotórax);
- Facilitar a expansão do pulmão afetado;
- Readquirir a coordenação respiratória;
- Reeducação ao esforço.

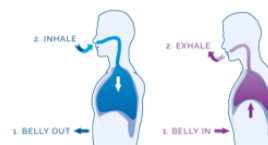
(Romão et al., 2012)

Conscionalização e controlo respiratório



<https://bclung.ca/patient-support/how-stay-active-home/uni-patient-specific-home-exercises/breathing-control>

Respiração abdominal



Complicações pulmonares pós-operatórias

13

<https://invarieschiropractic.com/2021/08/31/breathing-with-your-belly/>

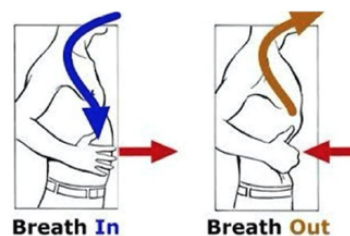
Derrame Pleural e Pneumotórax

Objetivos:

- Impedir a formação de aderências (derrame pleural) e evitar locas pleurais (pneumotórax);
- Facilitar a expansão do pulmão afetado;
- Readquirir a coordenação respiratória;
- Reeducação ao esforço.

(Romão et al., 2012)

Reeducação diafragmática



https://www.researchgate.net/figure/Abdominal-Breathing-Why-do-we-use-abdominal-breathing-techniques-Because-of-this_fig2_329038234

Complicações pulmonares pós-operatórias

14

Derrame Pleural e Pneumotórax

Objetivos:

- Impedir a formação de aderências (derrame pleural) e evitar locas pleurais (pneumotórax);
- Facilitar a expansão do pulmão afetado;
- Readquirir a coordenação respiratória;
- Reeducação ao esforço.

(Romão et al., 2012)

Reeducação costal seletiva



<https://portal-chsi.min-saude.pt/a-nossa-saude/clinicos/uag-de-medicina/medicina-fisica-e-de-reabilitacao/reabilitacao/reabilitacao-respiratoria/video>

(⚠ Ter em atenção a presença de drenagens podem comprometer a mobilidade.)

Derrame Pleural e Pneumotórax

Objetivos:

- Impedir a formação de aderências (derrame pleural) e evitar locas pleurais (pneumotórax);
- Facilitar a expansão do pulmão afetado;
- Readquirir a coordenação respiratória;
- Reeducação ao esforço.

(Romão et al., 2012)

Treino de Inspirómetro



<https://www.medline.eu/le/voldyner-incentive-spirometer>

Derrame Pleural e Pneumotórax

Objetivos:

- Impedir a formação de aderências (derrame pleural) e evitar locas pleurais (pneumotórax);
- Facilitar a expansão do pulmão afetado;
- Readquirir a coordenação respiratória;
- Reeducação ao esforço.

Correção postural



<https://www.fisaude.pt/espelho-quadrado-movel-p-9348.html>

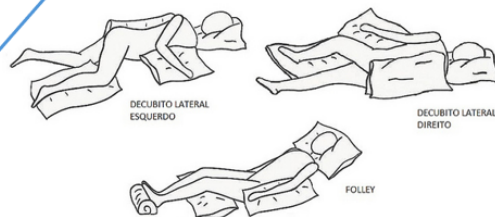
(Romão et al., 2012)

Derrame Pleural e Pneumotórax

Objetivos:

- Impedir a formação de aderências (derrame pleural) e evitar locas pleurais (pneumotórax);
- Facilitar a expansão do pulmão afetado;
- Readquirir a coordenação respiratória;
- Reeducação ao esforço.

Terapêutica de posição



(Romão et al., 2012)

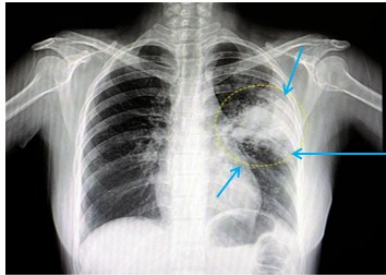
Pneumonia

Processo infeccioso das vias aéreas periféricas, alvéolos e interstício pulmonar.

É uma doença restritiva, causada por acumulação de exsudado.

A reabilitação deverá iniciar após estabilização da fase aguda da doença.

(Romão et al., 2012)



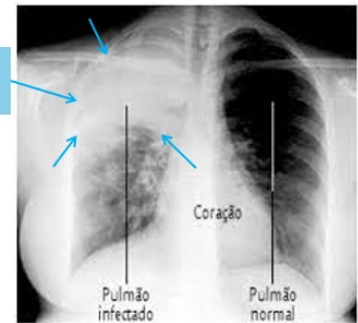
<https://www.mdsaude.com/pneumologia/pneumonia/>

Condensação (hipotransparência) opaca .

Condensação (hipotransparência) com manutenção da permeabilidade das vias aéreas .

(Cordeiro et al., 2017)

Complicações pulmonares pós-operatórias



<https://radiologiapatologica.blogspot.com/2018/04/25/pneumonia/>

19

Pneumonia

Objetivos:

- Reexpansão do pulmão afetado;
- Drenagem de secreções;
- Promoção tosse eficaz;
- Reeducação ao esforço – melhorar a tolerância ao esforço

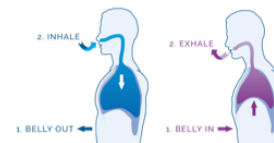
(Romão et al., 2012)

Conscientização e controlo respiratório



<https://bclung.ca/patient-support/how-stay-active-home/lung-patient-specific-home-exercises/breathing-control>

Respiração abdominal



Complicações pulmonares pós-operatórias

20

<https://invenirechiropractic.com/2021/08/31/breathing-with-your-belly/>

Pneumonia

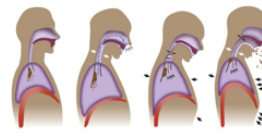
Objetivos:

- Reexpansão do pulmão afetado;
- **Drenagem de secreções;**
- **Promoção tosse eficaz;**
- Reduzir ao esforço – melhorar a tolerância ao esforço

(Romão et al., 2012)

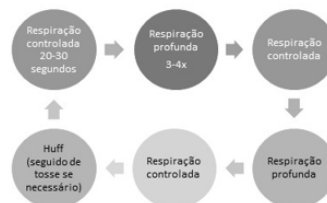
Complicações pulmonares pós-operatórias

Tosse dirigida



https://therapeutickey.com/wp-content/uploads/2016/06/BS780323059138000228_022-001-9780323059138.jpg

Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias



Pneumonia

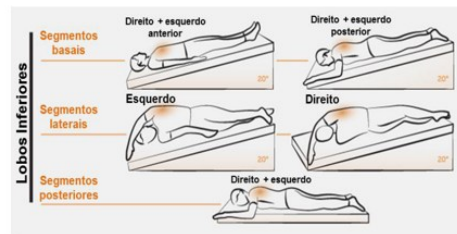
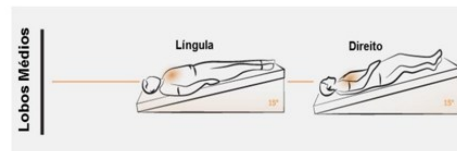
Objetivos:

- Reexpansão do pulmão afetado;
- **Drenagem de secreções;**
- Promoção tosse eficaz;
- Reduzir ao esforço – melhorar a tolerância ao esforço

(Romão et al., 2012)

Complicações pulmonares pós-operatórias

Drenagem Postural



Pneumonia

Objetivos:

- Reexpansão do pulmão afetado;
- Drenagem de secreções;
- Promoção tosse eficaz;
- Reeducar ao esforço – melhorar a tolerância ao esforço

(Romão et al., 2012)

Posições de descanso e Relaxamento



Complicações pulmonares pós-operatórias

<https://bclung.ca/patient-support/how-stay-active-home/lung-patient-specific-home-exercises/relaxation-positions>

Intervenções de reabilitação no pós-operatório

É transversal em a qualquer doente submetido a cirurgia, deve ser realizado:

- Consciencialização e controlo respiratório;
- Respiração diafragmática;
- Levante precoce;
- Mobilização precoce.

- Ganhos a nível movimentos articulares;
- Diminuição de complicações associadas a imobilidade;
- Previne declínio cognitivo e funcional;
- Melhora o humor e autoestima.

(Reis et al., 2021)

Complicações pulmonares pós-operatórias

- Consciência da respiração e controlo da mesma;
- Melhoria da coordenação e da eficácia dos músculos respiratórios;
- Redução da tensão psíquica e muscular.

(Ordem Enfermeiros, 2018)

Controlo da dor.

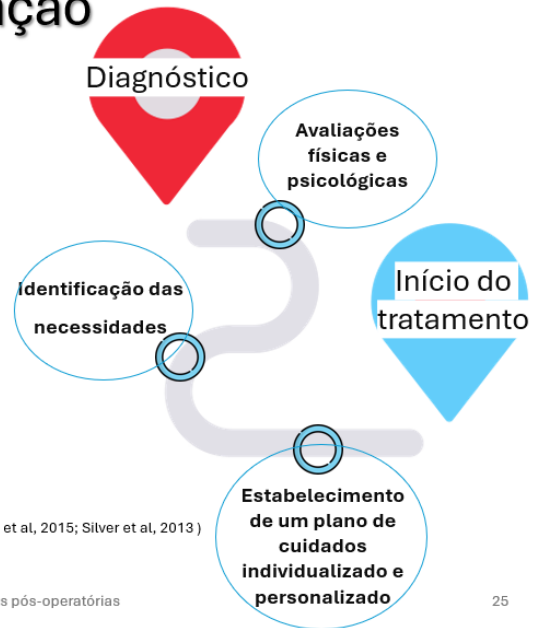
24

Pré-Habilitação

É um processo no *continuum* de cuidados que visa melhorar o resultado de um procedimento planejado, como por exemplo tratamento de quimioterapia, ou uma cirurgia.

Com o foco de reduzir a incidência e a gravidade das necessidades atuais e futuras.

(Carli et al, 2017; Pu et al, 2021; Silver et al, 2015; Silver et al, 2013)



Complicações pulmonares pós-operatórias

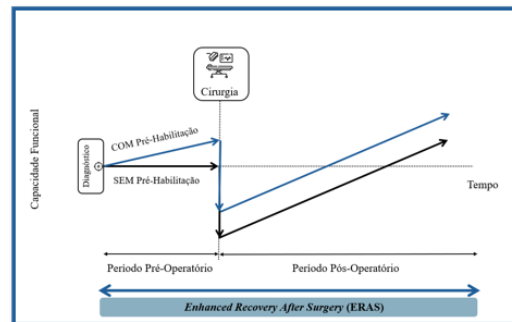
25

Pré-Habilitação

No contexto cirúrgico, a pré-habilitação tem como propósito aumentar a reserva funcional pré-operatória, levando a uma melhor e mais rápida recuperação pós-operatória e redução de complicações.

(Carli et al, 2017; Pu et al, 2021)

Modelo teórico de pré-reabilitação cirúrgica baseado no conceito de aumento da capacidade funcional antes da cirurgia.



(Traduzido de Carli et al (2017). *Surgical Prehabilitation in Patients Cancer.*)

Complicações pulmonares pós-operatórias

26

Pré-Habilitação



Revisão Sistemática Da Literatura Com Meta-análise

Demonstrando que a realização de reabilitação respiratória em conjugação com exercícios aeróbicos, reduzem o tempo de internamento e reduzem CPP.

(Pu et al., 2021)

Estudo Observacional Prospetivo

84% considerados inaptos, após pré-habilitação, são considerados aptos para tratamentos radicais.

(Goldsmith et al., 2021)

Complicações pulmonares pós-operatórias

Revisão Sistemática da Literatura

Demonstrou prevenção e redução de complicações pós-operatórias, no tempo de internamento, na aptidão física e na qualidade de vida.

(Pouwels et al., 2015)

Intervenções de reabilitação no pré-operatório

Pré - Habilitação: intervenções de reabilitação no pré-operatório na pessoa com cancro do pulmão – Scoping Review

Ana Colaço^{1,2} e Júlio Belo Fernandes^{2,3,4}

¹ Enfermagem, Unidade Pulmão e Unidade Neuro-Oncologia, Fundação Champalimaud, Lisboa, 1400-038 Lisboa, Portugal.
² Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Almada, Portugal
³ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Caparica, 2829-511 Almada, Portugal
⁴ Nuro* Lab, 2829-511 Almada, Portugal

(Chen et al., 2023; Fernández-Blanco et al., 2023; Ferreira et al., 2021A, 2021B; Gravier et al., 2022; Kókež et al., 2023; Lai et al., 2017A, 2017B; Licker et al., 2017; Liu et al., 2024; Machado et al., 2024; Sebio Garcia et al., 2017; Sommer et al., 2016; Tenconi et al., 2021; Wang et al., 2020; Yang et al., 2018)



Complicações pulmonares pós-operatórias

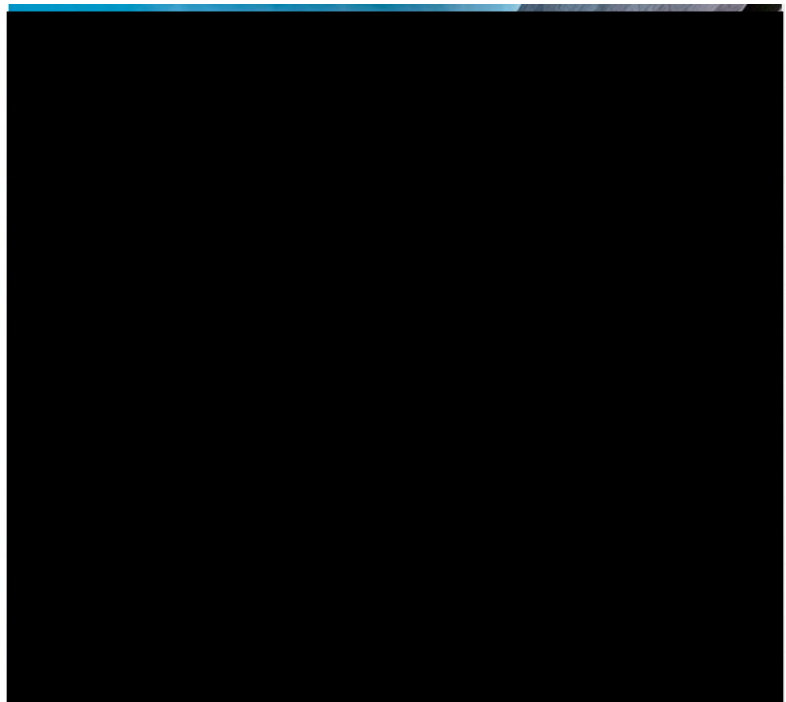
28

Conclusão

- Uma equipa multidisciplinar empenhada, é peça fundamental para todo o processo;
- Protocolos de reabilitação eficazes e adaptados, podem reduzir as complicações pós-operatórias, o tempo de internamento e consequentemente, os custos associados, melhorar os resultados de sobrevivência no tratamento da doença;
- O início precoce de reabilitação pós-operatória, reduz a incidência de CPP, e facilita a recuperação da cirurgia;
- Cumprido o programa de reabilitação pré-operatório, o doente está mais confiante no processo e mais participativo, e com melhores resultados em saúde.

Obrigada

Referências Bibliográficas



APÊNDICE 5: SESSÃO DE FORMAÇÃO – PROJETO SAÚDE EM
COMUNIDADE: IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO E DA
POSTURA CORPORAL

Projeto Saúde em Comunidade: Importância do exercício físico e da postura corporal

Enf.^a Ana Colaço
(aluna de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)

Sob a orientação da EFER Enf.^a [redacted]
supervisão EEEC Enf.^a [redacted]

Professor orientador: Enf.^a Júlio Fernandes

Setembro 2024



SUMÁRIO



- Exercício Físico em Números
- Consequências do Inatividade Física
- Benefícios do Exercício Físico
- Recomendações Exercício Físico
- Postura Corporal

Exercício Físico



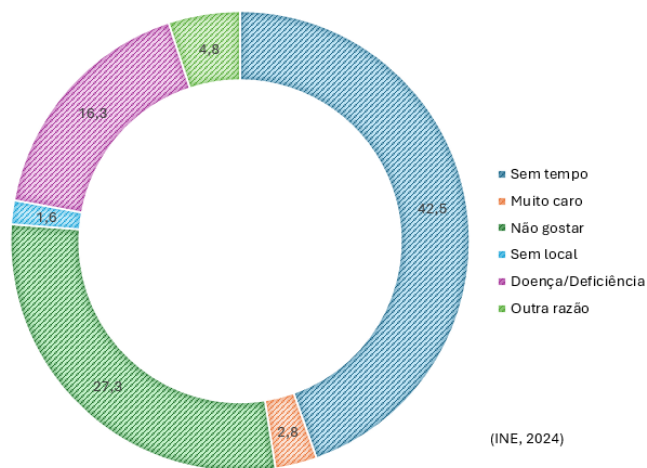
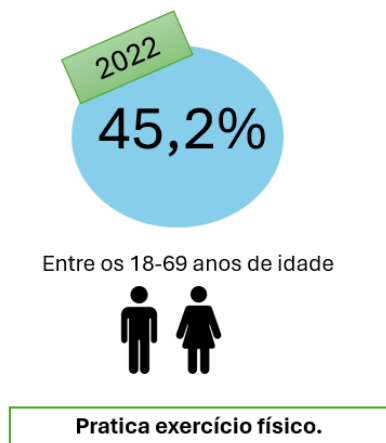
Qualquer movimento corporal produzido que produza gasto de energia – incluindo atividades praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e atividades de lazer.

(DGS, 2020A)

Exercício Físico em Números



54,8% **não pratica** exercício, porque:



Consequências do Inatividade Física



Em Portugal (2018), um terço de todas as mortes, deveram-se a fatores de risco comportamentais, tais como:

- risco alimentares;
- hábitos tabágicos;
- consumo de álcool;
- **inatividade física.**

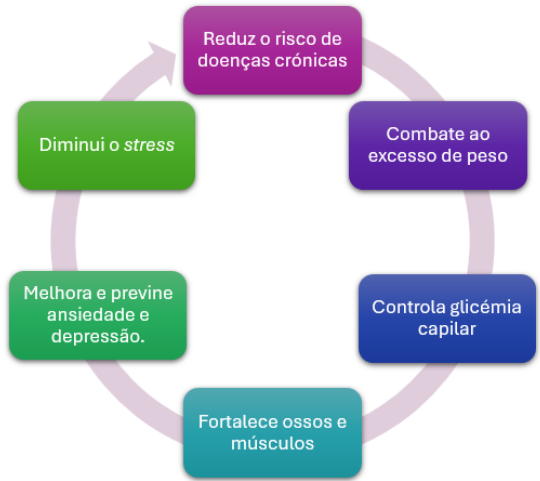
37 857 mortes

(DGS, 2020A)

Importância do exercício físico e da postura

5

Benefícios do Exercício Físico



(DGS, 2020A; 2020B)

Importância do exercício físico e da postura

6

Recomendações Exercício Físico



Recomendações Exercício Físico



A **Organização Mundial da Saúde** recomenda a prática de exercício físico.

Pode ser realizado nos locais onde se vive e onde se trabalha.

(DGS, 2016)



Todo o exercício físico conta, incluindo dançar, deslocar-se a pé, passear os animais, realizar tarefas domésticas.

(DGS, 2020B)

Recomendações



Crianças e adolescentes

5-17
anos

- **1 hora** de exercício **por dia**. (*correr e brincar no recreio*)
- **Exercício** físico que **fortaleça os músculos e ossos**, pelo menos **3 vezes por semana**. (*futebol, basquetebol, natação*)

(DGS, 2020A; 2020B)

Importância do exercício físico e da postura

9

Recomendações



Adultos

18-64
anos

- **2,5 a 5 horas** de exercício físico, **por semana**, como por exemplo *caminhar, correr, ciclismo*.
- **Exercício** físico que **fortaleça os músculos e ossos**, pelo menos **2 vezes por semana**. (*zumba, pesos*)

(DGS, 2020A; 2020B)

Importância do exercício físico e da postura

10

Recomendações



Idosos

+ 65
anos

- **2,5 a 5 horas** de exercício físico, **por semana**, como por exemplo *caminhar, correr, ciclismo*.
- **Exercício** físico que **fortaleça os músculos e ossos**, pelo menos **2 vezes por semana**. (*hidroginástica, natação*)
- Exercícios que promovam o **equilíbrio funcional e força**, pelo menos **3 dias por semana**, como por exemplo *ioga*.





(DGS, 2020A; 2020B)

Importância do exercício físico e da postura

11

Dicas para a prática de Exercício Físico



-  Usufruir de espaços públicos disponíveis, assim como espaços exteriores.
-  Utilizar meios de transporte não poluentes (bicicleta).
-  Focar na individualidade de cada um, assim como nas suas preferências.
-  Começar com intensidade ligeira e ir aumentando.

(DGS, 2016; DGS, 2018; DGS, 2020)

Importância do exercício físico e da postura

12

Dicas para a prática de Exercício Físico



- Em qualquer idade, **restringir o tempo de ecrãs**, limitando o comportamento sedentário.

Não esquecer:

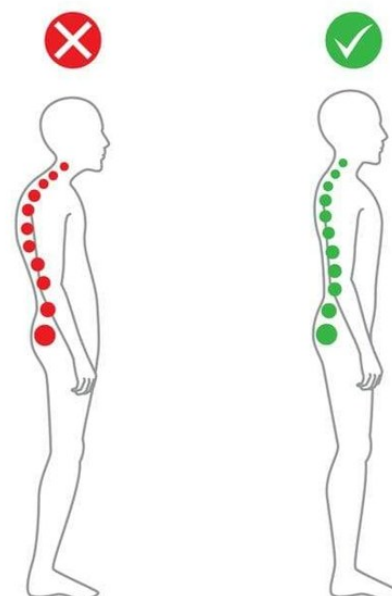
- ✓ Calçado confortável;
- ✓ Roupa adequada à época do ano;
- ✓ Beber água;
- ✓ Evitar horas de calor e utilizar protetor solar.

(DGS, 2020A; 2020B)

Importância do exercício físico e da postura

13

POSTURA CORPORAL



Importância do exercício físico e da postura

14

Postura Corporal



Forma como o corpo está alinhado, em pé, sentado ou deitado.

A postura começa a ser estabelecida na infância e é influenciada por fatores como:

ambiente

estilo de vida

sedentarismo

(Carvalho et al, 2020)

Postura Corporal



Consequências de postura incorreta:

Dores nas Costas

Lesões Musculares

Problemas de Visão

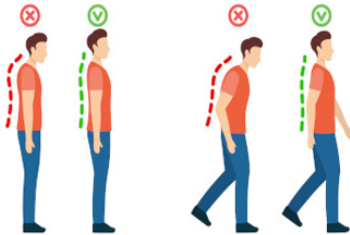
Fadiga

(Medis, 2020)

Postura Corporal



Em pé



<https://escolakids.uol.com.br/ciencias/boa-postura.htm>

- Manter a cabeça em posição alinhada com os ombros.
- Coluna direita, sem empurrar a barriga.
- Anca alinhada para distribuir o peso pelas duas pernas.

(BVSMS, 2008; Medis, 2020)

Postura Corporal



Ao telemóvel



<https://escolakids.uol.com.br/ciencias/boa-postura.htm>

- Evitar o uso excessivo.
- Posicionar o dispositivo ao nível dos olhos.
- Evitar segurar dispositivos pesados apenas com uma mão.

(BVSMS, 2008; Medis, 2020)

Postura Corporal



Com carga



<https://escolakids.uol.com.br/ciencias/boa-postura.htm>

- Fletir os joelhos com os pés afastados, com uma perna ligeiramente para a frente.
- Manter a coluna direita.
- Usar a força dos braços e das pernas para levantar.
- Manter a carga próxima da cintura.

(BVSMS, 2008; Medis, 2020)

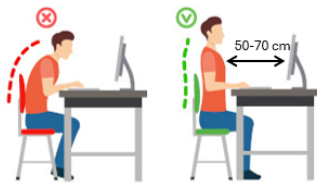
Importância do exercício físico e da postura

19

Postura Corporal



Sentado



<https://escolakids.uol.com.br/ciencias/boa-postura.htm>

- Pés apoiados no chão ou com apoio estável.
- Costas apoiadas na cadeira.
- Cotovelos apoiados e próximos do corpo.
- Ombros e anca alinhados.
- Punho em posição neutra.

(BVSMS, 2008; Medis, 2020)

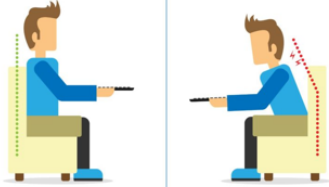
Importância do exercício físico e da postura

20

Postura Corporal



Sentado



<https://antennormazzuola.com/postura-ideal-para-assistir-tv/>

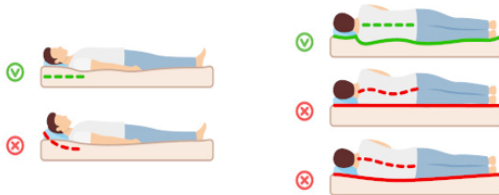
- Pés apoiados no chão ou com apoio estável.
- Tronco bem apoiado.
- Cotovelos apoiados e próximos do corpo.
- Ombros e anca alinhados.

(BVSMS, 2008; Medis, 2020)

Postura Corporal



Deitado



<https://escolakids.uol.com.br/ciencias/boa-postura.htm>

- Manter a coluna, o pescoço e a cabeça alinhados.
- De lado, o ideal é dormir com uma perna sobre a outra, ambas semiflexionadas.
- Evitar almofadas muito altas.
- Evitar colchões muito moles ou muito rijos.

(BVSMS, 2008; Medis, 2020)

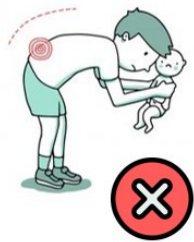
POSTURA CORPORAL

Atividades do dia-a-dia

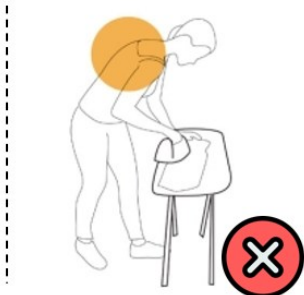
Importância do exercício físico e da postura

23

Atividades do dia-a-dia



<https://br.pinterest.com/pin/730638739530255011/>



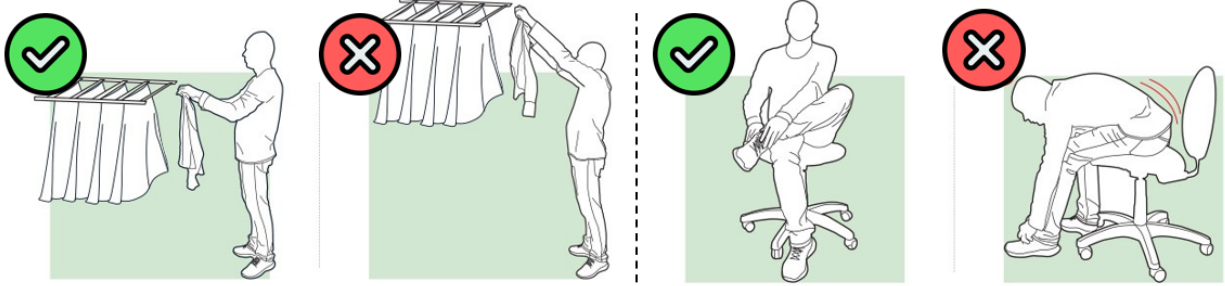
<https://juhbergerms.wordpress.com/2013/05/06/postura-e-suas-consequencias-o-que-este-certo-e-errado-parte-3/>



Importância do exercício físico e da postura

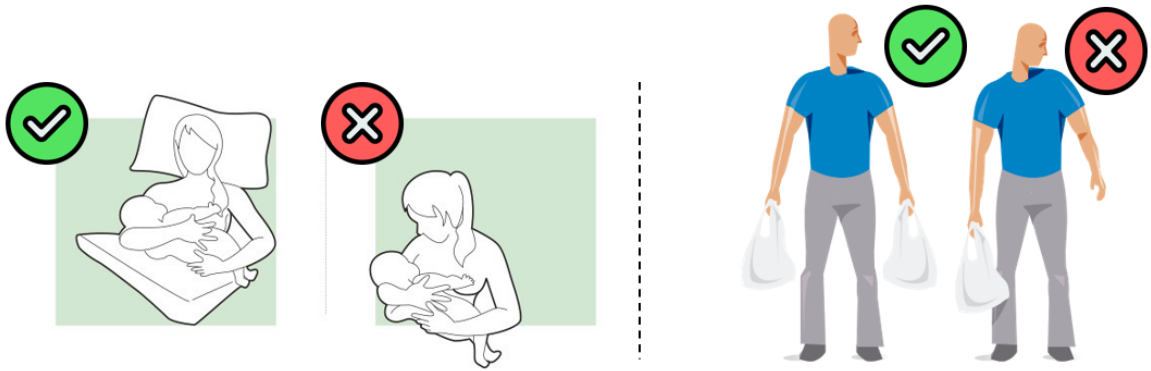
24

Atividades do dia-a-dia



<https://epoca.globo.com/vida/vida-util/saude-e-bem-estar/noticia/2014/10/14-dicas-para-manter-bpostura-e-nao-prejudicar-sua-colunab-no-dia-dia.html>

Atividades do dia-a-dia



<https://epoca.globo.com/vida/vida-util/saude-e-bem-estar/noticia/2014/10/14-dicas-para-manter-bpostura-e-nao-prejudicar-sua-colunab-no-dia-dia.html>

<https://juhbergems.wordpress.com/2013/05/06/postura-e-suas-consequencias-o-que-esta-certo-e-errado-parte-3/>

Atividades do dia-a-dia



- Mochilas
- Mala de Ombro

<https://brasilescola.uol.com.br/saude-na-escola/como-ma-postura-pode-prejudicar-os-estudantes.htm>

Importância do exercício físico e da postura

27

Postura Corporal



Estratégias de correção postural:

Manter o alinhamento

Praticar exercício

Corrigir a postura

Alongar

(Hospital São Francisco, 2021)

Importância do exercício físico e da postura

28



Regras para prática de exercício físico:

- Começar devagar, sem exageros;
- Aquecer, arrefecer e alongar;
- Respeitar as limitações;
- Comer até uma hora antes do exercício físico;
- Beber água.

Vamos Praticar?



Aquecimento

Membros Superiores

Entrelaçar os dedos das mãos.

Rodar o punho no sentido dos ponteiros do relógio. Durante **5 segundos**.



Com os braços esticados, rodar os ombros. Durante **5 segundos**.



Importância do exercício físico e da postura

33

Membros Inferiores

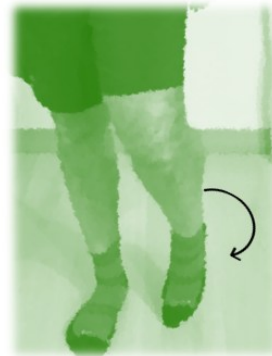
Rodar a bacia no sentido dos ponteiros do relógio. Durante **5 segundos**.



Com os joelhos ligeiramente fletidos, rodar os joelhos no sentido dos ponteiros do relógio. Durante **5 segundos**.

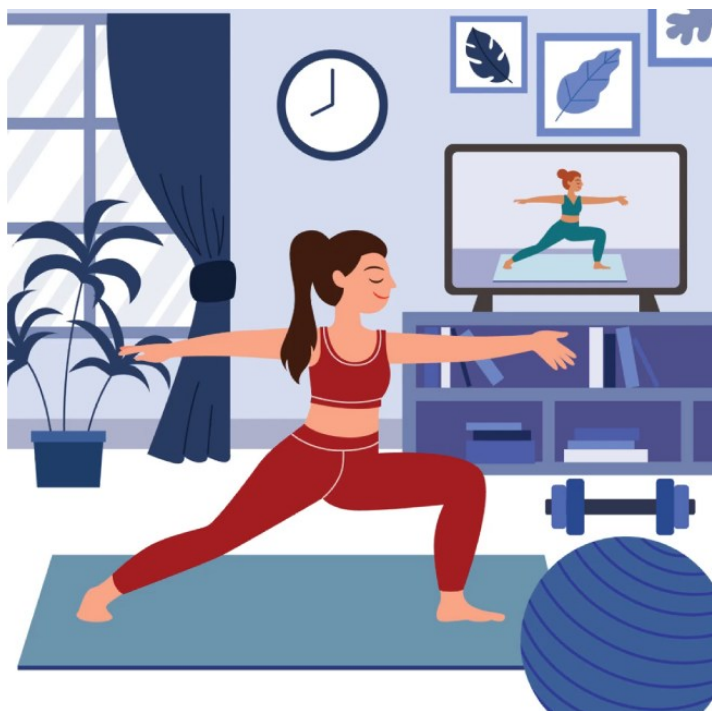


Com os joelhos ligeiramente fletidos, rodar o tornozelo no sentido dos ponteiros do relógio. Realizar em ambos os tornozelos. Durante **5 segundos**.



Importância do exercício físico e da postura

34



35



Alongamentos

Alongar o pescoço

Inclinar a cabeça para um lado, com ajuda da mão, de forma a levar a orelha em direção ao ombro, sem levantar o ombro oposto.

Manter por **5 segundos** e regressar à posição original.



Inclinar a cabeça para a frente, leve o queixo ao peito. Manter por **5 segundos** e regressar à posição original.

Repetir inclinando para trás, o máximo possível, manter por **5 segundos**.



Rodar a cabeça o mais possível para um dos lados, manter durante **5 segundos**, volte à posição inicial e repita para o outro lado.



(Hospital da Luz, 2021)

Importância do exercício físico e da postura

37

Alongar ombros, braços e mãos

Elevar um dos braços, dobrar pelo cotovelo e apoiar a palma da mão nas costas com ajuda da outra mão colocada no cotovelo.

Manter **5 segundos** e repetir depois no outro braço



Esticar um dos braços ao nível do ombro, com a palma da mão virada para cima. Com ajuda da outra mão levo os dedos e a mão em direção ao chão.

Manter 5 segundos. Troque de braço e repita o alongamento.



Repetir o exercício, com a palma da mão voltada para baixo e levando os dedos e a mão para cima. **Manter 5 segundos.** Troque de braço e repita o alongamento.



(Hospital da Luz, 2021)

Importância do exercício físico e da postura

38

Alongar tronco

Levantar os dois braços na vertical, com os dedos entrelaçados e as palmas voltadas para cima. Fazer força para cima, manter por **5 segundos** e regressar à posição original.



Entrelaçar os dedos das mãos atrás da cabeça e inclinar o tronco, sempre direito, para a direita, manter por **5 segundos** e depois para a esquerda.



(Hospital da Luz, 2021)

Importância do exercício físico e da postura

39

Alongar ancas, joelhos e tornozelos

Esticar uma das pernas para a frente, apoiar o tornozelo sobre um objeto um pouco mais alto que o chão e force os dedos para cima e para trás. Manter por **5 segundos** e regressar à posição original e repetir com a outra perna.



Dobrar um dos joelhos e levar o tornozelo na nádega com ajuda da mão do mesmo lado. Manter por **5 segundos** e regressar à posição original e repetir com a outra perna.



(Hospital da Luz, 2021)

Importância do exercício físico e da postura

40

Mensagens para casa



- Exercício físico é bom para o coração e para a mente.
- Qualquer exercício físico é melhor que nenhum.
- Comportamento sedentário em excesso é desfavorável.
- Todos, de qualquer idade e ou estado, podem beneficiar dos ganhos do exercício físico.

(DGS, 2016; DGS, 2020)

Seja ATIVO



Referências Bibliográficas



Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde (2008). Corrija sua postura. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/corrija-sua-postura/>

Carvalho, A., Pereira, C., Ribeiro, C. & Marques G. (2020). Educação postural em crianças em idade escolar: Revisão Integrativa da literatura. *RPER* 3(2), pp. 61-67. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.9.5812>

Direção Geral da Saúde. (2016) Estratégia Nacional – Para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar: 2016-2025. Disponível em <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/02/Estrategia-AF.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2018). Aconselhamento breve para a promoção da atividade física – ferramentas de apoio. Disponível em [https://securitasmedia.com/securitas-epi/Atividade%20fisica%20DGS%20\[2018\].pdf](https://securitasmedia.com/securitas-epi/Atividade%20fisica%20DGS%20[2018].pdf)

Direção Geral da Saúde. (2020A) Programa nacional para a promoção da atividade física: Portugal 2020, Disponível em <https://noticias.ecosaude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Rel-Exerc-Fisic-SNS-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020B). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo. Disponível em <https://ordendosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Aceda-à-versão-portuguesa-das-recomendações-da-OMS-para-a-atividade-fisica-e-comportamento-sedentário-aqui-.pdf>

Hospital da Luz. (2021) Faça alongamentos, trabalhe e viva melhor. Disponível em <https://www.hospitaldaluz.pt/coimbra-solum/pt/saude-e-bem-estar/faca-alongamentos-trabalhe-viva-melhor>

Hospital São Francisco (2021) Estratégias de correção postural no trabalho. Disponível em <https://hospitalsaofranciscoporto.pt/2021/06/09/dia-mundial-da-saude-e-seguranca-no-trabalho/>

Instituto Nacional de Estatística. (2024) Desporto em números 2023. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=660368260&att_display=n&att_download=y

Médís. (2020) Saúde no trabalho. Disponível em <https://www.medis.pt/media/4938/saude-no-trabalho-guia-de-saude.pdf>

Secretária-Geral da Economia. (xx). Postura: Segurança e Saúde no trabalho. Disponível em https://www.sgeconomia.gov.pt/ficheiros-externos-sg/recursos-humanos/sst-folheto_postura_sge_v2-pdf.aspx

Importância do exercício físico e da postura

43



Projeto Saúde em Comunidade: Importância do exercício físico e da postura corporal

Enf.^a Ana Colaço

(aluna de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)



Sob a orientação da [redacted] e
supervisão EEEC Enf.^a [redacted]

Professor orientador: Enf.^a Júlio Fernandes

Setembro 2024

Alongar anca, joelhos e tornozelos

Esticar uma das pernas para a frente, apoiar o tornozelo sobre um objeto um pouco mais alto que o chão e force os dedos para cima e para trás. **Manter por 5 segundos** e regressar à posição original e repetir com a outra perna.



Dobrar um dos joelhos e levar o tornozelo na nádega com ajuda da mão do mesmo lado. **Manter por 5 segundos** e regressar à posição original e repetir com a outra perna.

Referências:

- <https://www.hospitaldaluz.pt/coimbra-solum/pt/saude-e-bem-estar/faca-alongamentos-trabalhe-viva-melhor>
- <https://hospitaldasfranciscasporto.pt/2021/06/09/dia-mundial-da-saude-e-seguranca-no-trabalho/>
- https://portal2.ipt.pt/media/manager.php?src=servico&cmd=file&filetarget=ml_MzoyMzI

Manter o alinhamento e correção da postura

Cabeça alinhada com os ombros.

Sentado, com pés apoiados no chão ou com apoio estável. Tronco bem apoiado.

Ao **telemóvel** posicionar ao nível dos olhos, e evitar segurar apenas com uma mão. É recomendado uma utilização equilibrada (2h/dia), fazendo pausas frequentes e não usar à hora de dormir.

Para **pegar em cargas**, fletir os joelhos com os pés afastados, com uma perna ligeiramente para a frente. Usar a força dos braços e das pernas para levantar. Manter a carga próxima da cintura

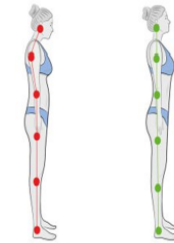


Elaborado: Enf.ª Ana Colaço, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESS Egas Moniz, Sob a orientação da EEEER Enf.ª [redacted] e supervisão EEEC Enf.ª [redacted]



ESTRATÉGIAS DE CORREÇÃO POSTURAL

Alongar e exercitar



Pontinha 2024

Alongar o pescoço

Inclinar a cabeça para um lado, com ajuda da mão, de forma a levar a orelha em direção ao ombro, sem levantar o ombro oposto. **Manter por 5 segundos** e regressar à posição original.



Inclinar a cabeça para a frente, leve o queixo ao peito. Manter por 5 segundos e regressar à posição original. Repetir inclinando para trás, o máximo possível, **manter por 5 segundos**.



Rodar a cabeça o mais possível para um dos lados, **manter durante 5 segundos**, voltar à posição inicial e repita para o outro lado.



Alongar ombros, braços e mãos

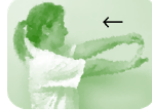
Elevar um dos braços, dobrar pelo cotovelo e apoiar a palma da mão nas costas com ajuda da outra mão colocada no cotovelo. **Manter 5 segundos** e repetir com o outro braço.



Esticar um dos braços ao nível do ombro, com a palma da mão virada para cima. Com ajuda da outra mão leve os dedos e a mão em direção ao chão. **Manter 5 segundos**. Trocar de braço e repita o alongamento.



Repetir o exercício, com a palma da mão voltada para baixo e levando os dedos e a mão para cima. **Manter 5 segundos**. Trocar de braço e repita o alongamento.



Alongar tronco

Levantar os dois braços na vertical, com os dedos entrelaçados e as palmas voltadas para cima, **manter por 5 segundos** e regressar à posição original.



Entrelaçar os dedos das mãos atrás da cabeça e inclinar o tronco, sempre direito, para a direita, **manter por 5 segundos** e depois para a esquerda.



Exercitar e alongar promove o bem-estar, mantém uma boa postura e alivia o stress.

Esteja atento à sua postura.

APÊNDICE 6: SESSÃO DE FORMAÇÃO – COMPROMISSO DA
DEGLUTIÇÃO: IDENTIFICAR E COMO PROCEDER



COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO: IDENTIFICAR E COMO PROCEDER



Enf.ª Ana Colaço e Enf.ª Inês Eliseu
(alunas 2.º ano Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)

Disfagia

Incapacidade ou dificuldade em engolir por alterações congénitas ou estruturais.

Fatores de risco

- Idade avançada
- Alterações cognitivas
- Doenças neurológicas
- Doenças oncológicas
- Défices sensoriais
- Saúde oral comprometida
- Incapacidade de executar movimentos coordenados

Sinais de Alerta



Dificuldade em engolir



Tossir durante a refeição



Alterações na voz ("voz molhada")



Incapaz de engolir a saliva



Engasgamento com comida ou bebida



Pigarrear (limpar a garganta)

(Nestlé Health Science, 2023)

A disfagia põe em risco a pessoa, e tem consequências graves como **aspiração, desnutrição e desidratação.**

Como proceder:

Ambiente calmo e sem distrações

(com a pessoa bem desperta e sentada corretamente)

Deverá colocar-se em frente à pessoa.

Refeição no campo visual.

Aproximar a colher pelo centro, não muito cheia



**NÃO UTILIZE PALHINHAS,
NEM SERINGAS.**

ADEQUAR A CONSISTÊNCIA DA DIETA A CADA SITUAÇÃO.

Ao engolir a pessoa deverá manter a cabeça ligeiramente inclinada para a frente e para baixo.

Em caso de AVC, mantém a mesma posição mas reclinando a cabeça para o lado afetado.



Referências Bibliográficas



Não esquecer da higiene oral.
Permanecer sentado pelo menos 30 minutos após a refeição.

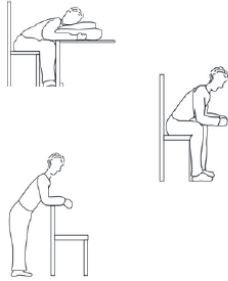
(Duarte & Ramos, 2014)

APÊNDICE 7: FOLHETO INFORMATIVO - EXERCÍCIOS
RESPIRATÓRIOS

Posições de Relaxamento e Descanso

Em caso de falta de ar e dificuldade em respirar, existem posições que podem ajudar a reduzir o esforço mecânico da respiração e a melhorar a ventilação.

Isto pode ser conseguido se se inclinar ligeiramente para a frente, apoiando o seu peso com os braços ou a parte superior do corpo.



Fonte: Leyshon, J. (2012)

Referências Bibliográficas:



Recomendações

Realizar diariamente, 2 a 3 vezes por dia, de forma calma e pausada, num ambiente tranquilo.

Antes de começar verifique que:

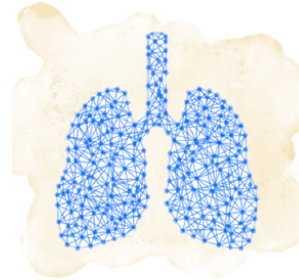
- Não tem febre;
- Não tem falta de ar ou está muito cansado.

TODAS AS DÚVIDAS DEVEM SER ESCLARECIDAS COM A EQUIPA DE SAÚDE.

Elaborado: Enf.ª Ana Colaço, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESS Egas Moniz
Sob a orientação da [REDACTED]



EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS



Pontinha
2024

Porquê fazer exercícios respiratórios?

- Melhora o funcionamento dos pulmões.
- Diminui o cansaço.
- Melhora a força muscular.
- Melhora a resistência ao esforço.

É também importante **estabelecer estratégias de conservação de energia**, isto é, estratégias para reduzir o efeito da falta de ar nas atividades de vida diária.

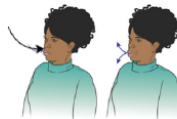
Como?

- Planear as rotinas diárias para garantir que as atividades mais cansativas são espaçadas ao longo do dia, permitindo períodos de repouso;
- Reduzir as deslocações desnecessárias;
- Pedir ajuda sempre que necessário.

Fonte: Boehringer Ingelheim (s.d.)

Controlo da Respiração

Inspirar o ar lentamente **pelo nariz** (contando até 2) até sentir o ar a encher os seus pulmões. A seguir expirar o ar lentamente, **pela boca** (contando até 4), com os lábios semicerrados.



Fonte: Memorial Sloan Kettering Cancer Center (2023)

Respiração abdominal

Colocar uma mão no peito e outra na barriga. Inspirar o ar lentamente **pelo nariz**. A barriga deve mover-se em direção à mão. Expirar o ar, lentamente com os **lábios** franzidos, **pressionando suavemente a barriga**, para ajudar a expelir o ar dos pulmões.



Expansão do tórax

Com um bastão (ou cabo de vassoura, se for muito pesado, utilizar uma toalha), levantar os braços e **inspirando o ar pelo nariz**.



Fonte: Pinheiro, M. (2014)

Seguidamente, expirar o ar **pela boca**, e ir baixando os braços voltando a posição de original.



Fonte: Pinheiro, M. (2014)

Se for difícil levantar o bastão acima da cabeça, leve-o apenas até onde conseguir.

APÊNDICE 8: FOLHETO INFORMATIVO - EXERCÍCIOS DE
FORTALECIMENTO MUSCULAR

É também importante exercitar **MEMBROS SUPERIORES**

Sentado, com os pés assentes no chão, levantar dobrar os cotovelos. Descer lentamente.



Fonte: Prajapati, N. (2022)

Sentado, com os pés assentes no chão, levantar os braços. Descer lentamente.



Fonte: Kuzlikis, T. (2020)

Repetir 10 vezes subir e descer, com descanso de 1 minuto.



Referências Bibliográficas:

Recomendações

Realizar diariamente, 2 a 3 vezes por dia, de forma calma e pausada, num ambiente tranquilo.

Os exercícios devem ser realizados, sem dor. Caso sinta dor, deverá parar.

Se for difícil completar o exercício, reduzir o número de vezes que repete o exercício.

TODAS AS DÚVIDAS DEVEM SER ESCLARECIDAS COM A EQUIPA DE SAÚDE.

Elaborado: Enf.ª Ana Colaço, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESS Egas Moniz. Sob a orientação da [redacted]

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR



Pontinha 2024

EXERCÍCIOS MEMBROS INFERIORES

Na can deitado de barriga para cima.

1. Pés

Com as pernas esticadas, dobrar o pé, para baixo e para cima, ao nível do tornozelo. Repetir 10 vezes em cada pé, com descanso de 1 minuto.



Fonte: Saint Luke's (s.d.)

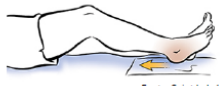
Com as pernas esticadas, rode o tornozelo. Repetir 10 vezes em cada pé, com descanso de 1 minuto.



Fonte: Saint Luke's (s.d.)

2. Joelho e Perna

Comece as pernas esticadas, e dobre o joelho, até onde for possível. Retornar à perna esticada. Repetir 10 vezes em cada joelho, com descanso de 1 minuto.



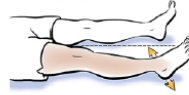
Fonte: Saint Luke's (s.d.)

Com o joelho bem esticado, elevar a perna em direção ao teto (até onde for possível). Manter por 5 segundos, e descer lentamente. Repetir 10 vezes em cada perna, com descanso de 1 minuto.



Fonte: AAOS (2022)

Afastar a perna, com o joelho esticado, e mantendo a outra perna sem se mover. Retornar à posição original. Repetir 10 vezes em cada perna, com descanso de 1 minuto.



Fonte: Saint Luke's (s.d.)

EXERCÍCIOS SENTADO

Em uma cadeira alta

1. Joelho

Esticar devagar o joelho, até onde for possível. Repetir 10 vezes em cada joelho, com descanso de 1 minuto.



Fonte: AAOS (2022)

Levantar devagar o joelho, até onde for possível. Repetir 10 vezes em cada joelho, com descanso de 1 minuto.



Fonte: Kuzlikis, T. (2020)

APÊNDICE 9: FOLHETO INFORMATIVO - COMO PROCEDER
DURANTE A REFEIÇÃO: GUIA ORIENTADOR PARA A FAMÍLIA



Como proceder durante a refeição:

Guia Orientador para a Família

Enf.ª Ana Colaço e Enf.ª Inês Eliseu
(alunas 2.ª ano Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)



Ambiente calmo e sem distrações

(com a pessoa bem desperta e sentada corretamente)

Deverá colocar-se em frente à pessoa.

Refeição no campo visual.

Aproximar a colher pelo centro, não muito cheia



NÃO UTILIZE PALHINHAS, NEM SERINGAS.



A refeição deverá ser de acordo com as indicações da equipa de saúde:

Para atingir a consistência pretendida em purés e líquidos (p.e. sopa, papa, sumos, batidos), poderá utilizar espessante.

Puré - Juntar o pó* a refeições líquidas (sopa) ou purés e misturar bem, utilizando um garfo ou "shaker" durante 10 segundos. Deixar repousar uns minutos.

Líquidos - Colocar num copo vazio o pó* adicionar líquido gradualmente e misturar com um garfo ou "shaker" durante 10 segundos. Deixar repousar uns minutos.

* A dosagem do pó do espessante varia de acordo com as instruções do fabricante.

Sólidos



Consistência Normal



Consistência Mole



Consistência Pastosa



Líquidos



Consistência Néctar



Consistência Mel



Consistência Pudim



Ao engolir a pessoa deverá manter a cabeça ligeiramente inclinada para a frente e para baixo.



Em caso de ter sofrido um AVC, mantém a mesma posição mas reclinando a cabeça para o lado afectado.



Realizar a higiene oral.

Manter a pessoa corretamente, pelo menos 30 minutos após a refeição.

APÊNDICE 10: FOLHETO INFORMATIVO - EXERCÍCIOS DE
FORTALECIMENTO MUSCULAR: GUIA ORIENTADOR PARA A
FAMILIA

Exercícios de fortalecimento muscular

Guia Orientador para a Família

Enf.^a Ana Colaço e Enf.^a Inês Eliseu
(alunas 2.^a ano Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)



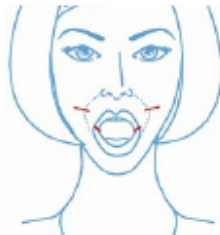
Este exercício tem como objetivo melhorar a força, a amplitude, precisão e rapidez das estruturas envolvidas na deglutição.

Os exercícios deverão ser realizados várias vezes ao dia, alternados com períodos de descanso.

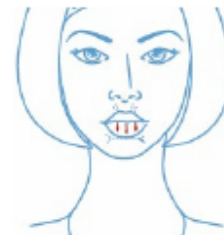
LÁBIOS



Abrir e fechar a boca



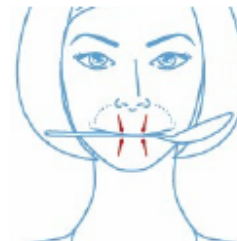
Lábios para fora ("dar beijinhos")



Lábios para a direita e para a esquerda



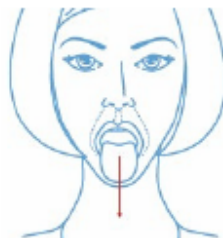
Prender a colher com os lábios e soltar.



LINGUA



Lingua para dentro e para fora



Lingua para a direita e para a esquerda



LINGUA (continuação)

Empurrar a bochecha com a ponta da língua.



Empurrar a colher com a língua.



BOCHECHAS

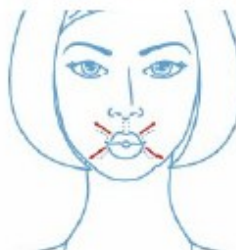
Encher as duas bochechas com ar e deitar fora, ao mesmo tempo. Ou, uma bochecha de cada vez.



Assobiar ou sugar ar.



Soprar o ar para fora



(Fonte imagens: ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2023)

Em caso de dúvida, contacte a equipa de saúde da unidade.

APÊNDICE 11: ESTUDO DE CASO I



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ano letivo 2023/2024

1º Ano - 2º Semestre

ESTUDO DE CASO

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ano letivo 2023/2024

1º Ano - 2º Semestre

ESTUDO DE CASO

Discente:

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço, n.º 117697

Docente:

Prof. Doutor Júlio Fernandes

Almada

2024

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP - Ântero-posterior
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS - Direção-Geral da Saúde
DRT - Direito
EEER - Enfermagem Especializada em Enfermagem de Reabilitação
ER - Enfermagem de Reabilitação
ESQ - Esquerdo
FAC - *Functional Ambulation Classification*
FOIS - *Functional Oral Intake Scale*
GUSS - *Gugling Swallowing Screen*
MRC - *Medical Research Council Muscle Scale*
NA - Não aplicável
O-RADS4 - Risco intermediário de malignidade entre 10% a 50%
OAF - Oxigénio de alto fluxo
OE - OE
ON - Óculos nasais
pp. - Páginas
RX - Radiografia
SNG - Sonda Nasogástrica
SpO₂ - Saturação Periférica de Oxigénio
TAC - Tomografia Axial Computorizada
TDA - Teoria do Défice de Autocuidado

ÍNDICE

1. ESTUDO DE CASO – “M. C. V.”	32
1.1. AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	33
1.1.2. Avaliação Neurológica.....	36
1.1.3. Avaliação Motricidade	37
1.1.4. Avaliação da Função Respiratória	43
1.1.5. Avaliação Cardiovascular	44
1.1.6. Avaliação Nutricional	45
1.1.7. Avaliação Da Eliminação Urinária e Intestinal.....	47
1.1.8. Avaliação da Funcionalidade	47
2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDOS.....	48
3. PLANO DE CUIDADOS DE EEER.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS	58
ANEXO 1 – Escala de Berg	59

ÍNDICE(S) DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

IMAGEM

Imagem 1 - TAC Tórax, Abdómen e Pélvico (17/06/2024)	4
Imagem 2 - TAC Tórax, Abdómen e Pélvico (22/06/2024)	4
Imagem 3 - Medical Research Council Muscle Scale (MRC).....	7
Imagem 4 - Escala de Morse.....	8
Imagem 5 - Functional Ambulation Classification (FAC).	9
Imagem 6 - Escala de Borg Modificada.....	4
Imagem 7 - Escala Funcional de Ingestão por via Oral (FOIS).	7

TABELA

Tabela 1: Terapêutica Domiciliária	34
Tabela 2: Escala de Coma de Glasgow.....	5
Tabela 3: Avaliação de Força Muscular	6
Tabela 4: Escala de Equilíbrio de Berg.	39
Tabela 5: Avaliação Risco de Queda	40
Tabela 6: Avaliação escala de Braden.....	42
Tabela 7: Avaliação Respiratória	43
Tabela 8: Auscultação Pulmonar	2
Tabela 9: Gasimetria Arterial	2
Tabela 10: Avaliação Imagiológica: Radiografia Tórax	3
Tabela 11: Sinais Vitais	5
Tabela 12: Avaliação Gugging Swallowing Screen (GUSS).....	46
Tabela 13: Escala Medida Independência Funcional.....	48

1. ESTUDO DE CASO – “M. C. V.”

No âmbito da unidade curricular Estágio I, foi proposta a realização de um estudo de caso, em que se apresenta o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) planeado e implementado na pessoa, assim como os resultados. Com isto, procura-se o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O presente estudo de caso decorre no contexto de prática clínica através da prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrado a valência de internamento, no período de 20 de maio a 27 de julho de 2024, data de alta deste serviço.

Com localização contígua ao bloco operatório, este serviço de internamento presta cuidados intensivos a pessoas admitidas na instituição onde se localiza, assegurando também os cuidados cirúrgicos pós-anestésicos e intermédios.

Considerando a tipologia de cuidados prestados, o plano de cuidados elaborado incide sobre uma pessoa submetida a tratamento cirúrgico, com complicações pulmonares pós-operatórias. A escolha prende-se com a temática do projeto de estágio em elaboração pela autora, assim como as áreas prioritárias a investigar na especialidade de ER, estabelecidas pela mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. A pessoa selecionada não obteve qualquer intervenção pré-operatória com o intuito de prevenção ou redução das complicações pulmonares pós-operatórias. É de salientar que ocorreram sete momentos de intervenção, e foram realizadas três avaliações, a primeira no primeiro contacto (18/06/2024), segunda ao terceiro contacto (24/06/2024) e por fim, no último momento de contacto (27/06/2024).

É também realizada uma avaliação dos requisitos de autocuidado comprometidos e identificadas as categorias necessárias para desenvolver em relação aos requisitos de desvio de saúde da Teoria do Défice de Autocuidado (TDA) de Dorothea Orem, bem como o Sistema de Enfermagem utilizado.

Após a avaliação da pessoa, foi elaborado um plano de cuidados seguindo o referencial emanado pela OE (OE), a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® - OE, 2016), assim como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015) e ainda, o Guia Orientador da Boa Prática da Reabilitação Respiratória. Por fim, foi também descrito o resultado e ganhos da intervenção realizada.

1.1. AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1.1.1. Anamnese

Pessoa do sexo feminino, de 88 anos, nacionalidade portuguesa. Independente nas atividades de vida diária (previamente a este internamento), apenas com queixas de diminuição da mobilidade do joelho direito, não impeditivo de realizar as suas tarefas.

Profissionalmente inativa (reformada - professora de artes no ensino secundário), porém mantém-se vida social ativa. Faz aulas ginástica e tem bicicleta estática em domicílio que também realiza. Casada, com 3 filhas de um casamento anterior. Apenas 1 das filhas tem residência próxima, que presta apoio. Comunica frequentemente com as filhas. Reside em domicílio próprio no distrito de Setúbal. Sem dependentes a cargo.

Tem como antecedentes pessoais lesão quística anexial direita; adenocarcinoma do reto (1999): submetida a tratamento cirúrgico, ressecção anterior do reto com anexectomia bilateral (só ovários) e quimioterapia + radioterapia adjuvantes; neoplasia da mama direita (2020): Quimioterapia neoadjuvante, seguido de mastectomia parcial com esvaziamento axilar, seguido de quimioterapia + radioterapia adjuvantes e hormonoterapia com Tamoxifeno; doença de refluxo gastroesofágico; apneia do sono com utilização de cpap nocturno; bronquiectasias; rinite crónica; patologia degenerativa disco cervical; artroscopia joelho direito. Desconhece alergias, nega consumos alcoólicos e tabágicos.

Antecedentes familiares, irrelevantes.

Medicação Habitual:

Tabela 4: Terapêutica Domiciliária

Terapêutica	Horário					
	Jejum	Pequeno-Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Ácido acetilsalicílico 100mg			1			
Ácido ibandrónico 150mg	1	(1 vez por mês)				
Budesonida + Formoterol 160 µg + 4.5 µg/dose		1			1	
Calcitriol 0,25 µg		1			1	
Rabeprazol 20mg	1					
Sertralina 50mg		1				
Tamoxifeno 20mg					1	
Trazadona 150mg						1

História clínica atual:

Em fevereiro de 2023, inicia quadro de obstipação, com agravamento progressivo, e aerocolia com desconforto abdominal. Refere também hematoquezias de sangue vivo, em episódios de obstipação grave. Realizados meios complementares de diagnóstico, tendo sido diagnosticado com lesão quística na região anexial direita. Manteve vigilância imagiológica até fevereiro de 2024, onde revelou lesão quística anexial direita O-RADS4 (Risco intermediário de malignidade entre 10% a 50%), apresentando projeções papilares captantes de contraste.

Após discussão em reunião multidisciplinar, opta-se pelo tratamento cirúrgico, sendo que a senhora aceita a proposta. Cumpriu requisitos pré-operatórios institucionais, e realizou consulta de anestesia, sendo considerada apta para cirurgia. Foi submetida a hemicolectomia direita por laparotomia no dia 11/06/2024, pelo que permaneceu 24 horas de internamento na unidade de recobro e cuidados intensivos, sem intercorrências.

Ao 4.º dia pós-operatório, apresenta vômito de conteúdo bilioso/fecalóide, sendo colocada sonda nasogástrica (SNG), com drenagem de cerca 1000cc do mesmo conteúdo. Fica em dieta zero e SNG em drenagem passiva. Também, por retenção urinária, algaliada com algália silicone calibre 16. Por este quadro, realiza TAC toraco-abdomino-pélvico, que revela um *"processo de aderência e suboclusão a nível do jejuno [...], e também, derrame pleural bilateral e atelectasia de possível natureza reativa pós-cirurgia."*

Ao 5.º dia, apresenta pico febril e diminuição da saturação de oxigénio periférica (SpO₂) de difícil resolução. Mantém drenagem gástrica de conteúdo fecalóide pela SNG com elevado débito (3000mL/24H). Inicia oxigenioterapia, por óculos nasais a 8L/min com SpO₂ de 95% e antibioterapia empírica com Meropenem, Linezolid e Fluconazol. Manteve-se com baixos débitos urinários

Considerando o quadro, é novamente admitida, no dia 17/06/2024 na unidade de recobro e cuidados intensivos por necessidade de vigilância e monitorização, em perfil de cuidados intermédios, com os seguintes diagnósticos:

- Síndrome de disfunção de múltiplos órgãos: Respiratório + Renal;
- Pneumonia de Aspiração;
- Quadro de Sub-Oclusão/Oclusão Intestinal;
- Sepsis abdominal com eventual componente de translocação bacteriana.

Colocado cateter venoso central e linha arterial. Realizadas colheitas de hemoculturas e urocultura. Realiza novo TAC toraco-abdomino-pélvico, que revela aumento do derrame pleural e condensações bilateral e da distensão das ansas jejunais.

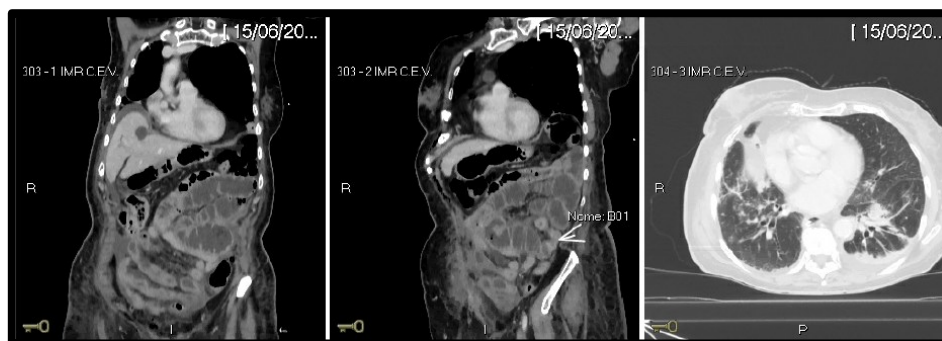


Imagem 1 - TAC Tórax, Abdómen e Pélvico (17/06/2024)

Gasimetricamente com $p\text{CO}_2$ 42 e $p\text{O}_2$ 71, com saturação de oxigénio venoso central de 73%, desnível de $p\text{CO}_2$ 7mmHg e rácio $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 203, pelo que se optou por iniciar oxigénio de alto fluxo (OAF). Cumpre OAF 60L/min, FiO_2 60% e temperatura de 34° , com boa resposta e SpO_2 de 99%. Revelando melhoria. Suspende OAF passadas 48h, cumprindo desmame. Porém não tolerou permanecer a ar ambiente, pelo que necessitou de aporte de oxigénio, cumprindo oxigénio por óculos nasais a 4L/min.

No dia 20/06/2024, com o abdómen distendido, tenso e doloroso à palpação em todos os quadrantes, associado a astenia marcada e condicionando a mobilidade. Mantida em dieta zero, com alimentação parentérica e oligoelementos em curso, em drenagem passiva do conteúdo gástrico. Sem emissão de flatos, sem evacuar, mas a cumprir procinéticos

Por manter drenagem de conteúdo gástrico biliar, aumento dos parâmetros inflamatórios e novo pico febril, faz TAC após ingestão de 1300mL de gastrografina, que descreve "*níveis hidroaereos de ansas de delgado a montante de ponto de transição que se identifica como ileon, junto à parede abdominal anterior, à direita da linha média.*"



Imagem 2 - TAC Tórax, Abdómen e Pélvico (22/06/2024)

Após discussão da equipa médica intensivista, cirurgia geral e ginecologia, proposta relaparotomia por oclusão intestinal, no dia 22/06/2024, com colocação de dreno pélvico.

1.1.2. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Consciente e vígil, com um score de 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, Sir G., 2015), demonstrado na Tabela 2.

Tabela 5: Escala de Coma de Glasgow

DATA	18/6/24	20/6/24	24/6/24	27/6/24
Abertura ocular	4 (espontânea)	4 (espontânea)	4 (espontânea)	4 (espontânea)
Resposta verbal	5 (orientada)	5 (orientada)	5 (orientada)	5 (orientada)
Resposta motora	6 (obedece a comandos)	6 (obedece a comandos)	6 (obedece a comandos)	6 (obedece a comandos)
SCORE NEUROLÓGICO	15	15	15	15

Orientada auto e alopsiquicamente. Humor eutímico, com sorriso fácil e comunicativa à abordagem, porém no último dia de intervenção, apresentou oscilação de humor, apresentando *facis* triste, e humor depressivo. Com crítica para a sua situação, alterando o discurso negativo face à sua evolução, para um discurso motivador e encorajador.

Sem alterações a nível da atenção, assim como não apresenta alterações a nível da memória sensorial, imediata, recente e remota.

Capacidade auditiva bilateral mantida e acuidade visual diminuída bilateralmente necessitando ortótese ocular, óculos.

Relativamente à linguagem apenas foi efetuada avaliação informal da linguagem, não apresentando alterações no discurso espontâneo, compreensão, nomeação e repetição.

Foi realizada uma avaliação sumária das capacidades práxicas, que se encontram conservadas, conseguindo realizar atividades como beber água, lavar os dentes, escovar os cabelos e dizer adeus, de forma autónoma.

Tendo em consideração a situação clínica e diagnósticos, não foi realizada a avaliação dos pares craneanos.

1.1.3. AVALIAÇÃO MOTRICIDADE

Avaliada a força muscular através da escala de força muscular *Medical Research Council Muscle Scale*, (Imagem 3), nos diferentes segmentos e seus movimentos, com o resultado explanado na Tabela 6.

Tabela 6: Avaliação de Força Muscular

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	18/6/24		24/6/24		27/6/24	
		ESQ	DRT	ESQ	DRT	ESQ	DRT
Cabeça e pescoço	Flexão	5		5		5	
	Extensão	5		5		5	
	Inclinação direita	5		5		5	
	Inclinação esquerda	5		5		5	
	Rotação	5		5		5	
MEMBROS SUPERIORES							
Escapulo-umeral	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Rotação Interna	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Rotação externa	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Cotovelo	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5	5	5	5
	Supinação	5	5	5	5	5	5
Punho	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Desvio cubital	4	4	4	4	4	4
	Desvio radial	4	4	4	4	4	4
Dedos da mão	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Oponência	5	5	5	5	5	5
MEMBROS INFERIORES							
Coxo-femural	Flexão	5	3	5	4	5	4
	Extensão	5	4	5	4	5	4
	Adução	4	4	5	4	5	4
	Abdução	4	4	5	4	5	4
	Rotação interna	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Rotação externa	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Joelho	Flexão	4	2	5	3	5	4
	Extensão	4	3	5	4	5	4
Tibio-társica	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Inversão	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Eversão	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Dedos dos pés	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	4	4	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4	4	4

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

Imagem 3 - Medical Research Council Muscle Scale (MRC). Fonte: Latronico & Gosselink (2015)

Não apresenta alteração a nível do tônus muscular, não apresentando espasticidade nos diferentes movimentos, nem nos vários segmentos. A senhora "M.C.V." não apresenta aparentes alterações a nível da coordenação motora, nem da sensibilidade superficial ou profunda.

O equilíbrio, estático e dinâmico, sentado e em posição ortostática, foi avaliado através da Escala de Equilíbrio de Berg (Anexo 1). Na Tabela 20 está apresentado os parâmetros avaliados que permitiram formular o diagnóstico de diminuição do equilíbrio.

Tabela 7: Escala de Equilíbrio de Berg. Fonte: Teixeira (2014)

Atividade	18/6/24	24/6/24	27/6/24
1. Sentado para em pé.	0	1	2
2. Em pé sem apoio.	2	2	3
3. Sentado sem apoio nas costas.	3	3	4
4. Em pé para posição sentado.	1	2	3
5. Transferências.	1	2	3
6. Em pé com os olhos fechados.	1	1	3
7. Em pés com os pés juntos.	1	2	3
8. Braços estendidos em pé.	1	2	2
9. Apanhar objeto do chão.	0	1	1
10. Vira-se e olha para trás.	2	2	3
11. Dar volta de 360 graus.	0	0	1
12. Posicionar os pés alternadamente no degrau.	1	1	1
13. Em pé sem apoio com um pé em frente ao outro.	0	0	0
14. Permanecer em pé sobre uma perna	2	2	3
Total:	15	20	32
	Diminuição do equilíbrio	Diminuição do equilíbrio	Equilíbrio aceitável

Através do resultado da escala de Berg, é possível prever o risco de queda (Shumway-Cook & Woollacott, 2010). De acordo com Shumway-Cook & Woollacott (2010) um resultado abaixo de 36 pontos na escala de Berg, associa-se um risco de queda, quase de 100% (Shumway-

Cook & Woollacott, 2010). Desta forma, afirma-se que a senhora “M.C.V.” apresenta um elevado risco de queda.

De forma a corroborar esta avaliação, foi também aplicada a escala de Morse (Imagem 4), apresentado a avaliação na Tabela 21, demonstrando um elevado risco de queda, apesar do score modificar nas diferentes avaliações.

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Imagem 4 - Escala de Morse. Fonte: DGS (2019)

Tabela 8: Avaliação Risco de Queda

Item	18/6/2014	24/6/2024	27/6/2024
Historial de queda (nos últimos três meses)	0	0	0
Diagnóstico Secundário	15	15	15
Ajuda para caminhar	30	30	15
Terapia intravenosa	20	20	20
Postura no andar e na transferência	20	20	15
Estado mental	0	0	0
Resultado:	85	85	65
	(Alto Risco)	(Alto Risco)	(Alto Risco)

No que respeita à marcha, foi avaliada através da escala *Functional Ambulation Classification* (FAC), na Imagem 5, em que a senhora no dia 18/06/2024, apresenta nível 1 (necessário suporte contínuo que ajude com o peso e equilíbrio). Na avaliação de dia 24/06/2024, apresenta nível 2, mantendo na avaliação de dia 27/06/2024.

Escola	
Functional Ambulation Classification	
Categoria	Definição
Nível 0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
Nível 1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com seu peso e equilíbrio
Nível 2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
Nível 3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
Nível 4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
Nível 5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

Imagem 5 - *Functional Ambulation Classification* (FAC). Fonte: Ferreira (2012)

Avaliado, também, o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, à luz da orientação da DGS (2011b), através da escala de Braden versão adulto. Os resultados obtidos, na escala levam à seguinte interpretação, $score \leq 16$ – Alto Risco e, $score \geq 17$ – Baixo Risco.

Tabela 9: Avaliação escala de Braden. Fonte: DGS (2011b)

	18/06/2024	24/06/2024	27/06/2024
<u>Percepção Sensorial:</u>			
1. Completamente limitada			
2. Muito limitada	4	4	4
3. Ligeiramente limitada			
4. Nenhuma limitação			
<u>Humidade:</u>			
1. Pele constantemente húmida			
2. Pele muito húmida	4	4	4
3. Pele ocasionalmente húmida			
4. Pele raramente húmida			
<u>Atividade:</u>			
1. Acamado			
2. Sentado	2	2	3
3. Anda ocasionalmente			
4. Anda frequentemente			
<u>Mobilidade:</u>			
1. Completamente imobilizado			
2. Muito limitada	2	2	3
3. Ligeiramente limitado			
4. Nenhuma limitação			
<u>Nutrição:</u>			
1. Muito pobre			
2. Provavelmente inadequada	3	3	3
3. Adequada			
4. Excelente			
<u>Fricção e Forças de deslizamento:</u>			
1. Problema	1	2	2
2. Potencial problema			
3. Nenhum problema			
Pontuação:	16	17	19
Interpretação:	Alto Risco	Baixo Risco	Baixo Risco

1.1.4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Relativamente à avaliação da função respiratória, foi realizada de acordo as orientações de Cordeiro & MENOITA (2012),

Tabela 23.

Tabela 10: Avaliação Respiratória

	18/06/2024		24/06/2024		27/06/2024	
	<u>Antes sessão</u>	<u>Após sessão</u>	<u>Antes sessão</u>	<u>Após sessão</u>	<u>Antes sessão</u>	<u>Após sessão</u>
Padrão Respiratório	Misto	Misto	Misto	Misto	Abdomino-diafragmática	Misto
Ritmo Respiratório	Regular	Regular	Regular	Regular	Irregular	Regular
Amplitude	Superficial	Superficial	Superficial	Superficial	Superficial	Superficial
Simetria Tosse	Simétrico Ausente	Simétrico Presente (pouco eficaz)	Simétrico Ausente	Simétrico Presente (eficaz)	Simétrico Presente (eficaz)	Simétrico Presente (eficaz)
Expetoração	Ausente	Ausente	Ausente	Presente Espessas e Amarelas	Presente Fluidas e Brancas	Presente Fluidas e Brancas
Frequência Respiratória (ciclos/min)	18	16	17	17	28	20
Saturação Periférica de Oxigénio (SpO ₂ - %)	94-96%	97-99%	93-95%	96-98%	95-96%	96-98%
Oxigenioterapia	Oxigénio Alto Fluxo (60L/min, FiO ₂ 60%, temp 34º)	Oxigénio a 4L/min por óculos nasais	Oxigénio a 4L/min por óculos nasais	Oxigénio a 3L/min por óculos nasais	Oxigénio a 3L/min por óculos nasais	Oxigénio a 3L/min por óculos nasais

Não apresenta cianose central ou periférica. Não apresenta hipocratismo digital. Sem alterações na superfície do tórax, com expansão pulmonar simétrica. Não sendo identificadas curvaturas anormais. A nível da palpação, não apresenta alterações a nível da traqueia nem do tórax. Não foi realizada a percussão por queixas álgicas.

A nível da auscultação pulmonar, foi realizada sempre antes e depois de cada intervenção, porém, apenas se encontrada descrita nos dias de avaliação, Tabela 11.

Tabela 11: Auscultação Pulmonar

Auscultação Pulmonar		
	Antes intervenção	Após intervenção
18/06/2024	Auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular diminuído na base direita e esquerda. E ferveores subcrepitantes à direita.	Mantém auscultação, com exceção da diminuição dos ferveores.
24/06/2024	Auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular diminuído na base direita e esquerda.	Auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular diminuído na base direita.
27/06/2024	Auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na base direita.	Manteve auscultação previa à intervenção.

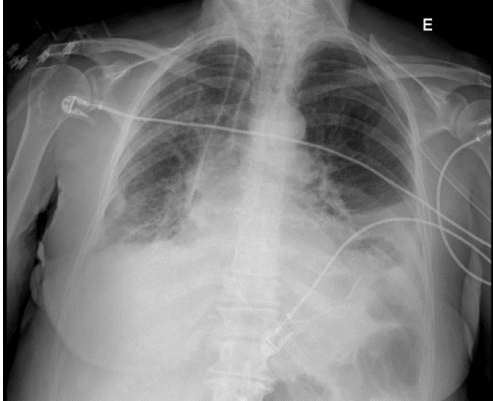
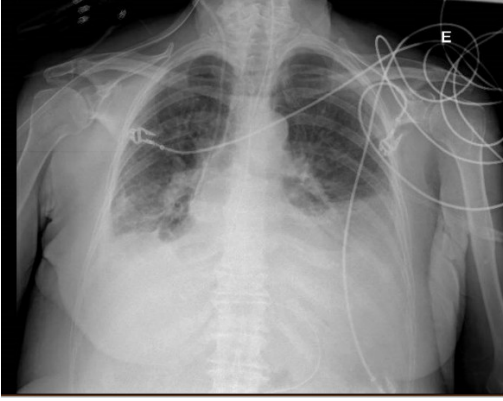

Também foram consultados exames complementares de diagnóstico como a gasimetria e a radiografia tórax. Gasimetricamente, com hipoxémia mas em correção com oxigenioterapia. Assim como a nível da alterações de iões, especificamente o potássio, com perfusão de cloreto de potássio. Alteração a nível da glucose, associadas à administração de corticóide, sem necessidade de correção insulínica.

Tabela 12: Gasimetria Arterial

	PH	pCO₂	pO₂	Na	K⁺	Cl	Ca⁺⁺	Glu	Lac	Hg	sO₂	P/F	HCO₃
18/6/24	7,5	38	77 (↓)	138	3,3 (↓)	108	1,07 (↓)	156 (↑)	1,5 (↑)	8,6 (↓)	97,4	193	29,6 (↑)
24/6/24	7,46	42	85 (↓)	134 (↓)	3,9	109	1,06 (↓)	214 (↑)	1,6 (↑)	9,7 (↓)	98,6 (↑)	258	29,9 (↑)
27/6/24	7,48	40	75 (↓)	138	3,8	105	1,14 (↓)	110	0,8	9,3 (↓)	97,7	250	29,8 (↑)

Avaliação imagiológica realizada através de radiografia (RX), tal como se demonstra na Tabela 13.

Tabela 13: Avaliação Imagiológica: Radiografia Tórax

18/06/2024	24/06/2024	27/06/2024
		
<p>RX em Antero-Posterior (AP), no leito (realizado intransportável), centrado, bem inspirado, com inclusão das estruturas e bem penetrado. Sem desvio da traqueia. Campos pulmonares assimétricos, identificando-se imagem de hipotransparência no campo pulmonar inferior do pulmão direito, e reforço hilar bilateral. Sem alterações visíveis das estruturas ósseas. Considerando que a radiografia foi realizada em AP, opta-se por não comentar a silhueta cardíaca. Apagamento do seio costofrénico à esquerda, e com sinal de menisco, compatível com o diagnóstico de derrame pleural, confirmado por ecografia.</p>	<p>RX tórax, AP, realizado no leito, bem inspirado, com inclusão das estruturas e bem penetrado. Sem desvio da traqueia. Campos pulmonares assimétricos, identificando-se imagem de hipotransparência no campo pulmonar inferior do pulmão direito, e reforço hilar à direita. Mantém hipotransparência na base esquerda com apagamento do seio costofrénico e sinal de menisco.</p>	<p>RX tórax, AP, realizado na posição sentada, bem inspirado, com inclusão das estruturas e bem penetrado. Sem desvio da traqueia. Campos pulmonares assimétricos, contudo, com aumento da expansão pulmonar bilateral, diminuição da hipotransparência. Na base esquerda, mantém apagamento do seio costofrénico e sinal de menisco.</p>

Relativamente à dispneia e ao esforço percebido pela senhora "M.C.V." enquanto realiza exercício, foi utilizada a escala de Borg modificada (Imagem 6).

0	Absolutamente nada
0,5	Pouquíssima, quase nada
1	Muito pouca
2	Pouca
3	Média, regular
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

Imagem 6 - Escala de Borg Modificada. Fonte: APFisio (2019)

Sendo que é possível afirmar que nos primeiros momentos de intervenção, sentiu cansaço intenso (escala de Borg modificada 6-7) e na última intervenção, já foi referido um cansaço moderado (escala de Borg modificada 4-5).

1.1.5. AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pele e mucosas pálidas, mas não descoradas, integras. Extremidade superior e inferior, mornas. Não estão presentes quaisquer edemas.

Apresenta queixas de fadiga durante a atividade. Mas não se visualiza distensão das veias jugulares. Não apresenta veias varicosas visíveis.

Cateter venoso central na jugular interna à direita permeável e funcional, e linha arterial na radial à direita, sendo realizada monitorização contínua da tensão arterial invasiva. Foram registados sinais vitais, avaliados às 10:00, dos diferentes momentos de avaliação conforme descritos na Tabela 14:

Tabela 14: Sinais Vitais

	18/06/2024	20/06/2024	24/06/2024	27/06/2024
Tensão Arterial Invasiva	118/47mmHg	119/49mmHg	128/46mmHg	139/50mmHg
Pressão Arterial Média	71mmHg	72mmHg	73mmHg	80mmHg
Frequência Cardíaca	79 bpm	80 bpm	80 bpm	102 bpm
Frequência Respiratória	18 ciclos/min	17 ciclos/min	17 ciclos/min	28 ciclos/min
Saturação O ₂	96%	95%	96%	96%
Temperatura	36,3	38,1	36,1	38,5
Dor	0	0	0	0

Monitorizada, com traçado cardíaco rítmico, em ritmo sinusal, e frequência cardíaca entre os 70-81 batimentos por minuto. Com exceção no dia 20/06/2024, durante a realização do exercício levante do cadeirão (com apoio), ocorreu episódio de taquicardia (125 bpm) e hipotensão (93/45mmHg), com necessidade de suspender a intervenção. No dia 27/06/2024, apresenta novo pico febril, com necessidade de realizar hemoculturas e urocultura, e também *switch* do cateter venoso central.

Salienta-se que foi iniciada perfusão de noradrenalina, ajustado ao peso, por instabilidade hemodinâmica (hipotensão), no dia 20/06/2024 e suspensa no dia 26/06/2024. E também, a realização de várias transfusões sanguíneas, em diferentes dias, por valores de hemoglobina inferiores ao limite estabelecido, num total de 4 unidades de concentrado eritrocitário.

1.1.6. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A senhora "M.C.V." apresenta um índice de massa corporal de 25kg/m², com altura de 160 cm e peso de 63 Kg.

Foram utilizadas duas escalas para a avaliação da disfagia, a *Gugling Swallowing Screen* ou *GUSS* (Ferreira et al., 2018) e a escala funcional de ingestão por via oral (*Functional Oral Intake Scale – FOIS*). Primeiramente, realizada a triagem com a escala *GUSS*, no dia 18/06/2024.

Tabela 15: Avaliação Gugging Swallowing Screen (GUSS)

1.ª FASE – AVALIAÇÃO PRELIMINAR/TESTE INDIRETO DA DEGLUTIÇÃO				
		Sim	Não	
Vigilância	Pessoa alerta mais de 15'	(1)	(0)	
Vigilância voluntária e/ou clearance	- Tosse Voluntária - Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	(1)	(0)	
Deglutição de saliva	Deglute com êxito	(1)	(0)	
	Sialorreia	(0)	(1)	
	Mudança Vocal	(0)	(1)	
TOTAL:		5		
2.ª FASE – TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO				
SEGUIR A ORDEM:		1 →	2 →	3 →
		Pastosos *	Líquidos**	Sólidos***
Deglutição	A ingestão não é possível	(0)	(0)	(0)
	Aumento do tempo de deglutição (> 2s; sólidas texturas > 10s)	(1)	(1)	(1)
	Ingestão de sucesso	(2)	(2)	(2)
Tosse (involuntária/reflexa) – antes, durante e após a deglutição – até 3' + tarde	Sim	(0)	(0)	(0)
	Não	(1)	(1)	(1)
Sialorreia	Sim	(0)	(0)	(0)
	Não	(1)	(1)	(1)
Alteração da voz	Sim	(0)	(0)	(0)
	Não	(1)	(1)	(1)
		SOMA	5	5
		Total (FASE 1 + 2): 10	1 -4: parar; 5 = continuar	1 -4: parar; 5 = Normal

Considerando toda a história clínica, e apesar de não ser detetada qualquer alteração a nível da disfagia, não se avançou na avaliação. Foi decisão clínica manter a entubação nasogástrica, com uma sonda calibre 16, por apresentar conteúdo gástrico à verificação, com necessidade de drenagem passiva, com volumes entre 500-750mL por dia.

Por este motivo, optou-se por fazer-se uma nova avaliação, através da escala FOIS (Imagem 7) encontrando-se no nível 3 (Entubado, com ingestão regular de sólidos ou líquidos por via

oral), desde dia 18/06 até ao dia da última avaliação 27/06/2024. Apesar das restrições alimentares (dieta 0), a senhora "M.C.V." mantinha ingestão por via oral, apenas da terapêutica estritamente necessária (tamoxifeno 20mg), com ingestão de 30mL de água.

Durante o período deste estudo de caso, foi mantida alimentação parentérica e oligoelementos em curso.

Escala Funcional de Ingestão por via Oral
Dependentes de Sonda (níveis 1-3)
1. Incapacidade de ingestão por via oral
2. Dependente da sonda com ingestão por via oral residual
3. Ingestão por via oral com suplementos por sonda
Ingestão total por via oral (níveis 4-7)
4. Ingestão total por via oral de uma única consistência
5. Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica
6. Ingestão total por via oral sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos
7. Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

Imagem 7 - Escala Funcional de Ingestão por via Oral (FOIS). Fonte: Moreira (2012); Queirós et al. (2013)

1.1.7. AVALIAÇÃO DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL

Relativamente à eliminação urinária, a senhora "M.C.V." encontrava-se algaliada no momento da 1.ª avaliação, tendo permanecido durante o período da realização deste estudo de caso. Drenagem vesical funcionante, com algalia folley calibre 16, de urina clara, amarela e sem sedimentos.

No que respeita à eliminação intestinal, sem emissão de flatos, nem dejeção. Auscultação abdominal com ausência de ruídos hidroaéreos, no dia 18/6/2024. No dia 24/06/2024, auscultação abdominal, com presença de ruídos hidroaéreos audíveis, mas muito ténues. Mantendo-se sem emissão de flatos, sem dejeção. Ruídos hidroaéreos audíveis, na auscultação abdominal no dia 27/06/2024, mas mantendo-se sem emissão de flatos e sem dejeções.

1.1.8. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Foi realizada a avaliação da funcionalidade da senhora "M.C.V." através da utilização da escala Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011a; Riberto et al., 2004), de acordo com,

Tabela 16: Escala Medida Independência Funcional

Atividades	Data					
	18/6/24		24/6/24		27/6/24	
Autocuidado	1		1		1	
Alimentação	1		2		3	
Higiene pessoal: apresentação e aparência.	1		1		2	
Banho: lavar o corpo	1		2		2	
Vestir: metade superior do corpo	1		2		2	
Vestir: metade inferior do corpo	1		1		1	
Utilização do vaso sanitário	1		1		1	
Controle dos esfíncteres	1		1		1	
Controle da urina: frequência de incontinência	1		1		1	
Controle das fezes	1		1		1	
Mobilidade	1		2		3	
Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas	1		2		3	
Transferências: vaso sanitário	1		1		1	
Transferências: banheira ou chuveiro	1		1		1	
Locomoção	1		1		2	
Marcha/Cadeira de rodas	M	1	M	2	M	3
	CR	1	CR	1	CR	1
Escadas	1		1		2	
Comunicação	7		7		7	
Compreensão	A	7	A	7	A	7
	VI	6	VI	7	VI	7
Expressão	V	7	V	7	V	7
	NV	6	NV	7	NV	7
Conhecimento Social	6		7		7	
Interação Social	6		6		6	
Resolução de Problemas	7		7		7	
Memória	59		68		74	
Total:	59		68		74	
Resultado:	<u>Dependência Modificada</u> (assistência até 50% tarefas)		<u>Dependência Modificada</u> (assistência até 25% tarefas)		<u>Dependência Modificada</u> (assistência até 25% tarefas)	
<p>Interpretações: 0-18: dependência completa; 19-60: dependência modificada (assistência até 50% tarefas); 61-103: dependência modificada (assistência até 25% tarefas) 104-126: independência.</p> <p>Abreviações: <u>M</u>-marcha, <u>CR</u>- cadeira de rodas, <u>A</u>- Auditiva, <u>VI</u>- Visual, <u>V</u>- Verbal e <u>NV</u>- Não Verbal.</p>						
Níveis	<p><u>Independente:</u> 7 – Independência completa (com segurança e tempo normal); 6 – Independência modificada (ajuda técnica);</p> <p><u>Dependência modificada:</u> 5 – Supervisão; 4 – Assistência mínima (pessoa realiza ≥ 75% tarefas) 3 – Assistência moderada (pessoa realiza ≥ 50% tarefas)</p> <p><u>Dependência completa:</u> 2 – Assistência máxima (pessoa realiza ≥ 25% das tarefas) 1 – Assistência total (pessoa realiza ≥ 10% das tarefas)</p>					

2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDOS

A TDA desenvolvida por Dorothea Orem, fundamenta-se na premissa de que a pessoa, quando capaz, deve cuidar de si própria, atuando de forma deliberada e adotando medidas de autocuidado que satisfaçam as suas necessidades, com o objetivo de manter a vida, a saúde e a funcionalidade. (Isik & Fredland, 2023). Quando se estabelece uma relação deficitária entre as capacidades e as necessidades de cuidado, ou seja, há uma diminuição da capacidade em relação à necessidade, não existindo uma completa manutenção dos requisitos, estamos perante défice de autocuidado (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Taylor, 2004).

Durante a avaliação da senhora "M.C.V.", foi possível identificar os requisitos de autocuidado, que se encontram potencialmente comprometidos:

- Universais:
 - manutenção de quantidade suficiente de ar;
 - manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso;
- Desvio de saúde.

No que respeita ao requisito universal de autocuidado "manutenção de quantidade suficiente de ar", encontra-se comprometido pela necessidade de reexpansão pulmonar, melhoria da ventilação alveolar, limpeza das vias aéreas, e melhoria da tolerância ao esforço.

Por sua vez, no requisito universal de autocuidado "manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso", o comprometimento na mobilidade, tem um elevado impacto na capacidade funcional, assim como, no normal funcionamento dos diferentes sistemas.

Face ao comprometido, na elaboração do plano de cuidados de ER optou-se pela utilização do Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório, de acordo com as limitações identificadas na senhora "M.C.V.", e do Sistema de Apoio/Educação, durante a instrução e execução dos diferentes exercícios, na reeducação funcional respiratória e na reabilitação motora.

Assim, com a elaboração do plano de cuidados de ER através dos sistemas de Enfermagem identificados, existe uma ligação estreita na busca do desenvolvimento dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde, face à condição de doença.

3. PLANO DE CUIDADOS DE EEER

A elaboração do plano de cuidados, foi de acordo com as necessidades identificadas através da avaliação inicial realizada nos pontos anteriores. Foi tido como referencial a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), assim como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015) e ainda, o Guia Orientador da Boa Prática da Reabilitação Respiratória.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções do EEER	Resultados
Movimento Muscular Mantido	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; → Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; (terminada) → Executar técnica de exercício muscular e articular ativo; → Executar técnica de exercício muscular e articular resistido; → Incentivar a pessoa a executar os movimentos musculares e articulares ativos; → Monitorizar força muscular através da escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (MRC) nos diferentes segmentos; → Supervisionar o movimento muscular 	<p>18/06: Apresentou capacidade de executar exercícios musculares e articulares, porém com força reduzida, especialmente no Membro Inferior direito, devido à situação hemodinâmica e queixas álgicas, assim como a antecedentes osteoarticulares;</p> <p>24/06: Apresentou melhorias a nível da força e execução de movimentos e mobilizações, com necessidade de orientações verbais;</p> <p>27/06: Movimentos bem conseguidos pela própria, sem apoio e com capacidade de vencer a resistência.</p>
<p>Equilíbrio Corporal Comprometido</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Equilíbrio ortostático dinâmico diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar equilíbrio corporal; → Estimular a manter equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> ○ correção postural; → Orientar na técnica de treino do equilíbrio; → Assistir técnica de treino do equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> ○ alternância de carga nos membros inferiores com suporte dos membros superiores; ○ exercícios de coordenação de movimentos, como subir e descer degraus. → Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de Berg; 	<p>18/06: Apresentou diminuição do equilíbrio (score escala Berg: 15), mais acentuado, no equilíbrio dinâmico em posição ortostática. Com necessidade de apoio bilateral constante para a movimentação.</p> <p>24/06: Apresentou ligeira melhoria, mas pouco significativa, devido à situação hemodinâmica, assim, como pela necessidade de uma segunda intervenção cirúrgica (score escala Berg: 20).</p> <p>27/06: Nesta última avaliação, equilíbrio aceitável (score: 32), já conseguindo realizar</p>

		exercícios em posição ortostática com alternância dos pés e marcha menos desequilibrada em curta distância, contudo, no subir e descer o degrau, e na marcha em média distância, há desequilíbrio e necessita de apoio intermitente.
Pôr-se de pé Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade para pôr-se em pé; → Executar levante; (terminada) → Incentivar a pôr-se em pé; → Planear o pôr-se de pé: → Assistir no levante; → Orientar para pôr-se de pé; 	<p>18/06: Pela condição hemodinâmica, a capacidade de pôr-se de pé era diminuta. Além disso, patente o medo, associando mobilização e dor. Necessidade de apoio total.</p> <p>20/06: Durante a realização do exercício levante do cadeirão (com apoio), ocorreu episódio de taquicardia e hipotensão, com necessidade de suspender a intervenção. Realizou 2 repetições do exercício.</p> <p>24/06: Mantém-se necessidade de apoio, mas com maior participação.</p> <p>27/06: Melhoria significativa no movimento de levante, com maior colaboração, assim como melhoria da carga. Com necessidade de apoio unilateral (apenas).</p>
Potencial para melhorar capacidade de executar técnicas muscular e articular – pôr-se em pé	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade para pôr-se em pé; → Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se em pé; → Instruir sobre a técnica de adaptação para pôr-se em pé; → Treinar a técnica de adaptação para pôr-se em pé; 	<p>18/06: Realizados ensinos, mas sem impacto positivo, por questões hemodinâmicas, medo e dor.</p> <p>24/06: Compreende a instrução da técnica, consegue reproduzir, apesar de ainda manter necessidade de apoio;</p> <p>27/06: Melhoria significativa, consegue reproduzir a técnica com maior carga, com necessidade de algumas instruções verbais e apoio unilateral.</p>
Andar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade para andar; → Ensinar sobre técnica de andar; → Incentivar andar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Treino de Marcha → Assistir no treino de marcha; → Providenciar dispositivos; 	<p>18/06: Por alterações no equilíbrio, na ventilação e/ou intolerância a esforço, não foi estimulado o treino marcha, apenas incentivada a deambular (no máximo 5 passos), e com apoio, até ao cadeirão.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> → Instruir andar com auxiliar de marcha – andarilho; → Treinar andar com auxiliar de marcha – andarilho; → Monitorizar equilíbrio corporal através da escala <i>Functional Ambulation Category</i> (FAC) 	<p><i>Functional Ambulation Classification</i> (FAC) = Nível 1</p> <p>24/06: Foi realizado treino de marcha no quarto (cerca de 1 metro) com melhoria na tolerância, apesar de manter o apoio bilateral.</p> <p><i>Functional Ambulation Classification</i> (FAC) = Nível 2</p> <p>27/06: A realizar treino de marcha, percorrendo o corredor do serviço, apenas 1 vez, cerca de 10 metros). Durante o percurso no corredor, foi fornecido auxiliar de marcha (andarilho) para maior suporte. Em qualquer deslocação realizada pela senhora "M.C.V.", houve necessidade do EEER assistir.</p> <p>Incentivado o levante diariamente.</p> <p><i>Functional Ambulation Classification</i> (FAC) = Nível 2</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade de andar</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade para andar; → Ensinar sobre técnica de andar; → Instruir andar com auxiliar de marcha – andarilho; → Treinar andar com auxiliar de marcha – andarilho; 	<p>18/06: Realizado ensino, em curta distância (cama-cadeirão), com compreensão da instrução, porém, com dificuldades físicas em realizar;</p> <p>24/06: Maior tolerância ao treino, e apenas com necessidade de algumas instruções. Apreendido conhecimento;</p> <p>27/06: Com melhoria significativa na capacidade de andar, foi aumentada a distância e fornecido auxiliar de marcha (andarilho). Realizado ensino sobre a sua utilização, que rapidamente adquire o conhecimento e consegue reproduzir.</p>
<p>Ventilação comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Observar tórax; → Vigiar consciência; → Vigiar ventilação; → Vigiar respiração; <ul style="list-style-type: none"> ○ Gerir oxigenioterapia - oxigénio alto fluxo (OAF); (terminada) 	<p>18/06: RX do tórax, AP, apresentava hipotransparência na base direita e à esquerda, apagamento do seio costofrénico e sinal de menisco, compatível com diagnóstico de derrame pleural posterior, confirmado por ecografia.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desmame oxigenioterapia - OAF; (terminada) ○ Gerir oxigenioterapia - óculos nasais (ON); → Auscultar tórax; → Consultar exames complementares de diagnóstico (nomeadamente, gasometria e radiografia de tórax); → Executar reabilitação funcional respiratória: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ○ Respiração diafragmática; ○ Reeducação abdominodiagramática posterior; ○ Reeducação da hemicúpula diafragmática direita; ○ Reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda; ○ Reeducação costal global com bastão; ○ Reeducação costal seletiva direita com abertura costal; ○ Reeducação costal seletiva esquerda com abertura costal; ○ Reeducação costal seletiva superior; ○ Treino com inspirómetro de incentivo; ○ Técnica de drenagem postural modificada. → Executar técnica de posicionamento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição de descanso e relaxamento; ○ Correção postural. → Incentivar a realização de reabilitação funcional respiratória; → Monitorizar resposta ao exercício através da escala de Borg modificada; → Incentivar o repouso; → Monitorizar sinais vitais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tensão arterial; ○ Frequência Cardíaca; ○ Frequência Respiratória; ○ Saturação de O₂; 	<p>Gasimetricamente, com hipoxemia com pO₂ reduzido.</p> <p>À auscultação pulmonar, apresenta murmúrio vesicular bilateral, contudo, na base do pulmão à esquerda diminuído, quase imperceptível. No pulmão à direita, apresenta sibilos na zona apical.</p> <p>Foi possível a retirada de OAF, e redução do débito de oxigénio administrado.</p> <p>Após realização da intervenção ajustada às necessidades, apresenta-se melhoria significativa das SpO₂, oscilando entre os 97-99%, com O₂ por ON a 3/min, quando inicialmente, apresentava 94-96%.</p> <p>Durante a intervenção, sempre colaborante e com melhoria da coordenação ventilatória. Porém, seja por queixas álgicas, houve necessidade de ajuste da intensidade e frequência das intervenções à sessão.</p> <p>No treino de inspirómetro, com pouca capacidade inspiratória (volume máximo inspirado 700mL) e alguma descoordenação.</p> <p>Durante a intervenção foi referido cansaço intenso (escala de Borg modificada 6-7)</p> <p>24/06: Eupneica em repouso, com O₂ a 3L/min por ON, com SpO₂ entre os 93-95%. Padrão respiratório regular e misto.</p> <p>Gasimetricamente, apresenta hipoxemia com pO₂ de 75. Relativamente ao RX tórax, AP, apresenta hipotransparência generalizada no pulmão direito e com reforço hilar. À esquerda, apresenta hipotransparência na base esquerda com apagamento do seio costofrénico e sinal de menisco.</p> <p>Auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular bilateral, porém diminuído em ambas as bases.</p>
--	---	---

		<p>Durante a realização da intervenção, com necessidade de parar por hipotensão, sempre com reversão dos valores tensionais. Sem repercussão sintomática. Realizado ajuste terapêutico para manutenção da tensão arterial.</p> <p>Após realização da intervenção melhoria significativa das SpO₂, oscilando entre os 96-98%, mantendo ON a 3/min.</p> <p>Nega dor em repouso, contudo, refere dor no local de inserção do dreno abdominal, quando mobilizado.</p> <p>Com melhoria, no treino de inspirómetro, com melhor coordenação ventilatória, e aumento do volume máximo inspirado para 1000mL. Foi referido cansaço moderado durante a intervenção (escala de Borg modificada 5-6).</p> <p>27/06: Eupneica em repouso, com O₂ a 3L/min por ON. Padrão respiratório regular e misto. Após realização da intervenção melhoria significativa das SpO₂, oscilando entre os 96-98%, mantendo ON a 3/min. Contudo, quando posicionada para decúbito lateral direito (lado afetado), com diminuição franca da SpO₂ 93-94%.</p> <p>Rx tórax, AP, na posição sentada, com melhoria significativa após intervenção de reabilitação, apresentando aumento da expansão pulmonar bilateral, diminuição da hipotransparência.</p> <p>Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular bilateral, mas diminuído nas bases. Observou-se também melhoria a nível da limpeza das vias aéreas, com aumento da capacidade de tosse, e expulsão de secreções.</p> <p>Melhoria gradual, atingindo (no dia 26/06/2024), volume máximo inspirado de</p>
--	--	---

		<p>2000mL, com fadiga nas últimas repetições, conseguindo realizar 5 repetições. Foi referido cansaço moderado durante a intervenção (escala de Borg modificada 4-5). Após intervenção de reabilitação com melhoria significativa na auscultação, com exceção da diminuição do murmúrio na base direita. Ressalva-se que a intervenção foi realizada posteriormente à resolução de pico febril, e <i>swith</i> de cateter venoso central.</p>
<p>Expetorar ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar reflexo da tosse; → Consultar exames complementares de diagnóstico; → Executar reabilitação funcional respiratória: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ○ Respiração diafragmática; ○ Reeducação abdominodiaphragmatica posterior; ○ Reeducação da hemicúpula diafragmática direita; ○ Reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda; ○ Reeducação costal global com bastão; ○ Reeducação costal seletiva direita com abertura costal; ○ Reeducação costal seletiva esquerda com abertura costal; ○ Reeducação costal seletiva superior; ○ Treino com inspirómetro de incentivo; ○ Técnica de drenagem postural modificada. → Assistir a tossir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tosse dirigida; ○ Tosse assistida; ○ Técnica de expiração forçada; ○ Ciclo ativo de técnicas respiratórias. → Incentivar a tossir; → Vigiar tosse; 	<p>18/06: Durante a intervenção, sempre colaborante. Nos momentos anteriores à realização da intervenção tosse pouco eficaz, sem existir mobilização de secreções. 24/06: Após a realização das sessões de reeducação funcional respiratória, apresentou tosse eficaz, com mobilização de secreções, conseguindo inclusive expelir secreções espessas e amareladas. 27/06: A cada sessão, com melhoria na execução da tosse, sendo apenas necessário realizar tosse dirigida e incentivo a tossir; Tosse eficaz, com mobilizações de secreções mucosas. Considerando, doença de base se trata de uma doença oncológica, apesar de intervenção cirúrgica, optou-se pela não realização de manobras acessórias, o que também poderá ter condicionado o resultado.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> → Vigiar expetoração; → Incentivar expetorar; → Supervisionar ventilação. 	
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica da tosse	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar conhecimento sobre técnica da tosse; → Ensinar sobre técnica da tosse: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tosse dirigida; ○ Tosse assistida; ○ Técnica de expiração forçada; ○ Ciclo ativo de técnicas respiratórias. → Instruir técnica da tosse; → Treinar técnica da tosse. → Incentivar a tossir; 	<p>18/06: Com dificuldade em compreender a técnica, todavia com vontade e empenho em aprender. Realiza exercícios com alguma descoordenação.</p> <p>24/06: Com necessidade de reforço de ensinamentos e treino. Realizada reabilitação funcional respiratória, com eficácia. A senhora procurou participar ativamente.</p> <p>27/06: Melhoria na execução da tosse, sendo apenas necessário realizar tosse dirigida e incentivo a tossir</p>
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a intolerância à atividade através da escala de Borg modificada; → Gerir atividade física; → Negociar atividade física; → Planear atividade física; → Instruir sobre exercícios de resistência (pedaleira, posteriormente, marcha); → Treinar exercícios de resistência (pedaleira, posteriormente, marcha); → Planear o repouso; → Supervisionar resposta ao exercício físico; → Ensinar sobre técnica de conservação de energia. 	<p>18/06: Por alterações no equilíbrio, na ventilação e hemodinâmica, não foi estimulado o treino marcha, apenas incentivada a deambular (no máximo 5 passos), e com apoio, até ao cadeirão. Foi incentivado a mobilização no leito, autonomamente. Durante a intervenção foi referido cansaço intenso (escala de Borg modificada 6-7).</p> <p>20/06: Durante a realização do exercício levante do cadeirão (com apoio), ocorreu episódio de taquicardia e hipotensão, com necessidade de suspender a intervenção. Realizou 2 repetições do exercício.</p> <p>24/06: Treino de resistência com pedaleira, em carga mínima, durante 2 minutos sem interrupção, com pausa de 1 minuto. Cumpriu na totalidade 6 minutos de exercício efetivo. Sem qualquer intercorrência durante a intervenção, referindo cansaço moderado (escala de Borg modificada 4-5).</p> <p>27/06: Realizado treino de Marcha (pelo corredor), assim como treino de resistência com pedaleira, em carga mínima, durante 5</p>

		<p>minutos sem interrupção, com pausa de 1 minuto, cumpriu 2 sequências, com um total de 10 minutos de exercício.</p> <p>Melhoria significativa no movimento de levante, com maior colaboração, assim como melhoria da carga.</p> <p>Cansaço referido durante a atividade foi moderado-intenso (escala de Borg modificada 5-6), tendo-se verificado quadro febril, pelo que se suspendeu intervenção.</p>
--	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APFisio (2019). Instrumentos de Medida em Fisioterapia Respiratória. ISBN: 978-972-96015-3-8. https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2019/07/INSTRUMENTOS_MEDIDA_FISIOTERAPIA_CARDIORRESPIRATORIA.pdf

Cordeiro M. & Menoita. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos Princípios e Técnicas. 1 ed. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8

Direção Geral da Saúde. (2011a). Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação.

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

Direção Geral da Saúde. (2011b). Orientação nº 17/2011 de 19/05/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).

www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Ferreira, M. J. (2012). *Efeitos de um programa baseado em tarefas orientadas na competência de marcha em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral*. [Tese Mestrado].

Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

<https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2684/1/Efeitos%20de%20um%20programa%20baseado%20em%20tarefas%20orientadas%20na%20competência%20de%20marcha.pdf>

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & dos Reis, M. G. (2018) Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), pp. 85-94.

<https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Teasdale, Sir G. (2015). Escala de Coma de Glasgow: Avalie da seguinte forma.

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. Disponível em:

<https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

Isik, E., & Fredland, N. M. (2023). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to Improve Children's Self-Care: An Integrative Review. *Em Journal of School Nursing*, 39(1), pp. 6-17. <https://doi.org/10.1177/10598405211050062>

Latronico, N. & Gosselink, R. (2015). Abordagem dirigida para o diagnóstico de fraqueza muscular grave na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(3), pp. 199-201. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150036>

Moreira, S. (2012). *Tradução e validação da EAT-10 e da FOIS para português*. [Tese Mestrado]. Aveiro: Unidade Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/9728>

OE (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem (edição portuguesa). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8444-35-6

OE (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem - Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). (1.ªed.). Formasau. ISBN: 978-989-8269-17-1

Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R. & Lains, J. (2013). Contributo para a Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 24(2), pp- 25-30. <https://doi.org/10.25759/spmfr.108>

Riberto, M., Miyazaki, M., Jucá, S., Sakamoto, H., Pinto, P. & Battistella, L. (2004). Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatria*, 11(2), pp. 72-76. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>

Shumway-Cook, A. & Wollacott, M. (2010). *Controlo Motor: Teoria e aplicações práticas*. 3.ª edição. São Paulo, Manole. ISBN: 9788520442951

Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Teixeira, S. P. (2014). *Adaptação para a População Portuguesa da Escala de Avaliação Trunk Impairment Scale (TIS)*. [Dissertação]. Vila Nova de Gaia: Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto. http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4725/1/DM_SofiaTeixeira_2014.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA DE BERG

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Adaptado de Teixeira, S. P. (2014)

DESCRIÇÃO DOS ITENS - Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____
 2. Ficar em pé sem apoio _____
 3. Sentado sem apoio _____
 4. Da posição de pé para a posição de sentado _____
 5. Transferências _____
 6. Ficar em pé com os olhos fechados _____
 7. Ficar em pé com os pés juntos _____
 8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____
 9. Apanhar um objeto do chão _____
 10. Virar-se para olhar para trás _____
 11. Dar uma volta de 360 graus _____
 12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____
 13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____
 14. Ficar em pé sobre uma perna _____
- TOTAL _____

1. Da posição de sentado para a posição de pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- (4) Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma.
- (3) Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos.
- (2) Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas.
- (1) Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável.
- (0) Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar.

2. Ficar em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- (4) Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos.
- (3) Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão.
- (2) Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 minutos.
- (1) Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos.
- (0) Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda.

Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. Senta-se com as costas desapoizadas, mas com os pés no chão ou sobre um banco

Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- (4) Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos.
- (3) Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão.
- (2) Mantém-se sentado durante 30 segundos.
- (1) Mantém-se sentado durante 10 segundos.
- (0) Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos.

4. Da posição de pé para a posição de sentado

Instruções: Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos.

- (4) Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos.
- (3) Ao sentar-se recorre às mãos.
- (2) Apoio a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida.

- (1) Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida.
- (0) Necessita de ajuda para se sentar.

5. Transferência

Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot". Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- (4) Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos.
- (3) Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos.
- (2) Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão.
- (1) Necessita de ajuda de uma pessoa.
- (0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança.

6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados

Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- (4) Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos.
- (3) Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão.
- (2) Consegue manter-se em pé durante 3 segundos.
- (1) Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável.
- (0) Necessita de ajuda para evitar a queda.

7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos

Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- (4) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto.
- (3) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão.
- (2) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos.
- (1) Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos.
- (0) Necessita de ajuda para chegar à posição, mas não consegue mantê-la durante 15 segundos.

8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé

Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90°. Os dedos não devem tocar na régua enquanto executam a tarefa. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco).

- (4) Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante.
- (3) Consegue inclinar-se mais de 12cm para a frente, com segurança.
- (2) Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança.
- (1) Inclinarse para a frente, mas necessita de supervisão.
- (0) Perde o equilíbrio durante as tentativas/necessita de apoio externo.

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé

Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- (4) Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança.
- (3) Consegue apanhar o chinelo, mas necessita de supervisão.

(2) Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma.

(1) Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta.

(0) Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda.

10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé

Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

(4) Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso.

(3) Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso.

(2) Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio.

(1) Necessita de supervisão ao virar.

(0) Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda.

11. Dar uma volta a 360 graus

Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

(4) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos.

(3) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos.

(2) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente.

(1) Necessita de supervisão ou de indicações verbais.

(0) Necessita de ajuda enquanto dá volta.

12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio

Instruções: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco, 4 vezes.

(4) Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos.

(3) Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 passos em mais de 20 segundos.

(2) Consegue completar 4 degraus sem ajuda, mas com supervisão.

(1) Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda.

(0) Necessita de ajuda para evitar a queda/não consegue tentar.

13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro

Instruções: Coloque um pé exatamente em frente do outro. Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal.

(4) Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos.

(3) Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos.

(2) Consegue dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.

(1) Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.

(0) Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que conseguir, sem se apoiar.

(4) Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos.

(3) Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos.

(2) Consegue de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos.

- (1) Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

APÊNDICE 12: ESTUDO DE CASO II

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ano letivo 2024/2025

2º Ano - 1º Semestre

ESTUDO DE CASO II

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ano letivo 2024/2025

2º Ano - 1º Semestre

ESTUDO DE CASO II

Discente:

Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço, n.º 117697

Docente:

Prof. Doutor Júlio Fernandes

Almada

2024

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

DRT - Direito

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermagem Especializada em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESQ - Esquerdo

FAC - *Functional Ambulation Classification*

GUSS - *Gugling Swallowing Screen*

MRC - *Medical Research Council Muscle Scale*

NA - Não aplicável

OE - OE

pp. - Páginas

PO - *per os*

TDA - Teoria do Défice de Autocuidado

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

ÍNDICE

1. ESTUDO DE CASO – “M.D. R. S.”	32
1.1. AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	33
1.1.2. Avaliação Neurológica	36
1.1.3. Avaliação Motricidade	37
1.1.4. Avaliação da Função Respiratória	43
1.1.5. Avaliação Cardiovascular	44
1.1.6. Avaliação Nutricional	45
1.1.7. Avaliação Da Eliminação Urinária e Intestinal	47
1.1.8. Avaliação da Funcionalidade	47
2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDOS	49
3. PLANO DE CUIDADOS DE EEER	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	58
ANEXO 1 – Escala de Berg	59
ANEXO 2 – Escala de Barthel	64

ÍNDICE(S) DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1 - Geograma e Ecomapa da Senhora MRDS	34
Figura 2 - Medical Research Council Muscle Scale (MRC). Fonte: Latronico & Gosselink (2015)	37
Figura 3 - Escala de Ashworth modificada. Fonte: Sebastião (2016)	39
Figura 4 - Escala de Morse. Fonte: DGS (2019)	40
Figura 5 - Functional Ambulation Classification (FAC). Fonte: Ferreira (2012).....	41
Figura 6 - Escala de Borg Modificada. Fonte: APFisio (2019)	44

TABELA

Tabela 1 - Terapêutica Domiciliária	34
Tabela 2 - Escala de Coma de Glasgow.....	36
Tabela 3 - Avaliação de Força Muscular	38
Tabela 4 - Escala de Equilíbrio de Berg. Fonte: Teixeira (2014)	39
Tabela 5 - Avaliação Risco de Queda	40
Tabela 6 - Avaliação escala de Braden. Fonte: DGS (2011b)	42
Tabela 7 - Avaliação Respiratória.....	43
Tabela 8 - Sinais Vitais.....	45
Tabela 9 - Avaliação Gugging Swallowing Screen (GUSS).....	46
Tabela 10 - Escala de Barthel. Fonte: Viegas & Dias (2023)	47
Tabela 11 - Escala Medida Independência Funcional.....	48

4. ESTUDO DE CASO – “M.D. R. S.”

No âmbito da unidade curricular Opção I – Estágio e Relatório, foi proposta a realização de um estudo de caso, constituído com o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) planeado e implementado na pessoa, e também, os resultados obtidos. Através deste planeamento e análise de resultados caminha-se para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O presente estudo de caso decorre no contexto de prática clínica através da prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrados na valência de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserida em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no período de 3 de setembro a 4 outubro de 2024, data de término deste estágio. Esta destina-se a utentes em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, sem capacidade de deslocação de forma autónoma, referenciados por fragilidade e limitação funcional grave. E, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados (Portal de serviços públicos da República Portuguesa, 2024).

Considerando a tipologia de cuidados prestados, o plano de cuidados elaborado incide sobre uma pessoa com diagnóstico de fratura do membro inferior, previamente intervencionada cirurgicamente. Referenciação à equipa, feita através da plataforma da rede nacional de cuidados continuados do hospital de referência, de forma a obter cuidados de reabilitação, de acordo com as suas necessidades, e capacitação ao cuidador informal. A escolha do caso prende-se com as áreas muito prioritárias a investigar na especialidade de ER, estabelecidas pela mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, tais como, intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na área motora e dependência no autocuidado em contexto domiciliário.

A pessoa selecionada não obteve qualquer intervenção pré-operatória com o intuito de prevenção ou redução de complicações pós-operatórias, ou adaptação à sua condição. É de salientar que foram realizados três momentos de avaliações, no primeiro contacto a 03/09/2024, o segundo a 16/09/2024 e por fim, no último momento de contacto a 04/10/2024.

Considerando a diminuição da capacidade funcional existente provocada pela fratura e, conseqüentemente pela cirurgia, levando ao compromisso da capacidade de autocuidado. Por isso foi também, realizada uma avaliação dos requisitos de autocuidado comprometidos e identificadas as categorias necessárias para desenvolver em relação

aos requisitos de desvio de saúde da Teoria do Défice de Autocuidado (TDA) de Dorothea Orem, bem como o Sistema de Enfermagem utilizado.

Após a avaliação da pessoa, foi elaborado um plano de cuidados seguindo o referencial emanado pela OE (OE), a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® - OE, 2016), assim como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015). Por fim, foi também descrito o resultado e ganhos da intervenção realizada.

4.1. AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

4.1.1. Anamnese

Pessoa do sexo feminino, de 78 anos de idade, nacionalidade portuguesa. Previamente independente nas atividades de vida diária.

Profissionalmente inativa (anterior profissão empregada de limpeza). Porém, ativa em atividades recreativas, como participação em “bailes” (sic) e excursões.

Tem como antecedentes pessoais

- Síndrome Depressivo;
- Hipertensão Arterial;
- Dislipidémia;
- Diabetes *mellitus* tipo II.

Desconhece alergias, nega consumos alcoólicos e tabágicos. Antecedentes familiares, irrelevantes.

Viúva há cerca de 14 anos. Reside sozinha, em domicílio arrendado no distrito de Lisboa com apoio da filha, que reside a uma curta distância, menos de 10 quilómetros. Sem dependentes a cargo, contudo, até à data da queda, cuidadora (em período diurno) de um dos netos com idade de 2 anos e 9 meses.

De forma a representar graficamente a informação fornecida sobre a família, possibilitando conhecer a dinâmica familiar e as relações estabelecidas, foi elaborado um genograma, abaixo representado (Figura 2). Incluindo também um ecomapa, que possibilita conhecer e avaliar as relações e apoios da família na comunidade (Henriques, 2019).

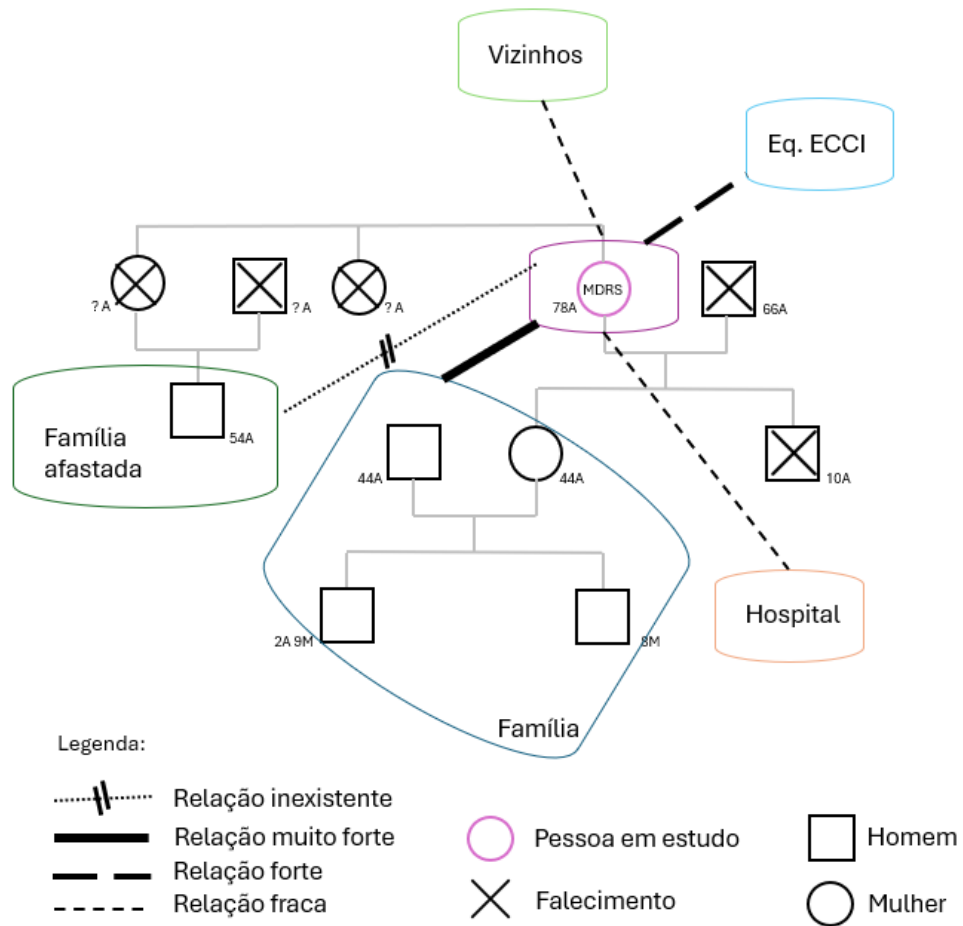


Figura 2 - Geograma e Ecomapa da Senhora MRDS

Medicação Habitual:

Tabela 17 - Terapêutica Domiciliária

Terapêutica	Horário					
	Jejum	Pequeno-Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Irbesartan 150mg (PO)	1					
Pantoprazol 40mg (PO)	1					
Alprazolam 0,5mg (PO)						1 (SOS)
Paracetamol + ibuprofeno 1000mg+60mg (PO)		1 (SOS)		1 (SOS)		1 (SOS)

Avaliação Habitacional:

Em termos das condições habitacionais, habitação/apartamento de dimensões razoáveis, mas ligeiramente degradada, apresentando divisões com humidade a nível do teto. Na casa de banho, de pequenas dimensões, não existem barras de apoio, e o *poliban*, com barreira arquitetónica (degrau com altura de cerca de 20cm). Quarto de pequenas dimensões, mas adaptado à condição da utente, tendo sido reposicionadas as peças de mobiliário para facilitar a mobilização. É importante ressaltar que não existem tapetes na habitação, e a utente tem disponível auxiliar de marcha (andarilho).

Em termos de acesso ao exterior, distância do lancil até à porta de cerca de 30cm, com um conjunto de escadas até porta de entrada no edifício (cerca de 3 degraus). Dentro do edifício, da porta até ao apartamento, novo conjunto de escadas com cerca de 10 degraus, e de largura estreita.

História clínica:

No dia 11 de maio de 2024, a utente recorre ao serviço de urgência do hospital da área de residência, após queda accidental da própria altura. Quando questionada sobre o motivo da queda a utente refere *"Escorreguei no chão molhado. O meu netinho deixou água no chão, não reparei, escorreguei e caí. Já não consegui levantar-me, fui-me a arrastar, até à janela e chamei pela minha filha que me veio ajudar e me levou ao hospital"* (sic)

À chegada, consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, com queixas algicas no membro inferior direito. Apresenta trauma da coxo-femural e joelho direito, e rotação e encurtamento do membro desse lado.

Após realização de RX dos membros inferiores, diagnosticada com fratura supracondiliana do fémur direito, submetida a cirurgia no dia 20 de maio, sob anestesia locorregional, tendo-se procedido a redução e osteossíntese com placa condiliana lateral.

Permaneceu no internamento de ortopedia até dia 3 de junho do mesmo ano, não sendo descritas intercorrências ao longo do internamento. Foi removida a totalidade dos agramos, neste dia, e com indicação de realizar penso 2 vezes por semana. Alta médica, com indicação de descarga 6 semanas, sem indicação para realizar carga e deslocações permitidas em cadeira-de-rodas. Em termos de terapêutica, com indicação de cumprir

heparina de baixo peso molecular 40mg por via SC durante um mês, após a cirurgia e analgesia em SOS, conforme receituário. Aplicação de gelo local 4x/dia.

Observada em consulta 5 semanas pós-cirurgia, sem queixas álgicas, com boa evolução cicatricial, porém RX do membro inferior, mostra fratura ainda não consolidada. Mantém indicação de descarga durante mais 4 semanas (pode apoiar o pé no chão, mas não deve fazer força no mesmo) e reavaliação após 6 semanas.

Inicia acompanhamento com a equipa de ECCI, após a alta para tratamento da ferida operatória em domicílio, contudo, a aguardar vaga em equipa de reabilitação. Admitida na equipa de reabilitação, no dia 03/09/2024.

Foram realizados três momentos de avaliação ao longo do período de intervenção, descritos abaixo.

4.1.2. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Consciente e vígil, com um score de 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, Sir G., 2015), demonstrado na Tabela 18.

Tabela 18 - Escala de Coma de Glasgow

DATA	03/09/24	16/09/24	04/10/24
Abertura ocular	4 (espontânea)	4 (espontânea)	4 (espontânea)
Resposta verbal	5 (orientada)	5 (orientada)	5 (orientada)
Resposta motora	6 (obedece a comandos)	6 (obedece a comandos)	6 (obedece a comandos)
SCORE NEUROLÓGICO	15	15	15

Orientada auto e alopsiquicamente. Humor depressivo, impaciente, muito ansiosa, muito reativa e visivelmente inquieta. Porém, ao longo das visitas domiciliárias de reabilitação mais tranquila, mais sorridente e comunicativa. Discurso pobre e repetitivo.

Dificuldade em manter o foco e atenção, com dispersão durante a realização da colheita de dados e durante a realização dos exercícios do programa de reabilitação, com necessidade de repetição das indicações.

Capacidade auditiva bilateral diminuída com necessidade de elevação do tom e acuidade visual bilateralmente mantida.

Relativamente à linguagem apenas foi efetuada avaliação informal da linguagem, não apresentando alteações no discurso espontâneo, compreensão, nomeação e repetição.

Foi realizada uma avaliação sumária das capacidades práxicas, que se encontram conservadas, conseguindo realizar atividades como beber água, lavar os dentes, escovar os cabelos e dizer adeus, de forma autónoma.

Tendo em consideração a situação clínica e diagnósticos, não foi realizada a avaliação dos pares craneanos, nem negligência hemiespacial uniespacial.

4.1.3. AVALIAÇÃO MOTRICIDADE

Avaliada a força muscular através da escala de força muscular *Medical Research Council Muscle Scale*, (Figura 3Figura 3), nos diferentes segmentos e seus movimentos, com o resultado explanado na Tabela 19.

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

Figura 3 - Medical Research Council Muscle Scale (MRC). Fonte: Latronico & Gosselink (2015)

Tabela 19 - Avaliação de Força Muscular

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	03/09/2024		16/09/2024		04/10/2024	
Cabeça e pescoço	Flexão	5		5		5	
	Extensão	5		5		5	
	Inclinação direita	5		5		5	
	Inclinação esquerda	5		5		5	
	Rotação	5		5		5	
MEMBROS SUPERIORES							
		ESQ	DRT	ESQ	DRT	ESQ	DRT
Escapulo-umeral	Flexão	4	4	4	4	5	5
	Extensão	4	4	4	4	5	5
	Adução	3	3	4	4	4	4
	Abdução	3	3	3	3	4	4
	Rotação Interna	3	3	4	3	4	4
	Rotação externa	4	4	4	4	4	4
Cotovelo	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5	5	5	5
	Supinação	5	5	5	5	5	5
Punho	Flexão	4	4	4	4	5	5
	Extensão	4	4	4	4	5	5
	Desvio cubital	3	3	3	3	4	4
	Desvio radial	3	3	3	3	4	4
Dedos da mão	Flexão	4	4	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4	4	4
	Adução	3	3	3	3	3	3
	Abdução	3	3	3	3	3	3
	Oponência	3	3	3	3	3	3
MEMBROS INFERIORES							
Coxo-femural	Flexão	4	3	4	4	5	4
	Extensão	4	3	4	4	5	4
	Adução	4	3	4	3	4	4
	Abdução	4	3	4	3	4	4
	Rotação interna	4	3	4	3	4	4
	Rotação externa	4	3	4	3	4	4
Joelho	Flexão	3	3	4	3	4	4
	Extensão	4	3	4	3	4	4
Tibio-társica	Flexão	4	4	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4	4	4
	Inversão	3	3	3	3	3	3
	Eversão	3	3	3	3	3	3
Dedos dos pés	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Abdução	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Em relação ao tônus muscular, foi avaliado através da Escala de Ashworth modificada (Figura 4), com nível 0 (tônus normal), nos diferentes movimentos e nos vários segmentos. O que representa ausência de espasticidade.

Grau	Observação clínica
0	Nenhum aumento no tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma "prisão e libertação", ou por uma resistência mínima no fim da amplitude de movimentos da articulação, durante o movimento de extensão e flexão do membro
1+	Uma resistência mínima, em menos de metade do restante arco de movimento da articulação
2	Aumento do tônus muscular, na quase totalidade do arco de amplitude de movimentos, a parte afectada é facilmente mobilizável.
3	Aumento mais acentuado do tônus muscular, na quase totalidade do arco de amplitude de movimentos, a parte afectada é Difícilmente mobilizável
4	Parte afectada em rigidez/ankilose articular. Sem movimentos passivos ou activos da articulação.

Figura 4 - Escala de Ashworth modificada. Fonte: Sebastião (2016)

A senhora "M.D.R.S." não apresenta aparentes alterações a nível da coordenação motora, conseguindo cumprir a prova dedo-nariz e calcanhar-joelho.

Não apresenta alteração na sensibilidade superficial ou profunda.

Relativamente ao equilíbrio, estático e dinâmico, sentado foi avaliado através da induzindo ligeiro balancear no tronco, não apresentado qualquer alteração.

Em posição ortostática, não foi possível aplicar nenhum teste, pela impossibilidade de fazer carga no membro inferior direito, por esse motivo, foi avaliado através da Escala de Equilíbrio de Berg (Anexo 1). Na Tabela 20 está apresentado os parâmetros avaliados que permitiram formular o diagnóstico de diminuição do equilíbrio.

Tabela 20 - Escala de Equilíbrio de Berg. Fonte: Teixeira (2014)

Atividade	03/09/2024	16/09/2024	04/10/2024
15. Sentado para em pé.	2	3	3
16. Em pé sem apoio.	2	2	3
17. Sentado sem apoio nas costas.	4	4	4
18. Em pé para posição sentado.	3	3	4
19. Transferências.	2	3	3
20. Em pé com os olhos fechados.	1	2	3
21. Em pés com os pés juntos.	0	1	2
22. Braços estendidos em pé.	1	2	2
23. Apanhar objeto do chão.	0	2	2
24. Vira-se e olha para trás.	2	2	3
25. Dar volta de 360 graus.	1	1	1
26. Posicionar os pés alternadamente no degrau.	0	2	3
27. Em pé sem apoio com um pé em frente ao outro.	1	2	3
28. Permanecer em pé sobre uma perna	2	2	3
Total:	21	31	39
	Diminuição do equilíbrio	Diminuição do equilíbrio	Equilíbrio aceitável

Através do resultado da escala de Berg, é possível prever o risco de queda (Shumway-Cook & Woollacott, 2010). De acordo com Shumway-Cook & Woollacott (2010) um resultado abaixo de 36 pontos na escala de Berg, associa-se um risco de queda, quase de 100% (Shumway-Cook & Woollacott, 2010). Desta forma, afirma-se que a senhora "M.D.R.S." nas duas primeiras avaliações apresenta um elevado risco de queda, porém com melhoria razoável na avaliação de 16/09/2024. Já na última avaliação, observa-se uma melhoria significativa, indicando uma locomoção segura, mas com recomendação de utilização de auxiliares de marcha, de forma a minimizar o risco de queda.

De forma a corroborar esta avaliação, foi também aplicada a escala de Morse (Figura 5), apresentado a avaliação na Tabela 21.

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Figura 5 - Escala de Morse. Fonte: DGS (2019)

Tabela 21 - Avaliação Risco de Queda

Item	03/09/2014	16/09/2024	04/10/2024
Historial de queda (nos últimos três meses)	25	0	0
Diagnóstico Secundário	15	15	15
Ajuda para caminhar	15	15	15
Terapia intravenosa	0	0	0
Postura no andar e na transferência	20	10	10
Estado mental	0	0	0
Resultado:	75 (Alto Risco)	40 (Risco Médio)	40 (Risco Médio)

No que respeita à marcha, foi avaliada através da escala *Functional Ambulation Classification* (FAC), na Figura 6, no dia 03/09/2024 a senhora "M.D.R.S.", nível 2 (dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação). Na avaliação de dia 16/09/2024, nível 3 (apenas supervisão verbal) com a utilização do auxiliar de marcha – andariço, porém, aquando da avaliação de 04/10/2024, atingiu o nível 4 (suporte requerido para escadas e superfícies irregulares), já com a utilização do auxiliar de marcha – canadianas.

Escola	
Functional Ambulation Classification	
Categoria	Definição
Nível 0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
Nível 1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com seu peso e equilíbrio
Nível 2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
Nível 3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
Nível 4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
Nível 5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

Figura 6 - *Functional Ambulation Classification* (FAC). Fonte: Ferreira (2012)

Avaliado, também, o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, à luz da orientação da DGS (2011b), através da escala de Braden versão adulto, na Tabela 22. Os resultados obtidos, na escala levam à seguinte interpretação, score ≤ 16 – Alto Risco e, score ≥ 17 – Baixo Risco.

Tabela 22 - Avaliação escala de Braden. Fonte: DGS (2011b)

	03/09/2024	16/09/2024	04/10/2024
<u>Perceção Sensorial:</u>			
5. Completamente limitada			
6. Muito limitada	4	4	4
7. Ligeiramente limitada			
8. Nenhuma limitação			
<u>Humidade:</u>			
5. Pele constantemente húmida			
6. Pele muito húmida	2	3	4
7. Pele ocasionalmente húmida			
8. Pele raramente húmida			
<u>Atividade:</u>			
5. Acamado			
6. Sentado	2	3	3
7. Anda ocasionalmente			
8. Anda frequentemente			
<u>Mobilidade:</u>			
5. Completamente imobilizado			
6. Muito limitada	2	3	3
7. Ligeiramente limitado			
8. Nenhuma limitação			
<u>Nutrição:</u>			
5. Muito pobre			
6. Provavelmente inadequada	2	3	3
7. Adequada			
8. Excelente			
<u>Fricção e Forças de deslizamento:</u>			
4. Problema	2	2	2
5. Potencial problema			
6. Nenhum problema			
Pontuação:	14	18	18
Interpretação:	Alto Risco	Baixo Risco	Baixo Risco

4.1.4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Relativamente à avaliação da função respiratória, foi realizada de acordo as orientações de Cordeiro & Menoita (2012), , de forma sumária, tendo em consideração a patologia da utente.

Tabela 23 - Avaliação Respiratória

	03/09/2024	16/09/2024	04/10/2024
Padrão Respiratório	Misto	Misto	Misto
Ritmo Respiratório	Regular	Regular	Regular
Amplitude	Superficial	Superficial	Superficial
Simetria	Simétrico	Simétrico	Simétrico
Tosse	Ausente	Ausente	Ausente
Expetoração	Ausente	Ausente	Ausente
Frequência Respiratória (Ciclos/Min)	18 ciclos/min	17 ciclos/min	18 ciclos/min
Saturação Periférica De Oxigénio (SpO₂ - %)	97-99%	98-99%	97-99%
Oxigenioterapia	NA	NA	NA

Não apresenta cianose central ou periférica. Não apresenta hipocratismo digital. Sem alterações na superfície do tórax, com expansão pulmonar simétrica. Não sendo identificadas curvaturas anormais. A nível da palpação, não apresenta alterações a nível da traqueia nem do tórax. Não foi realizada a percussão por queixas algicas.

A nível da auscultação pulmonar, mantido o murmúrio vesicular bilateral.

Relativamente à dispneia e ao esforço percebido pela senhora "M.D.R.S.", durante a realização de exercícios, foi avaliada através da escala de Borg modificada (Figura 7).

0	Absolutamente nada
0,5	Pouquíssima, quase nada
1	Muito pouca
2	Pouca
3	Média, regular
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

Figura 7 - Escala de Borg Modificada. Fonte: APFisio (2019)

Sendo que é possível afirmar que nos primeiros momentos de intervenção, sentiu cansaço intenso (escala de Borg modificada 4-5) e na última intervenção, já foi referido um cansaço moderado (escala de Borg modificada 3-4). Salienta-se que durante o treino de marcha, apesar de referir cansaço moderado, apresentou sinais como polipneia, má execução do movimento de passada e diminuição da velocidade.

4.1.5. AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pele e mucosas pálidas, mas não descoradas, integras. Extremidade superior e inferior, mornas. Não estão presentes quaisquer edemas.

Evita verbalizar queixas de fadiga durante a atividade, mas com sinais de taquipneia e alteração diminuição da velocidade do movimento. Contudo, não se visualiza distensão das veias jugulares. Não apresenta veias varicosas visíveis.

Foram registados sinais vitais, avaliados durante os diferentes momentos de avaliação conforme descritos na Tabela 24.

Tabela 24 - Sinais Vitais

	03/09/2024	16/09/2024	04/10/2024
Tensão Arterial	128/60mmHg	123/59mmHg	129/58mmHg
Frequência Cardíaca	55 bpm	58 bpm	56 bpm
Frequência Respiratória	18 ciclos/min	17 ciclos/min	18 ciclos/min
Saturação O ₂	98%	99%	99%
Temperatura	36,3	36,5	36,3
Dor	0	0	0

4.1.6. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A senhora "M.D.R.S.", apresenta um índice de massa corporal de 24,80kg/m², com altura de 168 cm e peso de 70 Kg.

Realizado despiste do risco da disfagia da escala *Gugling Swallowing Screen* ou GUSS, na Tabela 25. (Ferreira et al., 2018)

Tabela 25 - Avaliação Gugging Swallowing Screen (GUSS)

1.ª FASE – AVALIAÇÃO PRELIMINAR/TESTE INDIRETO DA DEGLUTIÇÃO				
		Sim	Não	
Vigilância	Pessoa alerta mais de 15'	(1)	(0)	
Vigilância voluntária e/ou clearance	- Tosse Voluntária - Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	(1)	(0)	
Deglutição de saliva	Deglute com êxito	(1)	(0)	
	Sialorreia	(0)	(1)	
	Mudança Vocal	(0)	(1)	
TOTAL:		5		
2.ª FASE – TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO				
SEGUIR A ORDEM:		1 →	2 →	3 →
		Pastosos *	Líquidos**	Sólidos***
Deglutição	A ingestão não é possível	(0)	(0)	(0)
	Aumento do tempo de deglutição (> 2s; sólidas texturas > 10s)	(1)	(1)	(1)
	Ingestão de sucesso	(2)	(2)	(2)
Tosse (involuntária/reflexa) – antes, durante e após a deglutição – até 3' + tarde	Sim	(0)	(0)	(0)
	Não	(1)	(1)	(1)
Sialorreia	Sim	(0)	(0)	(0)
	Não	(1)	(1)	(1)
Alteração da voz	Sim	(0)	(0)	(0)
	Não	(1)	(1)	(1)
SOMA		5	5	5
Total (FASE 1 + 2): 10		1 -4: parar; 5 = continuar	1 -4: parar; 5 = continuar	1 -4: parar; 5 = Normal

Não tendo sido detetada qualquer alteração a nível da disfagia.

4.1.7. AVALIAÇÃO DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL

Relativamente à eliminação urinária, a senhora “M.D.R.S.” apresenta continência do esfíncter, porém, devido às dificuldades de mobilidade e por episódios de urgência urinária, utiliza fralda.

No que respeita à eliminação intestinal, continente, com dejeção diária, sem alterações das fezes.

4.1.8. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Avaliada a capacidade funcional da senhora “M.D.R.S.” nas atividades de vida diária, através da utilização de duas escalas, escala de Barthel (Anexo 2) e a escala Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011a; Riberto et al., 2004).

Optou-se por utilizar a escala de Barthel (na Tabela 26) por esta, estar inserida no sistema de informação de enfermagem da instituição. Contudo, por necessidade de avaliação de forma mais pormenorizada, utilizou-se a escala MIF, de acordo como descrito na Tabela 27.

Tabela 26 - Escala de Barthel. Fonte: Viegas & Dias (2023)

Atividade	Pontuação		
	03/09/2024	16/09/2024	04/10/2024
Alimentação	10	10	10
Vestir	5	5	10
Tomar banho	0	0	0
Higiene Pessoal	5	5	5
Utilizar a sanita	5	5	10
Continência intestinal	10	10	10
Continência vesical	10	10	10
Transferir-se	5	10	15
Mobilizar-se	5	5	10
Subir e descer escadas	0	5	5
<u>Total</u>	55	65	85
	Dependência moderada	Dependência moderada	Dependência ligeira

Tabela 27 - Escala Medida Independência Funcional

Atividades	Data					
	03/09/2024		16/09/2024		04/10/2024	
Autocuidado						
Alimentação	4		5		5	
Higiene pessoal: apresentação e aparência.	3		3		3	
Banho: lavar o corpo	3		4		4	
Vestir: metade superior do corpo	4		4		4	
Vestir: metade inferior do corpo	4		4		4	
Utilização do vaso sanitário	3		4		5	
Controle dos esfínteres						
Controle da urina: frequência de incontinência	6		6		6	
Controle das fezes	6		6		6	
Mobilidade						
Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas	3		4		5	
Transferências: vaso sanitário	3		4		5	
Transferências: banheira ou chuveiro	3		3		4	
Locomoção						
Marcha/Cadeira de rodas	M	3	M	4	M	5
	CR	NA	CR	NA	CR	NA
Escadas	2		3		4	
Comunicação						
Compreensão	A	5	A	5	A	5
	VI	7	VI	7	VI	7
Expressão	V	7	V	7	V	7
	NV	7	NV	7	NV	7
Conhecimento Social						
Interação Social	6		6		6	
Resolução de Problemas	4		4		4	
Memória	5		5		5	
Total:	89		97		103	
Resultado:	<u>Dependência Modificada</u> (assistência até 25% tarefas)		<u>Dependência Modificada</u> (assistência até 25% tarefas)		<u>Dependência Modificada</u> (assistência até 25% tarefas)	
Interpretações: 0-18: dependência completa; 19-60: dependência modificada (assistência até 50% tarefas); 61-103: dependência modificada (assistência até 25% tarefas) 104-126: independência.						
Abreviações: <u>M</u> -marcha, <u>CR</u> - cadeira de rodas, <u>A</u> - Auditiva, <u>VI</u> - Visual, <u>V</u> - Verbal e <u>NV</u> - Não Verbal.						
Níveis	<u>Independente:</u> 7 – Independência completa (com segurança e tempo normal); 6 – Independência modificada (ajuda técnica); <u>Dependência modificada:</u> 5 – Supervisão; 4 – Assistência mínima (pessoa realiza ≥ 75% tarefas) 3 – Assistência moderada (pessoa realiza ≥ 50% tarefas) <u>Dependência completa:</u> 2 – Assistência máxima (pessoa realiza ≥ 25% das tarefas) 1 – Assistência total (pessoa realiza ≥ 10% das tarefas)					

Apesar de não existir alteração na categoria de dependência nas diferentes avaliações,

sublinha-se a alteração das capacidades da senhora "M.D.R.S.", tendo diminuído a dependência em determinadas atividades.

5. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDOS

A TDA desenvolvida por Dorothea Orem, baseia-se na premissa de que a pessoa, quando capaz, deve cuidar de si própria, atuando de forma deliberada e adotando medidas de autocuidado que satisfaçam as suas necessidades, com o objetivo de manter a vida, a saúde e a funcionalidade (Isik & Fredland, 2023).

Todavia, quando as capacidades da pessoa estão alteradas, estabelece-se uma relação deficitária em relação às necessidades, estando perante défice de autocuidado (Isik & Fredland, 2023; Petronilho, 2012; Taylor, 2004). Perante este défice de autocuidado, surge a necessidade de intervenção de enfermagem de reabilitação, cuja intensidade varia consoante o grau de incapacidade.

Assim, perante a situação e a avaliação da senhora "M.D.R.S.", foi possível identificar os requisitos de autocuidado, que se encontram potencialmente comprometidos:

- Universais:
 - manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso;
- Desvio de saúde
 - aceitar a atualização do estado de saúde e formas específicas de cuidados;
 - aprender a viver com a condição clínica;

No que respeita ao requisito universal de autocuidado "manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso", o comprometimento na mobilidade, tem um elevado impacto na capacidade funcional, assim como, no normal funcionamento dos diferentes sistemas. Já no que concerne ao requisito de desvio de saúde, trata-se da adaptação à condição clínica, sendo esta resultante da queda e conseqüentemente, efeito de intervenção cirúrgica.

Face ao comprometido, na elaboração do plano de cuidados de ER optou-se pela utilização do Sistema de Apoio/Educação, através da instrução e execução dos diferentes exercícios, em termos de reabilitação motora. Assim, com a elaboração do plano de cuidados de ER, procurou-se cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da senhora, através da transmissão de conhecimentos, treino de capacidades e ensino à cuidadora

6. PLANO DE CUIDADOS DE EEER

A elaboração do plano de cuidados, foi de acordo com os diagnósticos de enfermagem, levantados de acordo com a avaliação inicial realizada. Foi tido como referencial a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), assim como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015).

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções do EEER	Resultados
<p>Movimento Muscular Comprometido</p>	<p>→ Avaliar força muscular através da escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (MRC) nos diferentes segmentos</p> <p>→ Monitorizar força muscular através da escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (MRC) nos diferentes segmentos;</p> <p>→ Ensinar sobre exercício muscular e articular ativos-assistido, ativo e resistido (com peso – material quotidiano do domicílio do utente ou o nosso corpo);</p> <p>→ Instruir técnica de exercício muscular e articular ativos-assistidos (sem carga):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No leito: – <u>término: 11/09/2024</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexão e extensão do punho unilateral; - (1 série, 10 repetições) Flexão e extensão do cotovelo unilateral e bilateral; - (1 série, 10 repetições) ▪ Abdução e adução do ombro; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão do ombro unilateral e bilateral; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão da tibiotársica; - (1 série, 10 repetições) ▪ Rotação da tibiotársica; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão do joelho; - (1 série, 10 repetições) ▪ Abdução e adução da coxofemoral; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão da coxofemoral; - (1 série, 10 repetições) <p>→ Instruir técnica de exercício muscular e articular ativo e resistido (com carga):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição Sentada: 	<p>Ao longo da implementação do plano de reabilitação, ocorreu melhoria do movimento muscular e articular. Foram realizados três momentos de avaliação, sendo representativa a melhoria, ao longo desses momentos.</p> <p>Todavia, a fácil desatenção da senhora, foi um obstáculo, estando intimamente ligada à capacidade para executar os movimentos musculares e articulares, o que requereu a repetição frequente do ensino e instrução dos exercícios. Salienta-se que na inversão e eversão na tibiotársica, não ocorreu qualquer tipo de melhoria ou agravamento, estando por base a limitação já existente, movimento muito rígido e descoordenado.</p> <p>Foi avaliada a força, com recurso à <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (MRC), permitiu visualizar a melhoria da força. Foi também avaliada tolerância ao esforço, através da utilização da escala de <i>Borg</i> modificada, não referindo qualquer desconforto. Contudo, apresenta sinais como, alteração na velocidade de execução, alteração do movimento na execução, daí quando confrontada, acaba por referir cansaço intenso (escala de <i>Borg</i> modificada 4-5). O local onde realiza as mobilizações foi alternando ao longo da intervenção, considerando as restrições de carga impostas pelo médico, tendo-se iniciado no leito e na posição sentada. A partir de 11/09/2024, as mobilizações no leito foram suprimidas, dando enfoque à posição sentada e em pé.</p> <p>É também relevante referir que a carga de resistência foi aumentando, de acordo com a tolerância. Os materiais utilizados foram selecionados de acordo com a disponibilidade no domicílio da senhora.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexão e extensão do <u>cotovelo</u> unilateral e bilateral (com peso 0,5kg – “garrafa H2O”); - (1 série, 10 repetições) - <u>término: 16/09/2024</u> ▪ Abdução e adução do ombro; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão do ombro unilateral e bilateral (com peso 0,5kg – “garrafa H2O”); - (1 série, 10 repetições) - <u>término: 16/09/2024</u> ▪ Flexão e extensão do cotovelo unilateral e bilateral (com peso 1kg – “pacote arroz”); - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão do ombro unilateral e bilateral (com peso 1kg – “pacote arroz”); - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão da tibiotársica bilateral; - (1 série, 10 repetições) ▪ Rotação da tibiotársica; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão do joelho bilateral; - (1 série, 10 repetições) ▪ Abdução e adução da coxofemoral; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão da coxofemoral; - (1 série, 10 repetições) <p>○ Em pé – apoiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexão e extensão da tibiotársica; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão do joelho; - (1 série, 10 repetições) ▪ Abdução e adução da coxofemoral; - (1 série, 10 repetições) ▪ Flexão e extensão da coxofemoral - agachamento; - (1 série, 10 repetições) <p>→ Treinar exercício muscular e articular ativo e resistido (com carga de pesos – material cotidiano do domicílio do utente ou o nosso corpo); - (1 série, 10 repetições)</p> <p>→ Incentivar exercício muscular e articular ativo e resistido.</p> <p>→ Executar técnica de exercício ativos-assistidos musculares e articulares;</p> <p>→ Monitorizar resposta ao exercício através da escala de <i>Borg</i> modificada.</p>	
Equilíbrio Corporal Comprometido	<p>→ Avaliar equilíbrio corporal através da escala de <i>Berg</i>;</p> <p>→ Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de <i>Berg</i>;</p> <p>→ Estimular a manter equilíbrio corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ correção postural: 	Em termos de equilíbrio, estático e dinâmico, sentado, sem alterações valorizáveis. Porém na posição ortostática, difícil de avaliar pela impossibilidade de fazer carga no membro inferior direito.

	<ul style="list-style-type: none"> → Ensinar sobre treino de equilíbrio (estático e dinâmico); → Instruir sobre treino de equilíbrio (estático e dinâmico); → Treinar o equilíbrio (estático e dinâmico); → Incentivar treino de equilíbrio. 	<p>Realizado reforço do equilíbrio em posição ortostática, numa fase inicial com carga parcial do membro inferior operado. Porém, ocorreram episódios de não cumprimento pela senhora da carga parcial, com necessidade de relembrar frequentemente da necessidade. Sem queixas álgicas da parte da senhora.</p> <p>Foram obtidas melhorias relativas ao equilíbrio, sentado e ortostático, porém foi mantido o treino de equilíbrio para consolidar a aprendizagem.</p> <p>Salienta-se também, a fácil desatenção da senhora, o que por vezes necessitou a repetição por várias vezes do ensino.</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade de equilíbrio corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar equilíbrio corporal através da escala de <i>Berg</i>; → Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de <i>Berg</i>; → Estimular a manter equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> ○ correção postural; (sem horário ou restrição) → Ensinar sobre treino de equilíbrio (estático e dinâmico); → Instruir sobre treino de equilíbrio (estático e dinâmico): <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição sentada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexão e extensão do joelho (sem suporte) unilateral alternado; - (1 série, 10 repetições) ▪ Levante com apoio e permanecer 5 segundos e retornar à posição original; - (2 séries, 5 repetições) ○ Posição Ortostática: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilização ativa da coxo-femural (agachamentos) com apoio em barra (parapeito) - (2 séries, 5 repetições) ▪ Mobilização ativa do joelho com apoio em barra (parapeito); - (2 série, 5 repetições) ▪ Abdução e Adução até à linha média; - (2 série, 5 repetições) ▪ Apoiar-se nas pontas dos pés; - (2 série, 5 repetições) ▪ Apoiar-se nos calcanhares; - (2 série, 5 repetições) ○ Treino de equilíbrio com correção postural; - (1 série, 10 repetições) → Treinar o equilíbrio (estático e dinâmico); → Assistir no treino de equilíbrio (estático e dinâmico); → Incentivar treino de equilíbrio 	<p>Alterações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, numa fase inicial difíceis de avaliar, considerando a indicação de carga parcial no membro inferior operado. Contudo, foram realizados ensinamentos e treino de equilíbrio tanto sentado como em posição ortostática.</p> <p>Por vezes não foi possível o cumprimento pela senhora da carga parcial, com necessidade de relembrar frequentemente da necessidade.</p> <p>A partir de 11/09/2024, já com indicação de carga, foi possível intensificar o treino de equilíbrio em posição ortostática, com boa resposta. Sem queixas álgicas em maioria dos exercícios, apenas quando realizado mobilização ativa do joelho do membro contralateral ao operado, com dor no membro operado. Nega necessidade de administrar SOS. Ocorreu melhoria significativa em termos de equilíbrio, tanto sentado como em posição ortostática.</p>
<p>Alto Risco de Queda Presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar risco de queda através da escala de <i>Morse</i>; → Avaliar equilíbrio corporal através da escala de <i>Berg</i>; 	<p>Na data da 1.ª avaliação, apresentava elevado alto risco de queda, porém com a evolução do programa de reabilitação</p>

	<ul style="list-style-type: none"> → Monitorizar risco de queda através da escala de <i>Morse</i>; → Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de <i>Berg</i>; → Instruir sobre condições de segurança no domicílio (obstáculos, calçado bem-adaptado e confortável); → Otimizar o ambiente físico; → Treinar o equilíbrio; → Incentivar o treino de equilíbrio. 	<p>com conseqüente diminuição do risco. Esta redução também se deveu à melhoria do equilíbrio, assim como do autocuidado transferir e andar. Todavia, manteve-se com médio risco de queda, considerando algumas limitações ainda sentidas.</p>
Transferir-se Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade de transferir-se; → Instruir sobre transferir-se da cama para a cadeira; → Instruir sobre transferir-se da cadeira para a cama; → Ensinar sobre a prevenção de complicações durante a transferir; → Treinar transferir-se da cama para a cadeira; → Treinar transferir-se da cadeira para a cama; → Incentivar a pessoa a transferir-se. 	<p>Apesar da limitação em termos de movimentos de levantar e sentar, e colocar-se em posição ortostática. Com treino e incentivo foi possível melhorar a transferência. Salienta-se também, a fácil desatenção da senhora, o que por vezes necessitou a repetição por várias vezes do ensino.</p>
Potencial para melhorar a capacidade de transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade da técnica de transferir-se; → Instruir sobre transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sentada para posição ortostática (sem carga do membro operado); - <u>término: 16/09/2024</u> ○ Sentada para posição ortostática (com carga ambos os membros); ○ Cama para a cadeira; ○ Cadeira para a cama; → Assistir a transferir-se; → Treinar transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sentada para posição ortostática (sem carga do membro operado); (2 série, 5 repetições) - <u>término: 16/09/2024-</u> ○ Sentada para posição ortostática (com carga ambos os membros); - (2 série, 5 repetições) ○ Cama para a cadeira; - (1 série, 5 repetições) ○ Cadeira para a cama; - (1 série, 5 repetições) 	<p>Considerando as restrições de carga impostas pelo médico, foi iniciado com treino de posicionamento da posição deitada para sentada (na cama), ao qual ainda não se encontrava bem apreendido da parte da senhora. Seguidamente treino de levantar sem carga na perna operada com apoio do andador. É importante ressaltar que a senhora na 1.^a visita, referiu apenas fazer levantar quando acompanhada pela equipa de enfermagem ou pela filha. Apesar de todo o potencial, sentimentos de medo e receio estavam inerentes, pelo que ensinos foi também fundamentalmente para o treino. A questão de carga parcial, por vezes, não foi cumprido pela senhora, com necessidade de relembrar frequentemente da necessidade.</p>
Andar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade de andar com auxiliar de marcha; → Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha; → Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; → Assistir no treino de marcha com auxiliar de marcha. 	<p>Ao longo da intervenção de reabilitação, a senhora assimilou o conhecimento da realização do treino de marcha com andador. Inicialmente, com necessidade de reforço quase constante, e instruções diretas. Contudo, após realização do treino de marcha sem necessidade de instruções, demonstrou de forma adequada melhorias significativas com a utilização de andador. Tendo em conta isto, a 18/09/2024 iniciou-se treino com canadianas, que necessitou de maior incentivo e instrução. Significativa melhoria em termos de marcha.</p>

		<p>O ponto fraco do potencial para melhorar este autocuidado, prendem-se com a desatenção, por vezes ocorrida, não permitindo, por vezes, o foco total nos exercícios. Foi, também, avaliada a tolerância ao esforço e alertada para a necessidade de fazer pausas, mas de forma retinente da parte da senhora.</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade de andar com auxiliar de marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar a capacidade de andar com auxiliar de marcha; → Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho) com carga parcial no membro operado; <u>- término: 16/09/2024</u> → Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho) com carga parcial no membro operado; <u>- término: 16/09/2024</u> → Assistir no treino de marcha com andarilho com carga parcial do membro operado; <u>- término: 16/09/2024</u> → Treinar andar com andarilho; → Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (canadianas); → Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (canadianas); → Assistir no treino de marcha com canadianas; → Treinar andar com auxiliar de marcha (canadianas); → Instruir sobre andar com auxiliar de marcha - canadianas (subir e descer escadas); → Treinar andar com canadianas (subir e descer escadas); → Treinar andar com canadianas (piso irregular); → Instruir sobre condições segurança no treino de marcha (controlo equilíbrio corporal, remoção obstáculos, calçado bem-adaptado e confortável); → Monitorizar resposta ao exercício através da escala de <i>Borg</i> modificada. 	<p>Considerando a indicação de carga parcial até ao dia 11/09/2024, intervenção difícil de realizar, muito associado ao medo da senhora. Contudo, assim que foi possível, rapidamente foi assimilado o conhecimento sobre o treino de marcha com auxiliar de marcha.</p> <p>Iniciou treino de marcha com canadianas a 18/09/2024, após melhorias significativas na utilização de andarilho, assim como, indicação médica de carga no membro operado. Iniciou-se com treino de deambulação dentro do domicílio, progredindo para o treino de subir e descer escadas (23/09/2024), assim como o treino de marcha em pisos irregulares no exterior (30/09/2024).</p> <p>Avaliada tolerância ao esforço, não referindo qualquer desconforto, mas com sinais visíveis, tais como polipneia, má execução do movimento de passada e diminuição da velocidade. Na presença destes sinais, foi solicitado momento de pausa e descanso, recorrendo a posições de relaxamento e descanso.</p> <p>Quando confrontada, acaba por referir cansaço intenso (escala de <i>Borg</i> modificada 4-5) e na última intervenção, já foi referido um cansaço moderado (escala de <i>Borg</i> modificada 3-4), cumprindo períodos de 20min, sem necessidade de repouso. Salienta-se também, a fácil desatenção da senhora, o que por vezes necessitou a repetição por várias vezes do ensino. Porém, boa capacidade de execução dos exercícios, assim como, elevada motivação.</p>

<p>Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none">→ Avaliar a relação da pessoa e a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação;→ Ensinar sobre o regime de reabilitação;→ Incentivar a adesão ao regime de reabilitação.	<p>A senhora demonstrou ao longo da intervenção adesão ao regime de reabilitação. Assim como foi possível validar o conhecimento acerca do mesmo, apesar das dificuldades de atenção, demonstradas.</p> <p>Ressalvar também a consciencialização das suas incapacidades adquirida, de forma a não correr riscos acrescidos, comprometendo a sua segurança.</p> <p>A filha da senhora, principal cuidadora, por vezes, demonstrou pouca iniciativa/disponibilidade em adquirir os materiais necessários, contudo, negando dificuldades financeiras.</p>
---	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APFisio (2019). Instrumentos de Medida em Fisioterapia Respiratória. ISBN: 978-972-96015-3-8. https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2019/07/INSTRUMENTOS_MEDIDA_FISIOTERAPIA_CARDIORRESPIRATORIA.pdf

Cordeiro M. & Menoita. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos Princípios e Técnicas. 1 ed. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8

Direção Geral da Saúde. (2011a). Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação.

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

Direção Geral da Saúde. (2011b). Orientação nº 17/2011 de 19/05/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).

www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Ferreira, M. J. (2012). Efeitos de um programa baseado em tarefas orientadas na competência de marcha em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral. [Tese Mestrado].

Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

<https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2684/1/Efeitos%20de%20um%20programa%20baseado%20em%20tarefas%20orientadas%20na%20competência%20de%20marcha.pdf>

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & dos Reis, M. G. (2018) Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), pp. 85-94.

<https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Henriques, J. R. B. (2019). A utilização de genograma e ecomapa nas equipas de cuidados paliativos. [Dissertação] Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. <http://hdl.handle.net/10400.11/6453>

Teasdale, Sir G. (2015). Escala de Coma de Glasgow: Avalie da seguinte forma. Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde.

<https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

Isik, E., & Fredland, N. M. (2023). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to Improve Children's Self-Care: An Integrative Review. *Em Journal of School Nursing*, 39(1), pp. 6-17. <https://doi.org/10.1177/10598405211050062>

Latronico, N. & Gosselink, R. (2015). Abordagem dirigida para o diagnóstico de fraqueza muscular grave na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(3), pp. 199-201. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150036>

OE (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem (edição portuguesa). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8444-35-6

OE (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). (1.ªed.). Formasau. ISBN: 978-989-8269-17-1

Portal de serviços públicos da República Portuguesa (2024). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). <https://www2.gov.pt/guias/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

Riberto, M., Miyazaki, M., Jucá, S., Sakamoto, H., Pinto, P. & Battistella, L. (2004). Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatria*, 11(2), pp. 72-76. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>

Sebastião, R. F. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Eficácia de um Programa. [Dissertação]. Porto: Escola Superior De Enfermagem Do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18103/1/Tese%20Rosária%20Sebastião.pdf>

Shumway-Cook, A. & Wollacott, M. (2010). Controlo Motor: Teoria e aplicações práticas. 3.ªedição. São Paulo, Manole. ISBN: 9788520442951

Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Teixeira, S. P. (2014). Adaptação para a População Portuguesa da Escala de Avaliação Trunk Impairment Scale (TIS). [Dissertação]. Vila Nova de Gaia: Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto. http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4725/1/DM_SofiaTeixeira_2014.pdf

Viegas, A. & Dias, M. (2023) Avaliação do Idoso: Um Guia Prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/11/Guia-Pratico-idoso_2023.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA DE BERG

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Adaptado de Teixeira, S. P. (2014)

DESCRIÇÃO DOS ITENS - Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____
 2. Ficar em pé sem apoio _____
 3. Sentado sem apoio _____
 4. Da posição de pé para a posição de sentado _____
 5. Transferências _____
 6. Ficar em pé com os olhos fechados _____
 7. Ficar em pé com os pés juntos _____
 8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____
 9. Apanhar um objeto do chão _____
 10. Virar-se para olhar para trás _____
 11. Dar uma volta de 360 graus _____
 12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____
 13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____
 14. Ficar em pé sobre uma perna _____
- TOTAL _____

1. Da posição de sentado para a posição de pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- (4) Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma.
- (3) Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos.
- (2) Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas.
- (1) Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável.
- (0) Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar.

2. Ficar em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- (4) Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos.
- (3) Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão.
- (2) Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos.
- (1) Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos.
- (0) Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda.

Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. Senta-se com as costas desapoiadas, mas com os pés no chão ou sobre um banco

Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- (4) Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos.
- (3) Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão.
- (2) Mantém-se sentado durante 30 segundos.
- (1) Mantém-se sentado durante 10 segundos.
- (0) Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos.

4. Da posição de pé para a posição de sentado

Instruções: Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos.

- (4) Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos.
- (3) Ao sentar-se recorre às mãos.
- (2) Apoio a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida.

- (1) Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida.
- (0) Necessita de ajuda para se sentar.

5. Transferência

Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot". Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- (4) Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos.
- (3) Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos.
- (2) Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão.
- (1) Necessita de ajuda de uma pessoa.
- (0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança.

6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados

Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- (4) Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos.
- (3) Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão.
- (2) Consegue manter-se em pé durante 3 segundos.
- (1) Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável.
- (0) Necessita de ajuda para evitar a queda.

7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos

Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- (4) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto.
- (3) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão.
- (2) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos.
- (1) Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos.
- (0) Necessita de ajuda para chegar à posição, mas não consegue mantê-la durante 15 segundos.

8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé

Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90°. Os dedos não devem tocar na régua enquanto executam a tarefa. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco).

- (4) Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante.
- (3) Consegue inclinar-se mais de 12cm para a frente, com segurança.
- (2) Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança.
- (1) Inclinarse para a frente, mas necessita de supervisão.
- (0) Perde o equilíbrio durante as tentativas/necessita de apoio externo.

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé

Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- (4) Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança.
- (3) Consegue apanhar o chinelo, mas necessita de supervisão.

(2) Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma.

(1) Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta.

(0) Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda.

10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé

Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

(4) Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso.

(3) Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso.

(2) Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio.

(1) Necessita de supervisão ao virar.

(0) Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda.

11. Dar uma volta a 360 graus

Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

(4) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos.

(3) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos.

(2) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente.

(1) Necessita de supervisão ou de indicações verbais.

(0) Necessita de ajuda enquanto dá volta.

12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio

Instruções: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco, 4 vezes.

(4) Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos.

(3) Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 passos em mais de 20 segundos.

(2) Consegue completar 4 degraus sem ajuda, mas com supervisão.

(1) Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda.

(0) Necessita de ajuda para evitar a queda/não consegue tentar.

13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro

Instruções: Coloque um pé exatamente em frente do outro. Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal.

(4) Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos.

(3) Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos.

(2) Consegue dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.

(1) Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.

(0) Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que conseguir, sem se apoiar.

(4) Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos.

(3) Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos.

(2) Consegue de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos.

- (1) Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

CALCANEXO 2 – ESCALA DE BARTHEL

ESCALA DE BARTHEL

Adaptado de Viegas & Dias (2023)

<i>Alimentação</i>	0	Dependente: não é capaz de se alimentar sozinho
	5	Necessita de ajuda para cortar, barrar o pão, etc.
	10	Independente: alimenta-se sozinho
<i>Vestir</i>	0	Dependente: não é capaz de se vesti, mesmo com ajuda
	5	Necessita de alguma ajuda (faz mais de metade das tarefas)
	10	Independente: veste-se e calça-se completamente sozinho
<i>Tomar Banho (banheira ou chuveiro)</i>	0	Dependente: não é capaz de tomar banho
	5	Independente: toma banho completo, sozinho
<i>Higiene Pessoal</i>	0	Dependente: incapaz
	5	Independente: lava a cara e os dentes e faz a barba, sem ajuda
<i>Utilizar a sanita</i>	0	Dependente: incapaz de se instalar e de usar a sanita
	5	Necessita de alguma ajuda
	10	Independente: instala-se e usa a sanita, veste-se, limpa-se, sozinho
<i>Continência Intestinal</i>	0	Dependente: tem incontinência fecal
	5	Tem perda fecal ocasional (uma vez por semana); necessita de ajuda para aplicar enemas ou supositórios
	10	Independente: não tem perdas; é capaz de aplicar enemas ou supositórios
<i>Continência Vesical</i>	0	Dependente: tem incontinência; é incapaz de lida com a algália
	5	Perda ocasional (uma vez por dia); necessita de ajuda com a algália
	10	Independente: não tem perdas; é capaz de lidar com a algália
<i>Transferir-se (cama/cadeira/cama)</i>	0	Dependente: é incapaz de se transferir; não se equilibra sentado
	5	Necessita de ajuda de uma ou duas pessoas. Equilibra-se sentado
	10	Consegue transferir-se com ajuda ligeira
	15	Independente: transfere-se sozinho; manobra sozinho a cadeira de rodas
<i>Mobilizar-se</i>	0	Dependente: não caminha nem manobra a cadeira de rodas
	5	Desloca-se sozinho em cadeira-de-rodas até 50 metros
	10	Pode caminhar 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão
	15	Independente: caminha sozinho (pode usar qualquer auxiliar de marcha)
<i>Subir e descer escadas</i>	0	Dependente: incapaz de subir ou descer
	5	Necessita ajuda física ou de supervisão para subir ou descer
	10	Independente: sobe e desce sozinho (pode usar qualquer apoio ou auxiliar de marcha)

INTERPRETAÇÃO:

100	Independente
76-99	Dependência ligeira
51-75	Dependência moderada
26-50	Dependência grave
0-25	Dependência Total

APÊNDICE 13: POSTER - PRÉ - HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE
REABILITAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO DA PESSOA COM CANCRO
DO PULMÃO – *SCOPING REVIEW*

Pré – Habilitação

Intervenções de reabilitação no pré-operatório na pessoa com cancro do pulmão – Scoping Review

Colaço, A. ^{1,2} e Fernandes, J. B. ^{3,4}

¹ Enfermagem, Unidade Pulmão e Unidade Neuro-Oncologia, Fundação Champalimaud, Lisboa, 1400-038 Lisboa, Portugal

² Discente do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Almada, Portugal

³ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School of Health & Science, Caparica, 2829-511 Almada, Portugal

⁴ Nurs⁺ Lab, 2829-511 Almada, Portugal

Introdução

A ressecção pulmonar oferece a perspetiva de sobrevivência a longo prazo a pessoas com cancro do pulmão.¹ Este tipo de procedimento está associado a uma morbidade significativa, através das complicações pulmonares pós-operatórias.¹ A pré-habilitação tem potencial de aumentar a reserva funcional pré-operatória, levando a uma melhor recuperação pós-operatória e redução de complicações.^{2,3} Com este enfoque, é importante estabelecer um plano adequado.



Objetivo

Identificar as intervenções de reabilitação que podem ser implementadas no período pré-operatório na pessoa com cancro de pulmão submetida a cirurgia.

Metodologia (Arksey & O'Malley⁴)

Quais são as intervenções de reabilitação a serem realizadas no período pré-operatório na pessoa com cancro de pulmão submetida a cirurgia ?



MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, ScienceDirect e PubMed.

Limitadores



Entre 2014-2024

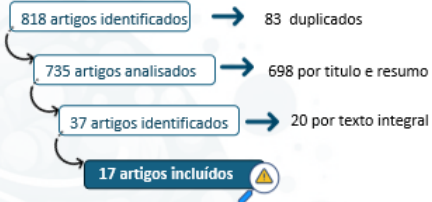


Estudos randomizados Quase Experimental

Descritores DeCS/MeSH:

Lung cancer; Lung Neoplasms; Lung Tumor; Prehabilitation; preoperative exercise; rehabilitation; exercise; Perioperative period; preoperative care; preoperative period

Seleção de Artigos, através Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist⁵:



	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Pessoa com cancro do pulmão; Adulto (≥ 18 anos).	Patologia pulmonar não oncológica; Idade < 18 anos.
Conceito	Intervenções de reabilitação.	Intervenções não de reabilitação.
Contexto	Período pré-operatório.	Intervenções fora do período pré-operatório.

Resultados



Conclusão

Este conhecimento permite elaborar um plano de intervenção pré-operatório, com o intuito de reduzir complicações e melhorar a recuperação pós-operatória, assim como a qualidade de vida. Porém, são necessários mais estudos para demonstrar o potencial da pré-habilitação na recuperação e também, na prevenção e/ou redução de complicações pós-operatórias.

Referências Bibliográficas



APÊNDICE 14: POSTER - PRÉ-HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE
REABILITAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO NA PESSOA COM CANCRO
DO PULMÃO

Pré-Habilitação: Intervenções de reabilitação no pré-operatório na pessoa com cancro do pulmão

Ana Colaço ^{1,2} e Júlio Belo Fernandes ^{3,4}

¹ Enfermagem, Unidade Pulmão e Unidade Neuro-Oncologia, Fundação Champalmaud, Lisboa, 1400-038 Lisboa, Portugal.

² Discente do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Almada, Portugal

³ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School of Health & Science, Caparica, 2829-511 Almada, Portugal

⁴ Nurs' Lab, 2829-511 Almada, Portugal

INTRODUÇÃO:

A ressecção cirúrgica, quando exequível na pessoa com cancro do pulmão, apresenta perspectiva de sobrevivência. Porém, estão associadas morbilidades, através de complicações pulmonares pós-operatórias¹. Com intuito de as reduzir, surge a pré-habilitação, processo que leva a um aumento a reserva funcional pré-operatória, e consequentemente recuperação pós-operatória e redução de complicações^{2,3}. Com este enfoque, é importante estabelecer um plano de reabilitação.

Palavras-chave: Prehabilitação; cancro do pulmão; exercício pré-operatório; reabilitação

OBJETIVO:

Identificar as intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com cancro de pulmão submetido a cirurgia.

MATERIAL E METODOS:

Elaborada uma Scoping Review através da metodologia proposta por Arksey and O'Malley (2005):

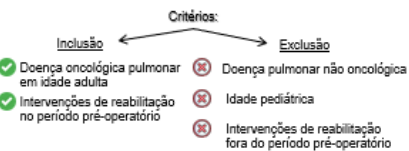
Questão de Investigação: Quais são as intervenções de reabilitação (C) a serem realizadas no período pré-operatório (C) na pessoa com cancro de pulmão (P) submetida a cirurgia?

Pesquisa foi realizada através:

- ScienceDirect;
- Cochrane Central Register of Controlled Trials;
- PubMed;
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;
- MEDLINE Complete;
- CINAHL Complete;

Limitadores:

- 📅 Espaço temporal: 2014-2024
- 🌐 Idiomas: português e inglês
- 🔍 Tipos de estudo: experimentais e quasi



n = 818 artigos

↓
A análise e seleção de artigos, foi realizada através PRISMA-ScR Checklist^{4,5}

n = 17 artigos

RESULTADOS:



CONCLUSÃO:

Com enfoque de reduzir complicações e melhorar a recuperação pós-operatória, é importante estabelecer um plano individualizado e personalizado, através de uma avaliação física e psicológica, de forma a identificar as necessidades.

Porém, são necessários mais estudos para demonstrar o potencial da pré-habilitação na recuperação e também, na prevenção e/ou redução de complicações pós-operatórias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ANEXOS

ANEXO 1 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
“ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO PEDIÁTRICO”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

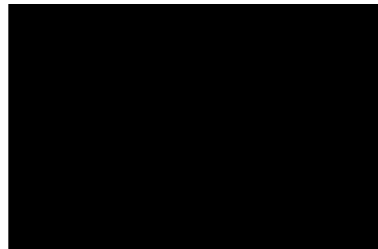
Certifica-se que

ANA PATRÍCIA CHAVES JESUS COLAÇO

membro nº [REDACTED] desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Enfermagem de Reabilitação em contexto pediátrico", realizado no dia 30 de Outubro de 2024, com duração total de 2h30, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 30 de Outubro de 2024

O Bastonário



Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribuídos Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Atividades Formativas.

ANEXO 2 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
“ENFERMAGEM ÀS QUINTAS – REABILITAÇÃO GERIÁTRICA”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

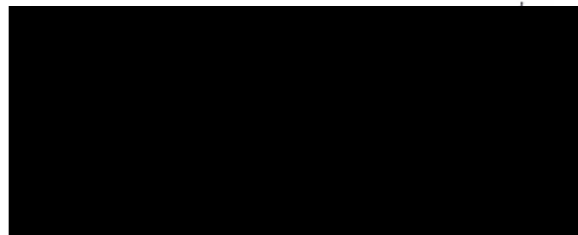
Certifica-se que

ANA PATRÍCIA CHAVES JESUS COLAÇO

membro nº [REDACTED] desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - Reabilitação Geriátrica", realizado no dia 14 de Novembro de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 14 de Novembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte



Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,55 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 3 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
"ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SEXUALIDADE:
DIFERENTES ABORDAGENS PARA UM CUIDADO INTEGRAL"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

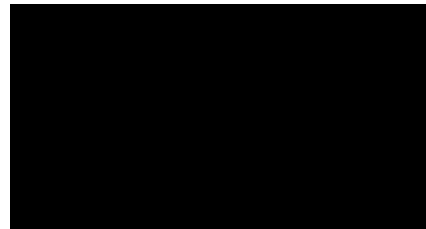
Certifica-se que

ANA PATRÍCIA CHAVES JESUS COLAÇO

membro nº [REDACTED] desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Enfermagem de Reabilitação e a Sexualidade: Diferentes abordagens para um cuidado integral", realizado no dia 11 de Dezembro de 2024, com duração total de 2 horas e 30 minutos, no(a) Plataforma online Cisco Webex.

Lisboa, 11 de Dezembro de 2024

O Bastonário



Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,25 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 4 - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
"CIRCUITOS DE REFERÊNCIAÇÃO DO DOENTE PARA A RNCCI"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA PATRÍCIA CHAVES JESUS COLAÇO

membro nº [REDACTED] desta Ordem, participou no(a) "Webinar - " Circuitos de referenciação do doente para a RNCCI", realizado no(s) dia(s) no dia 18 de Fevereiro de 2025, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

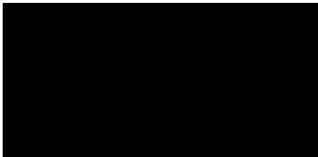
Lisboa, 18 de Fevereiro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional





Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,56 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 5 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CURSO
AVANÇADO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE
BANDAS NEUROMUSCULARES”



CERTIFICADO

PROFESSORA DOUTORA  Presidente do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde , certifica para os devidos efeitos que **Ana Patrícia Chaves Jesus Colaço** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 8, 9, 15 e 16 de novembro de 2024, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

Lisboa, 22 de novembro de 2024.

A Presidente do Conselho de Direção



ANEXO 6 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE
PÓSTER: “PRÉ - HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE
REABILITAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO DA PESSOA COM CANCRO
DO PULMÃO – *SCOPING REVIEW*”

CERTIFICADO

Ana Colação

Participou com a apresentação do seguinte poster: "Pré - Habilitação: intervenções de reabilitação no pré-operatório da pessoa com cancro do pulmão – Scoping Review", em co- autoria com Júlio Belo Fernandes, nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



P^{res} Presidentes da Comissão Científica e Organizadora

COM O APOIO DE:



ANEXO 7 – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO "III CONGRESSO DO
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO" COM PARTICIPAÇÃO NO "CURSO PRÁTICO
"HANDS-ON" – BANCA EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

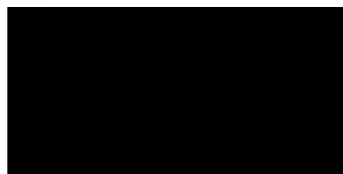
Certifica-se que

ANA PATRÍCIA CHAVES JESUS COLAÇO

membro nº [REDACTED] desta Ordem, participou no(a) "III Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação", realizado de 23 de Outubro de 2024 a 24 de Outubro de 2024, com duração total de 10 horas, no(a) Centro de Congressos do LNEC.

Lisboa, 24 de Outubro de 2024

O Bastonário



Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,76 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

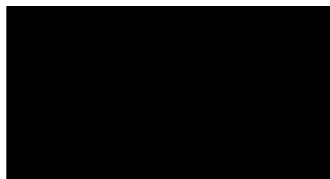
Certifica-se que

ANA PATRÍCIA CHAVES JESUS COLAÇO

membro nº [REDACTED] desta Ordem, participou no(a) "Curso prático "Hands-on" - Banca Exercício físico no idoso", realizado no dia 24 de Outubro de 2024, com duração total de 4 horas, no(a) Centro de Congressos do LNEC.

Lisboa, 24 de Outubro de 2024

O Bastonário



ANEXO 8 – CERTIFICADO DE EXPOSIÇÃO E DIVULGAÇÃO DE
PÓSTER: *PRÉ-HABILITAÇÃO: INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO
NO PRÉ-OPERATÓRIO NA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO*

Cuidados de
Enfermagem de
Reabilitação:
um Direito para
Tod@s

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2024



Associação
Portuguesa dos
Enfermeiros de
Reabilitação



A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica
que o trabalho em forma de **Poster**:

Pré-Habilitação: Intervenções de reabilitação no pré-operatório na pessoa com cancro do pulmão

de

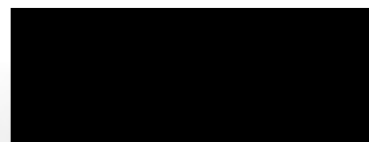
Ana Patricia Chaves Jesus Colaço¹; Júlio Belo Fernandes²

[REDACTED] ² - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

foi apresentado no

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2024,
que decorreu de **05 a 07 de dezembro de 2024** em Espinho

O Presidente da APER,



5 a 7 dezembro
Hotel Solverde
Gaia/Espinho

