



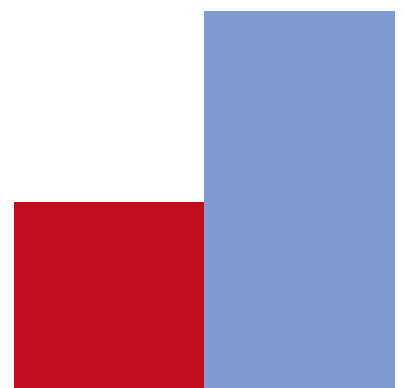
ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
CRUZ  
VERMELHA  
PORTUGUESA

# CAPACITAR O CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Pedro Marquês Veríssimo

Outubro-25



## MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Pedro Marquês Veríssimo

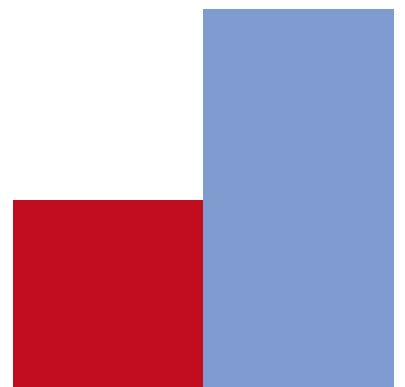
# CAPACITAR O CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientadora

Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

Outubro-25



## **Agradecimentos**

A realização deste Relatório resultou de um percurso exigente, enriquecedor e profundamente humano. Agradeço, em primeiro lugar, à Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques, orientadora, pela orientação científica, rigor metodológico e disponibilidade constante.

Às Supervisoras Clínicas e às equipas que me acolheram nos diferentes contextos de Estágio pela partilha de saberes, pela confiança e por me permitirem aprender com a prática.

À minha família, pelo amor, paciência e suporte incondicional, a vossa presença tornou possível cada etapa deste caminho. Aos colegas e amigos, pelo companheirismo, pelo debate crítico e pelo incentivo nos momentos decisivos.

Um agradecimento especial às pessoas e famílias que aceitaram participar nos cuidados: a vossa coragem e generosidade deram sentido a este trabalho.

Por fim, à ESSCVP – Lisboa, pelo ambiente de excelência académica e estímulo ao desenvolvimento profissional em Enfermagem de Reabilitação.

## **Resumo**

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade em Portugal, com impacto expressivo na autonomia da pessoa e na sobrecarga do cuidador informal (CI). A capacitação do CI em contexto domiciliário é determinante para a continuidade de cuidados, prevenção de complicações e ganhos em saúde.

**Objetivo:** Descrever e analisar, de forma reflexiva e crítica, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na capacitação do CI da pessoa dependente por AVC no domicílio, evidenciando ganhos em funcionalidade e redução da sobrecarga.

**Métodos:** Trabalho desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (Módulos I e II), com intervenção em múltiplos contextos (UHD, USF, ECCI/UCP, UCINP, Ortopedia e Neurologia). Fundamentação em prática baseada na evidência e no quadro teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis e do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Monitorização de resultados com o Índice de Barthel (pessoa) e a Escala de Zarit (CI).

**Resultados:** A intervenção estruturada do EEER (ensino, instrução e treino; reabilitação funcional motora e respiratória; adaptação ambiental; gestão de sintomas; conferência familiar; comunicação terapêutica e follow-up) associou-se a ganhos em independência nas AVD (melhoria do Barthel) e a redução da sobrecarga do CI (diminuição do Zarit). Observou-se maior segurança na prestação de cuidados, melhor adesão ao plano e articulação efetiva entre níveis de cuidados.

**Conclusões:** A capacitação do CI em domicílio, liderada pelo EEER, é eixo central da continuidade de cuidados pós-AVC, traduzindo-se em ganhos mensuráveis para a díade pessoa–cuidador. Recomenda-se o reforço de programas comunitários, a padronização de instrumentos de avaliação e a integração de vias clínicas que assegurem acesso a reabilitação especializada.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Cuidador Informal; Acidente Vascular Cerebral.

## **Abstract**

**Background:** Stroke is a leading cause of disability in Portugal, profoundly affecting personal autonomy and increasing caregiver burden. Home-based caregiver empowerment is crucial to ensure continuity of care, prevent complications and generate measurable health gains.

**Objective:** To describe and critically analyse the Specialist Rehabilitation Nurse's (EEER) intervention in empowering the informal caregiver (IC) of stroke-dependent persons at home, highlighting functional outcomes and caregiver burden reduction.

**Methods:** Practice-based project within a Professional Internship (Modules I & II) across multiple settings (Hospital at Home, Family Health Unit, Home & Palliative Care Teams, Neonatal/Pediatric ICU, Orthopedics, Neurology). Theoretical framework drew on Meleis' Transitions Theory and the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. Outcomes were monitored using the Barthel Index (person) and the Zarit Burden Interview (caregiver).

**Results:** A structured EEER-led programme—education, skills training, motor and respiratory rehabilitation, environmental adaptation, symptom management, family conferences, therapeutic communication and follow-up—was associated with improved independence in ADLs (higher Barthel scores) and reduced caregiver burden (lower Zarit scores). Enhanced safety, adherence to care plans and effective cross-level coordination were observed.

**Conclusions:** Home-based caregiver empowerment led by the Specialist Rehabilitation Nurse is central to post-stroke care continuity, delivering measurable gains for the person–caregiver dyad. Strengthening community programmes, standardising assessment tools and integrating clinical pathways are recommended to ensure access to specialised rehabilitation.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Informal Caregiver; Stroke.

## **Siglas, Abreviaturas e Acrónimos:**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP - Cuidados Paliativos

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EER - Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EVA - Escala Visual Analógica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro de Reabilitação

ESSCVP – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

INE - Instituto Nacional de Estatística

nº - Número

NACI - Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p – Página

Sat. O<sub>2</sub> – Saturação de Oxigénio

SC - Supervisora Clínica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP - Supervisora Pedagógica

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

RFM - Reabilitação Funcional Motora

UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UHD - Hospitalização Domiciliária

Zarit - Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal

# Índice

I. Introdução.....	9
II. Enquadramento Teórico .....	13
II.I Pessoa Dependente por AVC .....	13
II.II Cuidador Informal da Pessoa dependente por AVC .....	14
II.III Intervenção do EEER na Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente por AVC no domicílio .....	15
II.IV A transição vivenciada pela pessoa dependente por AVC e o seu CI .....	17
III. Contextos de Estágio: objetivos, atividades e competências desenvolvidas .....	19
IV. Desenvolvimento de competências de Especialista e de Mestre ao longo dos contextos de Estágio.....	45
V. Considerações Finais .....	47
VI. Referências Bibliográficas .....	48
Apêndices.....	54
I: Levantamento de Necessidades de Formação na Equipa de Enfermagem no Contexto de Hospitalização Domiciliária .....	55
II: Plano de sessão – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora .....	59
III: Folheto – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora.....	61
IV: Sessão de formação – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora.....	64
V: Avaliação da sessão de formação – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora .....	71
VI: Reflexão sobre um Caso - Estágio de UCC/ECCI .....	74
VII: Reflexão – Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto de Cuidados Paliativos .....	82
VIII: Reflexão – Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto de Cuidados Pediátrico.....	91
IX: Planos de Cuidados de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia.....	100
X: Questionário para identificação da necessidade do Serviço/Equipa de Enfermagem de Ortopedia.....	104

XI: Resultado do Levantamento de Necessidades de Formação no Serviço de Ortopedia.....	106
XII: Plano de sessão: Abordagem ao doente com disfagia .....	108
XIII: Folheto: Abordagem ao doente com disfagia.....	110
XIV: Sessão de formação: Abordagem ao doente com disfagia.....	113
XV: Avaliação da sessão de formação: Abordagem ao doente com disfagia .....	122
XVI: Questionário para identificação das necessidades do Serviço/Equipa de Enfermagem na ECCI/ Cuidados paliativos .....	125
XVII: Resultado do questionário para identificação das Necessidade do Serviço/Equipa de Enfermagem da ECCI / Cuidados Paliativos .....	128
XVIII: Checklist para Avaliação Inicial em contexto de Visita Domiciliária .....	132
XIX: Reflexão segundo o ciclo de Gibbs no Serviço de ECCI/Cuidados Paliativos	138
XX: Estudo caso no contexto de Serviço de ECCI/Cuidados Paliativos .....	150
XXI: Passagem de turno para os EEER no contexto do Serviço de Neurologia .	162
Anexos .....	164
I: Escala de Zarit.....	165
II: Escala de Barthel.....	168
III - Escala de Barthel.....	169

## I. Introdução

O presente trabalho é realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, mais concretamente, na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (ESSCVP – Lisboa).

A temática central deste Relatório é **Capacitar o Cuidador Informal da Pessoa Dependente por Acidente Vascular Cerebral – Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Domicílio**, sendo que tem a principal finalidade explicar de forma reflexiva, sistemática e crítica o percurso que foi desenvolvido nos diversos contextos de Estágio, com o objetivo de desenvolver as competências comuns e específicas de Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER), bem como as competências de Mestre.

Do ponto de vista metodológico, procedeu-se à pesquisa em motores de busca e bases de dados científicas, como: MEDLINE Full Text, CINHALL Plus with Full Text, PubMed, SciELO e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com intervalo de tempo de 10 anos, nos idiomas de português, inglês e espanhol, através da equação de pesquisa: [(lack of mobility OR mobility limitation) AND (nurs\*) AND (rehabilitation)].

No que se refere ao objetivo geral, este centra-se em desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas para o cuidado especializado a pessoas com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os cuidados no domicílio são um contexto privilegiado para que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) possa intervir. Neste ambiente, o Enfermeiro de Reabilitação (ER) foca-se na adaptação da pessoa à sua condição de saúde, no seu domicílio, com o objetivo de alcançar melhores resultados.<sup>1,2</sup> O EEER ao intervir com a pessoa em contexto domiciliário, os seus cuidados podem ser mais eficazes e abrangentes, promovendo uma melhoria significativa na qualidade de vida dos indivíduos que necessitam desta intervenção<sup>3</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) define-se como um “comprometimento neurológico focal (ou por vezes global), de ocorrência súbita e duração superior a 24 horas (ou que causa morte), e de provável origem vascular”<sup>3 p.6</sup>. Em Portugal, tal como no resto do mundo, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade, com um impacto significativo na sociedade e no Serviço Nacional de Saúde.

No contexto nacional, registam-se cerca de 25 000 episódios de AVC por ano<sup>4</sup>. Em 2016 ocorreram mais de 7 000 óbitos em Portugal devido a AVC, sendo que o país

apresenta taxas de mortalidade superiores às dos restantes países da Europa Ocidental<sup>5,6</sup>. Estudos indicam que quase 30% dos sobreviventes desenvolverão incapacidade permanente<sup>7</sup>. O envelhecimento da população portuguesa antecipa ainda um aumento de 45% das mortes por AVC até 2035<sup>7</sup>. Até esse ano, estima-se que existam mais um milhão de sobreviventes de AVC na Europa, muitos dos quais em Portugal, enfrentando desigualdades acentuadas no acesso a reabilitação especializada<sup>8</sup>.

O impacto do AVC modifica frequentemente o estado físico e psíquico do indivíduo, resultando em défices de autocuidado que requerem a intervenção de terceiros. A nível global, apenas 20% dos sobreviventes recuperam total autonomia, 16% mantêm incapacidade ligeira a moderada e 64% apresentam incapacidade severa<sup>9</sup>. Em Portugal, estudos demonstram que 70% dos sobreviventes não têm acesso a reabilitação intensiva após o internamento<sup>10</sup>, sendo que 80% recebem apenas até cinco sessões semanais de reabilitação, com menos de 45 minutos cada<sup>10</sup>. Além disso, 65% não beneficiam de reabilitação multiprofissional e 30% não têm qualquer plano de alta ou percurso de cuidados definido<sup>10</sup>. Cerca de 70% desconhecem o seu prognóstico funcional no momento da alta hospitalar<sup>10</sup> — lacunas que contribuem para prognósticos clínicos negativos e níveis reduzidos de satisfação.

A associação Portugal AVC destaca que cerca de 30% dos AVC afetam pessoas em idade ativa, o que reforça a importância de garantir uma reabilitação precoce e adequada, de modo a facilitar o regresso à vida profissional e à reintegração social<sup>4</sup>. Em 2021, 55% dos sobreviventes ainda não tinham retomado os seus tratamentos de reabilitação — uma falha atribuída, em parte, à pandemia de COVID-19, mas que comprometeu seriamente a continuidade dos cuidados<sup>11</sup>.

A reabilitação pós-AVC é crucial para a recuperação funcional, a promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida. A evidência científica demonstra que programas iniciados precocemente (nas primeiras 24 horas), com sessões regulares, intensivas e multidisciplinares, têm impacto positivo significativo na redução da incapacidade e na reinserção social<sup>12,13</sup>. Em Portugal, existe um potencial elevado para melhorar estes resultados clínicos, desde que sejam reforçados os circuitos de cuidados, investida a capacidade das unidades e assegurado o acesso contínuo à reabilitação, pelo menos até seis meses após o evento vascular<sup>12</sup>.

Na Europa, a grande maioria dos cuidados de longa duração são realizados por cuidadores informais, representando cerca de 80% do total<sup>14</sup>. Os cuidadores informais desempenham um papel crucial, abrangendo tanto a saúde como a dimensão social. O seu impacto é significativo, podendo influenciar não apenas a própria vida, mas também a da pessoa no seu cuidado e, em última instância, a comunidade<sup>15,16</sup>.

Diversos estudos revelam que, no contexto de intervenção aos cuidadores informais (CI),<sup>17-19</sup> além do apoio emocional, o ensino e o treino de competências com o foco no autocuidado são elementos essenciais<sup>20-22</sup>. O papel dos CI muitas vezes é subestimado e estes deparam-se com dificuldades, necessitando de mais informação e suporte para adquirirem competências que os capacitem a desempenhar a sua função<sup>23,24</sup>.

Por outro lado, a evidência científica tem demonstrado que programas de intervenção focados na capacitação do CI<sup>25-27</sup> de pessoas dependentes após sofrerem um AVC, por meio de intervenções educativas,<sup>28,29</sup> têm contribuído para a melhoria de diversos indicadores de saúde, tanto do ponto de vista dos cuidadores quanto dos utentes<sup>30,31</sup>. Na situação de AVC é vivenciada uma grande transição de saúde-doença não só para o utente mas também para o cuidador sendo necessária uma intervenção holística.

De acordo com a teoria de Afaf Meleis, o conceito de transição refere-se à mudança que ocorre ao longo da vida de uma pessoa, levando-a de um estado para outro – saúde/doença<sup>32</sup>. A forma como a pessoa lida com essas transições, independentemente da sua natureza, revela ser de grande complexidade tornando-a mais vulnerável<sup>33</sup>. De acordo com essa teoria, a Enfermagem baseia-se na compreensão dos processos de transição e tem como objetivo promover a recuperação da estabilidade e do bem-estar do indivíduo e da família. É importante considerar os fatores facilitadores e dificultadores que influenciam esse processo, como as condições pessoais, sociais e recursos comunitários<sup>32,33</sup>.

A teoria de Meleis destaca que as transições de saúde são processos complexos nos quais os indivíduos passam por uma mudança significativa no seu estado de saúde, papel social e ambiente. O processo de transição envolve a saída do ambiente hospitalar para o domicílio, onde a pessoa e sua família terão que lidar com as limitações físicas e a dependência no autocuidado<sup>32</sup>. Esta teoria revela a importância dos EEER no apoio aos processos de transição, tanto para a pessoa dependente, como para o CI.

Com isto, os estudos destacam a importância do apoio emocional e do ensino de competências de autocuidado no contexto da intervenção junto dos CI. Demonstram também que os programas de intervenção educativa direcionados aos CI têm contribuído para a saúde deste e para a saúde das pessoas que eles cuidam<sup>34-37</sup>.

O presente trabalho é constituído por vários capítulos que estão organizados de forma a facilitar a leitura e compreensão do percurso desenvolvido. Numa fase inicial é apresentado o enquadramento teórico que tem como objetivo contextualizar e fundamentar a temática, as atividades desenvolvidas em cada contexto de Estágio, a Teoria de Enfermagem que sustentou todo o percurso e foi a base para o desenvolvimento de competências.

No terceiro capítulo está explanado o percurso ao longo dos vários contextos de Estágio, nomeadamente: Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), ECCI na vertente de Cuidados Paliativos (CP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), Serviço de Ortopedia e Serviço de Neurologia. Neste capítulo são descritas as principais características de cada contexto, o diagnóstico da situação realizado que fundamenta os objetivos e atividades, os objetivos específicos definidos, as atividades desenvolvidas e, a articulação com as competências comuns, específicas e de Mestre adquiridas. O contacto com estes diferentes contextos contribuiu para o desenvolvimento de competências em diversas áreas, nomeadamente na capacitação do cuidador informal da pessoa dependente por AVC.

No quarto capítulo são apresentadas considerações finais, onde está sintetizado o percurso realizado, os objetivos alcançados, as dificuldades e limitações enfrentadas, assim como os principais contributos para a prática de cuidados enquanto futuro EEER.

Finalmente, são apresentadas as referências bibliográficas, que sustentaram a elaboração do presente Relatório. Para terminar apresento os anexos e apêndices que traduzem as atividades realizadas e de suporte que deram resposta aos objetivos definidos.

Este trabalho é redigido segundo as normas da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, tendo por base o novo acordo ortográfico e as normas de referência de Vancouver.

## **II. Enquadramento Teórico**

A capacitação do cuidador informal da pessoa dependente por AVC foi uma área central de intervenção ao longo dos diferentes contextos de Estágio, em ambiente hospitalar e no domicílio.

A experiência prática permitiu consolidar conhecimentos teóricos e desenvolver competências específicas como futuro EEER. Além disso, possibilitou uma análise crítica e uma reflexão dos cuidados.

Neste capítulo, estão explanados os conceitos fundamentais que sustentam as intervenções desenvolvidas neste percurso, nomeadamente a capacitação do cuidador informal e o impacto da reabilitação no domicílio. Além disso, será apresentado o modelo teórico escolhido como referência que norteou o percurso desenvolvido na prática especializada de Enfermagem de Reabilitação.

### **II.I Pessoa Dependente por AVC**

O AVC representa uma das principais causas de incapacidade em adultos, resultando frequentemente em dependência funcional a longo prazo. De acordo com a OMS, o AVC é a segunda principal causa de morte e uma das principais causas de anos vividos com incapacidade, afetando significativamente a qualidade de vida dos sobreviventes e dos seus cuidadores informais<sup>38</sup>.

Em Portugal, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) indicam que o AVC continua a ser a principal causa de morte e incapacidade, com cerca de 25 mil novos casos por ano, sendo um problema de Saúde Pública de grande impacto<sup>39</sup>.

As sequelas do AVC podem ser motoras, cognitivas e emocionais, afetando significativamente a autonomia da pessoa e exigindo intervenções especializadas para a sua reabilitação<sup>40</sup>. Entre as principais limitações encontram-se a hemiparesia, afasia, défices cognitivos e alterações emocionais, como depressão e ansiedade, que comprometem a adaptação da pessoa à nova realidade. Estas limitações exigem a implementação de estratégias de reabilitação baseadas em evidência, com enfoque na maximização da funcionalidade e qualidade de vida.<sup>41</sup>

Neste âmbito, a enfermagem de reabilitação desempenha um papel crucial na capacitação dos cuidadores informais, promovendo não apenas o treino prático, mas também o suporte emocional e educacional necessário para garantir um cuidado adequado e sustentável<sup>42</sup>.

Para a pessoa dependente por AVC, a reabilitação deve ser orientada para a recuperação das capacidades funcionais, sempre que possível, e para a adaptação a novas estratégias de autocuidado que promovam a sua independência<sup>43</sup>.

A capacitação do cuidador informal, nesse sentido, também deve abranger estratégias para estimular o autocuidado da pessoa dependente, garantindo uma abordagem holística e centrada na pessoa<sup>44</sup>.

## **II.II Cuidador Informal da Pessoa dependente por AVC**

A reabilitação da pessoa dependente por AVC depende muitas vezes do apoio de um CI, que pode ser um familiar ou amigo próximo. Este papel acarreta desafios significativos, tanto a nível físico como emocional, podendo resultar em sobrecarga e stress<sup>45</sup>. Estudos apontam que a falta de suporte adequado ao cuidador está associada a uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados e ao aumento do risco de burnout<sup>46-48</sup>.

Relativamente à transição para o domicílio, estudos indicam que muitos CI expressam insatisfação com a quantidade e qualidade da informação e suporte recebidos aquando da alta hospitalar, o que pode resultar em consequências negativas, como sobrecarga emocional, física e financeira, além da perda de qualidade de vida<sup>49,50</sup>.

Em Portugal, cerca de 60% dos CI experienciam níveis elevados de stress e exaustão devido à falta de formação adequada para o desempenho da sua função. Existe, portanto, uma necessidade premente de melhorar a intervenção das equipas multidisciplinares na preparação do regresso a casa e na reorganização familiar, garantindo suporte contínuo e orientado às necessidades específicas dos cuidadores<sup>51</sup>.

A capacitação do cuidador informal é fundamental para garantir que este tenha competências adequadas para prestar cuidados seguros e eficazes. De acordo com a literatura, programas de formação estruturados podem melhorar significativamente os conhecimentos e habilidades dos cuidadores, reduzindo o impacto negativo na sua saúde mental e física<sup>52</sup>. A educação e o suporte psicossocial são essenciais para fortalecer a capacidade do cuidador e garantir um melhor prognóstico para a pessoa dependente<sup>53</sup>.

Neste contexto, é fundamental destacar a importância do autocuidado, definido como a "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária"<sup>54, p.199</sup>. No âmbito do EEER, o autocuidado emerge como um foco central de atuação, tanto no cuidado direto à pessoa como na capacitação do CI.

Em relação à pessoa com AVC, estudos revelam que muitos CI expressam insatisfação com a quantidade e qualidade da informação e suporte recebidos aquando a alta do familiar para o domicílio <sup>21,36</sup>, o que pode resultar em efeitos negativos, como perda de qualidade de vida ou sobrecarga <sup>37,38</sup>. Existe uma necessidade de melhorar a intervenção das equipas multidisciplinares na preparação do regresso a casa e na organização familiar <sup>29</sup>. No domicílio, o CI necessita de apoio na tomada de decisões relacionadas aos cuidados posteriores a serem prestados <sup>30</sup>.

Dessa forma, é essencial que o EEER não intervenha apenas no cuidar das limitações funcionais da pessoa dependente, maximizando as suas habilidades, mas também em capacitar o CI para dar resposta às necessidades do familiar dependente, com especial ênfase no seu autocuidado, com o objetivo de minimizar a sobrecarga associada ao papel de CI.

No âmbito do EEER, o autocuidado emerge como um foco central de atuação, tanto no cuidado direto à pessoa como na capacitação do CI.

### **II.III Intervenção do EEER na Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente por AVC no domicílio**

Os vários eventos que acontecem ao longo da vida das pessoas geradores de desequilíbrio exigem respostas, para que estas possam ultrapassar momentos de instabilidade. Uma das competências do ER é: *“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”* <sup>2p.13567</sup>, ou seja, consiste em mostrar-lhes os caminhos possíveis e apoiá-los no sentido da sua escolha, ajudando-os a atingir os objetivos pessoais e assim alcançarem o equilíbrio perdido.

É fundamental compreender que a Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos. Sendo objetivo proporcionar ganhos em pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, maximizando o seu potencial funcional e independência <sup>2</sup>.

A legislação que regulamenta as competências específicas do EEER, afirma que este deve utilizar técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, de forma a prevenir complicações e manter ou recuperar a funcionalidade. Este concebe, implementa e avalia programas de treino de reeducação funcional, nomeadamente motor, cardíaco, respiratório e de Atividades de Vida Diária (AVD), que se reformulam em função dos resultados, projeto de saúde e especificidades da pessoa como um todo <sup>2</sup>.

Desta forma, o EEER intervém na educação das pessoas e dos seus familiares, avaliando as limitações das AVD's, em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, incluindo o regresso a casa, a continuidade de cuidados e a reintegração na comunidade. A sua intervenção visa, portanto, a qualidade de vida, a reintegração e a participação da pessoa/família na sociedade.

O EEER desempenha um papel fundamental na educação para qualidade de vida da pessoa, do CI e da sua família. A reabilitação deve ser abordada quando é considerado o envolvimento e a preparação da pessoa, do CI e da família, especialmente no contexto do domicílio<sup>44</sup>.

Os cuidados de reabilitação têm muito impacto, nas AVD's e na qualidade de vida, quando são prestados no domicílio, envolvendo a família e a comunidade da pessoa que necessita desses cuidados. Esta abordagem representa uma forma segura de maximizar os benefícios com base no verdadeiro potencial de recuperação/reabilitação<sup>3</sup>.

Qualquer modificação na vida de uma pessoa gera forças de adaptação, e a mudança originada nunca é uma mudança linear, originando na individualidade dos sujeitos e suas famílias inúmeras respostas ou tentativas de adaptação. Torna-se necessário que, o ER desenvolva e consiga orientar o seu saber seguindo um modelo, que defenda como valor essencial a qualidade de vida da pessoa, para além da sua manutenção<sup>55,56</sup>. Esta qualidade de vida depende do estabelecimento de uma relação significativa e forte com o alvo dos seus cuidados.

A literatura indica que, com frequência, os CI são subvalorizados no centro do cuidado e enfrentam dificuldades quando o familiar regressa ao domicílio. É nesta fase que estes precisam de mais informações e suporte para adquirir competências para desempenhar o seu novo papel<sup>57-59</sup>.

Dessa forma, o termo "capacitação" engloba atividades como ensino, instrução, treino e apoio, conforme considerado na intervenção do EEER, de acordo com o regulamento que define as competências específicas do EEER<sup>2</sup>, a capacitação, juntamente com a autonomia e qualidade de vida<sup>60-61</sup>, é um indicador sensível aos cuidados de ER, devendo ser aplicado no âmbito de suas competências, a nível pessoal, familiar e social<sup>62-63</sup>. É responsabilidade do EEER compartilhar conhecimentos, instruir e treinar o CI<sup>64-65</sup>, capacitando-o para a prestação de cuidados e motivando-o a enfrentar os desafios de saúde<sup>66</sup>.

Para dar resposta aos objetivos do Relatório os instrumentos escolhidos foram, para a pessoa dependente por AVC: o Índice de Barthel<sup>67</sup>, que permite avaliar o índice de independência da pessoa na realização de dez atividades básicas da vida diária; CI: Escala de sobrecarga do cuidador informal (Zarit): permite avaliar objetiva e subjetivamente a sobrecarga que o cuidador informal esta sujeito no desempenho do

seu papel como cuidador<sup>68</sup>. De forma a monitorizar o processo de reabilitação e avaliar eventuais ganhos da intervenção, foram aplicados os seguintes instrumentos ao longo dos contextos de Estágio, estes encontram-se nos Anexo I e II.

#### **II.IV A transição vivenciada pela pessoa dependente por AVC e o seu CI**

A Teoria das Transições de Afaf Meleis fornece um enquadramento teórico essencial para compreender o processo de adaptação dos cuidadores informais, sendo particularmente relevante na enfermagem de reabilitação. As transições representam períodos de mudança significativa na vida das pessoas, exigindo intervenções estruturadas para facilitar a aquisição de novas competências e a adaptação eficaz a novas realidades<sup>69</sup>.

A teoria distingue diferentes tipos de transições, nomeadamente transições de saúde/doença e transições organizacionais, que assumem particular relevância no contexto da reabilitação, dada a necessidade de adaptação contínua dos cuidadores informais às exigências do cuidado à pessoa dependente<sup>69</sup>.

A aplicação desta teoria à enfermagem de reabilitação permite desenvolver planos de cuidados individualizados e baseados em evidência, direcionados tanto para a pessoa dependente como para o cuidador informal. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na facilitação da transição dos cuidadores informais, promovendo a sua competência, resiliência e bem-estar emocional<sup>69</sup>.

A enfermagem de reabilitação, ao focar-se na funcionalidade e qualidade de vida, assume um papel preponderante na capacitação dos cuidadores informais, assegurando que estes adquiram as competências necessárias para prestar cuidados seguros e eficazes no domicílio<sup>70</sup>.

A transição do cuidador informal ocorre num contexto de desafios físicos, emocionais e sociais, sendo influenciada por fatores como a complexidade dos cuidados necessários, o suporte disponível e as estratégias de coping adotadas pelo cuidador<sup>71</sup>.

No caso da pessoa dependente por AVC, a adaptação do cuidador requer uma abordagem estruturada que inclua a educação para a saúde, o treino em técnicas específicas de cuidados e o suporte psicológico. Estudos demonstram que intervenções educativas e formativas melhoram a autoconfiança dos cuidadores e reduzem a sua sobrecarga<sup>72</sup>. Assim, o EEER tem um papel determinante na estruturação e implementação de estratégias que promovam a capacitação do cuidador informal, minimizando o risco de complicações associadas ao cuidado prolongado e inadequado<sup>44</sup>.

A Teoria das Transições destaca, ainda, a importância da avaliação contínua do progresso do cuidador e da pessoa dependente, permitindo ajustes oportunos às intervenções<sup>70</sup>.

No contexto do AVC, essa monitorização sistemática possibilita a identificação precoce de dificuldades e a implementação de medidas corretivas que garantam uma adaptação mais eficaz e sustentável do cuidador. A enfermagem de reabilitação, ao integrar esta abordagem teórica na sua prática, contribui para a melhoria dos resultados clínicos, a prevenção da exaustão do cuidador e a promoção de uma reabilitação mais eficiente e centrada na pessoa<sup>73</sup>.

Em suma, a Teoria das Transições de Afaf Meleis fornece uma estrutura valiosa para a enfermagem de reabilitação no apoio aos cuidadores informais de pessoas dependentes por AVC. A sua aplicação possibilita a criação de estratégias de capacitação mais eficazes, sustentáveis e ajustadas às necessidades específicas dos cuidadores, garantindo que estes desempenhem o seu papel de forma segura e com menor impacto negativo na sua saúde e bem-estar. A integração desta teoria na prática clínica do EEER reforça a importância de uma abordagem holística e baseada em evidência, essencial para garantir uma reabilitação eficiente e humanizada.

### **III. Contextos de Estágio: objetivos, atividades e competências desenvolvidas**

A experiência profissional e académica foi uma importante impulsionadora do presente trabalho, permitindo observar, interagir e identificar necessidades e procurar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais de pessoas dependentes por AVC no domicílio.

Este capítulo apresenta uma descrição detalhada, acompanhada de uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso desenvolvido e o processo de aquisição de competências.

Estão divididos por subcapítulos cada local de Estágio, a sua caracterização, os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas e a interligação com as competências comuns de Enfermeiro especialista, específicas e de mestre desenvolvidas.

#### **1. Unidade de Hospitalização Domiciliária**

O primeiro Estágio decorreu na Unidade de Hospitalização Domiciliária, que tem como missão contribuir para o melhor nível de saúde e bem-estar dos indivíduos que necessitem de cuidados de saúde, oferecendo-lhes um serviço de qualidade que lhes permita permanecer no seu domicílio ou a ele regressar sempre que o internamento não seja imprescindível. Esta Unidade abrange uma população com cerca de 350 mil habitantes e pretende realizar a avaliação da pessoa durante o internamento, intervir na preparação da alta e fazer o acompanhamento no domicílio das pessoas com quadros clínicos crónicos e complexos. Este processo é realizado em articulação com as equipas clínicas dos respetivos serviços, a própria pessoa, a sua família e instituições de saúde locais.

A complexidade clínica, abarca inúmeras realidades, desde a promoção do ambiente terapêutico com produtos de apoio, alteração do espaço físico domiciliário, a cuidados paliativos (cuidados precoces ou cuidados fim de vida), promoção de atividades de vida nomeadamente a autonomia para o auto cuidado, ensino-instrução e treino ao próprio e prestador de cuidados, a ventilação invasiva e não invasiva, o *status* pós cirúrgico, feridas crónicas, administração de antibióticos endovenosos e controlo da dor.

A equipa da Unidade de Hospitalização Domiciliária assegura uma resposta aos seus utentes todos os dias do ano entre as 07:00 e as 24:00. De forma a dar uma resposta imediata às solicitações, pedidos e/ou situações emergentes, a equipa de

enfermagem disponibiliza aos seus utentes um contacto direto, através do qual o utente e/ou o familiar podem contactar o enfermeiro de serviço.

Em situações que exijam intervenção imediata, identificadas através de uma chamada telefónica, o tempo de resposta será no máximo de 1 hora. A Unidade de Hospitalização Domiciliária dispõe de viaturas transformadas e adaptadas a este tipo de atuação para que a mesma seja realizada com segurança e fiabilidade.

A equipa é formada por uma administrativa, seis médicos, um enfermeiro em funções de chefia e dez enfermeiros, sendo dois especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

As visitas domiciliárias são planeadas de forma a que o EEER realize visitas onde sejam necessárias intervenções direcionadas para a área de reabilitação, sempre que possível.

Os objetivos específicos definidos para este contexto de Estágio e as atividades foram os seguintes:

**Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa internada na Unidade de Hospitalização Domiciliária e seu cuidador**

**Atividades:**

- Realização de visitas domiciliárias com a equipa;
- Colaboração na realização e otimização do plano individual de reabilitação
- Realização de sessões de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e/ou Reabilitação Funcional Motora (RFM);
- Aplicação de instrumentos de avaliação de Enfermagem de reabilitação
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

No primeiro turno neste contexto de Estágio foi mantida, de acordo com a Supervisora Clínica (SC), uma atitude de observação participativa tendo seguidamente iniciado a implementação das atividades, começando sempre pela avaliação dos sinais vitais e avaliação do estado geral da pessoa.

Na primeira visita, foi realizada a avaliação sustentada e correta através das escalas de ZARIT (anexo I) e a escala de Barthel (anexo II) para a avaliação inicial e para a avaliação dos ganhos para o a pessoa e cuidador informal da pessoa dependente respetivamente (J1.1.4, J1.2.1, C2.2.2, D2.3.3).

Entre as intervenções do EEER, destaca-se o treino de padrões funcionais, promovendo a independência da pessoa dependente nas AVD e capacitar o CI para apoiar a mobilidade e os autocuidados. Foram implementadas intervenções e atividades de Enfermagem de Reabilitação como o ensino de transferências seguras para a

cadeira de rodas ou cadeirão, a adaptação de dispositivos de apoio e o incentivo ao uso de estratégias de conservação de energia, fundamentais para a melhoria da qualidade de vida (A1.1.3, J1.2.2, A1.3.1). Com o decorrer das sessões, a grande maioria dos CI verbalizaram e demonstraram um aumento da motivação e da satisfação, referindo terem mais vontade, interesse, alegria e bem-estar.

No âmbito da reabilitação respiratória, foram implementados programas de reabilitação onde as intervenções foram dirigidas à otimização do padrão respiratório, incluindo ensino e treino de exercícios respiratórios adaptados à condição clínica da pessoa. Como era realizada uma monitorização da resposta ao plano de reabilitação, foi possível realizar ajustes oportunos, assegurando a eficácia das medidas adotadas e promovendo a redução da necessidade de suporte ventilatório, quando aplicável (J1.2.1, J1.2.2, J2.2.4).

O EEER na UHD desempenha um papel essencial na promoção da autonomia da pessoa dependente e na capacitação do CI, assegurando a continuidade dos cuidados e contribuindo para a reintegração funcional e social da pessoa no domicílio (J1.1.4, A1.1.1, J2.2.3, B2.2.4).

Durante as sessões de RFR, foram realizados exercícios de controlo ventilatório, nomeadamente treino de respiração abdomino-diafragmática, dissociação dos tempos respiratórios e técnicas de expansão torácica, adaptados às limitações individuais da pessoa. Estas intervenções tiveram como finalidade otimizar a ventilação, promover a oxigenação tecidual e prevenir complicações respiratórias decorrentes da imobilidade prolongada. A monitorização através da avaliação clínica e de escalas permitiu verificar melhorias no padrão respiratório, traduzidas em maior conforto, redução da dispneia e aumento da tolerância ao esforço.

Nas sessões de RFM, privilegiou-se a mobilização precoce, treino de transferências, fortalecimento muscular progressivo e exercícios de equilíbrio e coordenação, com o objetivo de maximizar a autonomia nas AVD.

Foram também adotadas estratégias compensatórias, de forma a adaptar as tarefas do quotidiano às capacidades funcionais da pessoa. A aplicação das escalas de Barthel e Zarit evidenciou ganhos significativos, com aumento da independência funcional da pessoa dependente e diminuição da perceção de sobrecarga do cuidador informal. Estes resultados demonstraram o efeito positivo da intervenção do EEER no domicílio, traduzindo-se em melhorias objetivas na funcionalidade da pessoa.

## **Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de reabilitação na UHD**

### **Atividades:**

- Aplicação de questionário à equipa, para auscultação das necessidades do serviço/equipa de Enfermagem;
- Realização de uma sessão de formação aos Enfermeiros e Médicos sobre a utilização de Inaladores e Câmara Expansora;
- Realização de um folheto sobre a utilização de Inaladores e Câmara Expansora;
- Avaliação das atividades desenvolvidas.

De forma a ir ao encontro das necessidades da equipa, com vista à prestação de cuidados de qualidade, considerou-se importante realizar um diagnóstico de situação. Sendo o tema central do presente Relatório a capacitação do CI, auscultou-se a equipa de forma a identificar as áreas de maior necessidade de intervenção.

Foi realizado um levantamento das necessidades de formação do serviço na área de Enfermagem de Reabilitação através de um questionário elaborado por mim (apêndice I), revisto pela Supervisora Pedagógica (SP) e posteriormente pelo Sr. ° Enfermeiro Gestor e Supervisora Clínica (B2.2.1, D2.1.1, D2.1.3).

Questionadas as necessidades formativas à equipa de enfermagem, 85% mencionou como prioritária a área de utilização de inaladores.

Considerou-se fundamental, não sou identificar a área, como as necessidades específicas de conhecimento dentro do tema. Após essa identificação, realizei uma formação que ia ao encontro do interesse e necessidades da equipa, não apenas à equipa de enfermagem, mas também aos restantes membros da equipa multidisciplinar, uma vez que todos demonstraram interesse no trabalho desenvolvido (B2.2.1 e D2.2.1).

Previamente à formação foi realizado um plano de sessão (apêndice II). A formação foi realizada presencialmente no serviço (apêndice IV), onde estiveram presentes 70% dos enfermeiros e 100% da equipa médica. Responderam 100% dos inquiridos ao questionário de avaliação da formação.

De forma a deixar contributos para os CI e com base nos resultados obtidos no questionário, quando questionados os enfermeiros sobre a via mais eficaz na transmissão de informação aos CI, a maioria referiu o folheto. Este foi desenvolvido sobre o tema identificado como o mais *desafiante*. Terminado o folheto foi revisto pela SC e SP, Enfermeiro chefe e restante equipa, foi disponibilizado a 3 CI para revisão no que se refere à clareza, imagens, interpretação de cuidados, não sendo necessário alterações (apêndice III).

Após a apresentação a equipa de Enfermagem e Médica respondeu a um questionário de forma a avaliar a sessão de formação, sendo que 100% dos inquiridos referiu que recomendaria esta sessão de formação a outros colegas, 54,5% revela que esta sessão foi muito boa para a prática clínica (B2.2.1, B2.2.4, J2.1.1).

## **2. Unidade de Saúde Familiar**

O Estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar que presta cuidados de saúde e tem por base uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

A estrutura orgânica da Unidade de Saúde Familiar é constituída pelo Coordenador da equipa, o Conselho Técnico e o Conselho Geral. O Coordenador de Equipa, é um médico eleito pelo Conselho Geral e compete-lhe presidir ao Conselho Geral e Coordenar as atividades da equipa multidisciplinar de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios orientadores da Unidade de Saúde Familiar. O Conselho Técnico, tem na sua constituição o Coordenador de Equipa, um médico, um enfermeiro e um administrativo, sendo estes elementos eleitos pelos seus pares.

O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multidisciplinar que se pronuncia sobre a aprovação do regulamento interno, a carta de qualidade, o plano de ação e o relatório de atividades, assim como da carta de compromisso e como se deve realizar a articulação com outras unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde.

A Unidade de Saúde Familiar tem como missão melhorar o nível de saúde da população inscrita, são cerca de 14.000 utentes, através da prestação de cuidados de saúde gerais, em tempo útil, personalizados, de qualidade, garantindo a boa acessibilidade e continuidade de cuidados.

As ações desenvolvidas pela Unidade de Saúde Familiar junto dos seus utentes, articulam-se com esta rede de prestadores, promovendo uma utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis.

Nesta Unidade de Saúde Familiar apenas uma Enfermeira é especialista e na área de Enfermagem de Reabilitação. A profissional, após o contacto de familiares do utente ou de outros desloca-se ao domicílio do utente, realiza um levantamento das necessidades do mesmo e da família para posteriormente realizar um plano de Enfermagem de Reabilitação individual e personalizado.

Para implementar um programa de reabilitação no domicílio é fundamental compreender que por vezes a pessoa pode não estar disponível emocional e fisicamente para realizar algumas sessões, muitas vezes por fatores que não dependem do ER. É crucial que o ER realize uma avaliação inicial pormenorizada para não

comprometer a implementação do programa de reabilitação e incentive a pessoa a aderir às atividades definidas.

Desta forma, é da responsabilidade do EEER estabelecer uma relação de ajuda, empática e terapêutica de forma a motivar a pessoa (C2.2.2). Na reflexão sobre um caso clínico que foi realizado neste contexto (apêndice VI), pode observar-se isso mesmo, a pessoa sentia-se muito cansada e sem capacidade de realizar o programa de reabilitação proposto, mesmo estando a avaliação da mesma sem alterações. Foi então que ao longo de uma sessão e ao estabelecer uma relação de confiança compreendi que a pessoa se deitava muito tarde e acordava muito cedo (J1.1.5, J1.1.6, J1.1.7). Após compreender esta situação expliquei ao cuidador que seria importante dormir as horas essenciais para recuperar o seu bem-estar, sendo que esta compreendeu e concordou em fazê-lo pois percebeu a importância desta mudança de hábitos (J1.1.4, J1.2.1, J1.2.2, A1.1.1, A1.1.3).

Após a implementação dos novos hábitos a pessoa referiu sentir-se melhor e com mais energia, sendo capaz de realizar as atividades propostas no programa de reabilitação, o que contribuiu para esta se sentir mais capaz e disponível como cuidador informal da esposa (A1.3.1, J1.4.1).

A intervenção realizada neste contexto ocorreu a dois níveis complementares. Ao nível individual, direccionou-se a atenção para a capacitação da pessoa enquanto CI, através da promoção de hábitos saudáveis, incentivo ao autocuidado, ensino de exercícios de reabilitação adaptados às suas necessidades clínicas e suporte emocional para lidar com as exigências do papel de cuidador. Esta abordagem contribuiu para a melhoria da funcionalidade, para o controlo sintomático e para o reforço da autoconfiança, permitindo que o cuidador se sentisse mais capaz de assumir as tarefas do quotidiano. A nível familiar, a intervenção centrou-se na reorganização da dinâmica familiar, promovendo a partilha de responsabilidades entre os membros do agregado, sempre que possível, e facilitando a comunicação entre a pessoa dependente, o cuidador e a restante família. Foram desenvolvidas estratégias de educação para a saúde, adaptadas ao contexto e recursos disponíveis, que permitiram fortalecer a rede de suporte, reduzir a sobrecarga individual e promover a coesão familiar. Esta abordagem integrada, centrada na díade cuidador–pessoa dependente, revelou-se fundamental para assegurar a continuidade e eficácia dos cuidados no domicílio.

Outro desafio sentido foi o facto de adaptar os exercícios ao material existente no domicílio da pessoa, o espaço físico da casa, edifícios sem elevador, escadas e corredores estreitos, entre outros. Cabe também ao ER avaliar, propor e corrigir barreiras sempre que possível, de forma a prevenir o aparecimento de complicações, como a ocorrências de quedas, onde se sugeriu a remoção dos tapetes no domicílio e

aconselhou a aquisição de produtos de apoio (J1.2.4, J2.2.3 e J2.2.4), nos quais se destacam a utilização de cadeira de duche, para facilitar a higiene pessoal em segurança e barras de apoio estrategicamente colocadas na casa de banho. Foi ainda sugerida a utilização de canadianas e, em situações de maior limitação funcional, andarilho para auxiliar a mobilidade no domicílio. Estes produtos foram selecionados de acordo com a avaliação funcional da pessoa, as características arquitetónicas da habitação e os recursos disponíveis da família, permitindo não só aumentar a segurança e a autonomia, mas também reduzir a sobrecarga do CI (J1.2.4, J2.2.3 e J2.2.4).

Posto isto, foram definidos os objetivos específicos e atividades para este contexto de Estágio.

**Objetivo 1 – Prestar cuidados à pessoa/família referenciada para a ECCI, em contexto de visita domiciliária, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação**

**Atividades:**

- Consulta do processo clínico antes de cada visita domiciliária;
- Realização de programas de enfermagem de reabilitação de acordo com as necessidades identificadas na avaliação inicial e funcional;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão, e no início e final do Estágio (avaliação global);
- Aconselhamento sobre produtos de apoio;
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

Na primeira visita domiciliária realizada, foi adotada uma atitude de observação e reflexão sobre os cuidados de ER prestados. Depois desta primeira visita foram realizados os cuidados de enfermagem de reabilitação de uma forma proativa, cumprindo os programas de reabilitação definidos (D2.3.3).

É interessante constatar que o impacto da relação de confiança estabelecida entre a pessoa-família e o EEER na compreensão da importância das atividades a realizar, na adesão e diretamente nos resultados obtidos (C2.2.2).

Apesar deste Estágio ter uma duração mais curta, a implementação do programa de reabilitação trouxe melhorias significativas à pessoa sobre a qual foi desenvolvida a reflexão sobre o caso, o que motivou a pessoa a continuar a realizar as atividades definidas (J1.3.3, J2.1.1). Ao longo das sessões a pessoa sentiu-se melhor e mais capaz de cuidar da esposa que era um fator importante para se sentir melhor consigo mesmo (B3.1.2).

Ao conseguir voltar a cuidar da esposa, o senhor sentiu-se capaz de realizar as tarefas domésticas e tratar de tudo o que era necessário, tendo referido que trouxe mais

qualidade de vida para si e para a esposa. Considera-se que se obteve este resultado positivo, uma vez que o plano de intervenção foi planeado e definido em conjunto com a família, sendo ajustado continuamente aos objetivos da mesma (J1.2.2 J2.1.1, J3.1.3, J3.1.2, J3.2.2). Para além disto, o domicílio foi otimizado e recomendada a aquisição de produtos de apoio para a pessoa cuidada, o que facilitou significativamente o senhor no seu dia a dia (J1.2.4, J2.1.3).

## **Objetivo 2 – Capacitar a pessoa, que é o CI, com doença crónica do foro respiratório**

### **Atividades:**

- Pesquisa bibliográfica sobre uma patologia respiratória crónica;
- Elaboração de um Programa de Reabilitação individualizado adaptado às necessidades e ao contexto da pessoa e família;
- Realização de um estudo caso.

A intervenção no contexto da reabilitação respiratória junto de cuidadores com patologia respiratória crónica revelou-se um desafio significativo, sobretudo pela necessidade de conjugar a capacitação para cuidar da pessoa dependente com a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

O estudo de caso realizado (apêndice VI) permitiu uma abordagem personalizada, orientada para a melhoria do bem-estar do CI principal, garantindo que este pudesse continuar a desempenhar o seu papel sem comprometer a própria saúde (J1.1.2, J1.1.4, J1.1.7).

Foi elaborado um Programa de Reabilitação individualizado, abrangendo um conjunto de exercícios respiratórios e motores adaptados às necessidades da pessoa. Entre as técnicas incluídas estavam a dissociação dos tempos respiratórios, treino de respiração abodomino-diafragmática, abertura costal global e treino livre com espirómetro (J1.2.3, J2.1.1).

O plano de reabilitação respiratória integrou diversas estratégias específicas, entre as quais: treino de controlo da respiração com técnicas de inspiração profunda e expiração prolongada, de modo a otimizar as trocas gasosas e reduzir a dispneia; treino com espirómetro de incentivo, visando o fortalecimento da musculatura inspiratória e a expansão pulmonar; técnicas de higiene brônquica, como a tosse dirigida e o *huffing*, para facilitar a eliminação de secreções; treino de tolerância ao esforço através da realização de exercícios funcionais progressivos, adaptados às atividades de vida diária.

Estas estratégias, aplicadas de forma individualizada, permitiram não só melhorar a capacidade ventilatória, mas também capacitar o cuidador para aplicar técnicas simples no domicílio, prevenindo complicações respiratórias e promovendo maior autonomia.

Os indicadores monitorizados ao longo do programa incluíram: melhoria da saturação periférica de oxigénio em repouso e após esforço leve, redução da frequência respiratória durante atividades de baixa intensidade e aumento da capacidade vital expiratória avaliada de forma indireta pelo desempenho no espirómetro de incentivo.

Observou-se ainda uma melhoria da tolerância ao esforço, evidenciada pela maior capacidade de realizar AVD sem interrupções frequentes, e uma redução do cansaço referido pelo cuidador durante a execução das tarefas. Estes indicadores confirmaram a eficácia do programa implementado, demonstrando ganhos em funcionalidade respiratória e autonomia (J1.1.7).

Este estudo de caso reforça a importância da reabilitação respiratória na prevenção de complicações, na maximização da autonomia funcional e na melhoria dos cuidados domiciliários, contribuindo para a continuidade dos cuidados com qualidade e eficiência (B2.2.4).

### **3. Unidade de Saúde Familiar**

O terceiro Estágio decorreu na mesma Unidade de Saúde Familiar, no entanto a área de intervenção em Enfermagem de Reabilitação foi no contexto de cuidados paliativos.

Devido à escassez de resposta de outras entidades e uma vez que também vai ao encontro das competências do ER, a SC com formação na área dos cuidados paliativos, acompanha estas pessoas de forma próxima.

A metodologia de avaliação e intervenção é idêntica à anterior, existe um levantamento das necessidades da pessoa e da família para posteriormente realizar um plano de Enfermagem de Reabilitação individual e personalizado. As avaliações a estas pessoas são muitas vezes realizadas com a equipa médica.

O objetivo específico definido para este contexto de Estágio e as atividades são:

**Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa e família, em contexto de visita domiciliária, no âmbito dos Cuidados Paliativos**

#### **Atividades:**

- Consulta do processo clínico antes de cada visita domiciliária;
- Inclusão da pessoa no seu Programa de Reabilitação;
- Realização de uma reflexão segundo o Ciclo de Gibbs, sobre as intervenções e ER desenvolvidas.

Na enfermagem a premissa é promover a saúde das pessoas saudáveis a manter a saúde, recuperar a saúde daqueles que estão doentes, maximizar o potencial daqueles que não podem ser curados e aos que estão em processo de morrer, a viver tão plenamente quanto possível até ao momento da sua morte. Mais particularmente a enfermagem de reabilitação visa a manutenção da qualidade de vida potenciando as capacidades daquela pessoa, e promove a prevenção e controlo de sintomatologia que concorra para o desequilíbrio.<sup>74</sup>

Segundo Hesbeen, o enfermeiro especialista de reabilitação tem, “por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção”. (75p.XIV).

Os cuidados paliativos são os cuidados globais prestados à pessoa portadora de doença incurável e progressiva, e sua família. Tem como foco de atenção a prevenção e o alívio do sofrimento com o controlo de sintomatologia quer ao nível físico quer no plano psicológico, e prologam a sua atuação até ao luto.<sup>75</sup>

Parece assim simples perceber que tanto os cuidados paliativos como a enfermagem de reabilitação se norteiam pelos mesmos fundamentos. Consideram a pessoa e família o centro de intervenção, o trabalho em equipa fundamental e têm como missão a qualidade de vida, potenciando a capacidade, controlando sintomatologia, ajudando ao bem-estar a todos os níveis, considerando sempre *aquela* pessoa única. Posto isto, considera-se que as duas disciplinas juntas podem ser potenciadoras de valor para o indivíduo e sua família alvo dos cuidados.

Foi possível prestar cuidados na primeira visita domiciliária. Houve oportunidade de compreender e integrar conferências familiares, onde eram expostos medos, expectativas, objetivos e dúvidas que eram respondidas pela equipa. O EEER desmistifica medos, cria e implementa estratégias (J1.1.5, J1.1.7, A2.1.5).

Ao longo do contexto de Estágio foi possível compreender e constatar a importância e o impacto que a relação que o ER estabelece com a pessoa e a família tem nos ganhos obtidos. Neste sentido e de forma a evidenciar as competências desenvolvidas neste contexto, considerou-se relevante desenvolver uma reflexão segundo o Ciclo de Gibbs (apêndice VII) onde se releva a importância da comunicação, de estabelecer uma relação terapêutica para o sucesso do programa de reabilitação e obter ganhos em saúde. Devido a limitações temporais do Estágio, não foi sempre possível implementar o programa de reabilitação, mas com ponderação, tranquilidade e motivação a pessoa e a cuidadora revelaram ganhos (J1.3.3, J 1.3.3, D2.2.6, D2.3.3 e B1.1.3).

#### **4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos**

O quarto campo de Estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, sendo esta uma das unidades funcionais do serviço de Pediatria. É constituída por 3 salas com um total de 19 vagas, sendo a sala 1 composta por 5 vagas para recém-nascidos pré-termo e termo, onde os motivos de internamento são maioritariamente alterações do estado de saúde decorrentes da prematuridade, anomalias congénitas ou intercorrências peri-parto.

A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (sala 2) é composta por 10 vagas que podem ser ocupadas por recém-nascidos pré-termo e termo em incubadora ou berço, sendo a maioria dos recém-nascidos transferidos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

A Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é constituída por quatro vagas para ventilação invasiva e admite crianças acima dos 28 dias até aos 18 anos de idade, sendo os motivos mais frequentes de internamento as crianças/jovens em pós-operatórios imediatos com necessidade de ventilação assistida e/ou infeções respiratórias.

O Hospital é caracterizado na rede de referenciação materno-infantil como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, da zona de Lisboa e Vale do Tejo, ou seja, tem a capacidade de proporcionar uma assistência materna e perinatal do mais alto nível técnico, dispondo entre outros recursos de uma Unidade de Cuidados Intensivos com capacidade técnica para dar resposta adequada a todas as situações de alto risco neonatal.

Os enfermeiros estão organizados em 5 equipas, em que cada uma tem um enfermeiro chefe de equipa. A equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos tem uma Enfermeira com a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, esta profissional tem vários momentos destacados para a intervenção específica na área.

A Enfermeira Especialista em Reabilitação realiza uma avaliação, elabora um plano de reabilitação, executa e avalia, sendo este um processo contínuo.

O objetivo específico definido para este contexto de Estágio e as atividades são:

**Objetivo 1 – Sistematizar conhecimentos teórico-práticos das intervenções especializadas do EEER no contexto de Pediatria**

**Atividades:**

- Colaboração com a SC na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à criança internada na UCINP e família;

- Elaboração de uma reflexão segundo o Ciclo de Gibbs.

Dado o reduzido período de Estágio, com a duração de apenas quatro turnos, foi adotada uma abordagem de observação atenta e participativa, promovendo reflexões e diálogos informais com a SC (D1.1.3).

Foi possível reconhecer a relevância da intervenção do EEER, não apenas no acompanhamento da criança e da família, mas também no apoio aos enfermeiros de cuidados gerais, sensibilizando-os para aspetos específicos dos cuidados prestados às crianças internadas (C2.2.3).

A sensibilização da equipa de enfermagem incidiu em aspetos específicos da Enfermagem de Reabilitação em idade pediátrica, nomeadamente: posicionamento terapêutico e mudança postural para a promoção do desenvolvimento motor, a estimulação sensorio-motora adequada à idade, essencial para favorecer o tónus, o controlo cefálico e a interação com o meio, técnicas de higiene brônquica e manobras de reexpansão pulmonar, fundamentais na prevenção de atelectasias e orientação dos pais quanto ao manuseamento seguro do recém-nascido, envolvendo-os progressivamente nos cuidados diários. Estes tópicos foram abordados de forma prática durante a prestação de cuidados, reforçando a importância da integração precoce da reabilitação na rotina da Unidade (C2.2.3).

Um exemplo disso foi a intervenção junto de uns pais de primeira vez de uma criança com fraco desenvolvimento motor e ventilatório e alterações cardíacas por consequência da prematuridade. A EEER posicionou a criança corretamente, o que permitiu não só o recrutamento alveolar posterior como também o estímulo motor e sensorial cervical (B3.1.2, J3.1.2). Passados cerca de cinco minutos, verificou-se que a criança realizou extensão da cabeça, procurando explorar o meio envolvente, reação que foi recebida pela mãe com grande emoção e esperança. No final da intervenção, os pais agradeceram e evidenciaram o impacto e a valorização da intervenção do EEER neste contexto específico (A1.2.4).

Posteriormente, foi possível colaborar com a SC na realização de manobras acessórias em crianças com prótese ventilatória, com o objetivo de facilitar a eliminação de secreções brônquicas, promover a independência respiratória e prevenir complicações, como atelectasias. Estas intervenções foram precedidas por uma avaliação abrangente do padrão respiratório da criança (J1.1.6), incluindo auscultação pulmonar e palpação torácica, que revelaram a presença de ruídos adventícios. Seguiram-se as manobras adequadas (J1.3.2), culminando numa reavaliação onde se constatou a melhoria do padrão respiratório, nomeadamente a ausência de ruídos adventícios (J1.4.1).

Uma das dimensões mais evidentes da atuação do EEER neste contexto foi a promoção da participação ativa da família nos cuidados, de forma empática, segura e humanizada (B3.1.1, B3.1.2), respeitando sempre a vontade e disponibilidade dos pais.

Ao longo do contexto de Estágio foi possível compreender e constatar a importância e o impacto tanto a nível profissional como emocional do ER na pessoa e na família e por esta razão considerou-se relevante desenvolver uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (apêndice XIX) que sistematiza e enfatiza a relevância da intervenção do ER neste contexto de prestação de cuidados (D1.2.2).

## **5. Serviço de Ortopedia**

O Estágio seguinte realizou-se num Serviço de Ortopedia, composto por uma Enfermaria que está dividida entre o internamento de homens e o internamento de mulheres, totalizando 41 vagas, encontrando-se o Serviço dividido em 5 alas, cada uma tem uma casa de banho, adaptada às necessidades das pessoas, composta por um poliban e barras de apoio. Admite pessoas com patologias do foro ortopédico em idade adulta para cirurgias eletivas e apesar do Hospital não ter serviço de Urgência há utentes que são encaminhados de outro Hospital para este.

No Serviço de Ortopedia onde decorreu o Estágio desempenha funções um EEER que acumula funções de gestão, o que, para além de permitir prestar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação também foi possível observar e colaborar no exercício de competências de gestão avançadas, nomeadamente a competência de planear, coordenar e avaliar a prestação de cuidados no serviço de forma eficiente e alinhada com os objetivos institucionais (D2.3.7), e a competência de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da dinamização de reuniões de equipa, supervisão e análise de indicadores de desempenho (D2.3.8).

As patologias clínicas mais predominantes são a coxartrose e a gonartrose, sendo que as pessoas são internadas para realização de artroplastia. Também é muito frequente as fraturas de fémur, obtendo-se por um tratamento conservador ou cirúrgico.

A maioria dos internamentos são relativamente curtos, ou seja, a alta para o domicílio ocorre ao 4.º ou 5.º dia pós-operatório. A reabilitação de cada pessoa inicia-se na consulta de enfermagem pré-operatória, o que contribui para inúmeros benefícios na recuperação e adaptação à nova etapa.

Esta consulta está organizada da seguinte forma: é realizada uma análise cuidada da situação clínica da pessoa, de seguida são avaliados os sintomas que apresenta como a dor, é fornecido material de apoio (como folhetos) com informação

relevante sobre o peri e o pós-operatório, são realizados ensinamentos sobre a mecânica corporal no pós – operatório (a forma correta de realizar o levantar, de deambular...) e sobre os dispositivos de apoio que são recomendados para a pessoa, assim como a forma correta de os utilizar. Esta consulta é sempre realizada pelo EEER.

Os objetivos específicos definidos para este contexto de Estágio e as atividades são:

**Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa internada no Serviço de Ortopedia**

**Atividades:**

- Inclusão da pessoa no seu plano de reabilitação, motivando-a a participar no mesmo;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão;
- Realização de sessões de RFR e/ou RFM;
- Instrução e recomendação de utilização de produtos de apoio;
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

Após a passagem de turno, eram planeados em conjunto com a SC os cuidados a prestar durante o turno. Houve sempre uma grande receptividade, por parte das pessoas aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, o que facilitou tanto a integração no Serviço como o desenvolvimento das sessões de reabilitação. Para cada pessoa, foi elaborado um plano de reabilitação personalizado, tendo em conta a patologia, o tipo de cirurgia ou tratamento realizado, tolerância ao esforço, a dor e objetivos individuais (J1.2, J3.1).

Todas as sessões iniciavam-se com exercícios respiratórios, nomeadamente controlo e dissociação dos tempos respiratórios, proporcionando relaxamento e uma sensação de bem-estar, sendo este momento geralmente bem aceite pela maioria das pessoas. Posteriormente, eram realizados exercícios de RFM, de acordo com a recomendação clínica, sempre considerando a avaliação da dor. Para a monitorização da dor ao longo das sessões de reabilitação foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA), por ser de fácil aplicação, compreensão imediata e adequada ao contexto hospitalar. Esta escala permitiu quantificar de forma subjetiva a intensidade da dor sentida pela pessoa, orientando a adaptação do plano de reabilitação às suas necessidades e garantindo maior conforto e adesão às intervenções. A utilização sistemática da EVA revelou-se essencial para ajustar a carga dos exercícios de RFM, respeitando os limites individuais e promovendo uma recuperação segura e progressiva (J1.2.4).

Durante as sessões, foi dada especial atenção ao ensino, tanto para a correta execução dos exercícios como para as recomendações após a alta, incluindo a utilização de produtos de apoio no período de internamento e para o domicílio.

Entre os produtos de apoio recomendados destacaram-se: canadianas, para facilitar a marcha com carga parcial ou total do membro operado, calçado antiderrapante e fechado, para proporcionar maior estabilidade e prevenir quedas, almofada de abdução, utilizada no pós-operatório imediato da artroplastia da anca, para evitar luxações e cadeira de duche, de forma a promover a higiene pessoal em segurança e com menor esforço físico. O objetivo da utilização destes dispositivos consistiu em garantir uma reabilitação mais segura, diminuir o risco de complicações, prevenir quedas, facilitar a execução das atividades de vida diária e, conseqüentemente, promover a independência funcional da pessoa no regresso ao domicílio.

Como a maioria das pessoas realizou a consulta de Enfermagem de Reabilitação prévia à cirurgia, tinham sido já demonstrados alguns exercícios e a utilização de produtos de apoio, nomeadamente calçado adequado e canadianas (J2.1.3 e J2.1.1). Esta orientação revelou-se fundamental para o processo de reabilitação, pois sem estas indicações no primeiro dia pós-cirurgia, o familiar teria à partida menos conhecimento para adaptar adequadamente o domicílio às novas necessidades da pessoa. Além disso, permitiu a aquisição atempada dos produtos essenciais para a realização das atividades de vida diária (J1.2.4).

Ao longo do Estágio foi possível observar os ganhos obtidos após as sessões de reabilitação (entre uma a duas sessões ao longo do internamento), isto deve-se à consulta de Reabilitação realizada no pré-operatório, à motivação da pessoa e sessões de Enfermagem de Reabilitação realizadas após a cirurgia (C1.1.3).

Os ganhos obtidos após as sessões de reabilitação foram evidentes em várias dimensões. Verificou-se uma melhoria da força muscular e da amplitude articular, que permitiu maior facilidade na realização de transferências e na deambulação assistida. Através do treino respiratório, observou-se também uma redução da sensação de dispneia e maior tolerância ao esforço, contribuindo para o bem-estar global. Em termos funcionais, registou-se um aumento progressivo da independência nas AVD, particularmente na capacidade de realizar a higiene pessoal, vestir-se e mobilizar-se no leito e fora dele. Estes resultados refletiram-se diretamente na melhoria da pontuação do Índice de Barthel, que passou de valores mais baixos na admissão para valores significativamente superiores no momento da alta, traduzindo ganhos concretos em autonomia.

O apêndice IX traduz a evolução e os ganhos das pessoas após as sessões de reabilitação realizadas. Os ganhos obtidos estão relacionados com a capacitação das

peças para realizar os autocuidados e adquirirem independência funcional, possíveis de constatar através do score na escala de Barthel, que no início era bastante inferior em relação ao score da última sessão (J1.4.1).

## **Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados no Serviço de Ortopedia**

### **Atividades:**

- Realização de um questionário à equipa de enfermagem;
- Apreciação dos resultados dos questionários;
- Realização de uma ação de formação;
- Realização de um folheto informativo sobre disfagia;
- Avaliação dos documentos realizados.

Através de um questionário realizado à equipa de enfermagem (apêndice X), foi realizado um levantamento sobre as necessidades de formação da equipa de enfermagem, no âmbito da enfermagem de reabilitação. A maioria, 75% dos enfermeiros, referiu a área do doente com disfagia (apêndice XI), 37,5% da equipa considerava mais pertinente a elaboração de um folheto informativo e 56,3% a elaboração de uma formação (B2.2, D2.1). Posto isto, optou-se por desenvolver as duas atividades, como é possível verificar nos apêndices XIII e XIV respetivamente. Para a ação de formação foi realizado previamente um plano de sessão (apêndice XII).

A transmissão de conhecimento em Enfermagem é um pilar fundamental para a melhoria contínua da prática clínica e da qualidade dos cuidados prestados. No contexto da Enfermagem de Reabilitação, a partilha de saberes entre profissionais permite uma abordagem mais holística e eficaz, promovendo a autonomia e recuperação das pessoas. Através de ações de formação, os enfermeiros mantêm-se atualizados face às novas evidências científicas, técnicas e tecnologias, assegurando uma prática baseada no conhecimento mais recente e adequado às necessidades individuais de cada pessoa em reabilitação.

O reconhecimento da aprendizagem contínua e da formação profissional contribui para a valorização dos enfermeiros e para a motivação das equipas, refletindo-se diretamente na segurança e na humanização dos cuidados. Além disso, a formação não só melhora a competência técnica, mas também fortalece o espírito de colaboração e a capacidade de resposta a desafios emergentes. Investir na transmissão e valorização do conhecimento em Enfermagem de Reabilitação é, portanto, essencial para garantir cuidados mais eficientes, seguros e centrados na pessoa.

De forma a avaliar a sessão de formação foi aplicado um questionário após a mesma, em que 56,3% da equipa referiu que a sessão tem muita utilidade para os cuidados, 43,8% refere que a utilidade é boa e 100% da equipa recomendaria esta sessão de formação a outro colega (apêndice XV) (B2.2, D2.1).

## **6. Unidade de Saúde Familiar**

O Estágio que deu continuidade ao contexto de Ortopedia desenvolveu-se numa Unidade de Saúde Familiar, regressando ao contexto de cuidados paliativos, com principal foco no contexto de cuidados continuados integrados.

A USF abrange um número elevado de utentes que necessitam de Enfermagem de Reabilitação, integrados nos cuidados paliativos e cuidados continuados integrados, sendo maioritariamente a Enfermeira Especialista em Reabilitação quem acompanha estes utentes.

Foram realizados 23 turnos neste contexto de Estágio. A metodologia de avaliação e intervenção consiste num levantamento das necessidades da pessoa e da família para posteriormente realizar um plano de Enfermagem de Reabilitação individual e personalizado.

No último dia da semana realiza-se uma reunião multidisciplinar com o objetivo de planear as intervenções e discutir os casos clínicos em acompanhamento. Durante este encontro, os diferentes profissionais avaliam as necessidades das pessoas e das famílias, assegurando um plano de cuidados ajustado às necessidades e objetivos da pessoa/família. Tanto a psicóloga como a assistente social realizam visitas domiciliárias sempre que solicitado pela pessoa ou família, ou quando os profissionais de saúde consideram pertinente, garantindo sempre o conhecimento e consentimento dos envolvidos (J1.1.4, A1.1.1).

A Unidade presta cuidados a pessoas adultas, podendo em situações excecionais, admitir crianças com doenças graves, sobretudo em fases avançadas da patologia, desde que disponham do apoio de um familiar ou cuidador (J1.2.1, C2.2.2, D2.3.3).

São disponibilizados produtos de apoio, como camas articuladas, andarilhos e colchões de pressão alternada, contribuindo para a qualidade de vida e conforto da pessoa (B2.2.4, J2.2.3).

Durante o acompanhamento realizado, foi evidente o impacto desta proximidade, permitindo intervenções atempadas que evitaram deslocações desnecessárias ao serviço de urgência hospitalar, o que revela uma otimização dos recursos de saúde existentes na comunidade. A relação de confiança estabelecida favorece o diálogo e a

capacitação da pessoa e família para lidar com a doença e as suas implicações (J1.4.1, J2.2.4).

No que se refere às pessoas acompanhadas pela equipa, a maioria apresentava doenças oncológicas em fase avançada. Contudo, são igualmente frequentes doenças respiratórias crónicas e patologias neurológicas ou neurodegenerativas, as quais impactam significativamente a vida da pessoa e família, tornando essencial a intervenção do EEER na promoção da funcionalidade, qualidade de vida da pessoa e na capacitação do CI (A1.1.3, J1.2.2, J1.2.4).

O objetivo específico definido para este contexto de Estágio e as atividades são:

**Objetivo 1 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados na equipa.**

**Atividades:**

- Realização de visitas domiciliárias com a equipa;
- Aplicação de questionário à equipa;
- Revisão do manual de acolhimento dos cuidadores existente na Unidade;
- Elaboração de documento de apoio (check-list) para uma primeira abordagem ao cuidador informal.
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

Após compreender a dinâmica do Serviço e as maiores preocupações da equipa de enfermagem realizei, um diagnóstico de situação, através da implementação de um questionário (apêndice XVI), que foi respondido por toda a Equipa de Enfermagem.

Após a apreciação dos resultados constatou-se que seria necessário proceder-se a uma revisão e atualização do manual de acolhimento dos cuidadores existente na unidade, manifestado por 100% da equipa (apêndice XVII), uma vez que incluía conteúdo desatualizado (B2.2.1). O processo de atualização do manual envolveu pesquisa de evidência científica, auscultação da equipa de Enfermagem de forma a identificar quais as alterações necessárias a realizar (áreas e conteúdo), envio e revisão do manual para a SC e SP.

Outra área em que todos os profissionais de Enfermagem demonstraram interesse foi na elaboração de documento de apoio (Checklist) para uma primeira abordagem ao cuidador informal (apêndice XVIII), de forma a uniformizar a prática, os registos e a informação recolhida (B2.2.1). Para a sua elaboração reuni com a SC, onde foram analisadas e refletidas as informações fundamentais que a Checklist deveria incluir. O documento foi elaborado e após revisão e alterações propostas pela SC e SP,

obteve-se a Checklist final. Posteriormente foi enviado à restante equipa de Enfermagem, que concordou e obtendo-se desta forma a versão final.

## **7. Unidade de Saúde Familiar**

O Estágio de opção decorreu na Unidade de Saúde Familiar, no entanto a área de intervenção em Enfermagem de Reabilitação foi com o objetivo de implementar o tema central projeto de Estágio.

Decorreu no contexto de visitas domiciliárias a pessoas com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, inseridos no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados. O foco da intervenção esteve na prestação de cuidados ao CI de pessoas com défices funcionais resultantes de patologias neurológicas, nomeadamente AVC, bem como outras condições crónicas que comprometem a autonomia e qualidade de vida.

A metodologia utilizada foi baseada na avaliação das necessidades da pessoa e da família, permitindo a definição de um plano de cuidados individualizado e centrado na reabilitação. As visitas domiciliárias incluíram a utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão, assegurando uma monitorização contínua da evolução funcional da pessoa e da eficácia das intervenções realizadas.

Foram utilizados como instrumentos de avaliação o Índice de Barthel, aplicado à pessoa dependente, que permitiu avaliar o grau de independência na realização das atividades básicas de vida diária, e a Escala de Zarit, aplicada ao cuidador informal, possibilitando identificar a perceção de sobrecarga associada ao desempenho do seu papel. Estes dois instrumentos foram fundamentais para monitorizar os ganhos obtidos ao longo do processo de reabilitação, tanto na funcionalidade da pessoa dependente como no bem-estar do cuidador.

A equipa multidisciplinar realiza reuniões periódicas para planear intervenções, discutir casos clínicos e ajustar os planos de cuidados em função da evolução das pessoas acompanhadas. Sempre que necessário, e com o consentimento da pessoa e da família, são realizadas visitas domiciliárias conjuntas com a psicóloga ou a assistente social, promovendo um suporte abrangente e ajustado às necessidades específicas de cada situação (J1.1.4, A1.1.1).

As pessoas acompanhadas incluem, maioritariamente, CI de pessoas com sequelas neurológicas, como é apresentado no estudo caso, com dependência severa após um AVC. Contudo, também são frequentes outras patologias crónicas incapacitantes, como doenças respiratórias avançadas e doenças neurodegenerativas, exigindo intervenções

direcionadas para a promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e capacitação do cuidador informal (A1.1.3, J1.2.2, J1.2.4).

A relação de confiança estabelecida entre a equipa e as pessoas/famílias acompanhadas favoreceu a adesão às intervenções e a capacitação para a gestão da doença e das suas implicações no quotidiano (J1.4.1, J2.2.4).

A relação de confiança foi construída através de uma comunicação terapêutica consistente e centrada na pessoa/família, com recurso a escuta ativa, clarificação, reformulação e validação.

Em cada visita domiciliária iniciava-se um momento de acolhimento e atualização das necessidades, evitando terminologia técnica, adequando a linguagem ao nível de literacia em saúde da pessoa e família. O plano de cuidados era co-construído com a pessoa e cuidador informal, definindo metas partilhadas e realistas, explicitando responsabilidades, o que reforçou a perceção de parceria e a autonomia. No final de cada intervenção era realizada uma síntese partilhada para confirmar a compreensão, promovendo segurança e adesão.

A previsibilidade e continuidade também sustentaram a confiança: cumprimento de horários, coerência nas orientações entre profissionais, registos de enfermagem claros e resultados/ganhos observados.

Foram igualmente asseguradas a privacidade e confidencialidade, obtendo consentimento informado para todas as intervenções e respeitando preferências e ritmo da família. Sempre que se considerou pertinente, realizaram-se conferências familiares para alinhar expectativas e distribuir tarefas de forma equitativa, reduzindo conflitos e sobrecarga.

A disponibilidade para esclarecer dúvidas e o reforço positivo perante pequenas conquistas consolidaram a relação, traduzindo-se numa maior participação da díade cuidador–pessoa dependente e numa adesão sustentada ao programa de reabilitação.

Deste modo, a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no contexto domiciliário revelou-se essencial, permitindo não apenas a reabilitação da pessoa no seu ambiente familiar, mas também a capacitação do cuidador e a promoção da máxima independência possível, dentro das limitações impostas pela condição clínica.

O objetivo específico definido para este contexto de Estágio e as atividades são:

**Objetivo 1 - Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família em contexto de visita domiciliária, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação**

**Atividades:**

- Realização de visitas domiciliárias com a equipa;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão;

- Realização de sessões de RFR e/ou RFM.
- Realização de um estudo caso.
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

O processo de integração na equipa revelou-se fundamental para a realização das visitas domiciliárias no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, permitindo uma abordagem estruturada e eficaz na prestação de cuidados.

A primeira visita domiciliária a uma pessoa com sequelas de AVC demonstrou a importância da articulação entre os profissionais para garantir uma intervenção adequada. A equipa foi bem recebida pela família, o que possibilitou um primeiro contacto enriquecedor, incluindo a realização de uma conferência familiar. Durante esta reunião abordaram-se aspetos essenciais como a gestão de expectativas, limitações nas AVD, estratégias adaptativas, bem como a manifestação e desmistificação de medos e receios associados à condição do doente (J1.1.5, J1.1.7, A2.1.5).

No contexto específico desta pessoa, identificada no estudo de caso (apêndice XX) como A.A., com 78 anos e diagnóstico de AVC isquémico há quatro meses, foi evidente a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar. A sua dependência severa, confirmada pela pontuação de 20/100 na Escala de Barthel, indicou limitações significativas na realização de AVD, exigindo uma intervenção centrada na reabilitação motora, prevenção de complicações e apoio ao cuidador principal, a esposa. Durante as visitas foi utilizada a Escala de Barthel para monitorizar os progressos e ajustar intervenções, garantindo um planeamento eficaz dos cuidados (J1.1.6, D2.2.6). As AVD avaliadas incluíram: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se, controlo dos esfíncteres, uso da sanita, transferências da cama para a cadeira, deambulação e subida/descida de escadas. No caso específico acompanhado, a pessoa apresentava uma dependência severa, com incapacidade em grande parte destas atividades, necessitando de apoio total para a maioria delas. Ainda assim, ao longo das sessões foi possível estimular pequenos progressos, nomeadamente nas transferências e na alimentação, os quais representaram ganhos relevantes para a autoestima e para o envolvimento ativo no processo de reabilitação.

As sessões de reabilitação centraram-se na mobilização passiva e ativa-assistida, na prevenção de contraturas e na promoção da funcionalidade residual. No entanto, algumas limitações foram observadas, nomeadamente a dificuldade em realizar atividades no âmbito da RFM, devido ao aumento da perceção de cansaço e dispneia. Ainda assim, registou-se uma melhoria do padrão respiratório através da execução de exercícios de controlo respiratório, o que reforça a importância de intervenções personalizadas e ajustadas às necessidades individuais (J1.3.3).

A monitorização contínua, através da implementação das atividades do programa de reabilitação e adaptação às intervenções, revelou progressos subtis, mas relevantes, tanto a nível da mobilidade como do bem-estar emocional da pessoa e do cuidador (D2.3.3, B1.1.3).

Os progressos subtis observados ao longo das intervenções incluíram uma maior amplitude nos movimentos passivos e ativos-assistidos, redução da rigidez muscular em alguns segmentos corporais e uma melhoria na coordenação respiratória, com menor sensação de dispneia durante os exercícios. Do ponto de vista funcional, registaram-se pequenos avanços na capacidade de manter o equilíbrio sentado e no envolvimento ativo da pessoa durante as mobilizações, o que demonstrou maior participação e adaptação ao programa de reabilitação. No cuidador informal, foi notória uma redução gradual da perceção de sobrecarga e um aumento da confiança para executar os cuidados no domicílio, aspetos essenciais para a continuidade da reabilitação em ambiente familiar (D2.3.3, B1.1.3).

Em termos reflexivos, destaca-se a importância da coordenação entre as equipas de cuidados domiciliários e comunitários, garantindo uma abordagem conjunta, coerente e eficiente. A realização de reuniões periódicas entre as diferentes equipas envolvidas nos cuidados permitiu uniformizar discursos, alinhar planos de ação e otimizar a gestão de expectativas, beneficiando diretamente a pessoa e a sua rede de suporte. Esta articulação é essencial para garantir a continuidade dos cuidados e maximizar os ganhos em saúde, promovendo a qualidade de vida e autonomia da pessoa e cuidador sempre que possível (A1.2.3).

## **8. Serviço de Neurologia**

O último contexto de Estágio decorreu no Serviço de Neurologia num hospital da zona da Grande Lisboa, integrado numa unidade que abrange duas valências médicas.

Este serviço conta com doze vagas de enfermagem e quatro vagas na Unidade de Cuidados Intermédios, sendo direcionado exclusivamente para o acompanhamento de pessoas adultas com patologias neurológicas agudas.

Durante o turno da manhã estava sempre presente um Enfermeiro que desempenhava funções específicas de Enfermagem de Reabilitação (C1.1.2).

Relativamente à especificidade do serviço, a patologia mais prevalente foi o AVC, o que representou uma oportunidade relevante para aprofundar conhecimentos e aplicar intervenções de Enfermagem de Reabilitação, ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa (J1.1.1, J1.2.1).

A equipa multidisciplinar demonstrou um forte compromisso com a Reabilitação, sendo notória a valorização do papel do EEER no Serviço. A equipa médica recorre frequentemente ao EEER para discutir a evolução clínica das pessoas com maior dependência funcional, o que reflete o reconhecimento da importância da sua avaliação e intervenção (J2.2.4, J1.2.4).

No acompanhamento da pessoa com uma patologia neurológica aguda, devemos não só focar-nos no défice motor e na sua reabilitação, mas também nas alterações da sensibilidade, perceção, comportamento, cognição e estado emocional, exigindo uma abordagem holística na intervenção do EEER.

Assim, a reabilitação deve considerar não apenas a recuperação da função motora, mas também o suporte a outros sistemas, como o respiratório, emocional e cognitivo, de forma integrada (A1.1.1, J1.4.1).

A construção de uma relação terapêutica de confiança, baseada no respeito pelos valores e preferências da pessoa é fundamental para o sucesso do processo de reabilitação. Tanto a pessoa como a família partilham, com o EER, o seu conhecimento sobre a sua realidade e as dificuldades sentidas, enquanto os profissionais de saúde oferecem suporte técnico e emocional, promovendo a autonomia e qualidade de vida da pessoa em reabilitação (B2.2.4, J2.2.3).

Os objetivos específicos definidos para este contexto de Estágio e as atividades são:

**Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa internada e CI no Serviço de Neurologia**

**Atividades:**

- Inclusão da pessoa no plano de reabilitação;
- Aplicação de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão;
- Realização de sessões de RFR e/ou RFM.
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

A avaliação das pessoas é realizada no início e no fim de cada sessão de reabilitação, sendo realizada através da escala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e pelo Índice de Barthel. Analisados os resultados, é possível constatar que na maioria das pessoas existem, após algumas sessões de Enfermagem de Reabilitação, ganhos a nível dos défices neurológicos (J1.4). Ao longo das sessões de reabilitação verificaram-se melhorias nos défices neurológicos, nomeadamente na força muscular dos membros afetados, na coordenação motora e na capacidade de manter o equilíbrio postural ortostático durante a marcha assistida. Em alguns casos, observou-se ainda a

recuperação parcial da motricidade fina, essencial para a realização de tarefas como a alimentação ou a escrita, bem como redução da heminegligência, através da estimulação dirigida. Houve igualmente ganhos na articulação da linguagem e na expressão verbal, quando integradas estratégias de comunicação simples durante as sessões.

Estas melhorias traduziram-se em maior autonomia funcional e refletiram-se positivamente nas pontuações obtidas na Escala NIHSS e no Índice de Barthel, confirmando a eficácia das intervenções do EEER no processo de recuperação neurológica.

Durante o processo de reabilitação, as intervenções são iniciadas de forma progressiva, garantindo conforto e segurança à pessoa. A abordagem inicial foca-se na manutenção da amplitude articular, força muscular e treino de motricidade fina, evoluindo posteriormente para exercícios que envolvem equilíbrio, coordenação e mobilidade ativa. A adequação da complexidade dos exercícios ao longo do tempo permite que a pessoa desenvolva competências funcionais que favorecem a sua independência nas atividades diárias (J3.2.2, J3.2).

Foi perceptível que a implementação das atividades do programa de reabilitação de cada pessoa visa estimular a mesma e a família a desenvolver estratégias adaptativas que possibilitam a realização das atividades de vida diária com o máximo de autonomia possível. Ao implementar as técnicas e ao realizarmos ensinamentos estruturados e ajustados às necessidades individuais, foi possível promover a autoconfiança e a participação ativa ao longo do processo de reabilitação (J2.1, J1.2, J3.1).

A relação terapêutica que foi estabelecida com a pessoa e a família desempenhou um papel crucial na adesão ao plano de reabilitação. A comunicação eficaz e a abordagem centrada na pessoa permitiram criar um ambiente de confiança e motivação, que são elementos fundamentais para o sucesso da intervenção. Além disso, a colaboração interdisciplinar foi essencial para garantir um acompanhamento holístico, envolvendo os diversos profissionais de saúde, como os terapeutas da fala, os fisioterapeutas e as assistentes sociais, sempre que necessário (C1.1.4).

Ao longo do processo, a reavaliação contínua da evolução funcional da pessoa possibilitou alterações do programa de reabilitação, garantindo assim que as estratégias implementadas se mantivessem sempre adequadas às necessidades da pessoa e da família.

A transição do ambiente hospitalar para o domicílio ou para uma unidade de cuidados continuados integrados foi cuidadosamente planeada, onde foi assegurado que a pessoa e o CI fossem devidamente preparados para a nova realidade e dispunham dos recursos necessários para a continuidade dos cuidados (J1.4, J3.2).

O ensino ao CI foi integrado no processo de reabilitação, proporcionando-lhe conhecimento e competências para apoiar a pessoa no dia a dia. Esta abordagem contribuiu para a diminuição do risco de complicações e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e da família, promovendo uma adaptação positiva à nova condição de saúde (J1.2, J2.1, J3.1).

Deste modo, a atuação do EEER na reabilitação assume um papel central na capacitação da pessoa e do CI, impulsionando ganhos em saúde que se refletem na adaptação ao contexto de vida.

## **Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados no Serviço de Neurologia**

### **Atividades:**

- Identificação das necessidades de formação da equipa;
- Realização de uma folha de passagem de turno para os EEER (apêndice XXI).
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

Com o intuito de identificar áreas prioritárias de intervenção no Serviço, foi realizada uma auscultação junto do SC, permitindo compreender as necessidades específicas da equipa e das pessoas com necessidade de reabilitação.

A SC identificou como uma necessidade dos Enfermeiros de Reabilitação o desenvolvimento de uma folha de passagem de turno direcionada aos mesmos, facilitando a comunicação estruturada, a sistematização da informação e a continuidade dos cuidados prestados (B2.2.1).

Dado o enfoque do Serviço na reabilitação neurológica, a implementação desta ferramenta visou sistematizar e otimizar a partilha de informações relevantes entre turnos, assegurando que a evolução funcional das pessoas fosse adequadamente acompanhada. A folha de passagem de turno foi concebida com base nas principais necessidades identificadas, englobando parâmetros fundamentais relacionados com a autonomia funcional, mobilidade, controlo de sintomas e intervenções específicas do EEER (B2.2.1) revista pela SC, SP e restante equipa de ER.

A equipa de ER implementou este documento, obtendo-se um feedback muito positivo. A equipa salientou que facilita a sistematização da informação de Enfermagem de Reabilitação, permitindo uma continuidade dos cuidados mais organizada, uma perspetiva da evolução da pessoa e facilitação da utilização dos dados para eventuais estudos de investigação.

Terminados os Estágios, considera-se que a diversidade e complexidade dos contextos, assim como as atividades realizadas foram uma enorme mais-valia para o

desenvolvimento e aquisição das competências comuns, específicas do ER e de mestre, fundamentais ao percurso formativo desenvolvido.

#### IV. Desenvolvimento de competências de Especialista e de Mestre ao longo dos contextos de Estágio

As desenvolvidas ao longo dos Estágios tiveram como base os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo do Curso de Mestrado, do meu percurso profissional, assim como as orientações fundamentais das SC e SP.

As competências específicas do EEER sublinha que este: *“cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* <sup>2 p.13566</sup>.

O EEER tem como área de intervenção aquela que *“previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoque deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”* <sup>34, p.5</sup>.

Na fase final deste percurso importa evidenciar que foram desenvolvidas e adquiridas as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER, com base nas atividades delineadas e implementadas ao longo de todos os contextos de Estágio.

Ao longo dos Estágios do Módulo I e II desenvolvi as seguintes competências:

- Competências do EE: A1, A2, C2, D1, D2
- Competências do EEER: J1, J2, J3
  - Compreender, pela perspetiva do EEER, as dinâmicas funcionais dos contextos de Estágio, articulando com a equipa multidisciplinar;
  - Intervir positivamente no processo de transição saúde/doença, com vista à maximização da autonomia, capacitação, qualidade de vida e integração social;
  - Cuidar da pessoa e da família no domicílio em contexto de Enfermagem de Reabilitação;
  - Cuidar da pessoa e da família no internamento em contexto de Enfermagem de Reabilitação;
  - Cuidar da pessoa em idade pediátrica e da família no internamento numa unidade de cuidados intensivos na perspetiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar.
- Competências do EE: A1, A2, B3, C1 D1, D2
- Competências do EEER: J1, J2, J3

- Refletir sobre os diversos momentos de aprendizagem para progredir na aquisição das competências específicas do EEER;
  - Agir de acordo com a ética e a deontologia inerentes à profissão respeitado sempre a pessoa e a família;
  - Aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos acerca das intervenções do EEER na realização de programas de enfermagem de reabilitação de acordo com as necessidades identificadas na avaliação inicial e funcional;
  - Realizar planos de intervenções como ER no âmbito da reeducação funcional motora, reeducação funcional respiratória/limpeza das vias aéreas e treino de AVD.
- Competências do EE: B1, B2
    - Identificar a necessidade de formação da equipa multidisciplinar sobre uma temática pertinente;
    - Elaborar material informativo para a equipa, a pessoa e/ou família;
    - Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar e nas passagens de ocorrências;
    - Promover a partilha de conhecimento;
    - Mobilizar conhecimentos para promover a melhoria contínua nos cuidados de EE.

O EEER deve realizar uma avaliação completa e holística da pessoa, respeitando as suas individualidades e desenvolver planos de reabilitação individualizados de modo a promover a capacidade de cada pessoa e sua família<sup>33</sup>.

Os EEER têm como competência envolver, sempre que necessário, a equipa multidisciplinar e os recursos existentes, assim como, Meleis defende a importância da continuidade dos cuidados ao longo das diferentes transições de saúde<sup>32 e 33</sup>.

Em suma, torna-se pertinente articular a teoria das transições de Afaf Meleis com as competências do EE e as competências do EEER, salientado a importância de uma abordagem holística, centrada na pessoa e na família e sempre baseada em evidência científica, promovendo os melhores cuidados de reabilitação.

## V. Considerações Finais

A pessoa é, em qualquer circunstância, o foco dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, podendo assumir o papel de quem apresenta dependência ou de quem presta cuidados. Neste sentido, a intervenção do EEER visa promover a aquisição ou recuperação de habilidades que permitam à pessoa dependente desenvolver o seu autocuidado e, dessa forma, alcançar o maior nível possível de autonomia e qualidade de vida. O EEER atua de forma sistematizada, recorrendo ao processo de enfermagem e a práticas baseadas na evidência, garantindo cuidados individualizados e centrados na pessoa e na família.

Na maioria das situações, a reabilitação interfere de forma direta na dinâmica familiar, implicando frequentemente reorganização de rotinas, aumento da sobrecarga do CI e necessidade de adaptação a novas exigências físicas e emocionais. Compete ao EEER identificar precocemente estas necessidades, planejar intervenções educativas e de treino e articular com a equipa multidisciplinar, assegurando que a família dispõe de estratégias eficazes para lidar com as mudanças impostas pela dependência.

No caso particular da pessoa dependente por AVC, a capacitação do CI assume um papel central. O AVC provoca alterações súbitas e profundas na vida da família, exigindo do cuidador competências acrescidas para garantir cuidados seguros, prevenir complicações e facilitar a recuperação funcional. A utilização de instrumentos como o Índice de Barthel e a Escala de Zarit permitiu evidenciar ganhos concretos na autonomia da pessoa dependente e na diminuição do desgaste físico do CI, comprovando a eficácia da intervenção especializada do EEER.

A implementação deste projeto revelou-se positiva e enriquecedora, mesmo exigindo uma adaptação constante da intervenção nos diferentes contextos. O trabalho desenvolvido consolidou a consciência do papel insubstituível do EEER na capacitação do CI e na facilitação da adaptação familiar ao processo de dependência, reforçando a importância de planejar cuidados integrados, promover a continuidade de cuidados e desenvolver relações terapêuticas de confiança.

A metodologia de problematização utilizada favoreceu uma reflexão crítica sobre a prática e contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal, fortalecendo as competências técnicas, científicas e relacionais indispensáveis a um exercício autónomo, ético e responsável da Enfermagem de Reabilitação.

Como objetivos futuros, destaca-se a necessidade de reforçar programas comunitários de apoio ao CI da pessoa dependente por AVC, investindo na investigação e na avaliação sistemática dos resultados para sustentar políticas de saúde que reconheçam e valorizem o papel do EEER.

## VI. Referências Bibliográficas

1. Regulamento N.º 140/2019 – DR II Série. 26 (2019/02/06) 4744-4750;
2. Regulamento N.º 392/2019 – DR II Série. 85 (2019/05/03) 13565-13568;
3. Oliveira, C.; Couto, G.; Silva, R. – Enfermagem De Reabilitação Nos Cuidados De Saúde Primários. In Ribeiro, Olga – Enfermagem De Reabilitação De Reabilitação: Conceções E Práticas. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 2021. Isbn 978-989-752-723-4. P.654-670;
4. World Health Organization. Definition of stroke. Geneva: WHO; 2006.
5. Portugal AVC – União de Sobreviventes, Familiares e Amigos. Associação alerta que 30% dos AVC afectam pessoas em idade activa e pede reabilitação atempada. HealthNews; 28 Mar 2025.
6. Sociedade Portuguesa de Cardiologia/Atlas ESC. Portugal tem taxas de mortalidade por AVC superiores à Europa Ocidental. Público; 20 Jan 2020.
7. SPAVC/Portugal AVC. Prioridade negligenciada: quase 30% dos sobreviventes têm incapacidade permanente; apenas 22,2% das UAVC estão equipadas. Atlas da Saúde; 2018.
8. SAFE & ESO. Plano de Acção para o AVC na Europa. Portugal AVC; 29 Mar 2023.
9. Diário/Sociedade. Até 2035, aumentará um milhão de sobreviventes de AVC na Europa. Público; 22 Nov 2024.
10. Dados globais: sobrevivência pós-AVC — 20% com autonomia, 16% com incapacidade ligeira/moderada, 64% com incapacidade severa.
11. Barbosa PM, et al. Estudo sobre reabilitação pós-AVC em Portugal (460 doentes). Notícias UP/Observador; Apr 2024.
12. Inquérito Portugal AVC 2021 (823 doentes): 55% sem retomar reabilitação. Jornal Económico/Público; 30 Mar 2021.
13. Nunes R. Equidade no acesso dos sobreviventes de AVC aos cuidados de reabilitação. Revista Business Portugal; Apr 2023.
14. EUROCARERS. European Association Working for Carers – About Carers. [em linha]. Brussels: Eurocarers, 2020. Disponível em: <https://eurocarers.org/about-carers/>;
15. Freitas, A. [Et Al.] – O Regresso A Casa Do Doente Hemiplégico: Organização Da Família Para Promover O Bem-Estar. In Costa, Maria Arminda; Gomes, Bárbara; Martins, Maria

- Manuela – Enfermagem De Reabilitação: Colectânea De Textos. Coimbra: Formasau, 2010. Isbn 979-989-8269-12-6. P.283-313.;
16. Organização Mundial Da Saúde – Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra: OMS, 2006. ISBN 92 4 159404 7. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>.;
  17. Taylor, Susan G.- Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile- Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªed. Loures: Lusociência; 2004. p. 211-226;
  18. Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral – Guia essencial – 2016. Disponível em: <https://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICO>;
  19. Santos, Naiana [Et Al.]. Development And Validation A Nursing Care Protocol With Educational Interventions For Family Caregivers Of Elderly People After Stroke. Revista Brasileira Enfermagem. (Suppl 3). 2020. P.1-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894>.;
  20. Petronilho, F.; Machado, M. – Teorias De Enfermagem E Autocuidado: Contributos Para A Construção Do Cuidado De Reabilitação. In Marques-Vieira, Cristina; Sousa, Luís – Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida. Loures: Lusodidata, 2017. Isbn 978-989-8075-73-4. P.3-14.;
  21. Krieger, T.; Feron, F.; Dorant, E. – Developing A Complex Intervention Programme For Informal Caregivers Of Stroke Survivors: The Caregivers' Guide. Scandinavian Journal Of Caring Sciences. Germany. 2016, P.146–156. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/Scs.12344>>;
  22. Pierce, L. [Et Al] – Qualitative Analysis Of A Nurse's Responses To Stroke Caregivers On A Web-Based Supportive Intervention. Topics In Stroke Rehabilitation. 2015. P.152-159. Disponível em: <https://doi.org/10.1179/1074935714z.0000000011>>;
  23. Ribeiro, O.; Pinto, C.; Regadas, S. – A Pessoa Dependente No Autocuidado: Implicações Para A Enfermagem. Revista De Enfermagem Referência. Série 4, 2014. P.25-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/Riii12162>;
  24. Sequeira, C. – Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental. 2ª Ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 2018. Isbn 9789897522789.;

25. Araújo, O. [Et Al.] – Intervention In Informal Caregivers Who Take Care Of Older People After A Stroke (Incare): Study Protocol For A Randomised Trial. *Journal Of Advanced Nursing*. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/Jan.12697>;
26. Araújo, O. [Et Al.] – A Quasi-Experimental Study Of The Effect Of An Intervention On Older Stroke Survivors' Functionality. *Applied Nursing Research*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.Apnr.2020.151280>;
27. Smith, O. [Et Al.] – Caregiver Interventions For Adults Discharged From The Hospital: Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 2019 P. 1960–1969. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/Jgs.16048>;
28. Zhang, L.; Zhang, T.; Sun, Y. – A Newly Designed Intensive Caregiver Education Program Reduces Cognitive Impairment, Anxiety, And Depression In Patients With Acute Ischemic Stroke. *Brazilian Journal Of Medical And Biological Research*. 2019, P.1-13. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20198533>;
29. Day, C. [et al.] – Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Bio Med Central Trials*. Brazil. 2018, p.1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2454-5>.;
30. Wang, Tzu-Chi [et al.] – Caregivermediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2015, p.3-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1545968314532030>.;
31. Rocha, P. [et al.] – Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011. p.3131-3138. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/13.pdf>
32. Meleis, A. – *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.;
33. Meleis, A. – *Transitions Theory: Midle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-0535-6.;
34. Araújo O. O cuidado informal a pessoas idosas dependentes no autocuidado após um acidente vascular cerebral: avaliação do impacto do programa InCARE na capacitação dos cuidadores [tese de doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2016.
35. Coutinho SC, Grilo EN. Suporte educacional à pessoa com AVC e família: revisão integrativa da literatura. *Rev Ibero-Am Saúde Envelhec*. 2019;5(2):412–22.

36. Ferreira IMRA. Programas de suporte a cuidadores informais de idosos e doentes crónicos: uma revisão sistemática [dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2020.
37. Raposo AMC. Efeito de uma intervenção educativa dirigida ao cuidador informal: utente com doença avançada no domicílio [dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
38. Feigin VL, et al. Global burden of stroke and risk factors in 2022: a systematic analysis. *Lancet Neurol.* 2022;21(10):912-927.
39. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2021. Lisboa: DGS; 2021.
40. Teasell R, Salbach NM, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part Two: Transitions and community participation. *Int J Stroke.* 2021.
41. Cumming TB, Packer M, Kramer SF, English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke.* 2018;11(9):968-977.
42. Lutz BJ, Young ME, Cox KJ, et al. The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. *Top Stroke Rehabil.* 2017;24(6):453-460.
43. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: WHO; 2022.
44. Martinsen R, Kirkevold M, Sveen U, Bronken BA. Supporting caregivers of stroke survivors: A systematic review of rehabilitation interventions. *J Rehabil Med.* 2022;54(3):jrm00221.
45. Bakas T, et al. Caregiving Outcomes After Stroke. *Stroke.* 2020;51(4):1030-1036.
46. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *J Clin Nurs.* 2015;24(17-18):2376-85.
47. Choo PY, Shaik MA, Tan-Ho G, Lee J, Ho AHY. Living losses in stroke caregiving: a qualitative systematic review of systematic reviews. *Int J Stroke.* 2023;18(3):268-77.
48. Jammal M, Kolt GS, Liu KPY, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials to reduce burden, stress, and strain in informal stroke caregivers. *Clin Rehabil.* 2024;38(4):345-57.
49. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *J Clin Nurs.* 2015;24(17-18):2376-85.

50. Bastawrous M. Caregiver burden—A critical discussion. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(3):431–441.
51. Sit JW, Chair SY, Choi KC, et al. Association between caregivers' strain and stroke survivors' psychosocial outcomes: A systematic review. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2021;30(9):105828.
52. Sapkota S, et al. Effectiveness of Family Caregiver Training Programs on Outcomes for Stroke Survivors: A Meta-Analysis. *J Rehabil Res Dev.* 2021;58(3):45-60.
53. Cheng L, et al. Psychosocial Interventions for Family Caregivers of Stroke Survivors: A Systematic Review. *J Aging Health.* 2022;34(2):217-232.
54. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001. p. 199.
55. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress.* 5th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2018.
56. McCormack B, McCance T. *Person-centred nursing: theory and practice.* 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2017.
57. Greenwood N, Mackenzie A, Cloud G, Wilson N. Informal primary carers of stroke survivors living at home – Challenges, satisfactions and coping: A systematic review. *Disabil Rehabil.* 2009;31(2):93–104.
58. Smith LN, Procter N, Ismail M, et al. Informal carers' experiences of discharge from hospital following stroke: a systematic review of qualitative studies. *Disabil Rehabil.* 2021;43(4):503–14.
59. Sorensen S, van den Berg B, Conradsen HT, et al. Informal caregivers' burden and distress in stroke care: a longitudinal study. *J Clin Nurs.* 2019;28(17–18):3141–51.
60. Hoeman, Shirley P. – *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados.* 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.;
61. *Ordem Dos Enfermeiros – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015. Edição Portuguesa.* Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2016. ISBN: 978-989-8444-35-6.:
62. Sequeira C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* 2ª ed. Lidel Edições técnicas, Lda; 2018
63. Roy, Dianne [et al] – Health professional and family perceptions of post-stroke information. *Nursing Praxis in New Zealand.* 2015, p.7-21. Disponível em: 10.36951/NgPxNZ.2015.004.

64. Danzl, Megan [et al.] – “A lot of things passed me by”: rural stroke survivors and caregivers experience of receiving education from health care providers. *The Journal of Rural Health*. 2016, p.13-24. Disponível em: <http://doi: 10.1111/jrh.12124.>;
65. Freitas, A. [Et Al.] – O Regresso A Casa Do Doente Hemiplégico: Organização Da Família Para Promover O Bem-Estar. In Costa, Maria Arminda; Gomes, Bárbara; Martins, Maria Manuela – *Enfermagem De Reabilitação: Colectânea De Textos*. Coimbra: Formasau, 2010. Isbn 979-989-8269-12-6. P.283-313.;
66. Phipps, J.; Sands, K.; Marek, F. – *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª ed. Lisboa: Lusociência, 2003. vol. I (XXIII, 653 p.). ISBN 972-8383-65-7;
67. Araújo, O. [et al.] – Development and psychometric properties of ECPICID-AVC to measure informal caregivers’ skills when caring for older stroke survivors at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016, p. 821-829. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12291.>;
68. Sequeira CA. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*. março de 2010;9-16.
69. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*. 1994;26(2):119–127.
70. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
71. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer; 2010.
72. Bakas T, et al. The chronic caregiving trajectory of stroke family caregivers. *J Neurosci Nurs*. 2014;46(6):343–354.
73. Rochette A, Bravo G, Desrosiers J, St-Cyr Tribble D, Bourget A. Adaptation of caregivers following a mild stroke: a descriptive study of the first 6 months. *Disabil Rehabil*. 2014;36(3):245–252.
74. Organização Mundial da Saúde. *Cuidados paliativos*. Genebra: OMS; 2002.
75. Hesbeen W. *Enfermagem: uma presença no tempo e no cuidado*. Loures: Lusociência; 2003. p. XIV.

## **Apêndices**

I: Levantamento de Necessidades de Formação na Equipa de Enfermagem  
no Contexto de Hospitalização Domiciliária

## Contexto - Unidade de Hospitalização Domiciliária

### Levantamento de Necessidades de Formação – Profissionais de Enfermagem

1. Tem formação específica na área da Capacitação do Cuidador Informal?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

2. Considera importante para a sua prática diária, a formação na área da Capacitação do Cuidador Informal?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

3. Considera importante a intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

4. Refira as 3 maiores dificuldades/desafios que tem na Capacitação do Cuidador Informal.

---

---

---

5. Pela sua experiência, mencione 3 atividades em que os Cuidadores Informais demonstram mais dificuldades.

---

---

---

6. Considera que a formação seria importante para a identificação atempada de situações de encaminhamento para o Enfermeiro Especialista de Reabilitação?

Sim \_\_\_

Não \_\_\_

7. Considerando uma formação na área da Capacitação do Cuidador Informal, refira 4 temas fundamentais a abordar numa formação deste âmbito, que considera que seriam uma mais valia para uma melhor avaliação e encaminhamento para o Enfermeiro Especialista de Reabilitação?

---

---

---

---

8. Sendo o conhecimento e a partilha do mesmo fundamentais aos melhores cuidados, qual considera a melhor via para o fazer na área da Capacitação do Cuidador informal (dirigida ao Cuidador):

- Sessão de formação expositiva \_\_\_\_\_

- Guia \_\_\_\_\_

- Folheto \_\_\_\_\_

- Outros (Especifique) \_\_\_\_\_

**Questionário  
Cuidador**

Questionário nº \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo presta cuidados?**

- 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- >3 anos

**Durante quanto tempo por dia presta cuidados?**

- Contactos pontuais
- < 6 horas
- 6 a 12 horas
- 12 a 18 horas
- 18 a 24 horas

**É a primeira vez que é cuidador?**

Sim  Não

II: Plano de sessão – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora



### PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Utilização de Inaladores e Câmara Expansora			
<b>Grupo a que se destina:</b> Profissionais de Enfermagem da Unidade de Hospitalização Domiciliária do [REDACTED]			
<b>Local:</b> Unidade de Hospitalização Domiciliária do [REDACTED]			
<b>Data:</b> 24/01/2024			
<b>Duração:</b> 25' min			
<b>Docentes:</b> Supervisora Clínica Enfermeira Especialista [REDACTED]; Supervisora Pedagógica Professora Doutora Joana Marques			
<b>Discentes:</b> Pedro Veríssimo (Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP-Lisboa)			
<b>Objetivo específico:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Efetuar apresentação sobre a temática – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora</li></ul>			
<b>Objetivos Operacionais:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Apresentar a importância e pertinência da temática "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora";</li><li>Apresentar os diferentes conteúdos presentes na apresentação– "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora";</li><li>Apresentar os diferentes conteúdos presentes no folheto – "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora";</li><li>Esclarecer dúvidas;</li><li>Escutar opiniões.</li></ul>			
Conteúdos	Método/ Técnica	MAE	Tempo
1. Breve introdução ao preletor, tema e sumário da sessão;	Expositivo/ Participativo		1' minutos
2. Apresentar os diferentes conteúdos presentes na apresentação– "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora";	Expositivo/ Participativo	PowerPoint	10' minutos
3. Abordar os conteúdos presentes no folheto – "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora"	Expositivo/ Participativo		4' minutos

4. Esclarecer dúvidas	Ativo/Participativo		5' minutos
5. Escutar opiniões	Ativo/Participativo		5' minutos
<b>Bibliografia</b> <ol style="list-style-type: none"><li>Direção Geral de Saúde (2013) Orientação sobre Utilização de Dispositivos Simples em Aerssolterapia. Orientação nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013. Disponível: <a href="https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencasrespiratorias/normas-e-orientacoes.aspx">https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencasrespiratorias/normas-e-orientacoes.aspx</a>;</li><li>Direção Geral de Saúde (2017) Orientação sobre Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma nº 010/2017 de 28/06/2017. Disponível : <a href="https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-28072017-pdf.aspx">https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-28072017-pdf.aspx</a>;</li><li>Maricoto et al., (2016) - Educação para a melhora da técnica inalatória e seu impacto no controle da asma e DPOC: um estudo piloto de efetividade intervenção J Bras Pneumol. 2016;42(6):440-443;</li><li>Cordeiro,M.C (2014).Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios.Loures: Editora Lusodidacta.</li></ol>			

III: Folheto – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora

### Como limpar a câmara expansora

- Todas as câmaras expansoras devem ser limpas e desinfetadas para evitar a contaminação e diminuir o risco de outras complicações;
- Deve ser realizada a higienização das câmaras expansoras após cada utilização, se for um tratamento de curta duração, ou pelo menos uma vez por semana se o uso da câmara for prolongado;
- A câmara expansora deve ser desmanchada, retirando todas as peças que são possíveis de ser retiradas;



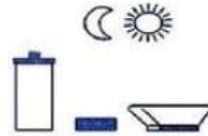
- Deve colocar todas as peças que fazem parte da câmara expansora num recipiente com água morna e detergente da loiça durante 15 minutos;



- Deve passar todas as peças por água limpa e depois agitá-las de forma a retirar o excesso de água;



- Deve deixar as peças da câmara expansora a secar ao ar, na posição vertical de forma a que fiquem completamente secas;



- Após certificar que as todas as peças se encontram completamente secas deve voltar a encaixar todas as peças que fazem parte da câmara expansora;



- Deve guardar a câmara expansora num local livre de pó, gordura ou partículas que possam ser nocivas para a saúde.



## Inaladores e uso da câmara expansora

Utentes e Cuidadores

Serviço: Unidade de Hospitalização Domiciliária  
Elaborado por: Aluno de Mestrado em Reabilitação Pedro  
Data de elaboração/revisão: janeiro de 2024  
Versão: 1  
Verificado por:

## Inalador — o que é?

Os **inaladores** são utilizados para o tratamento de doenças respiratórias. Podem ter que ser usados de forma permanente ou podem ser usados só num determinado período de tempo.

Os inaladores são dispositivos que contêm algum tipo de medicamento para ajudar a melhorar os problemas respiratórios.

Os inaladores são muitas vezes denominados por "bombinhas" ou "bombas".

## Câmara Expansora—o que é?

A **câmara expansora** é um dispositivo que tem como objetivo a extensão ao inalador pressurizado, ou seja, permite que o inalador seja administrado diretamente nas vias aéreas.

O uso da câmara expansora facilita o manuseamento e a administração dos inaladoras.

As câmaras expansoras podem ser utilizadas de duas formas:

- Bocal

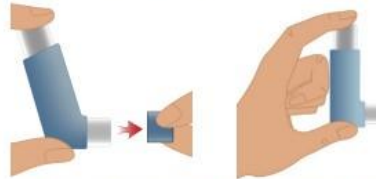


- Máscara facial



## Inalador com câmara expansora: como utilizar

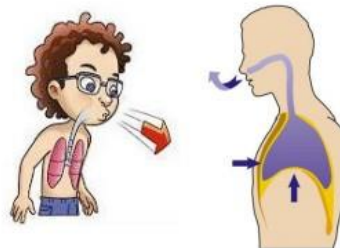
1. Deve estar de pé, sentado ou semi-sentado para que a expansão torácica seja a mais adequada;
2. O inalador deve estar à temperatura ambiente;
3. Deve retirar a tampa do inalador, colocá-lo na posição vertical e agité-lo;



4. Colocar o inalador na posição vertical e adapta-lo à câmara expansora (a formar um L);



5. Antes de adaptar câmara expansora deve realizar um expiração lenta;



6. Câmara expansora:

- **Bocal:** adaptar o bocal da câmara entre os dentes, colocar a língua por baixo e fechar os lábios envolvendo o bocal.



- **Máscara:** deve adaptar a máscara da câmara à cara, certificando-se que a mesma envolve o nariz e a boca.



7. Deve coloca o dedo polegar na parte inferior do inalador e o indicador de pressionar a parte superior do inalador;



8. Após pressionar o inalador deve manter a câmara expansora adaptada cerca de 20 a 30 segundos ou efetuando 3 respirações;

9. Se realizar algum inalador que contenha corticoides deve realizar higiene oral para evitar complicações (candidíase oral)



IV: Sessão de formação – Utilização de Inaladores e Câmara Expansora

## Utilização de Inaladores e Câmara Expansora

Unidade de Hospitalização Domiciliária

Elaborado por: Pedro Veríssimo (Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP-Lisboa)

Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista em Reabilitação

Supervisora Pedagógica: Professora Doutora Joana Marques

janeiro de 2024

1

## CONTEÚDOS/SUMARIO

- Objetivos
- Contextualização;
- Terapêutica inalatória;
- Câmara expansora;
- Particularidades nas pessoas idosas;
- Técnica de administração;
- Manutenção da câmara expansora.

2

## OBJETIVOS

- Apresentar a importância e pertinência da temática "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora";
- Apresentar os diferentes conteúdos presentes na apresentação – "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora";
- Apresentar os diferentes conteúdos presentes no folheto – "Utilização de Inaladores e Câmara Expansora";
- Esclarecer as dúvidas;
- Escutar opiniões.

3

## CONTEXTUALIZAÇÃO

- Esta apresentação surge no contexto do Estágio de Natureza profissional do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, realizado na Unidade de Hospitalização Domiciliária.
- Este estágio foi realizado entre 4/12/2023 e 26/01/2024.

4

## CONTEXTUALIZAÇÃO

Durante o estágio:

- 56% dos utentes tinham idade igual ou superior a 65 anos;
- 50,7% encontravam-se internados por patologias do foro respiratório;
- 48% apresentavam inaladores prescritos.

5

## TERAPÊUTICA INALATÓRIA

- Trata-se da administração de um fármaco sob forma de aerossol;
- A sua incorreta utilização está associada a episódios de agudização da doença, perda de qualidade de vida, assim como aumento de urgências e internamentos;
- Saber ensinar a técnica adequada de administração e ser capaz de identificar erros críticos, é fulcral para a recuperação da pessoa com doença respiratória.

6

## TERAPÊUTICA INALATÓRIA

A pessoa que realiza os ensinamentos deve ter uma panóplia de competências e conhecimentos:

- Deve conhecer os dispositivos e os fármacos, seus métodos de preparação, administração, assim como, as suas características farmacológicas;
- Ser capaz de detalhadamente descrever a técnica inalatória;
- Ser capaz de identificar erros associados, para que estes possam ser corrigidos.

7

## TERAPÊUTICA INALATÓRIA

Deve-se ter em conta múltiplos fatores intrínsecos da pessoa quando se inicia terapêutica inalatória:

- Características pessoais da mesma;
- A sua destreza manual e capacidade de utilização;
- A sua capacidade para realizar uma adequada técnica de inalação;
- Design e especificidades do dispositivo.

8

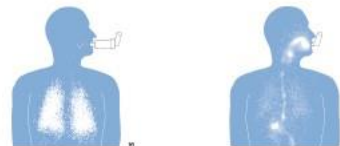
Cerca de 76% dos doentes que usam um pMDI, e entre 49-54% dos que usam MDI-Câmara Expansora cometem, pelo menos, um erro ao usar o seu inalador. (DGS, 2017)

9

## CAMARA EXPANSORA

■ A **câmara expansora** é um dispositivo que tem como objetivo a extensão ao inalador pressurizado, ou seja, permite que o inalador seja administrado diretamente nas vias aéreas.

■ Esta pode ser usada através de bucal ou através de máscara facial.

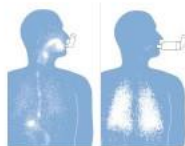


10

## CAMARA EXPANSORA

A utilização de câmara expansora traz inúmeros benefícios à eficácia da utilização de inaladores pressurizados:

- Existe uma melhor deposição do fármaco a nível pulmonar;
- Diminui as necessidades de coordenação por parte da pessoa;
- Reduz a ocorrência de efeitos colaterais.



11

## PARTICULARIDADES NAS PESSOAS IDOSAS

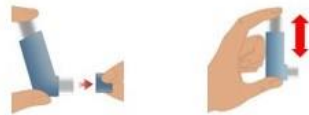
- Fluxo inspiratório reduzido/inadequado;
- Alterações consequentes to processo de senescência;
- Possíveis dificuldades acrescidas no processo de aprendizagem;
- Grande número de terapêutica prescrita.

**Essencial o envolvimento dos prestadores de cuidados e familiares no processo de aprendizagem !**

12

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

1. Deve estar de pé, sentado ou semi-sentado para que a expansão torácica seja a mais adequada;
2. O inalador deve estar à temperatura ambiente;
3. Deve retirar a tampa do inalador, colocá-lo na posição vertical e agitá-lo;



13

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

4. Colocar o inalador na posição vertical e adapta-lo à câmara expansora (a formar um L);
5. Antes de adaptar a câmara expansora deve deitar o ar todo fora lentamente;



14

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

6. Câmara expansora:

**Bocal:** adaptar o bocal da câmara entre os dentes, colocar a língua por baixo e fechar os lábios envolvendo o bocal.

**Máscara:** deve adaptar a máscara da câmara à cara, certificando-se que a mesma envolve o nariz e a boca.



15

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

7. Deve colocar o dedo polegar na parte inferior do inalador e o indicador a pressionar a parte superior do inalador;
8. Deve inclinar a cabeça um pouco para trás para facilitar a entrada do fármaco no aparelho respiratório;

16

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

9. Não deve retirar a máscara durante 20 a 30 segundos ou até realizar 3 ciclos de inspiração-expiração;

10. Se realizar algum inalador que contenha corticoides, após cada administração, deve realizar higiene oral para evitar complicações (candidíase oral).

17

## MANUTENÇÃO DA CAMARA EXPANSORA

- Todas as câmaras expansoras devem ser limpas e desinfetadas para evitar a contaminação e diminuir o risco de outras complicações;
- Deve ser realizada a higienização após cada utilização, se for um tratamento de curta duração, ou pelo menos uma vez por semana se o uso da câmara for prolongado;

18

## MANUTENÇÃO DA CAMARA EXPANSORA

- A câmara expansora deve ser desmontada retirando todas as peças que são possíveis de ser retiradas;
- Deve colocar todas as peças num recipiente com água morna e detergente da loiça durante 15 minutos;



19

## MANUTENÇÃO DA CAMARA EXPANSORA

- Deve passar todas as peças por água limpa e depois agitá-las de forma a retirar o excesso de água; e deixar as peças a secar ao ar, na posição vertical de forma a que fiquem completamente secas;
- Deve voltar a encaixar as peças da câmara expansora e guardá-la num local livre de pó, gordura ou partículas que possam ser nocivas para a saúde.



20

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral de Saúde (2013) Orientação sobre Utilização de Dispositivos Simples em Aerssolterapia. Orientação nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013. Disponível: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencasrespiratorias/normas-e-orientacoes.aspx>;
2. Direção Geral de Saúde (2017) Orientação sobre Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma nº 010/2017 de 26/06/2017. Disponível : <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>;
3. Maricoto et al., (2016) - Educação para a melhora da técnica inalatória e seu impacto no controle da asma e DPOC: um estudo piloto de efetividade intervenção J Bras Pneumol. 2016;42(6):440-443;
4. Cordeiro, M.C (2014).Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios.Loures: Editora Lusodidacta.

21

■ **Obrigado !**



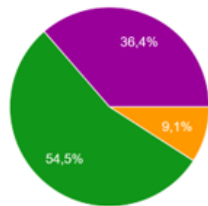
22

V: Avaliação da sessão de formação – Utilização de Inaladores e  
Câmara Expansora

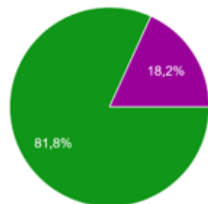
## Avaliação da sessão de formação

### Utilização de Inaladores e Câmara Expansora

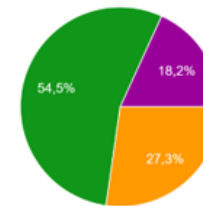
Interesse da temática:  
11 respostas



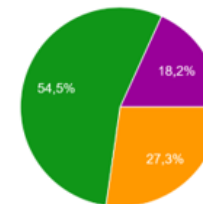
Interesse dos conteúdos apresentados:  
11 respostas



Duração da ação de formação:  
11 respostas

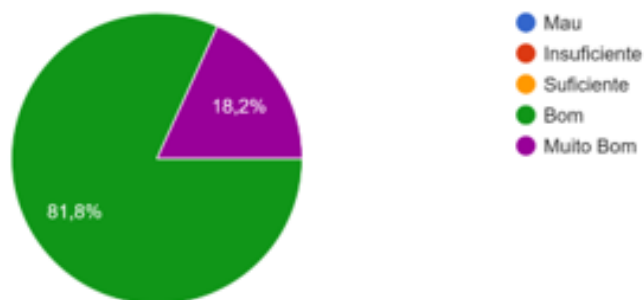


Meios utilizados para a exposição do tema:  
11 respostas



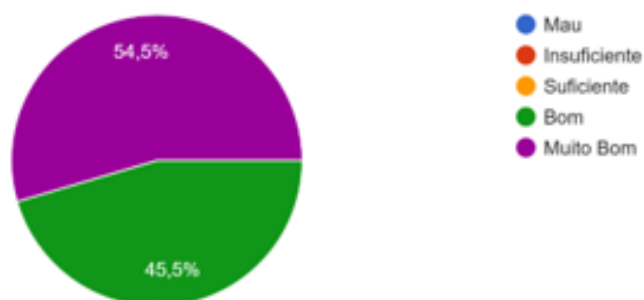
Dinâmica do formador e clareza dos temas:

11 respostas



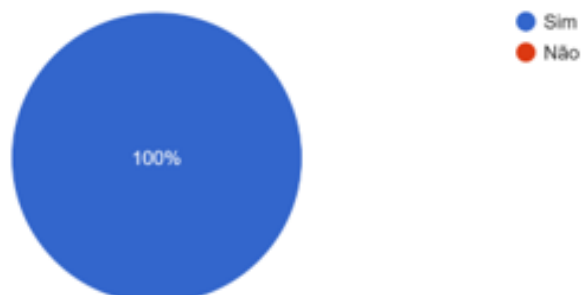
Utilidade prática da formação:

11 respostas



Recomendaria esta sessão de formação a outro colega?

11 respostas



VI: Reflexão sobre um Caso - Estágio de UCC/ECCI

**Contexto - Unidade de Saúde Familiar**

**ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA**

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM**

**RELATÓRIO – MÓDULO I**

---

**Reflexão sobre um Caso – Estágio de UCC/ECCI**

---

Pedro Marquês Veríssimo, n.º 8669

**Supervisora Pedagógica:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

**Supervisora Clínica:**



LISBOA, 2024

## **Índice**

Introdução.....	77
Descrição do Caso .....	78
Plano de Intervenção.....	78
Considerações Finais .....	80

## Introdução

Este trabalho foi elaborado no contexto de Estágio de Reabilitação na área de intervenção de UCC/ECCI, neste irei descrever uma situação de saúde de um utente específico e conseqüente plano de reabilitação elaborado para o mesmo.

A reflexão deste caso apresentado é de um utente inscrito na Unidade de Saúde [REDACTED] e ao qual foram realizados programas de reabilitação funcional respiratória, tendo como objetivo a satisfação das necessidades do doente, melhoria nas atividades de vida diária, envolvimento do doente e família nos cuidados e um aumento da qualidade de vida.

Os dados clínicos do doente foram colhidos do processo clínico do mesmo e por entrevista informal em conjunto com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora. Esta reflexão deste caso tem como o principal objetivo a avaliação das minhas competências comuns de Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação desenvolvidas neste contexto de estágio.

Esta reflexão apresenta-se como ferramenta para a sistematização de conhecimentos e fundamentação das intervenções de enfermagem de reabilitação executadas ao longo do estágio a este utente, tendo sempre como horizonte a recuperação da sua funcionalidade e qualidade de vida.

## **Descrição do Caso**

Para realizar este estudo caso foi-me proporcionado pela Supervisora Clínica a oportunidade de elaborar Planos de Reabilitação a utentes em contexto de visita domiciliária, após uma cuidada reflexão e em conjunto com a mesma decidi elaborar um estudo de caso sobre o Utente D.S. de 79 anos de idade.

O utente é caucasiano, casado e é o cuidador informal da esposa. Como antecedentes pessoais relevantes: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo2, obesidade, ex-fumador e doença pulmonar obstrutiva crónica.

O utente referiu à filha que se sentia mais cansado e sem capacidade para continuar a ser cuidador da esposa. A filha dirigiu-se à Unidade a solicitar apoio.

Após a avaliação do caso procedeu-se à visita domiciliária e conseqüentemente à avaliação do utente, e definiu-se um plano de reabilitação individualizado para o mesmo.

### **Exame Objetivo:**

- Orientado no tempo e no espaço. Autónimo nas atividades de vida diária
- Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas;
- Integridade cutânea mantida. Sem sinais de úlcera por pressão:
- Sem cianose;
- Pulso forte e rítmico;
- À palpação torácica, não se revelam deformidades, regiões dolorosas, expansão pulmonar simétrica, tórax simétrico;
- Auscultação pulmonar revela ferveores crepitantes em ambos os campos pulmonares; com murmúrio vesicular diminuído na metade inferior direita
- Abdómen globoso mole e depressível, não doloroso à palpação.

### **Parâmetros vitais:**

- Pressão arterial: 141/76 mm Hg
- Frequência cardíaca:80 p/mn
- Frequência respiratória: 23 cl/mn
- Temperatura: 36,7°C
- Glicemia capilar: 150 mg/dl
- Dores: sem queixas álgicas

## **Plano de Intervenção**

Perante a situação anteriormente descrita, foi elaborado um plano de reabilitação personalizado para o utente, com o objetivo de corresponder às suas necessidades.

O plano de reabilitação teve como objetivo contribuir para um bem-estar e para restabelecer a homeostasia que foi afetada. Como objetivo principal que o utente voltasse a adquirir capacidade para cuidar da esposa.

Após a realização da avaliação inicial, do historial e sintomatologia do utente, com o apoio da SC , elaborei um plano de reabilitação individual e personalizado dando ênfase à cinesioterapia respiratória (tabela 1).

Face à especificidade da patologia clínica apresentada, doença pulmonar obstrutiva crónica, foi realizado uma sessão de forma a avaliar os conhecimentos do utente sobre a patologia, foram esclarecidas dúvidas e realizados ensinios.

Após a avaliação do utente, foi-lhe proposto um plano de reabilitação com o qual o utente concordou. Este foi cumprido ao longo do período de estágio e foi possível verificar e comprovar os ganhos que o utente e a esposa alcançaram.

**Tabela 1: Plano de Reabilitação**

<p><b>Utente: D.S</b>  <b>Diagnóstico: DPOC agudizada</b>  <b>Antecedentes Pessoais: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo2, obesidade, ex-fumador e doença pulmonar obstrutiva crónica</b></p>		
<b>Atividades</b>	<b>Número de Séries e Repetições</b>	<b>Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>○ Treino de respiração abdómino-diafragmática;</li> <li>○ Abertura costal global;</li> <li>○ Avaliar reflexo da tosse;</li> <li>○ Estimular reflexo da tosse;</li> <li>○ Assistir na tosse;</li> <li>○ Treino livre com espirómetro;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 15 repetições 3 vezes ao dia;</li> <li>○ 10 repetições 3 vezes ao dia;</li> <li>○ 15 repetições 3 vezes ao dia;</li> <li>○ Ao acordar e após as sessões de cinesioterapia respiratória;</li> <li>○ Ao longo do dia, consoante tolerância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 12/02/2024 – o utente refere cumprir o plano de reabilitação implementado.</li> <li>○ O mesmo refere redução de cansaço, permitindo-lhe assim satisfazer as atividades de vida diárias e cuidar da esposa.</li> </ul>

## **Considerações Finais**

Os ganhos em saúde conseguidos pelos cuidados prestados pelos especialistas em Enfermagem de Reabilitação é hoje aceite como uma mais valia nos nossos serviços de saúde.

Estes profissionais concebem e implementam intervenções procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Implementam e programam o treino de Atividades de Vida Diária visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados e da qualidade de vida e implementam programas de treino motor e cardiorrespiratório.

Para conseguir estes objetivos é necessária uma avaliação sistemática, realizar diagnósticos globais, estabelecer intervenções apropriadas e avaliar estas intervenções, quanto à sua eficácia e resultados esperados. Para atingir este enunciado é da maior importância o uso de escalas adequadas que consigam medir com efetividade os ganhos em saúde.

Atingido assim o primeiro objetivo deste estudo de caso que era espelhar de forma clara e sistemática os meus conhecimentos e as minhas competências, consegui alcançar também o objetivo da ação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação em que as intervenções de enfermagem devem ser adequadas às necessidades do doente, tendo como horizonte, a recuperação possível da sua funcionalidade e qualidade de vida.

VII: Reflexão – Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto de  
Cuidados Paliativos

**Contexto - Cuidados Paliativos**

**ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA**

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM  
RELATÓRIO – MÓDULO I**

---

**Reflexão – Estágio de Enfermagem de Reabilitação em  
Contexto de Cuidados Paliativos**

---

Pedro Marquês Veríssimo, n.º 8669

**Supervisora Pedagógica:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

**Supervisora Clínica:**



LISBOA, 2024

## Descrição da Experiência

O caso sobre o qual vou refletir é acerca do Sr. X, cliente de 52 anos, sem antecedentes pessoais de saúde significativos para a situação presente. Já na fase adulta é-lhe diagnosticado esclerose lateral amiotrófica e inicia vigilância em contexto hospitalar. Pouco tempo após o diagnóstico inicial e, segundo a família inicia “quadro depressivo” ao qual nenhum profissional de saúde dá importância. Torna-se agressivo, violento e inicia hábitos aditivos como o tabaco. Começa a recusar os internamentos e tratamentos propostos.

Nesta fase acontece o divórcio, a esposa alega maus tratos. A ex-mulher não volta a entrar em contacto com o senhor X, sendo que deste casamento existe uma filha menor que também pouco visita o pai. Por outro lado, e, de uma anterior relação existe uma filha adulta, mas não tem qualquer tipo de ligação com o pai ou com a família paterna. O Sr. X, aquando do divórcio, sai de casa, vive algum tempo na rua iniciando um quadro de dependência nas atividades de vida diária, e vai para casa da mãe.

É quatro meses após a realização do diagnóstico clínico de esclerose lateral amiotrófica que se dirige à Unidade de Saúde da sua área de residência a mãe, com 76 anos, que pede apoio à equipa de enfermagem para cuidar do filho sendo então esta, a primeira vez que relata a situação em que este se encontra.

Deste primeiro contacto com a mãe, a enfermeira tem conhecimento da recusa deste, até então, em receber qualquer tipo de cuidado e da situação em que se encontra no momento o cliente. A mãe relata “eu não me posso chegar a ele, não come, só fuma, faz tudo no sofá, já não tem força para se levantar e não quer ajuda.” (SIC).

A SC e eu realizamos uma visita domiciliária onde explicámos ao utente o que poderíamos realizar para o ajudar e recebeu como resposta que este não tinha pedido a ninguém para lá ir. A Sr.<sup>a</sup> Enfermeira tentou durante duas horas negociar com o cliente e apresentar um plano que fizesse sentido para ele. Sem qualquer ganho e o utente não voltou a falar. Antes de sair, a profissional falou com a mãe que voltou a reforçar o pedido de ajuda.

No dia a seguir, a SC abordou esta situação comigo, discutimos a possibilidade de implementar algumas estratégias e fomos realizar nova visita domiciliar. Hoje o utente, e após abordar os possíveis ganhos que poderia ter com a ER o utente mostrou-se mais recetivo aos cuidados e colaborante.

Foi neste momento que a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira iniciou o plano de reabilitação adequado às necessidades do utente.

## Sentimentos e Reações

Este estágio teve apenas a duração de quatro turnos, mas foram turnos preenchidos com muitas emoções e desafios. A SC proporcionou a ida ao domicílio deste senhor ao longo dos 4 turnos de estágio.

Tive conhecimento deste caso ao mesmo tempo que a SC, onde a mãe do utente implorava pela nossa ajuda. Presenciei o primeiro contacto com o utente que não foi fácil, conseguimos perceber que ele precisava de cuidados gerais e que beneficiava ter um plano de reabilitação adequado à sua situação.

Apesar do primeiro contacto ter sido desafiador e até frustrante, porque nós deslocamo-nos à casa do utente com o objetivo de promover a sua saúde e não houve recetividade do utente.

Posto isto e após uma longa conversa com a SC tomamos a decisão de não desistir, devo confessar que isto me motivou muito e foi para a segunda visita domiciliária com a intenção de mostrar e demonstrar os ganhos em saúde que o utente poderia ter.

O facto de o utente ter aceite a nossa intervenção, mesmo com alguma desconfiança, deixou-me menos apreensivo e expectante pela intervenção e os ganhos que poderiam advir da nossa intervenção.

Foram apenas 4 turnos não consegui observar nem detetar ganhos a não ser a não aceitação da intervenção da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira EER, sei que a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira irá continuar a realizar o plano de reabilitação para este utente, colocá-lo em prática e obter ganhos em saúde.

## **Avaliação da Experiência**

Ao longo destes 4 turnos posso concluir que o EEER é fundamental em todas as áreas e tem uma intervenção muito pertinente na saúde e na promoção do bem-estar do utente e do seu cuidador informal.

Apesar da primeira abordagem ao utente não ter sido a mais positiva, o pedido de ajuda e o desespero da mãe trouxe-nos vontade para continuar a tentar a colaboração do utente.

Posso concluir que a formação é fundamental, bem como a base teórico-práticas científica para conseguirmos realizar a nossa intervenção de forma segura. A Sr.<sup>a</sup> Enfermeira utilizou diversas estratégias de comunicação para obter com sucesso o seu objetivo, implementar um plano de reabilitação adequado ao utente e ao seu cuidador informal.

Como aspeto menos positivo aponto a duração do estágio pois quatro turnos de observação é pouco para conseguir desenvolver, ver e obter ganhos em saúde. No entanto consegui aprender nas técnicas de comunicação com o utente através da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora.

## Análise

Na enfermagem a promessa é de ajudar os saudáveis a manter a saúde, recuperar a saúde daqueles que estão doentes, maximizar o potencial daqueles que não podem ser curados e aos que estão em processo de morrer, a viver tão plenamente quanto possível até ao momento da sua morte.

Mais particularmente a enfermagem de reabilitação visa a manutenção da qualidade de vida potenciando as capacidades daquela pessoa, e promove a prevenção e controlo de sintomatologia que concorra para o desequilíbrio.

Segundo Hesbeen, o enfermeiro especialista de reabilitação tem, “por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção” (Hesbeen, 2003, p.XIV).

Os cuidados paliativos são os cuidados globais prestados à pessoa portadora de doença incurável e progressiva, e sua família. Tem como foco de atenção a prevenção e o alívio do sofrimento com o controlo de sintomatologia quer ao nível físico quer no plano psicológico, e prologam a sua atuação até ao luto.

Parece-me assim simples perceber que tanto os cuidados paliativos como a enfermagem de reabilitação se norteiam pelos mesmos fundamentos, consideram a pessoa e família o centro de atenção, consideram o trabalho em equipa fundamental e tem como missão a qualidade de vida, potenciado capacidade, controlando sintomatologia, ajudando ao bem-estar a todos os níveis, considerando aquela pessoa única. Acredito que as duas disciplinas juntas podem ser potenciadoras de valor para o indivíduo e sua família alvo dos cuidados.

Embora na nossa prática corrente os cuidados de enfermagem de reabilitação não estejam presentes como necessário nas áreas de doença oncológica ou doença crónica avançada e que estejam perto da morte a verdade é que se devia, porque o que se pretende é a manutenção da independência na realização das atividades de vida diária com ou sem ajudas técnicas e o bem-estar. Estes objetivos têm de ser definidos com o doente e de acordo com o estágio da doença de forma realista e fundamentada.

Devem por isso os cuidados de reabilitação ser introduzidos de forma precoce para minorar tanto quanto possível as incapacidades, antecipando sintomatologia e dando empoderamento ao doente sobre a sua situação de saúde. Já nos cuidados paliativos a prática é só serem solicitados já numa fase bastante avançada, em que para além do doente já carregar na sua bagagem muito sofrimento a todos os níveis, físico, psicológico, social e espiritual, torna mais difícil a obtenção da qualidade de vida tão elevada possível, objetivo final destes cuidados.

## Plano de Ação

Segundo Neto “os cuidados paliativos são oferecidos, com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença – qualquer que ela seja – quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas.”<sup>1, p.15</sup>.

Para Twycross, os cuidados paliativos são “cuidados ativos e totais ao paciente com doença que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”<sup>2, p.16</sup>.

O mesmo autor afirma “os cuidados paliativos incluem a reabilitação. Eles procuram auxiliar os pacientes a atingirem e manterem o seu mais elevado potencial, física, psicológica, social e espiritualmente, por muito limitados que este se tenham tornado, em resultado da progressão da doença.”<sup>2, p.17</sup>.

Vários são os autores que falam desta dinâmica entre estas duas disciplinas, e muitos são unânimes na opinião que as intervenções de reabilitação são subutilizadas no contexto de cuidados paliativos, fazendo com que a evidência desta mais-valia ainda não seja de todo reconhecida. Pode-se então afirmar que os cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto paliativo, é de forma adequada, a prestação de cuidados que tem como objetivo a redução da incapacidade através da otimização da sua capacidade funcional, independência física e qualidade de vida.

Esta reflexão, veio dar forma, para mim, a esta ideia que as duas disciplinas concorrem para o mesmo fim. Esta linha de pensamento acarreta para todos aqueles que cuidam um ganho na qualidade desses cuidados.

A enfermagem de reabilitação, tal como os cuidados paliativos, enfrentam desafios complexos que têm de ser abordados em diversas vertentes. Todas as áreas de atuação devem ser discutidas, planeadas e fundamentadas, sendo por isso fundamental o trabalho em equipa que concorra para o mesmo fim.

## **Conclusões**

Temos bem presente que a enfermagem é uma profissão de grande desgaste e exigência, e que assenta num conjunto de saberes científicos e técnicos que se entrelaçam com as questões éticas e deontológicas, também me parece verdade que dos enfermeiros em cuidados paliativos se espera mais... espera-se um olhar mais atento e inventivo que vá para além do que se consegue ver, que concretize com eficácia e humanidade as suas ações e que ajuste e reajuste sempre que necessário as mesmas, para obter melhores resultados melhorando a capacidade funcional da pessoa, melhorando a satisfação da mesma, promovendo o bem estar, considerando a morte como um processo normal.

Quando isto não é possível continuam a ser os profissionais de saúde em cuidados paliativos que “terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais dependentes” (Hesbeen, 2000, p. 47).

Neste caminho a enfermagem de reabilitação tem um espaço dentro da visão holística dos cuidados paliativos na redução da dependência na mobilidade e atividades referentes ao autocuidado, no controlo da sintomatologia, em associação com os cuidados de conforto e suporte emocional.

## **Referências Bibliográficas**

1. Neto IG. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2003;19(1):68-74.
2. Twycross R. *Cuidados Paliativos*. Lisboa: CLIMEPSI Editores; 2001. ISBN 972-796-001
3. Querido A, Salazar H, Neto IG. Comunicação. In: Barbosa A, Neto IG, eds. *Manual de Cuidados Paliativos*. 1st ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.

VIII: Reflexão – Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto de  
Cuidados Pediátrico

**Contexto - Cuidados Pediátricos**

**ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA**

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM  
RELATÓRIO – MÓDULO I**

---

**Reflexão – Estágio de Enfermagem de Reabilitação em  
Contexto de Cuidados Pediátrico**

---

Pedro Marquês Veríssimo, n.º 8669

**Supervisora Pedagógica:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

**Supervisora Clínica:**



LISBOA, 2024

## **Descrição da Experiência**

O estágio na UCIN, com a duração de quatro turnos, constituiu uma experiência altamente enriquecedora, permitindo um contacto direto com um ambiente de elevada complexidade tecnológica e humana.

O caso central acompanhado foi o de um recém-nascido de termo, filho primogénito de um casal jovem, que, durante o parto, sofreu complicações graves, incluindo várias paragens cardiorrespiratórias, necessitando de ventilação mecânica assistida e de sedoanalgesia contínua. No período observado, não tinha ainda condições clínicas para iniciar o desmame ventilatório.

A atuação do EEER revelou-se essencial, nomeadamente na prevenção de complicações músculo-esqueléticas, respiratórias e neurológicas, bem como no apoio emocional e educativo aos pais.

As intervenções incluíram posicionamento terapêutico individualizado, mobilização passiva e segmentar, estimulação sensório-motora precoce adequada à idade gestacional, e técnicas de reexpansão pulmonar e higiene brônquica, integradas em plano interdisciplinar. Estas práticas alinham-se com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros, da DGS e da OM) para a promoção do desenvolvimento integral do recém-nascido em risco.

O contacto com os pais foi igualmente marcante. Apesar da ansiedade e incerteza, mostraram-se recetivos ao ensino, reforçando a importância de estratégias de comunicação terapêutica, como escuta ativa, clarificação e reforço positivo. Esta proximidade permitiu iniciar a capacitação parental, um dos pilares da Carta da Criança Hospitalizada, que defende o envolvimento ativo da família nos cuidados.

## **Sentimentos e Reações**

Durante este estágio na unidade de cuidados intensivos neonatais, fui exposto a um ambiente desafiador e repleto de oportunidades de aprendizagem.

No início, senti entusiasmo e apreensão: entusiasmo por poder aplicar conhecimentos de reabilitação num contexto tão diferenciado e apreensão pela responsabilidade de cuidar de recém-nascidos críticos.

Com o decorrer dos turnos, estas emoções deram lugar a empatia e sentido de missão, percebendo que cada gesto de reabilitação podia ter impacto decisivo no desenvolvimento futuro da criança.

Foi desafiante lidar com a angústia dos pais, mas esta vivência desenvolveu a minha capacidade de comunicação terapêutica e de gestão emocional, competências previstas nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019).

O ambiente da UCIN, com constante alarme de monitores, obrigou a um raciocínio clínico rápido e fundamentado, reforçando a minha capacidade de análise e tomada de decisão em situações de elevada exigência.

Em suma, posso referir que foi muito desafiador lidar com a angústia, incerteza e dúvidas dos pais destes recém-nascido, mas por outro lado foi muito enriquecedor para o meu percurso académico e profissional ter tido a oportunidade, embora tenham sido apenas 4 turnos, de ter contacto com esta área de intervenção na ER.

## **Avaliação da Experiência**

Ao refletir sobre minha experiência na unidade de cuidados intensivos neonatais, reconheço que houve momentos muito desafiantes em que tive que lidar com as minhas emoções e medos, mas considero que não transmiti isso aos pais.

A experiência permitiu aprofundar o conhecimento científico sobre as intervenções do EEER na neonatologia e consolidar a convicção de que a reabilitação se inicia desde o nascimento.

As técnicas observadas e executadas, como o posicionamento canguru, a mobilização precoce e a estimulação do tônus e do controle cefálico, demonstraram ser determinantes para prevenir sequelas e promover o neurodesenvolvimento.

A dimensão educativa foi igualmente relevante: o apoio e treino dos pais para a futura prestação de cuidados no domicílio concretiza princípios das teorias de Orem (autocuidado) e de Meleis (transições), reforçando a importância de preparar a família para a continuidade de cuidados após a alta.

Fiquei impressionado dos benefícios em saúde que estes grandes prematuros ganham com a intervenção específica do ER, ou seja, foi-me possível aprofundar o conhecimento teórico e prático sobre as EEER num contexto tão específico como este.

No entanto, também me deparei com situações desafiantes, como lidar com a falta momentos de profunda tristeza ao testemunhar a dor e a angústia das famílias diante das dificuldades enfrentadas por seus filhos. Tentei sempre não demonstrar as minhas fragilidades aos familiares dos recém-nascidos.

## **Análise**

A Enfermagem de Reabilitação em UCIN exige integração de saberes técnicos, científicos, éticos e relacionais.

O EEER não se limita a executar técnicas: é um agente de mudança, que avalia, planeia e supervisiona cuidados, articula com a equipa multidisciplinar e apoia emocionalmente a família.

A reflexão crítica sobre a prática, ancorada em evidência e nas competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), revelou a importância de intervir não apenas sobre a condição clínica imediata, mas também sobre o futuro desenvolvimento e qualidade de vida da criança.

A dimensão ética foi transversal. O respeito pela dignidade da criança e pelos direitos parentais, a confidencialidade e a obtenção de consentimento informado estiveram presentes em todas as intervenções, em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro.

Para além do descrito é fundamental o trabalho em equipa interdisciplinar e intradisciplinar para garantir que todas as intervenções estão a ser adequadas às necessidades daquele recém-nascido.

## **Plano de Ação**

Face às aprendizagens adquiridas, delinheio um plano de ação que visa consolidar e expandir as competências específicas do EEER. Em primeiro lugar, pretendo aprofundar a formação em neonatologia e em reabilitação precoce, integrando evidência científica atualizada sobre posicionamento terapêutico, estimulação sensório-motora e mobilização precoce, áreas determinantes para prevenir alterações músculo-esqueléticas e neurológicas no recém-nascido crítico.

Paralelamente, assumo o compromisso de reforçar as competências comunicacionais e pedagógicas, recorrendo a estratégias como o ensino estruturado, a escuta ativa e a técnica de teach-back, de modo a capacitar os pais e a fortalecer o vínculo afetivo, princípios consagrados nas teorias de Orem (autocuidado) e de Meleis (transições).

Este plano integra também o objetivo de participar em projetos de investigação e auditorias clínicas, que avaliem o impacto das intervenções precoces do EEER na redução de sequelas e na melhoria do neurodesenvolvimento, contribuindo para a construção de evidência científica nacional.

Finalmente, proponho-me a promover a articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, assegurando que as crianças de risco têm acompanhamento continuado e que as famílias dispõem de redes de apoio comunitário, em linha com as orientações da Direção-Geral da Saúde e com o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019). Este plano de ação, sustentado em prática baseada na evidência, visa uma intervenção cada vez mais segura, autónoma e integral, centrada na criança e na família.

## Conclusões

Este estágio, ainda que de curta duração, teve um impacto profundo e transformador no meu percurso académico e profissional. Proporcionou-me uma compreensão clara de que a reabilitação começa no momento do nascimento, sendo fundamental para prevenir sequelas, promover o desenvolvimento neurológico e garantir uma melhor qualidade de vida futura. A experiência permitiu-me consolidar competências técnicas, como o posicionamento terapêutico individualizado, a mobilização segmentar e a estimulação sensório-motora, bem como reforçar competências relacionais e éticas, nomeadamente no apoio emocional aos pais e na defesa dos direitos da criança hospitalizada, em consonância com o Código Deontológico do Enfermeiro.

Compreendi também que a família é elemento central no processo de reabilitação. O contacto próximo com os pais revelou a importância de uma comunicação clara e empática, da formação para o autocuidado e da inclusão gradual no plano terapêutico, o que se traduz em maior segurança e confiança no regresso a casa. Esta visão reforça a articulação com o tema global da tese, focado na capacitação do cuidador informal, evidenciando que a intervenção do EEER é determinante para a continuidade e qualidade dos cuidados após a alta.

Em termos de desenvolvimento pessoal, este estágio impulsionou a capacidade de reflexão crítica e de tomada de decisão fundamentada, competências essenciais para a prática avançada em enfermagem. Concluo que a integração de práticas baseadas na evidência, a articulação interdisciplinar e a aposta em programas comunitários de seguimento são estratégias-chave para garantir ganhos em saúde e qualidade de vida a médio e longo prazo, quer para a criança quer para a sua família.

Este percurso confirma, assim, o papel insubstituível do EEER na promoção de cuidados seguros, humanizados e cientificamente sustentados, desde os primeiros dias de vida.

## Referências Bibliográficas

1. Regulamento n.º140/2019 – Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://ordemenfermeiros.pt/media/107780474404750.pdf>
2. Regulamento n.º 392/2019 – Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/regulamento-n-o-3922019-ordem-dos-enfermeiros-regulamento-das-competencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-de-reabilitacao/>

IX: Planos de Cuidados de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no  
Serviço de Ortopedia

## Contexto – Serviço de Ortopedia

Quadro de Utentes do Serviço de Ortopedia

Utente - diagnóstico principal	Avaliação Inicial	Programa de Reabilitação		Avaliação Final
		Primeira sessão	Última sessão	
Sr. ° J.L - Artroplastia total do joelho direito	Índice Barthel: 65	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>Mobilizações passivas e ativas-assistidas do MID;</li> <li>Tala dinâmica 0º-40º durante 30 minutos.;</li> <li>Levante com ajuda parcial;</li> <li>Deambulou com ajuda parcial e andarilho;</li> <li>Ensinos sobre levantar/deitar, andar com andarilho, inverter o sentido de marcha, prevenção de acidentes e utilização do sanitário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>Mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas do MID;</li> <li>Tala dinâmica 0º-50º durante 30 minutos.;</li> <li>Levante com supervisão;</li> <li>Deambulou com canadianas com supervisão;</li> <li>Ensinos sobre andar com canadianas, inverter o sentido de marcha, subir/descer escadas, prevenção de acidentes, e utilização do sanitário.</li> </ul>	Índice Barthel: 75
Sr.ª M.J - Artroplastia total da anca esquerda	Índice Barthel: 35	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>Mobilizações ativas-livres do MID;</li> <li>Mobilizações passivas e ativas-assistidas do MIE;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>Mobilizações ativas-livres do MID;</li> <li>Mobilizações ativas-assistidas do MIE;</li> </ul>	Índice Barthel: 55

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levante com ajuda parcial;</li> <li>• Deambulou com ajuda parcial e andarilho;</li> <li>• Ensinos sobre mobilizações no leito, extensão lombo-pélvica no leito, posições anti-luxantes, levantar/deitar, andar com andarilho, inverter sentido de marcha, utilização do sanitário/poliban e prevenção de acidentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levante com ajuda parcial;</li> <li>• Deambulou com ajuda parcial e canadianas;</li> <li>• Ensinos sobre posicionamentos no leito, posições anti-luxantes, levantar/deitar, andar com canadianas, inverter sentido de marcha, utilização do sanitário, prevenção de acidentes e exercícios para o domicílio.</li> </ul>	
Sr. <sup>a</sup> F.G - Artroplastia total do joelho direito	Índice Barthel: 45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>• Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>• Mobilizações ativas-assistidas do MID;</li> <li>• Tala dinâmica 0º-50º durante 30 minutos.;</li> <li>• Levante com ajuda parcial;</li> <li>• Deambulou com ajuda parcial e andarilho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>• Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>• Mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas do MID;</li> <li>• Tala dinâmica 0º-60º durante 30 minutos.;</li> <li>• Levante com supervisão;</li> <li>• Deambulou com ajuda parcial e canadianas;</li> </ul>	Índice Barthel: 75

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinos sobre posicionamento no leito, levantar/deitar, andar com andarilho, inverter o sentido de marcha, prevenção de acidentes, utilização do sanitário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de subir e descer escadas com canadianas;</li> <li>• - Ensinos sobre levantar/deitar, andar com canadianas, subir/descer escadas, prevenção de acidentes, exercícios para o domicílio.</li> </ul>	
Sr. ° R.J - Artroplastia total da anca direita	Índice Barthel: 45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>• Mobilizações ativas-livres do MIE;</li> <li>• Mobilizações passivas e ativas-assistidas do MID;</li> <li>• Levante com ajuda parcial;</li> <li>• Deambulou com ajuda parcial e andarilho;</li> <li>• Ensinos sobre mobilizações no leito, extensão lombo-pélvica no leito, posições anti-luxantes, levantar/deitar, andar com andarilho, inverter sentido de marcha, utilização do sanitário/poliban e prevenção de acidentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios isométricos (abdominais e glúteos);</li> <li>• Mobilizações ativas-livres do MIE;</li> <li>• Mobilizações ativas-assistidas do MID;</li> <li>• Levante com ajuda parcial;</li> <li>• Deambulou com ajuda parcial e canadianas;</li> <li>• Ensinos sobre posicionamentos no leito, posições anti-luxantes, levantar/deitar, andar com canadianas, inverter sentido de marcha, utilização do sanitário, prevenção de acidentes e exercícios para o domicílio.</li> </ul>	Índice Barthel: 65



X: Questionário para identificação da necessidade do Serviço/Equipa de  
Enfermagem de Ortopedia

## Levantamento de Necessidades de Formação – Profissionais de Enfermagem

1. Qual é a sua função atual na unidade?

- Enfermeiro generalista
- Enfermeiro especialista (em reabilitação ou outra área)
- Outro (especifique): \_\_\_\_\_

2. Refira a área que considera que existe necessidade de formação.

\_\_\_\_\_

3. Sendo o conhecimento e a partilha fundamentais para a melhoria e qualidade dos cuidados, qual considera a melhor via para o fazer:

- Sessão de formação expositiva
- Guia
- Folheto
- Outros (Especifique) \_\_\_\_\_

Obrigado!

Pedro Veríssimo

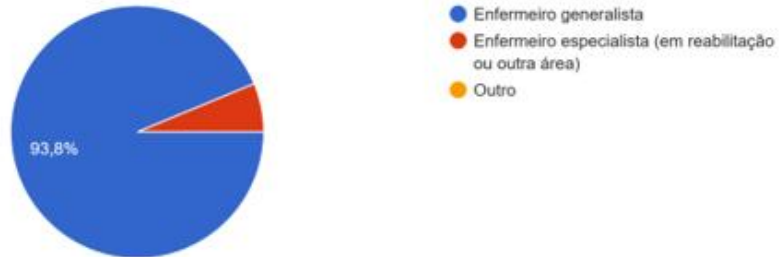
Aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP - Lisboa

XI: Resultado do Levantamento de Necessidades de Formação  
no Serviço de Ortopedia

## Resultado do Levantamento de Necessidades de Formação - Serviço de Ortopedia

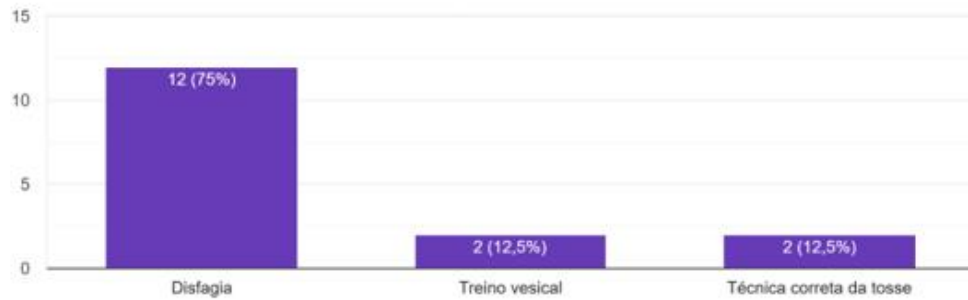
1. Qual é a sua função atual na unidade?

16 respostas



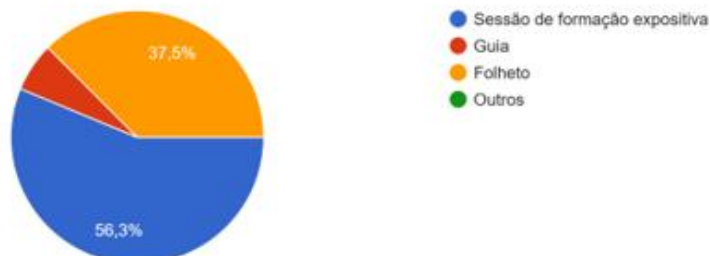
2. Refira a área que considera que existe necessidade de formação.

16 respostas



3. Sendo o conhecimento e a partilha fundamentais para a melhoria e qualidade dos cuidados, qual considera a melhor via para o fazer:

16 respostas



XII: Plano de sessão: Abordagem ao doente com disfagia

PLANO DE SESSÃO



<b>Tema:</b> Abordagem ao doente com disfagia			
<b>Grupo a que se destina:</b> Profissionais de Enfermagem [redacted]			
<b>Local:</b> Serviço de Internamento de Ortopedia [redacted]			
<b>Data:</b> 24/10/2024			
<b>Duração:</b> 25' min			
<b>Docentes:</b> Supervisora Clínica Enfermeira Especialista em [redacted] Supervisora Pedagógica Professora Doutora Joana Marques			
<b>Discentes:</b> Pedro Verissimo (Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP-Lisboa)			
<b>Objetivo específico:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Efetuar apresentação sobre a temática – Abordagem ao doente com disfagia</li> </ul>			
<b>Objetivos Operacionais:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar a importância e pertinência da temática "Abordagem ao doente com disfagia";</li> <li>Apresentar os diferentes conteúdos presentes na apresentação– "Abordagem ao doente com disfagia";</li> <li>Apresentar os diferentes conteúdos presentes no folheto – "Abordagem ao doente com disfagia";</li> <li>Esclarecer dúvidas;</li> <li>Escutar opiniões.</li> </ul>			
Conteúdos	Método/ Técnica	MAE	Tempo
1. Breve introdução ao preletor, tema e sumário da sessão;	Expositivo/ Participativo	PowerPoint	1' minutos
2. Apresentar os diferentes conteúdos presentes na apresentação– "Abordagem ao doente com disfagia";	Expositivo/ Participativo		10' minutos
3. Abordar os conteúdos presentes no folheto – "Abordagem ao doente com disfagia"	Expositivo/ Participativo		4' minutos
4. Esclarecer dúvidas	Ativo/Participativo		5' minutos

5. Escutar opiniões	Ativo/Participativo		5' minutos
<b>Bibliografia</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>NoqueiraD, FerreiraP, ReisE, LopesI, NogueiraD, LopesI, etal. Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). Dysphagia (0179051X)[serial on the Internet]. (2015, Oct);30(5):511-520. Disponível em: <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=com&amp;AN=109575068&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=com&amp;AN=109575068&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a></li> <li>Wirh R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. Clin Interv Aging. 2016;11:189–208. Disponível em: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4770086/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4770086/</a></li> <li>Head K. The design and evaluation of a valid dysphagia screening tool for acute stroke patients. [serial on the internet]. 2012. Disponível em: <a href="http://dspace1.isd.glam.ac.uk/dspace/handle/10265/564">http://dspace1.isd.glam.ac.uk/dspace/handle/10265/564</a></li> <li>World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines 2014. Disponível em: <a href="http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf">http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf</a></li> <li>Etnes CL, Scheeren B, Gomes E, De L, Barbosa R. Screening tools for dysphagia: a systematic review. CoDa S. 2014;28(5):343–9. <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2317-17822014000500343">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2317-17822014000500343</a></li> <li>Oliveira I, Couto G, Moreira A, Gonçalves C, Marques M, Ferreira P. The Portuguese version of the Gugging Swallowing Screen: results from its application. Millenium. 2021;2(16):93-101.</li> <li>Trapl M, Enderle P, Nowofny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38(11):2948-52. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.483933</li> <li>Almeida J, Amaral C, Lucas I, Lucas J, Matos M. GUSS: Teste de Avaliação da Deglutição - Português (versão I). 7th European Society for Swallowing Disorders Congress; 2017 September; Barcelona. Available from: <a href="https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/">https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/</a></li> <li>Glenn-Molali N. Alimentação e deglutição. In: Hoeman S, editor. Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados. 4ª ed. Loures: Lusodidacta; 2011. p. 295-317.</li> </ol>			

XIII: Folheto: Abordagem ao doente com disfagia





XIV: Sessão de formação: Abordagem ao doente com disfagia

## Abordagem ao doente com disfagia

Serviço de Internamento de Ortopedia

Elaborado por: Pedro Veríssimo (Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP-Lisboa)

Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista em Reabilitação

Supervisora Pedagógica: Professora Doutora Joana Marques

outubro de  
2024

1

## CONTEÚDOS/SUMARIO

- Objetivos
- Contextualização;
- Alimentação;
- Deglutição;
- Disfagia;
- Disfagia - sinais de alerta;
- Disfagia – complicações;
- Avaliação da disfagia;
- Instrumentos de avaliação;
- Disfagia – complicações;
- Cuidados ao doente com disfagia;
- Reeducação da deglutição;
- Conclusão;

2

## OBJETIVOS

- Apresentar a importância e pertinência da temática "Abordagem ao doente com disfagia";
- Apresentar os diferentes conteúdos presentes na apresentação – "Abordagem ao doente com disfagia";
- Esclarecer as dúvidas;
- Escutar opiniões.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

- Esta apresentação surge no contexto do Estágio de Natureza profissional do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, realizado no Serviço de Internamento de Ortopedia
- Este estágio foi realizado entre 1/10/2024 e 25/10/2024.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

### Prevalência:

- 23% a 51% das pessoas idosas apresenta disfagia;
- Existe um elevado número de utentes idosos internados neste serviço, sendo que esta é uma população vulnerável;
- A equipa demonstrou preocupação e interesse nesta temática;

5

## ALIMENTAÇÃO

- A alimentação permite a socialização promovendo a interação e partilha de experiências sensoriais e afetivas, ou seja, é um ato social.
- Quando existe comprometimento da capacidade de alimentação ou hidratação, denominada por disfagia, há um impacto substancial na qualidade de vida da pessoa devido às alterações de saúde fisiológica e psicossocial e pelo sofrimento que o momento das refeições pode causar.

6

## DEGLUTIÇÃO

- A deglutição é uma função de grande complexidade e que exige uma elevada coordenação entre o Sistema Nervoso Periférico e o Sistema Nervoso Central;
- Esta envolve diversos músculos e nervos traduzindo-se assim numa atividade voluntária e reflexa;
- A deglutição é um processo biomecânico que pode ser dividido em quatro fases:
  - Antecipatória;
  - Preparatória;
  - Oral;
  - Faríngea;
  - Esofágica.

## DEGLUTIÇÃO

### Deglutição - perturbações mais frequentes:

- Antecipatória – lesão ou alteração dos sentidos, xerostomia e sialorreia;
- Preparatória - ausência de estruturas orais, hipotonia facial, labial e lingual, restrição fisiológica na articulação temporomandibular;
- Oral – reduzida elevação lingual, reduzidos movimentos da língua anteroposteriores;
- Faríngea - ausência de estruturas faríngeas, alterações no peristaltismo faríngeo;
- Esofágica - alterações da sensibilidade esofágica, reduzido peristaltismo esofágico.

## DISFAGIA

- Quando alguma destas fases, anteriormente descritas, se encontra alterada estamos perante uma disfagia;
- A disfagia pode ocorrer devido a um compromisso neurológico, mecânico ou psicogénico.

"A rápida identificação da gravidade da disfagia, permite uma intervenção célere, individualizada e direcionada para as necessidades da pessoa impedindo consequências nefastas para a sua saúde"

9

## DISFAGIA - SINAIS DE ALERTA

- Tosse;
- Regurgitação nasal;
- Dispneia, sensação de asfixia/engasgamento;
- Mudanças nos sons respiratórios - respiração ruidosa, pieira..;
- Lacrimejo ou olhos hiperemiados – é sinal de aspiração;

- Rubor facial;
- Dor torácica durante a alimentação;
- Tentativas de "limpar a garganta";
- Saída de saliva pela boca – é sinal de disfagia para líquidos.

Alguns destes sinais podem surgir até um minuto após a deglutição

10

## DISFAGIA - COMPLICAÇÕES

- Desidratação;
- Desnutrição;
- Pneumonias de aspiração;
- Asfixia;
- Perda de peso;
- Aumento do tempo de internamento;
- Diminuição da satisfação da pessoa;
- Depressão;

- Isolamento social;
- Redução da participação da pessoa no seu processo de reabilitação;
- Maior dependência no momento da alta;
- Incremento dos custos em saúde;
- Aumento do risco de mortalidade.

## AVALIAÇÃO DA DISFAGIA

- Informação clínica;
- Estado mental e/ou funções cognitivas;
- Linguagem;
- Postura e controlo da cabeça na posição de sentado;
- Peças dentárias presentes e a sua condição;
- Tempo que demora a iniciar a deglutição após solicitação;

## AValiação DA DISFAGIA

- Padrão respiratório – se SpO2, baixar 2 a 3% pode ser sinal de aspiração;
- Capacidade de fazer apneia voluntária;
- Eficácia da tosse;
- Verificar se existe movimento faríngeo quando deglute a saliva;
- Observar se consegue deglutir a saliva/secreções.

13

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

- A utilização de instrumentos para a avaliação da dinâmica da deglutição permite de forma segura adequar a dieta a cada pessoa e assim reduzir o risco de complicações;
- Não existe consenso absoluto sobre o instrumento que deve ser utilizado para o despiste da deglutição comprometida;
- A Escala de Gugging Swallowing Scale – GUSS é recomendada pela Ordem dos Enfermeiros na avaliação da deglutição.

14

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

### Escala de Gugging Swallowing Screen – GUSS:

- Esta escala está validada e adaptada para o contexto português, e que permite uma avaliação fácil, rápida e sistemática da deglutição;
- Esta escala permite identificar a capacidade avaliar o grau de disfagia, fornece recomendações nutricionais e ainda identifica em tempo útil o risco de aspiração;
- Existem estudos em população idosa que concluíram que o uso da escala GUSS é um teste válido e confiável para esta população.

## ESCALA DE GUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS

- Esta divide em duas fases: teste indireto da deglutição e teste direto da deglutição;
- É atribuída uma pontuação de 0 a 5 em cada subteste podendo alcançar uma pontuação máxima de 20 pontos;
- Uma pontuação mais elevada determina um melhor desempenho, no entanto, se for obtida uma pontuação inferior a 5 em algum subteste não se pode prosseguir para o teste seguinte;

## ESCALA DE GUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS

### Teste Indireto da Deglutição:

- O utente deve estar sentado, ou com cabeceira a 60° se permanecer no leito;
- Deve ser avaliado o estado de vigilância do utente;
- O utente tem que permanecer vígil durante pelo menos 15 minutos para progredir no teste.

17

## ESCALA DE GUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS

Nome:  
PC:  
Data:  
Hora:

### GUSS Gugging Swallowing Test (Teste de Avaliação da Deglutição)

#### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigil (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarrete (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarretear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição sem alteração	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Escape de saliva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = Investigação posterior 5 = Continuar para a secção 2	

Adaptado de: Logemann, J.H. (1988). The M-SSST: A Swallowing Screening Test. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 13, 101-107.

18

## ESCALA DE GUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS

### Teste Direto da Deglutição:

- Este teste divide-se em três subtestes inicia com uma textura semissólida, passando para o líquido e por fim para uma textura sólida.
- No teste de semissólido aplicar-se espessante em água até atingir uma textura de pudim e administrar-se meia colher de chá ao doente, se não existirem sinais de disfagia, seguem-se de mais quatro meias colheres de chá;

## ESCALA DE GUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS

### Teste Direto da Deglutição:

- No teste com o líquido deverá ser fornecido 3ml de água numa colher e deve ser realizada uma observação atenta durante esta primeira deglutição. Se for realizada com sucesso deverá ser fornecidos sucessivamente 5, 10 e 20ml de água e por fim um copo com 50ml de água.
- No teste sólido deverá ser realizado com uma porção de pão seco, onde são realizadas cinco repetições e o doente terá cerca de 10 segundos para a deglutição de cada pedaço de pão de forma que seja considerada uma deglutição adequada.



## CUIDADOS AO DOENTE COM DISFAGIA

- Nunca deixar a pessoa sozinha;
- Manter a cabeça elevada 30 a 45 minutos após a refeição;
- Verificar se ocorreu acumulação de comida ou resíduos;
- Higiene oral rigorosa;
- Evitar o decúbito dorsal, sem elevação da cabeça, em pessoas com disfagia para líquidos.

25

## REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

- Avaliação rigorosa;
- Fundamental o trabalho em equipa;
- O treino da deglutição pode e deve ser iniciado com saliva (terapia indireta) e quando for seguro iniciar o treino com alimentos (terapia direta);
- Técnicas posturais;

26

## REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

- Estimulação sensitiva;
- Mudanças voluntárias na deglutição;
- Exercícios de amplitude de movimentos;
- Exercícios de fortalecimento muscular;
- Alterações na dieta;
- Cinesiterapia respiratória;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NogueiraD, FerreiraP, ReisE, LopesI, NogueiraD, LopesI, et al. Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). *Dysphagia* (0178051X) [serial on the Internet] (2015, Oct);30(5):511-520. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=com&AN=106675068&lang=pt-br&site=ehost-live>
2. WirthR, DzielwasR, BeckAM, ClavéP, HamdyS, HeppnerHJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons— from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. 2016;11:189–208. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4770066/>
3. HeadK. The design and evaluation of a valid dysphagia screening tool for acute stroke patients. [serial on the Internet]. 2012. Disponível em: <http://dspace1.isd.glam.ac.uk/dspace/handle/10265/564>
4. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. 2014. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/User/Files/files/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. Etges, CL, Scheeren B, Gomes E, De L, Barbosa R. Screening tools for dysphagia: a systematic review. *CoDAS*. 2014; 26(5):343-9. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822014000500343](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000500343)
6. Oliveira I, Couto G, Moreira A, Gonçalves C, Marques M, Ferreira P. The Portuguese version of the Gugging Swallowing Screen: results from its application. *Millenium*. 2021; 2(16):93-101.
7. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 2007; 38(11):2948-52. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.483933
8. Almeida J, Amaral C, Lucas I, Laíns J, Matos M. GUSS: Teste de Avaliação da Deglutição - Português (versão I). 7th European Society for Swallowing Disorders Congress; 2017 September; Barcelona. Available from: <https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/>
9. Glenn-Molali N. Alimentação e deglutição. In: Hoeman S, editor. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta; 2011. p. 295-317.

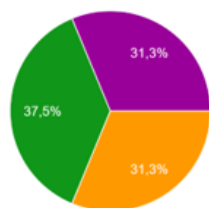
# Obrigado !

XV: Avaliação da sessão de formação: Abordagem ao doente com disfagia

## Avaliação da sessão de formação: Abordagem ao doente com disfagia - Serviço de Ortopedia

Interesse da temática:

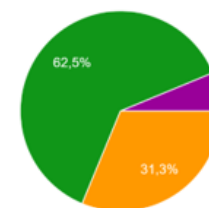
16 respostas



- Mau
- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

Duração da ação de formação:

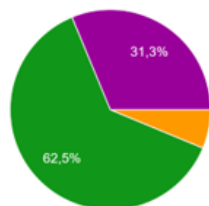
16 respostas



- Mau
- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

Interesse dos conteúdos apresentados:

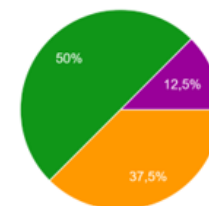
16 respostas



- Mau
- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

Meios utilizados para a exposição do tema:

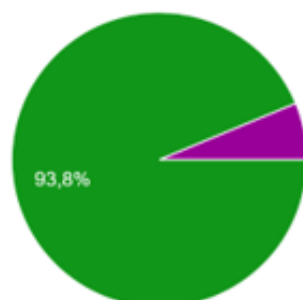
16 respostas



- Mau
- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

Dinâmica do formador e clareza dos temas:

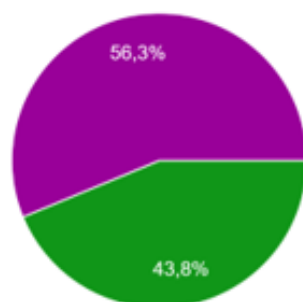
16 respostas



- Mau
- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

Utilidade prática da formação:

16 respostas



- Mau
- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

Recomendaria esta sessão de formação a outro colega?

16 respostas



- Sim
- Não

XVI: Questionário para identificação das necessidades do Serviço/Equipa de Enfermagem na ECCI/ Cuidados paliativos

## Contexto – ECCI / Cuidados Paliativos

### Questionário para Identificação de Necessidades no Serviço de Enfermagem

#### Parte1: Identificação e Prática Atual

1. Qual é a sua função atual na unidade?
  - Enfermeiro generalista
  - Enfermeiro especialista (em reabilitação ou outra área)
  - Outro (especifique): \_\_\_\_\_
  
2. Com que frequência interage com cuidadores informais no contexto do seu trabalho?
  - Diariamente
  - Algumas vezes por semana
  - Raramente
  
3. Utiliza o manual de acolhimento dos cuidadores atualmente disponível na unidade?
  - Sim, frequentemente.
  - Sim, ocasionalmente.
  - Não utilizo.
  
4. Caso utilize, como avalia o manual de acolhimento dos cuidadores?
  - Muito útil e completo
  - Útil, mas precisa de melhorias
  - Pouco útil ou desatualizado
  - Não tenho opinião porque não o conheço bem
  
5. Quais são os aspetos do manual de acolhimento que considera que poderiam ser melhorados?
  - Atualização do conteúdo técnico
  - Linguagem mais clara e acessível
  - Inclusão de tópicos ausentes (especifique): \_\_\_\_\_
  - Outro (especifique): \_\_\_\_\_

## Parte 2: Identificação de Necessidades

6. Que informação seria mais útil um documento de apoio (checklist) para a abordagem ao cuidador informal?

- Pontos-chave para explicar o papel do cuidador
- Orientações básicas de cuidados (mobilidade, prevenção de lesões, etc.)
- Informações sobre os recursos disponíveis
- Outro (especifique): \_\_\_\_\_

7. Na sua opinião, a utilização de um documento de apoio poderia melhorar a abordagem inicial ao cuidador informal?

- Tomaria a abordagem mais padronizada
- Facilitaria a comunicação com os cuidadores
- Melhoraria a experiência do cuidador
- Outro (especifique): \_\_\_\_\_

9. Se pretender faça o seu comentário ou sugestões adicionais:

---

---

XVII: Resultado do questionário para identificação das Necessidade do Serviço/Equipa de Enfermagem da ECCI / Cuidados Paliativos

## Resultados do Questionário para Identificação de Necessidades no Serviço de Enfermagem

(Estágio em contexto de ECCI)

### Elaborado por:

Pedro Marquês Veríssimo

**Supervisora Pedagógica:** Professora Doutora Joana Marques

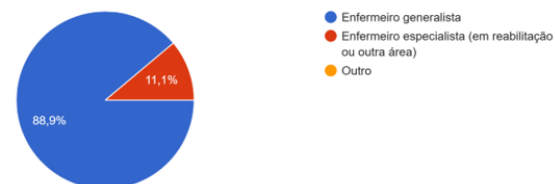
**Supervisora Clínica:** [REDACTED]

dezembro 2024

## Resultados do Questionário para Identificação de Necessidades no Serviço de Enfermagem

Qual é a sua função atual na unidade?

9 respostas



Com que frequência interage com cuidadores informais no contexto do seu trabalho?

9 respostas



Utiliza o manual de acolhimento dos cuidadores atualmente disponível na unidade?

9 respostas

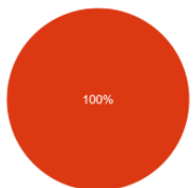


- Sim, frequentemente
- Sim, ocasionalmente
- Não utilizo



Caso utilize, como avalia o manual de acolhimento dos cuidadores?

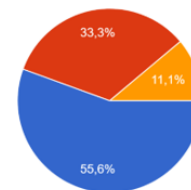
9 respostas



- Muito útil e completo
- Útil, mas precisa de melhorias
- Pouco útil ou desatualizado
- Não tenho opinião porque não o conheço bem

Quais são os aspetos do manual de acolhimento que considera que poderiam ser melhorados?

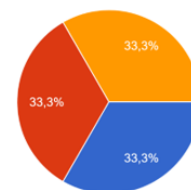
9 respostas



- Atualização do conteúdo técnico
- Linguagem mais clara e acessível
- Inclusão de tópicos ausentes
- Outro

Que informação seria mais útil um documento de apoio (checklist) para a abordagem ao cuidador informal?

9 respostas



- Pontos-chave para explicar o papel do cuidador
- Orientações básicas de cuidados (mobilidade, prevenção de lesões, etc.)
- Informações sobre os recursos disponíveis
- Outro

Na sua opinião, a utilização de um documento de apoio poderia melhorar a abordagem inicial ao cuidador informal?

9 respostas



XVIII: Checklist para Avaliação Inicial em contexto de Visita  
Domiciliária

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –  
LISBOA

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

# **Check-list para Avaliação Inicial em contexto de Visita Domiciliária**

**Elaborado por:**

Pedro Marquês Veríssimo

**Supervisora Pedagógica:** Professora Doutora Joana Marques

**Supervisora Clínica:** [REDACTED]

dezembro 2024

## Check-list para Avaliação Inicial em Visita Domiciliária

### Dados do Cuidador Informal

- Nome completo: \_\_\_\_\_
- Relação com a pessoa cuidada: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Disponibilidade para cuidar:
  - Tempo parcial – quanto \_\_\_\_\_
  - Tempo integral
- Experiência prévia como cuidador:
  - Sim
  - Não

### Dados da Pessoa Cuidada

- Nome completo: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_
- Diagnósticos secundários (se aplicável): \_\_\_\_\_
- Nível de dependência:
  - Total
  - Parcial
  - Independente
- Equipamentos de apoio disponíveis:
  - Cadeira de rodas
  - Cama articulada
  - Outros: \_\_\_\_\_
- Presença de dor ou desconforto crónico:
  - Sim
  - Não

### **Avaliação do Cuidador Informal**

- Conhecimento sobre o diagnóstico da pessoa cuidada:
  - Sim
  - Parcial
  - Não
- Confiança na prestação dos cuidados necessários:
  - Alta
  - Média
  - Baixa
- Sinais de sobrecarga emocional ou física:
  - Cansaço
  - Stress
  - Isolamento

### **Ambiente Domiciliário**

- Condições de higiene e segurança do local:
  - Adequadas
  - Necessitam melhorias
- Acessibilidade:
  - Sem barreiras
  - Com barreiras – quais \_\_\_\_\_
- Necessidade de adaptações no domicílio:
  - Sim
  - Não
- Adaptações existentes:
  - Barras de apoio
  - Rampas
  - Outros: \_\_\_\_\_

### **Apoios Disponíveis**

- Existência de rede de apoio:
  - Familiar
  - Amigos
  - Profissionais de saúde
- Programas ou recursos de apoio locais:
  - Sim
  - Não

### **Educação em Saúde**

- Plano de cuidados explicado:
  - Sim
  - Parcialmente
  - Não
- Demonstração de técnicas essenciais realizada:
  - Sim
  - Não
- Materiais educativos fornecidos:
  - Sim
  - Não

### **Plano de Ação**

- Definição de prioridades realizada:
  - Sim
  - Não
- Planeamento de visitas futuras:
  - Sim
  - Não

- Contatos de emergência disponibilizados:

Sim

Não

**Notas Adicionais**

---

---

---

XIX: Reflexão segundo o ciclo de Gibbs no Serviço de  
ECCI/Cuidados Paliativos

**Contexto – ECCI / UCP**

**ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA**

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM  
RELATÓRIO – MÓDULO I**

---

**Reflexão – Estágio de Enfermagem de Reabilitação em  
Contexto de ECCI/UCP**

---

Pedro Marquês Veríssimo, n.º 8669

**Supervisora Pedagógica:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

**Supervisora Clínica:**

**[REDACTED]**

LISBOA, 2024

## Índice

Descrição da Experiência .....	3
Sentimentos e Reações .....	4
Avaliação da Experiência .....	5
Análise .....	6
Conclusões .....	7
Plano de Ação.....	8

## 1. Descrição da Experiência

O estágio na ECCI com intervenção em CP proporcionou-me uma vivência única de cuidados de proximidade no domicílio, centrados na pessoa em fim de vida e na sua família.

Foi-me solicitado elaborar um plano de cuidados centrado na pessoa e na família, tendo escolhido o caso de Joel (nome fictício), um jovem com leucemia em fase avançada, residente em área com recursos limitados de cuidados paliativos especializados.

O plano incluiu avaliação sistemática, identificação de necessidades prioritárias, definição de objetivos mensuráveis e implementação de intervenções de reabilitação e de conforto, como posicionamento terapêutico, exercícios respiratórios suaves e estratégias para prevenir úlceras de pressão.

A intervenção contemplou ainda gestão de sintomas complexos (dor, mucosite, fadiga), apoio emocional e espiritual, capacitação do cuidador informal para a prestação de cuidados no domicílio e preparação para o luto.

Toda a atuação foi realizada em estreita articulação com a equipa multidisciplinar — médicos, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas —, assegurando continuidade de cuidados e resposta às várias dimensões da experiência de doença, conforme preconizado pela OMS e pela DGS.

## 2. Sentimentos e Reações

O primeiro contacto com este caso gerou um misto de apreensão, respeito e sentido de missão. A gravidade do prognóstico, a juventude do doente e a fragilidade da família despertaram em mim forte empatia e um sentimento de grande responsabilidade, colocando-me perante o desafio de equilibrar ciência, técnica e humanização.

À medida que o acompanhamento se aprofundou, experimentei uma constante oscilação emocional entre a serenidade necessária para intervir e a inevitável compaixão perante o sofrimento vivido. Senti por vezes impotência face à inexorabilidade da doença, mas também satisfação e esperança sempre que conseguíamos aliviar um sintoma ou proporcionar momentos de conforto e proximidade familiar.

Foram igualmente marcantes as conversas com a família, nas quais percebi a importância da escuta ativa e da comunicação não verbal para transmitir segurança e confiança. Em determinados momentos, sobretudo durante episódios de agudização ou quando surgiam questões sobre a proximidade do fim, senti um peso acrescido da responsabilidade ética, refletindo sobre a proporcionalidade das intervenções e o respeito absoluto pela autonomia e dignidade do Joel.

Esta vivência exigiu um trabalho contínuo de autorregulação emocional: identificar e acolher as minhas próprias reações, para não as projetar sobre a família, e manter uma presença serena e de apoio. Ao mesmo tempo, senti um forte crescimento pessoal e profissional, pois aprendi que a vulnerabilidade também pode ser transformadora, fortalecendo a empatia e a capacidade de cuidar com humanidade.

Em síntese, estes sentimentos mostraram-me que a prática do EEER em contexto de cuidados paliativos não é apenas um ato técnico, mas um processo profundamente humano, onde a relação terapêutica se constrói com respeito, escuta e partilha, e onde cada gesto pode fazer a diferença na qualidade de vida da pessoa e da sua família.

### **3. Avaliação da Experiência**

A vivência neste estágio constituiu uma oportunidade ímpar de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me consolidar e aplicar conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação em contexto de cuidados paliativos e de continuidade. Ao longo do acompanhamento do Joel e da sua família, pude observar, de forma concreta, como as intervenções do EEER contribuem para a melhoria da qualidade de vida e para o alívio do sofrimento.

Entre os aspetos que considero mais positivos, destaco em primeiro lugar a integração efetiva na equipa multidisciplinar. A participação ativa em reuniões e a comunicação regular com médicos, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas possibilitaram uma abordagem holística, onde cada dimensão do cuidado — física, psicológica, social e espiritual — foi considerada. Esta colaboração assegurou planos de cuidados coerentes, individualizados e centrados na pessoa, indo ao encontro das recomendações da OMS e da DGS para os cuidados paliativos.

Outro ponto de relevo foi a organização de reuniões familiares, fundamentais para facilitar a tomada de decisão partilhada, promover o diálogo e identificar necessidades emergentes. Estas reuniões permitiram criar um espaço seguro de comunicação, onde as dúvidas eram esclarecidas e os receios acolhidos, fortalecendo o envolvimento da família e a sua confiança no plano terapêutico.

A implementação de estratégias de reabilitação adaptadas à condição clínica de Joel revelou-se igualmente muito positiva. A aplicação de posicionamento terapêutico individualizado, de exercícios respiratórios suaves e de cuidados de prevenção de úlceras de pressão contribuiu para minimizar a dor e o desconforto, preservando a maior autonomia possível. Paralelamente, a capacitação do cuidador informal para a execução de cuidados básicos e para o reconhecimento precoce de sinais de agravamento reforçou a segurança e a continuidade de cuidados no domicílio, em consonância com os princípios da Teoria do Autocuidado de Orem.

Esta realidade reforça a importância da formação contínua e da supervisão clínica em cuidados paliativos. Outra dimensão a melhorar refere-se à gestão das próprias emoções. O contacto prolongado com o sofrimento e a proximidade da morte exigiram

de mim um exercício constante de autorregulação emocional, por vezes desafiante, para garantir que a minha presença permanecesse serena e terapêutica, sem deixar de ser empática.

Em síntese, esta experiência revelou-se altamente enriquecedora. Demonstrou que a Enfermagem de Reabilitação em contexto paliativo vai muito além do controlo de sintomas: envolve promoção da dignidade, apoio à família, integração de cuidados e prevenção de complicações, traduzindo-se em ganhos em saúde tangíveis e em bem-estar subjetivo. A avaliação global é, por isso, francamente positiva, e os aspetos a melhorar representam oportunidades de crescimento e consolidação da prática avançada em enfermagem.

## 4. Análise

A análise desta experiência evidencia que a Enfermagem de Reabilitação em contexto de cuidados paliativos exige uma abordagem integrada, centrada na pessoa e na família, e baseada na evidência científica. No caso de Joel, jovem com leucemia em fase avançada, tornou-se claro que a reabilitação não se limita a promover recuperação funcional; a sua essência reside em maximizar o conforto, preservar a autonomia possível e apoiar a família em todo o percurso da doença.

O EEER desempenhou um papel fulcral na gestão de sintomas complexos — dor, mucosite, fadiga e dispneia — através de estratégias de posicionamento terapêutico, mobilização suave, exercícios respiratórios e ensino para a administração correta da medicação prescrita. Esta prática encontra fundamento nas orientações da OMS e da DGS, que sublinham o controlo rigoroso da sintomatologia como condição essencial para a qualidade de vida em fim de vida.

Ao mesmo tempo, ficou patente a relevância da capacitação da família e do cuidador informal, assumindo-os como parceiros ativos no cuidado. Através de ensino estruturado, treino prático e apoio emocional, os cuidadores foram progressivamente adquirindo competências para prestar cuidados seguros, prevenindo complicações e evitando deslocações desnecessárias ao hospital.

A dimensão ética e deontológica foi transversal a todo o processo. O respeito pela autonomia da pessoa, a valorização das suas preferências e a defesa da dignidade em fim de vida estiveram presentes em cada decisão, em consonância com o Código Deontológico do Enfermeiro e com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

Cada decisão clínica e cada interação com a família foram objeto de reflexão individual e em equipa, permitindo identificar áreas de melhoria e consolidar a aprendizagem. Esta postura de avaliação permanente, prevista no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), é indispensável para garantir a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados.

Em síntese, a análise confirma que a Enfermagem de Reabilitação em contexto de ECCI/CP vai muito além do controlo de sintomas: é um processo complexo e multidimensional, que integra saber técnico-científico, competência relacional e rigor

ético, visando sempre o bem-estar, a dignidade e a autonomia da pessoa e da sua família, mesmo perante a inevitabilidade da morte.

## 5. Conclusão

O estágio realizado na ECCL, em articulação com a CP, constituiu uma etapa determinante de crescimento profissional e pessoal. Demonstrou, de forma clara, que a Enfermagem de Reabilitação mantém relevância e sentido, contribuindo de forma decisiva para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e para o apoio e capacitação da família.

Ao longo deste percurso, confirmei que a reabilitação em fase avançada da doença não se limita a intervenções físicas, mas abrange a prevenção e alívio de sintomas, a promoção do conforto, a preservação da autonomia possível e a dignificação do processo de morrer. Este entendimento encontra respaldo nas orientações da OMS, DGS e no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), que defendem cuidados individualizados, humanizados e cientificamente sustentados.

O contacto próximo com Joel e a sua família evidenciou a importância da capacitação do CI. O ensino e treino de técnicas de posicionamento, mobilização, prevenção de úlceras de pressão e administração de medicação permitiram que os familiares se sentissem mais seguros e autónomos, assegurando a continuidade de cuidados no domicílio.

Este percurso proporcionou também um enriquecimento académico notável. Desenvolvi competências técnicas, como a gestão de sintomas complexos e a implementação de intervenções de conforto, e competências relacionais e comunicacionais, fundamentais para a construção de uma relação terapêutica sólida. Paralelamente, fortaleceu-se a minha capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, de articulação entre níveis de cuidados e de reflexão crítica, características essenciais para um exercício profissional autónomo e de qualidade.

Por fim, este estágio despertou a consciência para a necessidade de investigação contínua e de formação avançada em cuidados paliativos, de modo a sustentar políticas de saúde que reconheçam e valorizem a intervenção do EEER. Percebi que cada gesto, por mais simples que pareça, tem impacto na qualidade de vida, no conforto e na

serenidade da pessoa em fim de vida e da sua família, confirmando que a Enfermagem de Reabilitação é um pilar insubstituível na humanização dos cuidados.

Em síntese, esta experiência reforçou a certeza de que o EEER tem um papel determinante em todo o ciclo de vida, incluindo a fase final, integrando ciência, técnica e humanismo. O conhecimento adquirido constitui um património essencial para a minha prática futura, capacitando-me a prestar cuidados cada vez mais seguros, personalizados e dignos, sempre centrados na pessoa e na família.

## 6. Plano de Ação

Com base nas aprendizagens e desafios vividos neste estágio, delinheiro um plano de ação estruturado que visa fortalecer as minhas competências técnicas, relacionais e éticas enquanto EEER, assegurando uma prática mais autónoma, segura e cientificamente fundamentada.

Em primeiro lugar, reconheço a necessidade de aprofundar a formação em cuidados paliativos e reabilitação em fim de vida, frequentando cursos avançados, formações creditadas e estágios opcionais em Unidades de Cuidados Paliativos. Esta aposta permitirá consolidar conhecimentos sobre controlo de sintomas complexos, como dor refratária, dispneia ou fadiga, e sobre intervenções de conforto e prevenção de complicações, essenciais para promover qualidade de vida.

Em segundo lugar, assumo como prioridade o aperfeiçoamento das competências de comunicação terapêutica e de gestão emocional. Pretendo investir em formação específica em comunicação em situações de fim de vida, treino em escuta ativa e técnicas de mindfulness, de modo a manter uma presença serena e equilibrada, mesmo perante sofrimento intenso. A autorreflexão e a supervisão clínica regulares serão fundamentais para garantir autoconsciência e prevenção do desgaste emocional.

Outro objetivo consiste em reforçar a capacidade de articulação interprofissional e interinstitucional. Planeio desenvolver projetos de melhoria contínua que integrem equipas multidisciplinares e redes comunitárias, reforçando a ligação entre ECCI, CP, cuidados de saúde primários e hospitalares.

Por fim, comprometo-me a valorizar e reforçar a capacitação do cuidador informal, garantindo que cada família se sente preparada e apoiada para cuidar no domicílio. Esta meta articula-se diretamente com o tema central da minha tese de mestrado, centrado na capacitação familiar, e traduz-se em ganhos concretos de saúde, segurança e qualidade de vida para a pessoa em fim de vida e para os seus familiares.

Em síntese, este plano de ação assenta na formação avançada, na investigação, no desenvolvimento relacional e na integração em redes de cuidados, consolidando uma prática de Enfermagem de Reabilitação humanizada, baseada na evidência e eticamente responsável, capaz de garantir conforto, dignidade e continuidade de cuidados em todas as fases da vida

XX: Estudo caso no contexto de Serviço de ECCI/Cuidados  
Paliativos

**Contexto – ECCI / UCP**

**ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA**

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM  
RELATÓRIO**

---

**Estudo de Caso – Estágio de ECCI/UCP**

---

Pedro Marquês Veríssimo, n.º 8669

**Supervisora Pedagógica:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

**Supervisora Clínica:**



LISBOA, 2024

## Índice

Introdução .....	153
Enquadramento Teórico .....	154
Avaliação Inicial do Utente .....	155
Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação .....	156
Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação .....	157
Avaliação .....	159
Considerações Finais .....	160
Referências Bibliográficas .....	161

## **Introdução**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade em adultos e idosos, exigindo intervenções especializadas para a reabilitação e melhoria da qualidade de vida.

Este estudo de caso tem como objetivo analisar a situação clínica de um doente idoso com dependência severa após um AVC, utilizando a Escala de Barthel como instrumento de avaliação funcional e planejando intervenções de enfermagem de reabilitação baseadas em evidência científica.

## **Colheita de Dados**

- **Identificação:**
  - Nome: A.A. (iniciais)
  - Idade: 78 anos
  - Sexo: Masculino
  - Estado civil: Casado
  - Residência: Vive com a esposa, principal cuidadora
- **História clínica:**
  - Diagnóstico principal: AVC isquêmico, ocorrido há 4 meses
  - Comorbilidades: Hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia e artrose
  - Medicação atual: Anticoagulantes, anti-hipertensivos, antidiabéticos orais e analgésicos
- **Condição atual:**
  - Hemiplegia direita
  - Disartria moderada
  - Dependência total para atividades de vida diária (AVD)
  - Presença de disfagia leve

## Enquadramento Teórico

O AVC é uma emergência neurológica que resulta da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, podendo ser isquémico ou hemorrágico. O impacto funcional depende da localização e extensão da lesão, sendo frequentemente associada a hemiplegias, distúrbios da fala e deglutição, e alterações cognitivas e emocionais.

A reabilitação pós-AVC visa minimizar sequelas, restaurar funções e promover adaptações que permitam ao doente atingir a maior independência possível. Estudos indicam que intervenções precoces e multidisciplinares melhoram significativamente os resultados funcionais e a qualidade de vida dos doentes. Entre as abordagens baseadas em evidência destacam-se:

- **Treino de Mobilidade:** Promoção da mobilidade e prevenção de contraturas através de exercícios terapêuticos e mobilizações.
- **Terapia da fala:** Intervenções para melhorar disfagia e distúrbios da comunicação.
- **Terapia ocupacional:** Treino em atividades de vida diária (AVD) e adaptações ambientais.
- **Intervenções de enfermagem:** Educação ao doente e cuidador, prevenção de complicações (como úlcera de pressão) e suporte emocional.

A Escala de Barthel é uma ferramenta essencial neste contexto, permitindo uma avaliação objetiva da capacidade funcional do doente. A partir das pontuações obtidas, os profissionais de saúde podem planejar intervenções adaptadas às necessidades individuais, com monitorização regular dos progressos realizados.

A utilização desta escala não apenas guia o processo de reabilitação, mas também contribui para identificar áreas prioritárias de intervenção. Esta escala permite classificar o grau de dependência em 10 atividades essenciais, com pontuações entre 0 e 100.

## Avaliação Inicial do Utente

- Escala de Barthel

Atividade	Pontuação
Alimentação	5 (necessita de ajuda para cortar alimentos)
Transferência (cama-cadeira)	0 (dependência total)
Higiene pessoal	0 (dependência total)
Uso do WC	0 (dependência total)
Banho	0 (dependência total)
Mobilidade (andar)	0 (não consegue)
Subir/descer escadas	0 (não consegue)
Vestir-se	0 (dependência total)
Controlo urinário	5 (uso de fralda, com acidentes ocasionais)
Controlo fecal	10 (totalmente continente)

**Pontuação Total:** 20/100 **Classificação:** Dependência severa.

Os resultados obtidos na Escala de Barthel indicam que o doente apresenta uma dependência severa, necessitando de assistência quase total para realizar atividades de vida diária. A pontuação baixa em tarefas como transferências, mobilidade e higiene pessoal reflete uma limitação significativa na autonomia, afetando diretamente a qualidade de vida.

A necessidade de ajuda constante para alimentação e o uso de fralda demonstram desafios adicionais no cuidado. Estas limitações impactam não apenas a rotina do doente, mas também aumentam a sobrecarga sobre o cuidador principal, evidenciando a importância de um plano de reabilitação abrangente e individualizado.

## **Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação**

1. **Movimento muscular comprometido:** Relacionado com hemiplegia direita, evidenciada pela incapacidade de realizar transferências e deambulação sem assistência. Justificação: O déficit neurológico resultante do AVC levou a uma perda significativa de força e coordenação no lado direito, limitando os movimentos voluntários.
2. **Risco de úlcera de pressão:** Devido à imobilidade prolongada, à incapacidade de mudar de posição de forma independente e ao uso de fralda. Justificação: A ausência de movimento regular aumenta a pressão em áreas ósseas, especialmente na região sacral e calcanhares, elevando o risco de lesões cutâneas.
3. **Alimentar-se comprometido:** Relacionado à disfagia, evidenciado pela dificuldade em ingerir alimentos sólidos sem risco de engasgamento. Justificação: O comprometimento da coordenação motora oral após o AVC afeta a capacidade de deglutição segura, aumentando o risco de aspiração.
4. **Risco de isolamento social:** Resultante da dependência funcional e da redução na comunicação efetiva devido à disartria. Justificação: As limitações físicas e de fala dificultam a interação social, contribuindo para sentimentos de solidão e isolamento.
5. **Sobrecarga do cuidador:** Relacionada ao cuidado intensivo requerido pelo doente, evidenciada pelo relato de fadiga e stress emocional por parte da esposa. Justificação: A necessidade constante de assistência em todas as atividades de vida diária gera um impacto significativo na saúde física e mental do cuidador principal.

## Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

### 1. Mobilidade:

#### ○ **Intervenções:**

- Realizar mobilizações passivas e ativas-assistidas diariamente (duas vezes por dia) para prevenir rigidez articular e manter a amplitude de movimento.
- Treinar transferências seguras com a assistência do cuidador pelo menos três vezes por dia, promovendo a independência gradativa.
- Utilizar dispositivos como talas para a prevenção de contraturas, ajustando conforme necessidade individual a cada 15 dias.

- **Resultados esperados:** Melhorar a flexibilidade e força muscular, reduzindo o risco de contraturas e facilitando a mobilidade funcional.

### 2. Prevenção de úlcera de pressão:

#### ○ **Intervenções:**

- Alterar o posicionamento do doente a cada 2 horas, utilizando técnicas seguras.
- Inspeccionar diariamente as áreas de pressão, como região sacral e calcanhares, para detecção precoce de lesões cutâneas.
- Utilizar colchão de pressão alternada e almofadas específicas para alívio de pontos de pressão.

- **Resultados esperados:** Prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão e manter a integridade da pele.

### 3. Nutrição:

#### ○ **Intervenções:**

- Implementar uma dieta adaptada para disfagia, com consistências adequadas (líquidos espessados e alimentos pastosos), revisada semanalmente por nutricionista.
- Garantir uma ingestão hídrica mínima de 1,5 litros/dia, observando sinais de desidratação.

- Trabalhar em conjunto com o terapeuta da fala para melhorar a funcionalidade da deglutição por meio de exercícios específicos, realizados diariamente.
- **Resultados esperados:** Prevenir complicações como aspiração, melhorar o estado nutricional e garantir a hidratação adequada.

#### 4. Apoio emocional e social:

- **Intervenções:**
  - Estimular interações sociais diárias através de chamadas telefônicas, visitas supervisionadas ou participação em atividades recreativas.
  - Promover a participação do doente em tarefas adaptadas à sua capacidade, como organização de objetos pessoais ou escolhas simples nas refeições.
  - Disponibilizar apoio psicológico ao doente e cuidador através de consultas semanais.
- **Objetivos Resultados:** Reduzir o risco de isolamento social e promover o bem-estar emocional.

#### 5. Educação ao cuidador:

- **Intervenções:**
  - Realizar sessões semanais de treino sobre técnicas de transferência, cuidados de higiene e prevenção de complicações.
  - Oferecer materiais educativos com informações práticas e recursos de apoio.
  - Disponibilizar acompanhamento psicológico ao cuidador, com encontros quinzenais, para aliviar a sobrecarga.
- **Resultados esperados:** Capacitar o cuidador para proporcionar cuidados seguros e eficazes, reduzindo o stress e melhorando a qualidade do cuidado oferecido.

#### 6. Mobilidade:

- Realizar mobilizações passivas e ativas-assistidas para prevenir rigidez articular.
- Treinar transferências seguras com a assistência do cuidador.

- Utilizar dispositivos como talas para prevenção de contraturas.

#### **7. Prevenção de úlcera de pressão:**

- Alterar o posicionamento a cada 2 horas.
- Inspeccionar regularmente as áreas de pressão.
- Utilizar colchão de pressão alternada.

#### **Avaliação**

- Avaliar periodicamente a evolução funcional utilizando novamente a Escala de Barthel.
- Registrar melhorias no controlo postural, participação nas AVD e redução de complicações secundárias.
- Monitorizar o bem-estar do cuidador principal.

## Considerações Finais

O processo de reabilitação em doentes com AVC é longo e desafiador, requerendo intervenções multidisciplinares. O papel da enfermagem de reabilitação é crucial para promover a autonomia, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida do doente e da família. Este estudo evidencia a importância de uma abordagem estruturada e personalizada, baseada em instrumentos de avaliação e boas práticas.

A intervenção multidisciplinar desempenha um papel central neste contexto, reunindo os esforços de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, médicos e enfermeiros de reabilitação para alcançar objetivos comuns.

Este trabalho colaborativo permite abordar de forma holística as necessidades físicas, emocionais e sociais do doente, garantindo uma recuperação mais eficaz e abrangente. Por exemplo, a integração de exercícios motores pela fisioterapia com técnicas de comunicação da terapia da fala não apenas melhora a funcionalidade global, mas também promove a motivação e o empoderamento do doente no processo de reabilitação.

Além disso, a inclusão ativa dos cuidadores no plano de reabilitação não só fortalece o suporte domiciliar, mas também contribui para reduzir a sobrecarga emocional e física associada ao cuidado prolongado. Assim, as intervenções multidisciplinares, coordenadas e bem delineadas, são essenciais para alcançar um impacto positivo na vida do doente e da sua rede de apoio.

O processo de reabilitação em doentes com AVC é longo e desafiador, requerendo intervenções multidisciplinares. O papel da enfermagem de reabilitação é crucial para promover a autonomia, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida do doente e da família. Este estudo evidencia a importância de uma abordagem estruturada e personalizada, baseada em instrumentos de avaliação e boas práticas.

## **Referências Bibliográficas**

1. Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). *Recomendações para a reabilitação de doentes com AVC*. Lisboa: DGS.
2. Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.
3. World Health Organization (WHO). (2019). *Rehabilitation in health systems*. Genebra: WHO.
4. Teasell, R., Hussein, N., & Foley, N. (2020). Evidence-based review of stroke rehabilitation. *Stroke Rehabilitation Guidelines*.

XXI: Passagem de turno para os EEER no contexto do Serviço de  
Neurologia



## **Anexos**

I: Escala de Zarit

## Escala de Zarit

### Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					

11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

II: Escala de Barthel

### III - Escala de Barthel

#### Escala de Barthel e instruções (Norma nº 054/2011)

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