



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

REHABILITATION NURSING INTERVENTIONS FOR PROMOTING COMFORT IN PALLIATIVE CARE PATIENTS

Rui Filipe da Silva Mendes

ALMADA

2026



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

REHABILITATION NURSING INTERVENTIONS FOR PROMOTING COMFORT IN PALLIATIVE CARE PATIENTS

Rui Filipe da Silva Mendes

Orientador: Professor Gonçalo Luís Coelho Dias Rosa

ALMADA

2026

“Our ultimate goal, after all, is not a good death but a good life to the very end.”

— Atul Gawande, *Being Mortal* (2014)

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro que atuei com total integridade na elaboração do presente Relatório de Estágio, assegurando que o mesmo é original e não resultou de qualquer prática de plágio, utilização indevida de fontes ou falsificação de informação em nenhuma das etapas do seu desenvolvimento.

Declaro, igualmente, que tenho pleno conhecimento do Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, comprometendo-me a respeitar os seus princípios e normas em todo o processo de elaboração deste documento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1RM - Uma Repetição Máxima

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVD – Atividades de Vida Diárias

CAT - COPD Assessment Test

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EIHSCP - Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

JBH - Joanna Briggs Institute

MRC - Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PFSDQ - Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

PPS – Palliative Performance Scale

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULS – Unidades Locais de Saúde

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

O atual paradigma da saúde, marcado pelo envelhecimento progressivo da população e pelo aumento da prevalência de patologias crônicas, avançadas e de natureza irreversível, tem vindo a reforçar a necessidade de respostas de cuidados abrangentes, focados na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa. Neste contexto, os Cuidados Paliativos assumem um papel fundamental, promovendo uma abordagem integral, humanizada e orientada para aspetos fundamentais, como a dignidade e o conforto. Porém, a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação neste contexto continua a ser alvo de controvérsia, uma vez que está associada a uma visão tradicionalmente curativa do processo de reabilitação.

O presente Relatório de Estágio tem como finalidade descrever, analisar e refletir criticamente sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa, ao longo de cinco Estágios curriculares realizados em diferentes contextos de prática clínica. O Relatório pretende evidenciar de que forma as intervenções, quando individualizadas, adaptadas e centradas na pessoa, podem contribuir para a manutenção da funcionalidade, alívio sintomático, promoção da autonomia e dignificação do processo de viver com uma condição de doença avançada e irreversível.

A elaboração do documento assenta numa abordagem descritiva e reflexiva, sustentada na evidência científica, nos referenciais teóricos da enfermagem e na prática clínica desenvolvida, permitindo demonstrar o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como das competências definidas pelos Descritores de Dublin para a obtenção do grau de Mestre.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto paliativo não remete para uma contradição, mas antes numa complementaridade essencial, ao potenciar estratégias que promovem o conforto, a autonomia possível e a qualidade de vida da pessoa, mesmo em fases avançadas da doença.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermagem de Reabilitação; Conforto; Funcionalidade.

ABSTRACT

The current healthcare paradigm, marked by the progressive ageing of the population and the increasing prevalence of chronic, advanced, and irreversible diseases, has reinforced the need for comprehensive care responses focused on functionality and quality of life. In this context, Palliative Care plays a fundamental role, promoting an holistic and humanized approach oriented towards key aspects such as dignity and comfort. However, the role of the Rehabilitation Nurse in this context continues to be subject to debate, as it is often associated with a traditionally curative perspective of the rehabilitation process.

This internship report aims to describe, analyse, and critically reflect on the Rehabilitation Nursing interventions for promoting comfort in palliative care patients throughout five clinical placements carried out in different healthcare settings. The report seeks to demonstrate how interventions, when individualized, adapted, and person-centred, can contribute to the maintenance of functionality, symptom relief, promotion of autonomy, and the dignification of living with an advanced and irreversible disease.

The development of this document is based on a descriptive and reflective approach, supported by scientific evidence, nursing theoretical frameworks, and clinical practice, allowing for the demonstration of the development of specific competencies of the Rehabilitation Nurse, as well as the competencies defined by the Dublin Descriptors for the attainment of the Master's degree.

The intervention of the Rehabilitation Nurse in a palliative context should not be viewed as a contradiction, but rather as an essential complementarity, by fostering strategies that promote comfort, possible autonomy, and quality of life, even in advanced stages of disease.

Keywords: Palliative Care; Rehabilitation Nursing; Comfort; Functionality.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	13
1.1. Cuidados Paliativos: evolução histórica e conceitual	13
1.2. Desafios atuais dos Cuidados Paliativos e realidade em Portugal	15
1.3. Cuidados Paliativos e Enfermagem de Reabilitação – controvérsia ou complementaridade?	17
1.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto paliativo: contributos de uma revisão <i>scoping</i>	19
1.5. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	26
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 29	
2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	29
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	30
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	34
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	37
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	41
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	44
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	45
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	51
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	55
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	66
APÊNDICE 1 - Projeto de Estágio	67
APÊNDICE 2 - Revisão <i>Scoping</i>	78
APÊNDICE 3 - Estudo de caso “Funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”	113
APÊNDICE 4 - Estudo de caso “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade e conforto da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica”	161
APÊNDICE 5 - Apresentação do Estudo de caso “Funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”	222
APÊNDICE 6 - Apresentação UCCI “Reabilitar para confortar: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa”	240

APÊNDICE 7- Apresentação ECSCP “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica – o que nos diz a evidência científica recente”	251
APÊNDICE 8 - Rodas de exercícios ECCI.....	265
APÊNDICE 9 - E-Póster Primeiras Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria	268

ANEXOS270

ANEXO 1 - Certificado de participação nas Primeiras Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria	271
ANEXO 2 - Certificado de participação na formação “Avaliação e prescrição de exercício físico na 3ª idade”	273
ANEXO 3 - Certificado de participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2025.....	275
ANEXO 4 - Certificado de participação na IV Jornadas de Medicina do Exercício da Formação Clínica Quinta das Conchas	277

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Estrutura taxonómica do conforto.....	28
--	----

INTRODUÇÃO

Estima-se que, globalmente, mais de 56 milhões de pessoas necessitem anualmente de Cuidados Paliativos (CP), prevendo-se um aumento significativo deste número nas próximas décadas. Este paradigma está fortemente associado ao envelhecimento populacional e ao aumento da prevalência de patologias crônicas e de natureza irreversível, remetendo para transformações estruturais nos atuais sistemas de saúde, onde se verificam avanços científicos e tecnológicos de relevo, mas também uma crescente complexidade das necessidades em cuidados de saúde (World Health Organization, 2020; Pask et al., 2025).

Neste contexto, objetiva-se um crescimento significativo do grau de dependência das pessoas, bem como do seu déficit funcional, forçando as equipas de saúde a repensar e a reestruturar modelos de cuidados que ultrapassem uma lógica estritamente curativa e centrada no modelo biomédico (Radbruch et al., 2020). Torna-se, assim, cada vez mais evidente a necessidade de abordagens assistenciais que integrem não apenas a dimensão clínica e fisiológica da doença, mas também as dimensões funcionais, emocionais, sociais e espirituais da pessoa.

É neste enquadramento que os CP assumem um papel de particular importância, uma vez que constituem uma abordagem pautada pela visão integral do cuidar, centrada na pessoa e na sua família/cuidadores, bem como na experiência global de viver um processo de doença complexo e multidimensional (Sepúlveda et al., 2002; WHO, 2020). Mais do que intervir sobre a componente patológica, os CP visam a prevenção e o alívio do sofrimento, promovendo o conforto, a dignidade e a qualidade de vida da pessoa e da sua família ao longo de todo o percurso da doença, não se focando apenas numa fase final de vida (Radbruch et al., 2020; Pask et al., 2025).

Contudo, apesar da evolução concetual e até operacional desta área, persiste ainda, em muitos contextos da prática clínica, uma cultura de resistência face à incorporação e colaboração dos CP, particularmente em ambiente hospitalar, onde o paradigma curativo continua a sobrepor-se às necessidades reais de conforto e bem-estar da pessoa em situação paliativa (Clark, 2016).

Neste cenário emerge, com destaque particular, a reflexão em torno da integração da Enfermagem de Reabilitação nos CP: tratar-se-á de uma controvérsia ou de uma complementaridade? Tradicionalmente associadas a planos de recuperação funcional e reintegração social, as intervenções de reabilitação são, não raras vezes, percecionadas como paradoxais ou incompatíveis com contextos de doença avançada e irreversível (Montagnini et al., 2024; Pask et al., 2025). Esta perceção social e cultural contribui para a subvalorização e subutilização das intervenções de Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa em situação paliativa, mesmo quando estamos perante cenários de elevados níveis de incapacidade funcional, sofrimento e perda de autonomia que podem, inegavelmente, beneficiar de uma atuação especializada e estruturada.

Contrariando esta perspectiva enraizada, a literatura recente tem vindo a demonstrar que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), quando individualizada, ajustada às capacidades remanescentes e centrada nos objetivos individuais da pessoa cuidada, não constitui uma contradição, mas sim uma complementaridade essencial aos contextos de cuidados (Montagnini et al., 2024). A promoção da funcionalidade possível, a prevenção de complicações, o controlo sintomático e o apoio nos processos de adaptação e reaprendizagem constituem contributos fundamentais para o conforto e para a vivência digna da pessoa, mesmo numa fase avançada do processo de doença.

Neste sentido, o conceito de conforto emerge como o eixo central do cuidar em contexto paliativo. Enquanto fenómeno complexo e multidimensional, o conforto vai para além da ausência de dor ou desconforto físico, integrando dimensões físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (Kolcaba, 2003). Desta forma, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba representa o referencial teórico que norteia o presente Relatório, permitindo uma compreensão holística das necessidades da pessoa e sustentando, de forma robusta, a intervenção do EEER tendo em vista a promoção de um estado de alívio, tranquilidade e/ou transcendência.

O presente Relatório de Estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, tendo como finalidade descrever, analisar e refletir criticamente sobre a intervenção do EEER na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa.

O percurso formativo integrou cinco contextos de Estágio, desenvolvidos de forma cronológica num Serviço de Pneumologia, Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos (UICPA) e Unidade de Reabilitação Respiratória do Serviço de Infecção Respiratória; numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP); numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); e num Serviço de Ortopedia, proporcionando uma visão abrangente e integrada da intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação ao longo do *continuum* de cuidados.

Aquando do início do período de Estágio, foi elaborado um Projeto de Estágio (APÊNDICE 1), com o objetivo de definir metas formativas e orientar a prática clínica, conferindo um suporte estruturado ao desenvolvimento de competências ao longo de todo o percurso.

A elaboração do Relatório assume uma abordagem descritiva e reflexiva, sustentada na evidência científica, nos referenciais teóricos da enfermagem e na prática clínica desenvolvida, permitindo evidenciar o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), das competências específicas do EEER e das competências definidas pelos Descritores de Dublin para a obtenção do grau de Mestre.

Assim, o documento encontra-se estruturado em diferentes capítulos, organizados de forma a traduzir o percurso desenvolvido ao longo do percurso de Estágio. Num primeiro momento, após a presente introdução, é apresentado o enquadramento teórico, no qual é realizada uma contextualização teórica relacionada com a temática central, abordando a evolução histórica e concetual dos CP, assim como a realidade portuguesa e os principais desafios da atualidade. Neste capítulo, é ainda analisada a intervenção do EEER, conteúdo específico que resulta da realização de uma revisão *scoping* realizada em abril de 2025 (APÊNDICE 2). Não menos relevante, integra-se um capítulo dedicado ao modelo teórico de Katharine Kolcaba, que constitui o referencial orientador do presente trabalho.

Posteriormente, apresenta-se o capítulo relativo à descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas, no qual são sistematizadas as intervenções realizadas e refletido o processo de aprendizagem, articulando a experiência prática com a evidência científica e com o modelo teórico. Neste âmbito, pretende evidenciar-se o desenvolvimento e a consolidação das competências comuns do EE, bem como das competências específicas da área de Enfermagem de Reabilitação.

Por último, é apresentado um capítulo dedicado às conclusões de todo este processo, nas quais se destacam as principais aprendizagens decorrentes do percurso formativo, os contributos para a prática profissional e as perspetivas futuras enquanto EEER. O relatório termina com a apresentação das referências bibliográficas, bem como dos apêndices e anexos que complementam o percurso desenvolvido ao longo destes meses.

Este documento foi redigido com base no Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, seguindo igualmente as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1. Cuidados Paliativos: evolução histórica e concetual

O paradigma da saúde tem sofrido profundas transformações nas últimas décadas, impulsionado pelo envelhecimento populacional, pelo aumento da esperança média de vida e pela crescente prevalência de patologias crónicas, avançadas e irreversíveis. Este panorama sociodemográfico remete para um aumento significativo das situações de dependência, declínio funcional e sofrimento multidimensional, o que exige, por parte dos agentes de saúde, respostas organizadas e estruturadas que ultrapassem a lógica exclusivamente curativa e integrem uma abordagem holística, centrada nas necessidades reais da pessoa, bem como sua funcionalidade e no seu conforto (Radbruch et al., 2020; World Health Organization, 2020).

Neste contexto, os CP assumem relevância cada vez mais crescente enquanto modelo robusto de resposta às necessidades complexas associadas a um processo de doença grave e irreversível. O termo *palliative care*, que surge no Reino Unido na década de 1980, deriva do latim *pallium* (manto), remetendo simbolicamente para a ideia de proteção e amparo. Já a designação “paliativo” refere-se a uma intervenção terapêutica orientada para o controlo sintomático, sem intenção de atuar diretamente sobre a etiologia da doença, privilegiando aspetos relacionados com a qualidade de vida, sem prolongar, a qualquer custo, o tempo da mesma (Abiven et al., 2001).

Apesar da formalização terminológica ter surgido apenas na década de 1980, a necessidade deste tipo de cuidados remonta ao século XIX, particularmente no contexto do aumento das doenças oncológicas nos hospitais ingleses e norte-americanos. Contudo, é na segunda metade do século XX que emerge o movimento moderno dos CP, impulsionado por Cicely Saunders, figura incontornável na consolidação deste modelo assistencial (Clark, 2016). A criação do St Christopher’s Hospice, em Londres, em 1967, marcou o início de uma nova abordagem centrada na dignidade da pessoa em fim de vida, integrando um paradigma de controlo de sintomas, suporte psicossocial e espiritual, não descurando o acompanhamento à família.

Saunders introduziu o conceito de “dor total”, reconhecendo que o sofrimento associado à doença grave não se limita apenas à dimensão física, integrando de igual forma componentes emocionais, sociais e espirituais. Esta visão representou uma reconfiguração concetual no modo de compreender o cuidado às pessoas com doença avançada: os doentes com patologias incuráveis, progressivas e avançadas passaram a ser reconhecidos como pessoas com necessidades específicas, merecedoras de cuidados de natureza científica, com estrutura e humanismo (Clark, 2016; Neto et al., 2004; Pereira, 2010).

Ao longo das últimas décadas, os CP foram sendo progressivamente reconhecidos como componente essencial dos sistemas de saúde. A Organização Mundial de Saúde define-os como uma

abordagem que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas e das suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, recorrendo à identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento adequado da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002; Radbruch et al., 2020). De forma complementar, a *International Association for Hospice and Palliative Care* sublinha o caráter ativo, holístico e interdisciplinar destes cuidados, dirigidos a pessoas de todas as idades que experienciam sofrimento grave relacionado com a saúde (International Association for Hospice and Palliative Care, 2018).

Ainda nesta linha de raciocínio, importa clarificar o conceito de pessoa em situação paliativa. Esta expressão refere-se à pessoa que vive com uma doença grave, progressiva e potencialmente ameaçadora da vida, associada a necessidades complexas de cuidados e a sofrimento significativo de natureza física, psicológica, social e espiritual. Independentemente do diagnóstico ou prognóstico, estas pessoas podem beneficiar de uma abordagem paliativa orientada para a promoção da qualidade de vida, para o controlo sintomático, sendo igualmente conferido o devido suporte à família ao longo de todo o percurso de doença (Radbruch et al., 2020; WHO, 2020).

Em Portugal, o desenvolvimento desta área de cuidados intensificou-se a partir da década de 1990, inicialmente impulsionado pela crescente atenção dada ao tratamento da dor crónica em pessoas com patologia oncológica avançada, bem como pela necessidade de assegurar a continuidade de cuidados após um evento agudo (Marques et al., 2009). Em 2004 ocorreu um marco estruturante, assinalado pela aprovação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004–2010, reconhecendo formalmente os CP como componente essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Já em 2006, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei n.º 101/2006, constituiu um avanço significativo na organização da resposta assistencial às pessoas com doenças crónicas incapacitantes e condições incuráveis em fase avançada. Mais tarde, a Lei n.º 52/2012, conhecida como Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagrou os CP como um direito fundamental dos cidadãos e uma responsabilidade do Estado Português, reforçando a sua integração estruturada no SNS e conduzindo à criação da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (Decreto-Lei n.º 101/2006; Lei nº52/2012).

Na atualidade, verifica-se um reconhecimento institucional progressivamente determinante dos contextos de CP, refletido na implementação de Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) em diversas Unidades Locais de Saúde (ULS), bem como no desenvolvimento gradual de respostas a nível da comunidade. Ainda assim, persistem desafios significativos relacionados com a distribuição equitativa de recursos, a formação especializada dos profissionais e a acessibilidade universal aos cuidados, conforme têm vindo a alertar diversas entidades nacionais.

Importa igualmente clarificar que a atuação dos CP não se dirige exclusivamente à fase final de vida. Autores como Neto et al. (2010) e Costa e Othero (2014) defendem a sua introdução de forma precoce no percurso da doença, mesmo quando estejam ainda tratamentos de cariz curativo a ocorrer, assumindo-se como critério primordial a existência de sofrimento significativo ou de necessidades complexas de cuidados. A evidência demonstra que referenciações tardias comprometem a eficácia da intervenção e limitam a possibilidade de uma abordagem integrada e personalizada com consequente dificuldade em atingir resultados em saúde (Capelas et al., 2017).

Desta forma, os CP configuram-se atualmente como um modelo assistencial transversal, sustentado por equipas multidisciplinares cuja intervenção é planeada com base nas necessidades da pessoa e da sua família, não tendo como linha orientadora o diagnóstico ou prognóstico clínico. Esta evolução histórica, cultural e concetual traduz uma mudança profunda e progressista na forma de compreender a doença grave e os modelos de cuidados: de um paradigma centrado na cura para um paradigma centrado na pessoa, na dignidade, na qualidade de vida e na promoção do conforto (Radbruch et al., 2020; Pask et al., 2025).

Neste enquadramento, torna-se fundamental compreender de que forma este modelo assistencial tem vindo a desenvolver-se em Portugal, bem como identificar os principais desafios que ainda se colocam à sua consolidação enquanto resposta estruturada às necessidades da pessoa em situação paliativa.

1.2. Desafios atuais dos Cuidados Paliativos e realidade em Portugal

Apesar dos progressos registados, persistem desafios significativos na implementação efetiva dos pressupostos dos CP, particularmente em contexto hospitalar, onde predomina ainda uma cultura fortemente orientada para a lógica curativa. A dificuldade em priorizar intervenções centradas no conforto, sobretudo em situações de doença irreversível e avançada, traduz-se frequentemente na manutenção de medidas diagnósticas e terapêuticas desproporcionadas, potencialmente geradoras de sofrimento acrescido e sem benefício clínico para a pessoa (Radbruch et al., 2020).

A evidência tem demonstrado a importância de evitar referenciações tardias para CP, uma vez que estas limitam a possibilidade de uma abordagem integrada, personalizada e centrada na pessoa desde fases mais precoces da doença. A CNCP e a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) têm salientado a necessidade de reforçar a formação dos profissionais, melhorar a articulação entre serviços e garantir recursos adequados para responder à complexidade destas situações.

Neste contexto, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental para o Biénio 2023–2024 reafirma os fundamentos e a abordagem definidos no plano anterior (2021–2022), introduzindo agora uma maior precisão estratégica no que diz respeito à

organização dos cuidados, decorrente do modelo de centralização das ULS. Mantém-se, ainda assim, o foco na garantia de dotação adequada de recursos humanos da RNCCI, na otimização e adequação das plataformas digitais como ferramentas de trabalho, bem como na disseminação do conhecimento, definição de critérios de qualidade e de metas a atingir.

A visão recomendada por este plano estratégico assenta no princípio de que todas as pessoas com doença ameaçadora de vida devem receber os cuidados dos quais necessitam, no momento oportuno, por forma a viver com a melhor qualidade de vida possível. São também reafirmados princípios orientadores fundamentais, nomeadamente a centralidade da pessoa, da família e dos cuidadores; a comunicação eficaz; a tomada de decisão partilhada; o respeito pela autonomia; a acessibilidade universal dos CP, independentemente do diagnóstico; e a prestação de cuidados especializados tendo por base a evidência científica.

Tal como no plano anterior, mantêm-se quatro eixos prioritários de intervenção: cuidados centrados na pessoa, formação, qualidade e organização.

No que respeita aos cuidados centrados na pessoa, o plano reforça a importância de aplicar uma abordagem coordenada e baseada no reconhecimento das prioridades e capacidades individuais. Aqui, destaca-se a importância da identificação precoce das necessidades de natureza paliativa, da divulgação e implementação de critérios de referenciação, da informatização do plano individual de cuidados e da melhoria da continuidade assistencial entre diferentes contextos de cuidados.

É sublinhada ainda a relevância da capacitação dos cuidadores informais, da promoção da literacia em saúde, da sensibilização para as diretivas antecipadas de vontade e do desenvolvimento de respostas comunitárias, dando o exemplo das sociedades compassivas¹.

A formação continua a assumir-se como um eixo estratégico fundamental. O plano 2023–2024 reforça a importância de desenvolvimento de competências básicas em CP entre todos os profissionais de saúde, promovendo a identificação atempada das necessidades paliativas, a prestação de cuidados básicos e a referenciação adequada para equipas especializadas.

Simultaneamente, mantém-se o propósito de integrar e aprofundar conteúdos da área na formação pré-graduada e pós-graduada dos profissionais das áreas da saúde e do setor social, sendo igualmente assegurada formação contínua e diferenciada às equipas especializadas.

No eixo da qualidade, é enfatizada a importância de estabelecer padrões específicos e sistemas de monitorização que remetam para respostas consistentes e seguras às necessidades da pessoa e da família. Neste sentido, a CNCP, em articulação com a Direção-Geral da Saúde (DGS),

¹ Abordagem de saúde pública através da qual são desenvolvidas redes de apoio formal e informal com vista a melhorar a experiência das pessoas sobre a perda, o cuidado e apoio. Promovem igualmente a consciencialização dos CP e o planeamento antecipado de cuidados ao capacitar para a participação, parceria, educação (Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos, 2023).

definiu indicadores de qualidade aplicáveis às equipas locais de CP, incidindo em aspetos como a composição interdisciplinar das equipas, a disponibilidade de fármacos essenciais, os tempos de resposta, o apoio no luto e os programas de formação e investigação.

Já no plano organizacional, o documento sublinha a necessidade de uma articulação funcional entre os diferentes níveis de cuidados, sendo definida como prioridade a integração de equipas de CP nos Serviços Integrados de Cuidados Paliativos das ULS. Esta reorganização pretende reduzir a fragmentação assistencial e promover cuidados mais integrados, qualificados e atempados. Todavia, persistem limitações importantes, nomeadamente ao nível da escassez de recursos humanos, da insuficiente cobertura territorial, da desigualdade no acesso e da limitada capacidade de resposta por parte das equipas. É reconhecida, nesse contexto, a necessidade de garantir dotações seguras, expandir as equipas em falta e consolidar uma rede nacional mais robusta e equitativa.

Paralelamente, é atribuída particular relevância aos sistemas de informação e à transformação digital, entendidos como instrumentos essenciais para a melhoria da referenciação, da comunicação entre equipas, da coordenação assistencial e da monitorização da qualidade.

É nesta interdependência entre estrutura sistémica e experiência individual que se insere a complexidade dos CP. A pessoa e a sua família, confrontadas com a irreversibilidade do processo de doença, vivenciam profundas transições pessoais, sociais e emocionais, pelo que é necessário oferecer uma resposta coordenada, previsível e humanizada, o que só é possível quando existe uma rede funcional estruturada.

1.3. Cuidados Paliativos e Enfermagem de Reabilitação – controvérsia ou complementaridade?

A intervenção do EEER em contexto paliativo tem sido, ao longo do tempo, alvo de controvérsia, sobretudo por assentar numa conceção historicamente curativa e restaurativa da função. Esta perspetiva tem contribuído para a persistência de equívocos e desencontros conceituais, segundo os quais a pessoa em situação paliativa — particularmente em fases avançadas da doença — não beneficiaria de intervenções de reabilitação. Contudo, tal entendimento desconsidera a natureza adaptativa, funcional e centrada na qualidade de vida que caracteriza a Enfermagem de Reabilitação neste contexto (Neto, 2010).

Na realidade, a Enfermagem de Reabilitação e os CP constituem áreas que se interligam de forma profunda, uma vez que partilham objetivos comuns: promoção da autonomia, maximização da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida, mesmo na ausência de um cenário de possibilidade de reversão patológica (Hesbeen, 2008). Esta complementaridade é igualmente manifestada pelos princípios da Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012), onde estão implícitos e explícitos os pilares da

autonomia e da qualidade de vida, bem como os processos de aprendizagem e desenvolvimento de aptidões (Serôdio, 2014).

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, o EEER está munido de um conjunto de competências específicas que lhe permitem intervir junto da pessoa com doença aguda, crónica ou com sequelas, visando maximizar a sua funcionalidade e independência, preservando a autoestima e promovendo o direito à dignidade e à qualidade de vida. Estas competências incluem os processos de promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, bem como a intervenção junto da família e da comunidade, assegurando a continuidade dos cuidados.

A evidência científica e a prática clínica contemporânea revelam que a intervenção do EEER neste contexto não se reduz a um poço de contradições, representando sim uma complementaridade essencial, alinhada com os princípios dos CP. A sua atuação centra-se na promoção da autonomia possível, na manutenção da funcionalidade, na prevenção de complicações, no controlo sintomático e na facilitação dos processos de adaptação e transição vivenciados pela pessoa e família (Santos et al., 2014).

Importa, neste âmbito, compreender que a reabilitação em contexto paliativo não visa a restituição plena da função, mas sim a otimização das capacidades remanescentes, respeitando os limites individuais, os desejos e os objetivos da pessoa. Consiste, assim, numa intervenção intencional, dinâmica e flexível, ajustada ao prognóstico e à trajetória da doença. Neste sentido, a literatura descreve diferentes fases da reabilitação em CP — preventiva, restaurativa, de suporte e paliativa — que orientam a adequação das intervenções ao estado clínico da pessoa, permitindo antecipar incapacidades, maximizar a autonomia e promover o conforto ao longo do *continuum* do processo de doença (Jorge, 2014).

A pessoa em situação paliativa apresenta, de forma frequente, um conjunto de sintomas e alterações funcionais com elevado grau de complexidade e que se traduzem no aumento da dependência para a realização das atividades de vida diárias (AVD), bem como na diminuição da participação social. Neste contexto, a intervenção do EEER assume um papel ativo e diferenciador, nomeadamente no controlo sintomático e na promoção da funcionalidade, através de intervenções específicas, dirigidas e baseadas na evidência (Costa & Othero, 2014).

Através dos eixos anteriormente mencionados, poderá dizer-se que as intervenções implementadas abrangem múltiplos domínios, como o motor, cardiorrespiratório, cognitivo, psicológico, alimentar, eliminatório e da sexualidade, evidenciando a natureza holística e integrativa desta área de intervenção (Regulamento n.º 392/2019).

A pertinência e atualidade desta temática foram reforçadas através da realização de uma revisão *scoping*, que permitiu mapear a evidência científica disponível relativamente às intervenções do EEER na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa. Os resultados revelam algo particularmente importante e que deve ser algo de reflexão: em vários contextos internacionais,

nomeadamente na Europa, América do Norte e Austrália, os processos de reabilitação são integrados precocemente no percurso da doença, através de programas estruturados e articulados com equipas especializadas, permitindo intervenções progressivas, individualizadas e sustentadas ao longo do tempo. Por outro lado, em Portugal a realidade é outra: pese embora o enquadramento legal desta área de cuidados seja já consistente, persistem desafios de alta magnitude, sendo a referenciação tardia o exemplo mais alarmante e preocupante, muitas vezes limitada a fases avançadas ou agónicas da doença. Esta realidade compromete o potencial de ganhos funcionais, de controlo sintomático e de promoção do conforto que poderiam advir de uma intervenção precoce das equipas de CP e, complementarmente, do EEER.

Torna-se, assim, crucial promover uma mudança de paradigma, reconhecendo os CP como uma abordagem transversal ao longo da trajetória da doença e não exclusivamente associada ao fim de vida, contando com a colaboração do EEER enquanto pilar essencial para potenciar ganhos em saúde, promover a adaptação à doença e maximizar o conforto e a qualidade de vida da pessoa e da sua família.

No capítulo seguinte, abordam-se os aspetos essenciais resultantes da revisão *scoping* supracitada, crucial na identificação de áreas de intervenção prioritárias, permitindo clarificar o papel do EEER na promoção do conforto e da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

1.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto paliativo: contributos de uma revisão *scoping*

A revisão *scoping* que é escrutinada neste capítulo foi estruturada com base nas orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) para a prática baseada na evidência, permitindo identificar evidência robusta relativamente aos benefícios da intervenção do EEER na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa, particularmente através da implementação de programas de exercício terapêutico adaptados e individualizados.

Da análise dos estudos incluídos, foi possível categorizar cinco grandes áreas de intervenção: treino de força e resistência, treino aeróbico, treino intervalado, reeducação funcional respiratória (RFR) e treino de equilíbrio e flexibilidade. Todas estas categorias serão exploradas nos parágrafos seguintes.

Treino de força e resistência

O treino de força e resistência emerge como a categoria de intervenção com maior robustez metodológica, sendo sustentado predominantemente por ensaios clínicos randomizados. Dos

estudos incluídos, mais de 80% apresentam um desenho experimental controlado, o que confere consistência aos resultados obtidos e reforça a validade da intervenção no contexto paliativo.

O *POSITIVE study*, desenvolvido por Wiskemann et al. (2016), constitui um dos ensaios de maior dimensão nesta área, envolvendo pessoas com neoplasia pulmonar sem indicação cirúrgica e acompanhadas por equipas de suporte em CP. O programa decorreu ao longo de 24 semanas, tendo integrado 3 sessões semanais, incorporando treino de resistência com intensidade moderada a elevada, correspondente a 60–80% de uma repetição máxima (1RM), com 8–12 repetições por série. Os resultados obtidos revelaram uma melhoria estatisticamente significativa na *performance* física global, com aumento mensurável da força muscular e redução da fadiga física e mental.

No estudo *PACE-Mobil-PBL*, Mikkelsen et al. (2018) avaliaram uma intervenção multimodal de 12 semanas em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos sob quimioterapia paliativa. O grupo de intervenção apresentou melhoria significativa no teste de levantar e sentar em 30 segundos, com aumento médio do número de repetições comparativamente ao número da avaliação inicial, traduzindo ganhos objetivos de força ao nível dos membros inferiores. Foram igualmente manifestadas melhorias relativamente à perceção global de qualidade de vida, o que sugere que um programa que inclua progressão gradual de cargas externas remete para cenários de eficácia clínica.

Ester et al. (2021), num ensaio randomizado que integrou exercício, nutrição e controlo sintomático em pessoas com neoplasia pulmonar avançada, observaram reduções clinicamente significativas na *Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*. Nomeadamente no que diz respeito à componente do treino terapêutico, foram englobados exercícios com recurso a bandas elásticas e ao peso corporal. Após o período de intervenção, objetivou-se diminuição estatisticamente significativa de sintomas como dor, fadiga, dispneia e ansiedade, o que sublinha a efetividade deste tipo de intervenção na gestão de sintomatologia, mesmo quando não se recorre a cargas externas.

No estudo *ENeRgy*, Hall et al. (2021) demonstraram que um programa combinado de exercício e suporte nutricional é viável e seguro em pessoas com neoplasia sem perspetivas de remissão, apresentando taxas de adesão superiores a 70%. Neste ensaio, os autores alertam para a tendência que se verifica na melhoria da capacidade funcional e da força muscular no grupo de intervenção, com diferenças médias relevantes face ao grupo que recebe cuidados habituais.

Hiensch et al. (2022), no âmbito do estudo *EFFECT*, que envolveu pessoas com neoplasia da mama metastizado, estruturaram um programa de 9 meses que englobava treino de resistência, complementado por treino aeróbico progressivo. Os resultados evidenciaram redução significativa da fadiga e melhoria no *score* de perceção de qualidade de vida.

No estudo de Frei et al. (2022), direcionado a pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica, foi estruturado um programa de treino de resistência com recurso a uma cadeira e a bandas elásticas. Desenvolvido ao longo de 12 meses e com o intuito de execução em ambulatório, este programa permitiu verificar a manutenção dos ganhos funcionais previamente adquiridos,

contrastando com o declínio observado no grupo de controlo, o que sublinha o quão determinante pode ser o treino de força/resistência na prevenção do declínio funcional progressivo, fenómeno comum em doenças crónicas avançadas.

Ibrahim et al. (2024) desenvolveram um estudo quase-experimental, com avaliação pré e pós-intervenção, ao longo de 16 semanas, junto de pessoas com neoplasia em fase terminal, com intervenção também junto dos cuidadores informais. Foi implementado um programa que incluiu treino de força e resistência individualizado, sessões educativas focadas na gestão de sintomas e estratégias de adaptação, bem como apoio espiritual e formação dirigida aos cuidadores sobre controlo sintomático, nutrição e suporte psicológico. A avaliação dos *outcomes* foi realizada através de instrumentos validados, nomeadamente o *EORTC Quality of Life Group* para a qualidade de vida e o *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* para ansiedade e depressão. Os resultados demonstraram uma evolução favorável no que diz respeito à qualidade de vida, com redução significativa dos níveis de ansiedade, depressão e sintomatologia associada. Foi identificada uma diminuição da sobrecarga e da ansiedade dos cuidadores, evidenciando que o seu envolvimento é essencial nos processos de doença e que o seu bem-estar também deve merecer atenção por parte dos programas desenvolvidos

Também De Lazzari et al. (2024) conduziram um estudo randomizado que envolveu 41 participantes com neoplasia do pâncreas ou colangiocarcinoma em estadio IV. O grupo de intervenção foi submetido a um programa de treino de força com duração de 8 semanas, composto por 3 sessões semanais, enquanto o grupo de controlo recebeu apenas recomendações gerais sobre atividade física. Das 3 sessões semanais, 2 eram realizadas no domicílio, sem supervisão direta, recorrendo a exercícios com o peso corporal e bandas elásticas previamente prescritos, enquanto uma sessão era supervisionada em regime presencial e englobava exercícios como *leg press*, *bench press* e *lat pulldown*.

Os resultados objetivaram melhorias na capacidade de produção de força no grupo de intervenção, contrastando com uma tendência de manutenção ou declínio no grupo de controlo, pelo que esta tendência se verificou em todos os exercícios supramencionados. Estes efeitos positivos foram já observáveis às 4 semanas, tornando-se mais pronunciados ao fim das 8 semanas.

Os estudos analisados remetem para 3 tendências consistentes: melhoria significativa da força muscular e, consequentemente, da funcionalidade; redução de um conjunto de sintomas, sendo os mais relatados a dor, a dispneia e a fadiga; impacto positivo nos domínios físico e emocional da qualidade de vida.

Treino aeróbico

O treino aeróbico consiste igualmente numa das intervenções mais identificadas na revisão *scoping*, estando presente na maioria dos estudos randomizados incluídos e frequentemente integrado em programas multimodais. Contrariando o preconceito de que este tipo de treino pode promover o agravamento fisiológico da pessoa em situação paliativa, a evidência demonstra que, quando individualizado e monitorizado, é seguro, bem tolerado e clinicamente eficaz, produzindo ganhos mensuráveis ao nível da fadiga, da dispneia, da capacidade funcional e da qualidade de vida.

No estudo de Wiskemann et al. (2016), integrado no *POSITIVE trial*, o treino aeróbico em passadeira foi combinado com treino de força ao longo de 24 semanas em pessoas com neoplasia pulmonar sem indicação cirúrgica. O grupo de intervenção apresentou melhoria da capacidade física global, apresentando redução da fadiga física e mental, comparativamente ao grupo controlo.

Ester et al. (2021), num ensaio randomizado com pessoas com neoplasia pulmonar em estadio avançado, implementaram um programa trimodal de 12 semanas que incluía treino aeróbico domiciliário (2–4 sessões semanais, 10–30 minutos, intensidade leve a moderada), com meta de 90 minutos semanais de atividade. A análise dos resultados revelou reduções significativas na fadiga e na dor avaliadas pela ESAS, bem como melhoria clinicamente relevante no bem-estar emocional. A magnitude destas alterações remete para um impacto direto ao nível não só da dimensão funcional, bem como da sintomatologia.

Hall et al. (2021), no estudo *ENeRgy*, integraram 60 minutos semanais de exercício aeróbico de intensidade moderada, monitorizando a perceção de esforço dos participantes com recurso à Escala de Borg Modificada. Apesar de se tratar de um estudo de viabilidade, observaram-se melhorias nos *scores* de qualidade de vida, particularmente nos domínios emocionais, com diferenças clinicamente relevantes entre a avaliação inicial e o *follow-up*. Verificou-se uma taxa de adesão superior a 70% ao programa, o que sublinha a exequibilidade desta categoria de intervenção mesmo em contexto de patologia irreversível.

No estudo *EFFECT*, de Hiensch et al. (2022), foi implementada uma intervenção com duração de 9 meses em pessoas com cancro da mama metastizado. O protocolo incluía treino aeróbico progressivo, evoluindo de intensidade moderada para períodos de treino intervalado, conforme tolerância. Os resultados evidenciaram redução da fadiga e melhoria global ao nível da perceção de qualidade de vida, demonstrando assim que uma intervenção prolongada no tempo é viável e eficaz.

Ha et al. (2023), num ensaio piloto randomizado, adotaram a caminhada como estratégia para interromper a espiral “dispneia-inatividade” em participantes com neoplasia pulmonar. A intervenção incluiu quatro caminhadas semanais com aumento progressivo de 5–10 minutos relativamente ao tempo inicial. Foram registadas melhorias na tolerância ao esforço e redução da

sensação de dispneia, com diferenças relevantes nos questionários de qualidade de vida aplicados numa fase pré e pós intervenção.

No estudo de Ibrahim et al. (2024), foram conduzidas 4 sessões semanais de 60 minutos, integrando exercícios como caminhada, bicicleta e remo. A redução da dor e da fadiga destacou-se como um dos principais *outcomes*, contribuindo para uma melhoria significativa da qualidade de vida. Os efeitos observados foram consistentes, verificando-se benefícios tanto ao nível do desempenho físico como das dimensões emocional e da ansiedade.

A análise da evidência apresentada permite objetivar dois aspetos fundamentais que suportam a pertinência desta temática: existe uma redução estatisticamente significativa da fadiga na maioria dos ensaios, bem como uma otimização da capacidade funcional e da tolerância ao esforço, o que promove um consequente impacto positivo no domínio emocional e na perceção global de qualidade de vida.

Em todos os estudos, esta modalidade foi implementada após uma avaliação prévia da componente cardiorespiratória, com monitorização da dispneia e da gestão de sinais de intolerância ao esforço. O EEER assume um papel determinante neste contexto, principalmente no que diz respeito à titulação do esforço e na adequação das variáveis relativas à prescrição do treino, prevenindo assim exacerbações sintomáticas e promovendo protocolos seguros e exequíveis. Como tal, o treino aeróbico não representa apenas uma intervenção de cariz fisiológico, mas sim uma estratégia terapêutica estruturada que produz efeitos quantitativamente mensuráveis e qualitativamente significativos na experiência de conforto da pessoa em situação paliativa.

Treino intervalado

O treino intervalado tem emergido, nos últimos tempos, como uma modalidade particularmente promissora em vários contextos, não sendo o contexto paliativo uma exceção. Esta categoria de intervenção baseia-se na alternância estruturada entre períodos de atividade de intensidade moderada a elevada e fases de recuperação ativa ou de menor intensidade, permitindo alcançar estímulos fisiológicos significativos sem a necessidade de esforços contínuos prolongados. Esta configuração permite adaptar o estímulo de intensidade à reserva funcional da pessoa, o que promove uma redução do risco de exacerbação sintomática, aspeto particularmente relevante neste tipo de populações (Ross et al., 2016; MacInnis & Gibala, 2017).

No estudo *TIRE*D, desenvolvido por Poort et al. (2017), o protocolo incluía treino intervalado em bicicleta estática, com períodos de esforço entre 60–80% da frequência cardíaca máxima (calculada através da fórmula de Tanaka), intercalados com fases de recuperação ativa, sob monitorização contínua da frequência cardíaca e da perceção subjetiva de esforço monitorizada

através da Escala de Borg. Os autores identificaram redução da fadiga no grupo de intervenção comparativamente aos cuidados habituais, com magnitude clinicamente relevante.

No estudo conduzido por Nicol et al. (2022), direcionado a pessoas com mieloma múltiplo, foi implementado um programa multimodal que integrou treino intervalado de alta intensidade, com blocos de exercício acima dos 85% da frequência cardíaca máxima (também calculada pela fórmula de Tanaka), inseridos num protocolo de aproximadamente 20 minutos por sessão, combinando sessões supervisionadas e domiciliárias. Realça-se a ausência de eventos adversos graves relacionados com o exercício, o que reforça a segurança da intervenção mesmo em contexto de alta vulnerabilidade.

No *EFFECT study*, descrito por Hiensch et al. (2022), um grupo de pessoas com neoplasia da mama metastizado participou num programa estruturado de 9 meses, no qual o treino aeróbico contínuo evoluiu progressivamente para treino intervalado de maior intensidade, consoante a tolerância individual. A progressão para estímulos intervalados esteve associada a melhorias estatisticamente significativas na fadiga e na qualidade de vida global, evidenciando que o treino intervalado pode ser introduzido de forma gradual e segura.

A leitura e interpretação dos estudos que abordam o treino intervalado permite destacar aspetos determinantes, como a redução significativa da fadiga, em consonância com a evolução positiva de indicadores de capacidade aeróbica e tolerância ao esforço. Não menos importante, percebe-se que a esta modalidade está associada uma taxa de adesão elevada - frequentemente $\geq 70\%$ - principalmente por se tratarem de programas dinâmicos, o que reforça a natureza de sucesso de um programa integrado e ajustado

Importa salientar que este tipo de treino, ao distribuir o esforço em ciclos controlados, pode reduzir a perceção de exaustão contínua, permitindo à pessoa completar volumes de treino que seriam dificilmente tolerados num regime contínuo. Esta característica assume particular pertinência na gestão da fadiga subjetiva e da dispneia associada ao esforço. Como tal, quando adequadamente prescrito e monitorizado, constitui uma intervenção de elevada relevância no contexto paliativo, articulando ganhos fisiológicos objetivos com impacto subjetivo na experiência de conforto.

Reeducação Funcional Respiratória

A RFR assume especial relevância na intervenção junto da pessoa com patologia respiratória, uma vez que a dispneia constitui um dos sintomas mais prevalentes e impactantes ao nível do conforto físico e psicológico. Estando fortemente associada a uma limitação funcional e a um quadro de ansiedade generalizado, esta intervenção surge, assim, como uma das estratégias terapêuticas com maior utilidade e impacto fisiológico (Costa & Othero, 2014).

No estudo randomizado de Ha et al. (2023), foi implementado um programa de treino dos músculos inspiratórios com recurso ao dispositivo *threshold* junto de pessoas com neoplasia pulmonar, tendo o programa tido uma duração de 12 semanas. O protocolo incluiu 2 sessões diárias de 10–15 minutos, 5 dias por semana, incorporando uma resistência progressivamente ajustada consoante a tolerância e a perceção de dispneia, avaliada através da Escala de Borg Modificada, cuja avaliação deveria manter-se entre os 4 e os 6.

Os resultados demonstraram que a intervenção foi bem tolerada e executada de forma segura, observando-se melhorias significativas no conforto respiratório e na qualidade de vida, avaliadas através do *St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)*, com reduções clinicamente significativas da sintomatologia às 6 e 12 semanas.

Para além disso, verificou-se um aumento significativo da frequência de atividade física de intensidade moderada, com consequente redução do comportamento sedentário, sugerindo que o treino da musculatura inspiratória poderá desempenhar um papel relevante na promoção de estilos de vida mais ativos nesta população.

Os programas de RFR requerem uma avaliação sistemática da função respiratória, bem como a identificação de padrões ventilatórios ineficazes, permitindo uma prescrição individualizada e ajustada, particularmente no que se refere à sua progressão e à monitorização contínua da resposta sintomática. Neste contexto, o EEER assume um papel central, não só no que diz respeito à vertente educativa do vasto leque de técnicas de RFR, como no reforço da capacidade de autogestão e na adaptação do plano terapêutico face às flutuações do estado clínico, funcional e sintomático.

Treino de Equilíbrio e Flexibilidade

O treino de equilíbrio e flexibilidade, embora habitualmente integrado como complemento a outras tipologias de intervenção, desempenha um papel essencial na preservação da mobilidade e na prevenção de quedas. A pessoa em situação paliativa lida frequente com um quadro de perda de massa muscular e neuropatias periféricas induzidas por quimioterapia, com um declínio funcional global que aumenta significativamente o risco de queda (Costa & Othero, 2014).

No protocolo levado a cabo por Mikkelsen et al. (2018), no âmbito do programa *PACE-Mobil-PBL*, cada sessão incluía uma fase inicial dedicada a exercícios de equilíbrio dinâmico e flexibilidade, com exercícios como marcha com mudanças de direção, apoio alternado em calcanhares e pontas dos pés, *walking lunges* e utilização de *balance boards*. Embora o estudo tenha como foco principal a intervenção multimodal, os resultados globais evidenciaram melhoria significativa na capacidade funcional, nomeadamente no teste de levantar e sentar em 30 segundos, indicador indireto de controlo postural e força ao nível dos membros inferiores.

Hiensch et al. (2022), no *EFFECT study*, integraram exercícios posturais com diferentes bases de apoio no início de cada sessão, promovendo estabilidade central e controlo neuromuscular. O programa global demonstrou melhorias significativas na fadiga e qualidade de vida, sendo plausível que a componente de equilíbrio tenha contribuído de forma direta para estes *outcomes*.

Ester et al. (2021) incorporaram exercícios de equilíbrio de forma progressiva no treino de resistência com bola suíça e bandas elásticas. A intervenção evidenciou reduções significativas em sintomas avaliados pela ESAS, sugerindo que ganhos ao nível da estabilidade corporal podem contribuir indiretamente para a perceção global de bem-estar.

Apesar de menos estudado de forma isolada, o treino de equilíbrio e flexibilidade apresenta benefícios clínicos relevantes como a melhoria da estabilidade postural, o aumento da amplitude articular, a redução do risco de quedas, o aumento da confiança no movimento com consequente impacto positivo na capacidade de execução das AVD, pelo que o EEER o deve integrar de forma consistente nos seus planos de cuidados, nunca sem antes avaliar de o equilíbrio, o risco de queda e o padrão de marcha.

1.5. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba constitui o referencial concetual que sustenta o presente relatório de estágio e que norteou a intervenção ao longo do período de Estágio, oferecendo uma base teórica robusta que permite compreender e conceber o conforto enquanto objetivo central da intervenção do EEER junto da pessoa em situação paliativa.

O conceito de conforto tem acompanhado historicamente o desenvolvimento da enfermagem, sendo reconhecido desde cedo como um elemento essencial na recuperação, bem-estar e qualidade dos cuidados prestados. Autores clássicos da disciplina defendiam já que o conforto representava, de forma simultânea, o ponto de partida e o objetivo último da prática de enfermagem, associando-o a uma evolução mais favorável do processo de doença (Tomey & Alligood, 2002).

Ao longo do tempo, diferentes investigadores procuraram compreender e operacionalizar este conceito, destacando-se estudos que exploraram tanto as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, como a perceção subjetiva da pessoa acerca do que significa “estar confortável”, particularmente em contexto paliativo.

É neste enquadramento global que surge a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, uma teoria de médio alcance que se centra num fenómeno específico, diretamente observável e aplicável à prática clínica. Para Kolcaba (2003), o conforto assume-se como o núcleo concetual dos cuidados de enfermagem, sendo definido não apenas como a ausência de dor ou desconforto físico, mas como

um estado dinâmico, holístico e multidimensional, que resulta diretamente da satisfação das necessidades da pessoa.

A teórica estrutura o conforto a partir de quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e os cuidados de enfermagem. A pessoa é entendida como o destinatário dos cuidados, podendo corresponder ao indivíduo, à família ou até mesmo à comunidade. O ambiente inclui todos os fatores internos e externos que podem ser influenciados pela intervenção do enfermeiro. Já a saúde é definida como um estado funcional ótimo, definido segundo a percepção individual da própria pessoa. E, por fim, os cuidados de enfermagem correspondem ao processo sistemático de avaliação das necessidades identificadas, seguindo-se o planeamento, a implementação de intervenções e a reavaliação contínua dos resultados obtidos (Kolcaba, 2017).

Kolcaba (2017) descreve três estados de conforto que, em conjunto, constituem uma experiência holística: o alívio, que corresponde à satisfação de uma necessidade específica; a tranquilidade, entendida como um estado de calma ou bem-estar global; e a transcendência, que se traduz na capacidade da pessoa ultrapassar as suas dificuldades, manter sentido de vida e exercer algum controlo sobre o seu percurso, mesmo em situações de sofrimento ou doença avançada. Estes estados não são lineares nem hierárquicos, podendo coexistir e influenciar-se mutuamente ao longo do tempo.

Paralelamente, a experiência de conforto desenvolve-se em quatro contextos distintos, mas interligados: o contexto físico, relacionado com sensações corporais, dor, fadiga, dispneia e outros mecanismos de homeostasia; o contexto psicoespiritual, que integra dimensões como autoestima, esperança, significado da vida e espiritualidade; o contexto sociocultural, associado às relações interpessoais, familiares, sociais e aos valores culturais; e o contexto ambiental, que diz respeito às condições externas, como o ruído, a luminosidade, a temperatura e a organização do espaço envolvente (Kolcaba, 2017).

A articulação entre os três estados e os quatro contextos de conforto resulta numa estrutura taxonómica bidimensional, que traduz a natureza holística e sistémica da teoria. Trata-se de um sistema aberto, no qual as intervenções dirigidas a um determinado estado ou contexto têm repercussões inevitáveis nos restantes, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada e centrada na pessoa (ver Tabela 1).

No contexto da pessoa em situação paliativa, o conforto assume-se como um conceito central. Envolve o controlo sintomático, o suporte emocional e espiritual, a preservação da dignidade, a qualidade das relações interpessoais, a adaptação às limitações impostas pela doença e a adequação do ambiente às necessidades e preferências da pessoa. Assim, este conceito constitui, inegavelmente, um indicador fundamental da qualidade dos cuidados prestados e um objetivo transversal à intervenção da equipa multidisciplinar.

A intervenção do EEER, pautada pela promoção da funcionalidade e das capacidades remanescentes, bem como pela prevenção de complicações e pela adaptação às alterações decorrentes do processo de doença, enquadra-se de forma consistente nos pressupostos do modelo teórico de Kolcaba. Uma intervenção integrada que englobe programas de exercício terapêutico adaptados, técnicas de conservação de energia, RFR, treino de equilíbrio e flexibilidade, consolidando os pressupostos de educação e apoio à família nos processos de transição, contribuem para experiências de alívio, tranquilidade e, em alguns casos, transcendência.

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba constitui o enquadramento concetual mais sólido e cientificamente legítimo para compreender e sustentar a complementaridade entre CP e Enfermagem de Reabilitação, o que permite ao EEER orientar a sua prática no sentido de promover uma abordagem reflexiva, humanizada e holística, valorizando o viver com qualidade e significado por parte da pessoa cuidada, mesmo numa fase de agravamento funcional e clínico.

Tabela I - Estrutura taxonómica do conforto

Estado	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contexto			
Físico			
Psicoespiritual			
Social			
Ambiental			

Fonte: Adaptado de Kolcaba (2017, p.199)

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro Especialista (EE) é concebido como o profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialidade (Regulamento n.º 140/2019). Esta competência traduz-se não apenas na execução de cuidados diferenciados, mas sobretudo na capacidade de conceção, gestão, supervisão e avaliação de intervenções complexas, sustentadas pela evidência científica e orientadas para as necessidades da pessoa, da família e da comunidade.

As competências comuns do EE manifestam-se através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, integrando as dimensões da formação, da investigação, da assessoria e da liderança clínica. Estas competências envolvem ainda a educação das pessoas e dos pares, a orientação e o aconselhamento, bem como a responsabilidade de descodificar, produzir, disseminar e aplicar conhecimento científico relevante, contribuindo para o desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com o mesmo Regulamento, as competências comuns do EE organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para cada um destes domínios foram definidos objetivos específicos, orientando a prática clínica especializada e sustentando a construção de uma identidade profissional reflexiva, crítica e eticamente comprometida.

No presente Relatório, procede-se à descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do período de Estágio, evidenciando de que forma estas contribuíram para a concretização dos objetivos definidos e para o desenvolvimento das competências comuns do EE, bem como das competências específicas do EEER. Esta análise será realizada à luz dos Descritores de Dublin para o 2.º Ciclo de Estudos, que enquadram a atribuição do grau de Mestre, nomeadamente no que respeita à capacidade de compreensão e aplicação do conhecimento, à resolução de problemas em contextos complexos, ao desenvolvimento de investigação, à comunicação clara e fundamentada e à autonomia na aprendizagem (Direção Geral do Ensino Superior, 2013).

Este capítulo assume-se como um espaço de reflexão crítica sobre a prática desenvolvida nos contextos de Estágio, permitindo não apenas descrever as experiências vivenciadas, mas sobretudo analisar o seu contributo para o crescimento profissional, consolidação de competências especializadas e construção de uma prática clínica cientificamente fundamentada, intencional e focada nos objetivos e necessidades da pessoa cuidada.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um eixo estruturante da prática do EE, refletindo-se na prestação de cuidados de elevada qualidade, fundamentados cientificamente e orientados por princípios éticos e deontológicos que asseguram a dignidade, a segurança e os direitos da pessoa cuidada. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, este domínio traduz-se na capacidade do EE assumir decisões clínicas de natureza complexa, atuar de forma autónoma e responsável, garantindo uma prática profissional alinhada com os pressupostos legais e éticos da profissão.

No contexto dos CP, este domínio adquire uma relevância acrescida, uma vez que o enfermeiro é frequentemente confrontado com situações de elevada complexidade, muitas vezes com uma componente emocional associada, dado os contextos de fragilidade clínica e patologia avançada. Nestes particulares momentos, a tomada de decisão ultrapassa incontestavelmente a lógica curativa, sendo exigida uma abordagem centrada nos objetivos individuais da pessoa, no alívio do sofrimento e na promoção da qualidade de vida, mesmo perante o caráter progressivo da doença.

A responsabilidade profissional do EE manifesta-se, assim, na capacidade de avaliar criticamente cada situação clínica, ponderando riscos e benefícios das intervenções e adequando os cuidados às necessidades, valores e preferências específicas de cada pessoa, bem como da família e cuidadores. Esta abordagem pressupõe uma prática reflexiva, sustentada na evidência científica e nos referenciais teóricos da enfermagem, remetendo igualmente para a necessidade de consolidação de competências do foro comunicacional, fundamentais para a construção de uma relação terapêutica.

Do ponto de vista ético, a intervenção do EE deve respeitar os princípios fundamentais da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A promoção da autonomia implica garantir o direito da pessoa à informação clara, verdadeira e adequada à sua capacidade de compreensão, permitindo uma participação ativa e esclarecida nas decisões relativas ao seu plano de cuidados. Em CP, este princípio assume especial importância na abordagem de temas como as diretivas antecipadas de vontade, opções terapêuticas invasivas, limitação do esforço terapêutico e planeamento antecipado de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A beneficência e a não maleficência orientam a prática no sentido da maximização do conforto e da minimização do sofrimento, evitando intervenções desproporcionadas, fúteis ou potencialmente geradoras de dano. Neste sentido, o EE desempenha um papel central na identificação de necessidades de conforto, na monitorização sistemática da sintomatologia e na implementação de intervenções ajustadas à condição clínica e funcional da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A dimensão legal da prática do EE traduz-se no cumprimento rigoroso das normativas profissionais, salvaguardando os direitos da pessoa em situação de vulnerabilidade e documentando de forma adequada os cuidados prestados. A atuação legalmente responsável implica ainda o reconhecimento dos limites da intervenção profissional, bem como processos de articulação eficazes e uma adequada referenciação sempre que necessário, garantindo a continuidade dos cuidados.

Neste enquadramento, o EEER, enquanto elo de ligação e pilar da equipa multidisciplinar, deverá desempenhar um papel ativo e dinâmico na elaboração dos planos de cuidados, partindo do princípio de que, enquanto existir funcionalidade remanescente, importa investir na sua valorização e maximização. A sua atuação deve, por isso, ser orientada por uma ética profissional que sustente uma prática reflexiva e humanista, capaz de responder à complexidade das necessidades da pessoa e da família.

Num dos contextos de Estágio, o acompanhamento do Sr. FC, com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em fase avançada, com seguimento regular por parte da ECSCP da sua área de residência, assumiu particular destaque no desenvolvimento e aprofundamento deste domínio de competência. A ELA consiste numa patologia neurodegenerativa à qual está associada um impacto funcional progressivo, havendo compromisso da mobilidade, comunicação, deglutição e da função respiratória, pelo que nesta última está frequentemente associada a necessidade de suporte ventilatório não invasivo (Brown & Al-Chalabi, 2017; Kiernan et al., 2011; Van Es et al., 2017).

A Ventilação Não Invasiva (VNI) assume um papel fulcral na manutenção da função respiratória e na otimização da ventilação da pessoa com compromisso neuromuscular, embora a sua gestão diária implique desafios relevantes, nomeadamente no que toca a garantir o equilíbrio entre conforto, autonomia e medidas de segurança (Bédard & McKim, 2016). Um dos principais desafios surge nos momentos de desconexão ventilatória, necessários para a realização de cuidados básicos, como a higiene da face e da cavidade oral, bem como durante períodos de comunicação e interação social. Estas situações exigem uma gestão criteriosa da tolerância ao esforço, bem como um adequado planeamento e preparação das intervenções, por forma a minimizar o risco de fadiga respiratória e prevenir períodos de agudização clínica.

Momentos de cuidados como este sugeriam que se ponderasse meteticulosamente a duração das desconexões, articulando o desejo do Sr. FC de manter momentos de comunicação e convivência, com a necessidade de preservar a estabilidade respiratória e evitar episódios de fadiga extrema. Esta gestão da dispneia, altamente prevalente e incapacitante na ELA, constitui um dos principais determinantes da limitação funcional, do conforto e da qualidade de vida (Kiernan et al., 2011; Majmudar et al., 2014).

Neste contexto, a tomada de decisão implicou um processo contínuo de avaliação clínica, diálogo com o Sr. FC e com a esposa enquanto cuidadora informal, bem como uma adequada articulação com a equipa multidisciplinar, procurando equilibrar a segurança clínica com o respeito

pelo princípio da autonomia. Trata-se de uma abordagem que reflete inequivocamente os princípios centrais dos CP, nos quais a gestão de sintomas, a comunicação e a tomada de decisão partilhada assumem um papel central na promoção do conforto e da dignidade da pessoa cuidada.

Desde a referenciação inicial à equipa, foi evidente a importância de uma atuação ética centrada na pessoa, respeitando o seu ritmo de adaptação à doença, ao declínio funcional e à própria compreensão da filosofia dos CP. De referir que existiu uma renitência inicial relativamente à adesão ao regime terapêutico e à compreensão dos objetivos e pressupostos desta área de cuidados, o que acaba por ser frequente numa fase inicial do processo de cuidados. Esta gestão exige, por parte do EEER, uma postura de escuta ativa e de clarificação contínua, promovendo uma abordagem gradual, construtiva e ajustada ao nível de conhecimento e de *insight* do Sr. FC.

A abordagem de temas sensíveis, como as diretivas antecipadas de vontade, a eventual necessidade futura de traqueostomia e de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), bem como dependência total de VNI ou até temas como a sedação paliativa, foi realizada de forma progressiva, assegurando sempre o direito à informação e à tomada de decisão esclarecida. Esta prática reflete o compromisso do EEER com os princípios da autonomia e da beneficência, garantindo que as decisões relativas ao plano de cuidados da pessoa respeitam os seus valores, preferências e objetivos de vida, mesmo perante a inexorabilidade da evolução do processo de doença.

No plano da prática clínica especializada, a avaliação sistemática do conforto e da sintomatologia, recorrendo a instrumentos validados como a ESAS e o *Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire (PFSDQ)*, evidenciou uma atuação profissional responsável e sustentada em evidência científica. No que diz respeito à avaliação dos aspetos funcionais e do autocuidado, foram essencialmente mobilizados o Índice de Barthel – avaliação do grau de dependência na realização das AVD - e a *Palliative Performance Scale (PPS)*, escala que avalia o desempenho funcional da pessoa em percentagens, variando entre 100% (estado funcional pleno) e 0% (morte). A PPS considera critérios como a capacidade de deambulação, a capacidade para realizar as AVD, o estado de consciência, bem como a ingestão alimentar, permitindo não só estimar o prognóstico, como também conferir suporte ao planeamento de cuidados, sendo um indicador relevante para a elegibilidade e priorização de intervenções de reabilitação em CP (Serenio et al., 2022).

Tanto no estudo de caso “Funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” (APÊNDICE 3) como no estudo de caso “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade e conforto da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica” (APÊNDICE 4), estes instrumentos foram utilizados de forma sistemática ao longo do acompanhamento e da intervenção, permitindo caracterizar a intensidade da dispneia, o impacto global da sintomatologia e os níveis de funcionalidade.

Particularmente neste último, a monitorização dos referidos parâmetros permitiu ajustar de forma contínua e regular o plano de cuidados, norteando intervenções individualizadas no âmbito da reabilitação respiratória, da gestão do suporte ventilatório e das estratégias de conservação de energia durante a realização das AVD, nomeadamente através da organização das tarefas em etapas curtas, intercaladas com pausas respiratórias programadas, minimizando a hipótese de instalação de dispneia súbita durante as mesmas. A utilização estruturada destas escalas permitiu não só acompanhar a evolução clínica da pessoa, como contribuiu para a tomada de decisões seguras e eticamente ajustadas, evitando intervenções potencialmente fúteis e desproporcionadas, em consonância com o princípio da não maleficência.

Também em contexto hospitalar existiram situações de cuidados que colocaram desafios exigentes a este nível, como o acompanhamento da Sr.^a PR, internada na UICPA por descontrolo sintomático em contexto de Carcinoma pavimento-celular do pulmão estadio IV. Tratando-se de uma pessoa previamente autónoma, com controlo efetivo sobre as diversas dimensões da sua vida, verificou-se inicialmente alguma resistência à implementação de determinadas propostas de cuidados. Perante o agravamento do estado clínico e o consequente declínio funcional, houve necessidade de proceder a uma adaptação progressiva das estratégias de intervenção, incluindo, numa fase inicial, introduzir um dispositivo auxiliar de marcha para a deambulação. Este processo implicou uma abordagem centrada na negociação terapêutica, tendo por base uma comunicação empática, com desmistificação do carácter gradual da intervenção e dos seus objetivos, nomeadamente a promoção da segurança, prevenção de quedas e otimização da funcionalidade.

Foi enfatizado que esta adaptação se integrava num plano de cuidados abrangente, que incluía treino de força, treino de equilíbrio e uma componente de RFR, tendo em vista a melhoria global do estado funcional. Neste contexto, emergiu de forma evidente as questões éticas associadas ao respeito pela autonomia da pessoa, exigindo um equilíbrio entre a tomada de decisão informada e a responsabilidade profissional, num processo de cuidados partilhado e centrado na pessoa.

A integração da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba no planeamento e implementação dos cuidados realça uma prática ética centrada na dignidade humana, ao considerar de forma holística as dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental do conforto. Estando perante um cenário de conforto comprometido, o plano de cuidados especializado deve refletir uma preocupação contínua com o alívio do sofrimento, a promoção da tranquilidade e a facilitação da transcendência, respeitando a singularidade da experiência vivida pela pessoa em situação paliativa.

Particularmente em contexto comunitário, o EEER assume um papel determinante na mediação com a família e com os cuidadores, promovendo uma comunicação eficaz e a construção de um processo de educação para um envolvimento ativo nos processos de tomada de decisão. Esta intervenção contribuiu para a redução da ansiedade, para o reforço da coesão familiar e para a promoção de um ambiente de cuidados seguro e humanizado.

As experiências de cuidados previamente descritas permitiram consolidar competências éticas e legais fundamentais à prática do EE, evidenciando a importância de uma atuação reflexiva, consciente e alinhada tanto com os valores éticos e deontológicos da profissão, assim como dos valores dos CP, onde o conforto, a dignidade e a pessoa emergem como eixos centrais de atuação.

A responsabilidade profissional do EE não se reduz à execução técnica das intervenções planejadas, integrando de igual forma a capacidade de tomar decisões eticamente fundamentadas em contextos de elevada complexidade clínica, promovendo cuidados holísticos e humanizados.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Com o objetivo de desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, foi definido como propósito transversal aos diferentes contextos de Estágio a integração de práticas sustentadas na evidência científica, bem como a identificação de oportunidades de melhoria e a implementação de intervenções com impacto mensurável nos ganhos em saúde.

Este domínio assume, mais do que a aquisição de uma competência técnica, a consolidação de uma postura profissional assente na responsabilidade científica e organizacional do EE, o que implica avaliar criticamente e reflexivamente os cuidados prestados, promovendo uma prática segura e contribuindo para a evolução contínua da qualidade nos diversos contextos integrados.

A qualidade em saúde é entendida como a prestação de cuidados acessíveis, equitativos, seguros e tecnicamente adequados, que conferem uma resposta às necessidades da pessoa, promovendo a sua satisfação e tendo em consideração os recursos disponíveis (Despacho n.º 5613/2015).

Porém, a qualidade não se esgota na conformidade com normas ou protocolos instituídos, implicando um processo contínuo de avaliação crítica e reajuste das práticas implementadas no quotidiano de cada contexto institucional. Neste enquadramento, o modelo de Donabedian constitui uma referência estruturante ao conceitualizar a qualidade com base em três dimensões interdependentes: estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se às condições organizacionais e aos recursos disponíveis; o processo diz respeito às intervenções efetivamente realizadas; e os resultados traduzem o impacto dessas intervenções no estado de saúde, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa (Donabedian, 2005). Esta tríade permitiu interpretar criticamente as atividades desenvolvidas em todos os contextos e posicionar a intervenção numa lógica de contributo efetivo para resultados sensíveis aos cuidados especializados.

O EE, enquanto profissional com competências acrescidas, assume um papel essencial na promoção da qualidade dos cuidados, nomeadamente através da integração da melhor evidência

científica, da uniformização de práticas e da monitorização de indicadores de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A governação clínica e a prática baseada na evidência constituem bases fundamentais da melhoria contínua da qualidade, estando associadas a melhores resultados em saúde, redução de variabilidade injustificada na prática clínica e maior eficiência organizacional (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

A melhoria contínua da qualidade pressupõe uma cultura de segurança e de gestão do risco. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 reforça que a segurança constitui um componente essencial da qualidade dos cuidados, dependente de liderança, comunicação eficaz e aprendizagem organizacional (Despacho n.º 9390/2021). Neste percurso formativo, procurou-se desenvolver uma postura permanentemente analítica e crítica face aos diferentes contextos de prática clínica, identificando lacunas, oportunidades de melhoria e estratégias que permitissem otimizar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

No estágio realizado na UICPA, a melhoria da qualidade concretizou-se através da apresentação do estudo de caso “Funcionalidade e Qualidade de Vida da Pessoa em Situação Paliativa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” (APÊNDICE 5) à equipa multidisciplinar do serviço. Esta apresentação promoveu um momento de debate construtivo sobre o contributo específico do EEER em contexto de CP. A discussão gerada permitiu desmistificar a ideia, ainda presente em alguns contextos e em algumas classes profissionais, de que um processo de reabilitação é incompatível com a fase paliativa do percurso de doença, reforçando a sua pertinência na promoção da funcionalidade, da autonomia e da dignidade da pessoa.

Realça-se ainda o facto dos dados trabalhados terem sido posteriormente apresentados pela EEER orientadora numas Jornadas Científicas, em formato de Comunicação Oral, o que evidencia o contributo da prática clínica para a produção e disseminação de conhecimento, integrando a dimensão de resultados organizacionais da melhoria da qualidade.

Paralelamente, durante o Estágio realizado na UCCI, foi realizada uma apresentação formal à equipa multidisciplinar (APÊNDICE 6), com o objetivo de partilhar o percurso desenvolvido até então, desmistificando a problemática em análise e apresentando os resultados preliminares obtidos, quer no âmbito da revisão *scoping*, quer em relação a algumas pessoas acompanhadas.

Esta partilha constituiu um momento de disseminação interna de conhecimento, fomentando a reflexão sobre práticas instituídas e potenciando uma maior consciencialização para a aplicabilidade de programas de reabilitação junto da pessoa em situação paliativa, o que sublinha a necessidade de integrar o EEER em todos os contextos de cuidados, especialmente na comunidade.

Já no estágio realizado na ECSCP, a identificação da complexidade inerente à intervenção na pessoa com ELA permitiu reconhecer a necessidade de aprofundar conhecimentos específicos. A realização de uma revisão informal da literatura permitiu reunir evidência atualizada sobre

estratégias de conservação de energia, prevenção de complicações respiratórias, posicionamento, gestão da fadiga e adaptação funcional. A apresentação dessa síntese à equipa (APÊNDICE 7) promoveu a partilha estruturada de conhecimento e contribuiu para a consolidação de intervenções mais sistematizadas, algumas das quais vieram a ser incorporadas na prática da EEER orientadora e na estruturação de protocolos de atuação. Esta experiência reforçou a compreensão de que a melhoria da qualidade não se limita à intervenção direta com a pessoa, incluindo também a capacitação das equipas e dos pares, bem como a redução da variabilidade na prática clínica, garantindo a uniformização dos cuidados prestados.

Também durante o período de permanência na ECCI, foi implementado um programa de intervenção com este propósito. Após um período de avaliação sistematizada e completa, procedeu-se à elaboração de planos de cuidados adaptados às capacidades e limitações de cada pessoa acompanhada, tendo sido desenvolvidas rodas de exercícios individualizadas (APÊNDICE 8). Posteriormente, procedeu-se ao ensino supervisionado dos exercícios presentes na roda, com progressiva promoção da autonomia na sua execução, permitindo assegurar a continuidade dos programas de reabilitação no domicílio.

Esta estratégia revelou-se particularmente interessante na medida em que potenciou a participação ativa das pessoas no seu processo de reabilitação e garantiu maior sustentabilidade das intervenções implementadas, com impacto direto na manutenção da funcionalidade e na obtenção de ganhos em saúde.

Contudo, a implementação destes planos de cuidados nesta modalidade não esteve isenta de desafios. Em alguns casos, verificou-se dificuldade inicial na adesão aos exercícios propostos, frequentemente associada ao receio de agravamento da sintomatologia ou desmotivação decorrente da própria condição clínica. Em simultâneo, a variabilidade do contexto domiciliário, as limitações de tempo das equipas e a acumulação de funções por parte dos elementos da equipa, constituíram fatores que condicionaram a regularidade da implementação dos exercícios entre sessões. Estas dificuldades exigiram uma adaptação constante das estratégias de intervenção, privilegiando programas simples, exequíveis e facilmente replicáveis no quotidiano das pessoas e das suas famílias.

Esta experiência em particular permitiu compreender que a qualidade dos cuidados, numa prática especializada, não se limita à prescrição técnica do exercício terapêutico, estando intrinsecamente associada à capacidade de envolver a pessoa e o cuidador no processo de cuidados. A promoção da autonomia, os processos educacionais e a adaptação das intervenções ao ambiente domiciliário, revelaram-se determinantes para a sustentabilidade dos programas implementados. A organização destas intervenções exigiu uma articulação próxima com a equipa e com os cuidadores informais, assumindo o EEER um papel facilitador e construtivo ao longo deste processo, evidenciando a sua postura de liderança clínica e tendo em vista a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este percurso reforçou a concepção de que a qualidade em saúde constitui um construto dinâmico, construído coletivamente e sustentado numa liderança clínica capaz de articular conhecimento científico, reflexão crítica e ação prática, promovendo cuidados progressivamente mais seguros e centrados na pessoa.

Globalmente, este domínio foi consolidado através da transição de uma postura predominantemente executante para uma postura mais crítica, fundamentada e proativa. A melhoria contínua deixou de ser entendida como um conceito abstrato e meramente teórico, para se assumir como um compromisso diário com a evidência científica, com a reflexão sistemática sobre a prática diária e com a produção de ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Para o desenvolvimento de competências neste domínio foi definido como objetivo específico desenvolver competências de gestão e coordenação em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa em situação paliativa, promovendo uma resposta de excelência por parte da equipa de saúde.

O Regulamento n.º 140/2019 consagra ao EE a responsabilidade de gerir cuidados em contextos de elevada diferenciação técnica e complexidade clínica, adequando recursos humanos e materiais às necessidades identificadas. Esta competência ultrapassa uma dimensão operacional da intervenção, implicando capacidade de julgamento clínico, visão sistémica e tomada de decisão ética.

A gestão de cuidados aproxima-se conceptualmente do modelo de *case management*, no qual o profissional assume a coordenação do percurso assistencial da pessoa, integrando a avaliação, o planeamento, a implementação, a monitorização e a reavaliação contínua dos cuidados (Powell & Tahan, 2019). Este modelo assenta numa lógica de coordenação e integração de serviços, procurando garantir uma adequada articulação entre diferentes níveis de cuidados, particularmente em situações de maior complexidade clínica (Naylor et al., 2017). A sua aplicabilidade revela-se especialmente pertinente em contextos de multimorbilidade, doença avançada e transições críticas entre contextos assistenciais, onde se torna fundamental assegurar acompanhamento estruturado e a continuidade efetiva dos cuidados (World Health Organization, 2016).

Concomitantemente, a teoria das Transições de Afaf Meleis sustenta que os períodos de mudança constituem momentos de vulnerabilidade acrescida, nos quais a intervenção especializada deve promover estabilidade e segurança na integração da nova condição (Meleis, 2010).

De acordo com este referencial teórico, as transições em saúde implicam processos de adaptação complexos, exigindo acompanhamento profissional que facilite a aquisição de novas competências e a reorganização da vida quotidiana (Meleis, 2010). Ao longo do percurso de

aprendizagem, tornou-se evidente que a gestão dos cuidados em contexto de reabilitação, ocorre frequentemente nestes momentos liminares, exigindo um *know-how* antecipatório, planeamento estratégico e capacidade de reajuste contínuo.

Esta dimensão da gestão tornou-se particularmente evidente no Estágio realizado num serviço de Ortopedia, onde a EEER orientadora assumia um papel central na coordenação do percurso assistencial da pessoa desde o período pós-operatório imediato até à preparação para a alta. Neste contexto, o EEER assumiu-se como elemento articulador entre diferentes profissionais — equipa médica, Medicina Física e de Reabilitação, serviço social e restante equipa de enfermagem — garantindo que as decisões relativas à continuidade de cuidados integravam não apenas critérios clínicos, mas também fatores sociais, recursos familiares e condições habitacionais da pessoa.

A preparação para a alta implicava a avaliação do contexto domiciliário, identificação de necessidades de produtos de apoio, articulação com recursos sociais e equipas comunitárias, concebendo integralmente o planeamento de estratégias de adaptação funcional. A observação e participação neste processo permitiram compreender de forma mais clara o papel do EE enquanto gestor do processo saúde-doença da pessoa cuidada, assumindo uma função de mediação entre os diferentes níveis de cuidados e promovendo transições seguras e estruturadas.

A participação ativa em reuniões multidisciplinares ao longo dos diferentes contextos de Estágio permitiu consolidar este posicionamento. Ao emitir um parecer fundamentado relativamente à evolução funcional de cada pessoa acompanhada pela equipa de Enfermagem de Reabilitação, foi desempenhado um papel influente relativamente à priorização de intervenções, redefinição de objetivos terapêuticos e planeamento da alta. Esta participação não se limitou à exposição de dados objetivos, implicando igualmente argumentação clínica sustentada, negociação de prioridades e defesa da centralidade da pessoa enquanto indicador determinante na tomada de decisão.

A título de exemplo, na UICPA, perante a situação do Sr. AF, com neoplasia pulmonar avançada e em contexto de agudização clínica, emergiu um momento particularmente ilustrativo da gestão integrada de cuidados. Apesar da instabilidade clínica, foi defendida a necessidade de intervenção dirigida à limpeza eficaz das vias aéreas enquanto medida promotora de conforto e de alívio sintomático. Esta tomada de posição refletiu uma visão ampliada do processo de reabilitação e da intervenção do EEER, não exclusivamente orientada para ganhos funcionais recuperativos, mas integrada na gestão de sintomas, na prevenção de complicações e na promoção de dignidade e da qualidade de vida. A influência exercida junto da equipa evidenciou um exercício de liderança clínica, fundamentado no conhecimento especializado e tendo por base a evidência científica mais atual.

A liderança assumida ao longo do percurso aproxima-se de um modelo de liderança transformacional, caracterizado pela capacidade de inspirar mudança, mobilizar a equipa e promover um processo de reflexão crítica. As apresentações realizadas na UICPA e na ECSCP não constituíram apenas momentos formativos, mas sim intervenções estratégicas que questionaram

visões culturalmente preconcebidas, práticas instituídas, reforçando a visibilidade do EEER e estimulando uma modulação mais favorável ao exercício especializado e tendo em vista os ganhos em saúde. A liderança, neste contexto, não foi exercida por autoridade formal, mas por influência técnica, coerência argumentativa e consistência ética (Cummings et al., 2018).

A gestão de recursos revelou igualmente um elevado nível de complexidade. A priorização das intervenções e a definição de critérios para integração da pessoa em programa de reabilitação foram continuamente ajustadas, tendo em consideração variáveis como o estado clínico, o prognóstico, o nível de funcionalidade, as necessidades identificadas e a fase do percurso assistencial, incluindo a proximidade da alta.

No caso da Sr.^a PR, cuja alta implicou adaptação a oxigenoterapia de longa duração, foi necessário reorganizar o plano inicialmente delineado, priorizando treino de marcha com dispositivo portátil de oxigénio e capacitação para gestão da dispneia ao esforço. Esta reorganização estratégica traduziu uma gestão antecipatória deste processo de transição, reduzindo o risco de complicações e promovendo maior segurança no regresso ao domicílio.

O presente domínio foi mobilizado de forma particularmente significativa no acompanhamento desta mesma pessoa, clinicamente elegível para alta, mas manifestamente insegura quanto à capacidade de gerir a oxigenoterapia domiciliária e o dispositivo portátil para deambulação. Para além da limitação funcional decorrente da doença avançada, evidenciava humor depressivo e receio de agravamento sintomático posterior, fatores que condicionaram, numa fase inicial, a adesão ao programa de reabilitação.

A intervenção iniciou-se com uma avaliação especializada e sistematizada da funcionalidade, das necessidades de autocuidado, dos fatores de risco associados à transição de cuidados e dos recursos disponíveis, em conformidade com o definido pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no Regulamento das Competências do EEER, que atribui ao mesmo a responsabilidade de conceber, implementar e monitorizar planos de intervenção dirigidos à maximização da funcionalidade, prevenção de complicações e promoção da autonomia ao longo do ciclo vital.

Através de escuta ativa e construção de uma relação terapêutica, foram identificadas as principais preocupações da pessoa, permitindo redefinir objetivos terapêuticos graduais, mensuráveis e alinhados com as suas prioridades. Esta negociação de objetivos materializa o exercício de liderança clínica especializada, ao promover a tomada de decisão partilhada, a capacitação da pessoa e a corresponsabilização no processo de cuidados.

Num plano mais operacional, foram implementadas sessões estruturadas que englobaram treino funcional com oxigénio suplementar, integrando ensino prático sobre o manuseamento seguro do dispositivo, estratégias de conservação de energia e técnicas de RFR. Não menos importante, procedeu-se à articulação com a equipa multidisciplinar para assegurar a existência de

coerência na informação transmitida, planeamento atempado da alta e ativação dos recursos comunitários necessários.

Este processo evidenciou igualmente desafios inerentes à gestão dos cuidados, nomeadamente no que diz respeito à necessidade de conciliar diferentes perspetivas clínicas e prioridades assistenciais entre os vários elementos da equipa. Em determinados momentos, foi necessário negociar objetivos terapêuticos e clarificar o contributo específico do EEER, particularmente em contextos onde a intervenção preconizava essencialmente o controlo sintomático.

No caso da Sr.^a PR, a monitorização contínua dos ganhos funcionais e da capacidade de autogestão permitiu reajustar o plano de cuidados de forma dinâmica. Com o decorrer das intervenções, verificou-se melhoria objetiva da tolerância ao esforço e aumento da autonomia na utilização do oxigénio portátil, acompanhados por um reforço significativo da autoconfiança. A evolução observada, de uma postura inicialmente renitente para uma participação ativa e segura na preparação da alta, traduz o impacto de uma prática especializada que integra não só competência técnica, como também capacidade comunicacional.

As limitações materiais frequentemente encontradas exigiram criatividade e flexibilidade, demonstrando que a gestão eficiente não depende exclusivamente da disponibilidade de recursos sofisticados, mas da competência técnica para adaptar intervenções às circunstâncias concretas, o que foi globalmente mais sentido em contexto comunitário.

A necessidade de constante adaptação reflete, em certa medida, a ainda insuficiente valorização do papel do EEER, imperando uma visão limitada relativamente ao potencial de intervenção que a sua prática especializada pode exercer na comunidade. A escassez de estruturas organizacionais sólidas e de recursos materiais constitui, indiscutivelmente, um constrangimento à maximização dos ganhos em saúde, ao exercer um impacto direto na dificuldade em incorporar intervenções mais estruturadas, eficazes e sustentadas.

No domínio da continuidade de cuidados, a elaboração de relatórios clínicos para integração em notas de alta e a produção de relatórios semanais na plataforma da RNCCI reforçaram a importância do registo estruturado enquanto ferramenta de articulação interinstitucional. No contexto da UCC, o apoio fornecido à EEER orientadora para a criação de um instrumento de avaliação e intervenção em Enfermagem de Reabilitação representou um contributo para a uniformização da linguagem clínica e sistematização da prática.

A dimensão relacional da gestão tornou-se particularmente evidente no acompanhamento de pessoas como o Sr. FC e o Sr. AA, com ELA avançada, ambos acompanhados pela ECSCP. A elevada dependência para a realização das AVD, com consequente sobrecarga dos cuidadores informais, exigiram uma intervenção que fosse para além da prescrição técnica, integrando suporte emocional, capacitação progressiva e negociação realista de objetivos.

Nestes contextos, a gestão de cuidados assume uma natureza sistémica, que inclui a família como eixo essencial da intervenção e reconhece o cuidador informal como elemento central na sustentabilidade e exequibilidade do plano de cuidados.

O *continuum* desta trajetória permitiu compreender que a gestão de cuidados exige uma visão ampliada dos processos terapêuticos, nos quais o EE assume simultaneamente funções de natureza técnica e de mediação do percurso de saúde-doença da pessoa. A necessidade de garantir uma adequada articulação interdisciplinar e interinstitucional, antecipar necessidades futuras e dominar a capacidade de priorização, constituiu um desafio significativo, mas também um fator determinante para o desenvolvimento de competências de liderança clínica e de tomada de decisão.

O desenvolvimento de competências neste domínio reforçou uma identidade profissional assente numa visão estratégica da prática. A gestão dos cuidados passou a ser concebida como um exercício integrado de inúmeras variáveis determinantes nos ganhos obtidos e não apenas um leque de intervenções a implementar.

Consolidou-se, desta forma, a aquisição de um posicionamento mais seguro, crítico e autónomo, no qual o EEER se afirma como gestor do percurso funcional da pessoa e agente promotor de qualidade e dignidade em contextos de elevada complexidade.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Com vista ao desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação propõe-se a desenvolver uma prática especializada sustentada na evidência científica, na reflexão crítica e na incorporação contínua de novos conhecimentos, em consonância com o Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019).

Ao longo do percurso formativo, este domínio materializou-se através da produção e sistematização de conhecimento, da sua disseminação nos diferentes locais de Estágio e em contextos científicos, ressaltando-se igualmente o investimento no desenvolvimento profissional contínuo e de um processo de reflexão profunda sobre a prática clínica e sobre a própria identidade profissional.

A realização da revisão *scoping*, previamente mencionada, constituiu o marco fulcral deste percurso. Esta revisão permitiu mapear a evidência científica internacional existente, identificar diferentes categorias de intervenção e extrair dados quantitativos que evidenciam o contributo dos programas reabilitação na melhoria da funcionalidade, minimização da sintomatologia, aumento da tolerância ao esforço e promoção da qualidade de vida das pessoas nessa área de cuidados.

Tal como já escrutinado, a análise dos resultados é evidente no que toca ao benefício produzido pelos programas estruturados e adaptados, o que desafia a ideia ainda corrente de que existe incompatibilidade entre os dois conceitos vigentes.

Para além da produção de conhecimento, a revisão *scoping* exerceu impacto direto na prática clínica desenvolvida ao longo dos Estágios, uma vez que contribuiu para fundamentar o planeamento de intervenções especializadas, permitindo ajustar o treino terapêutico às capacidades remanescentes da pessoa e aos seus objetivos de vida.

Em particular, reforçou a importância de serem estruturados programas flexíveis e individualizados, centrados na funcionalidade possível e no conforto da pessoa, em consonância com os pressupostos do referencial teórico de Kolcaba. Tratou-se de um processo no qual as decisões clínicas passaram a ser sustentadas não apenas pela experiência prática, mas também pela integração sistemática da melhor evidência científica disponível.

A revisão supracitada, ainda desenvolvida na componente teórica do Curso de Mestrado, deu lugar a um E-Póster que foi apresentado nas Primeiras Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria (APÊNDICE 9), realizadas em junho de 2025. A apresentação pública deste trabalho constituiu um momento de especial importância no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao implicar a síntese crítica da evidência produzida, a sua comunicação de forma estruturada e estratégica, bem como um momento formal de discussão científica com os pares. Este momento altamente enriquecedor permitiu reforçar a responsabilidade do EE na produção e disseminação de conhecimento.

Paralelamente, a elaboração dos estudos de caso permitiu aprofundar e aprimorar o raciocínio clínico especializado. A análise sistematizada da situação clínica, a integração de diferentes instrumentos de avaliação e a monitorização da evolução da pessoa ao longo do processo de cuidados constituíram um exercício estruturado de articulação entre teoria, evidência e prática clínica.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais concretizou-se igualmente através da assunção do papel formador em mais do que um contexto de Estágio, traduzido na dinamização de momentos de partilha e discussão científica com as equipas multidisciplinares. Estas intervenções permitiram não só divulgar o trabalho desenvolvido, como também promover a reflexão crítica sobre o contributo do EEER em contexto paliativo, estimulando o debate sobre a integração de uma cultura de reabilitação ao longo da trajetória da doença e reforçando a sua pertinência também em fases avançadas.

O compromisso com a atualização permanente traduziu-se também na participação ativa em eventos científicos e formações especializadas, nomeadamente nas Primeiras Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria, em junho de 2025 (ANEXO 1), no Curso de Avaliação e Prescrição de Exercício Físico na Terceira Idade, promovido pela Formação Clínica das

Conchas, em outubro de 2025 (ANEXO 2), no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação, em dezembro de 2025 (ANEXO 3), nas IV Jornadas de Medicina do Exercício, em março de 2026, também promovidas pela Formação Clínica das Conchas (ANEXO 4) e no IV Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, em abril de 2026, organizado pela Associação Científica dos Enfermeiros (certificado ainda não disponível).

A participação nestes eventos científicos revelou-se extremamente enriquecedora, constituindo uma oportunidade de alto privilégio no que toca à aquisição de conhecimentos aprofundados, atualização de práticas clínicas e contacto com perspetivas inovadoras no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Estes momentos formativos permitiram não só consolidar e complementar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, como também alargar horizontes para outras áreas emergentes e relevantes da prática quotidiana do EEER.

Não menos importante, contribuíram para uma harmoniosa integração entre conceitos chave, como o exercício terapêutico, os pressupostos desta área de especialidade e os aspetos relacionados com a pessoa em situação paliativa, sublinhando a importância de uma abordagem baseada na melhor evidência.

Este percurso formativo, reflete sobretudo autonomia e um sentido forte de compromisso no que diz respeito ao desenvolvimento profissional contínuo, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados no contexto da prática diferenciada.

Contudo, a dimensão mais transformadora deste domínio emergiu da experiência direta em contextos de CP e do confronto com a complexidade e vulnerabilidade intimamente relacionada com as trajetórias de doença avançada. Este contexto exigiu o desenvolvimento de competências relacionais e reflexivas que ultrapassam o domínio técnico da intervenção.

Em diversos momentos, a prática clínica foi promotora de desafios profundos, particularmente ao nível da comunicação e da gestão da delicada fronteira entre o envolvimento emocional e a vertente técnica. Foram numerosos os momentos de cuidados nos quais a intervenção não se resumiu a um ato clínico, transformando-se um exercício de humanidade que exigiu a capacidade de sustentar o sofrimento do outro sem perder o rigor profissional.

A negociação de objetivos terapêuticos com a pessoa e família, frequentemente ancorados em expectativas que contrastavam com a realidade inexorável do prognóstico, revelou-se um processo exigente e, por vezes, emocionalmente desgastante. Nestes momentos, a escuta ativa deixou de ser uma competência e passou a ser uma presença, a sensibilidade ética transformou-se numa bússola orientadora e a necessidade de revisitar de forma contínua o leque de intervenções assumiu-se como um imperativo. Foram momentos que desafiaram não apenas o saber técnico, mas também a capacidade de estar, de ser e de cuidar, marcando de forma indelével o percurso profissional e pessoal.

Do ponto de vista do autoconhecimento profissional, o contacto com a finitude e com a progressiva perda de funcionalidade das pessoas acompanhadas, promoveu uma reflexão profunda sobre o significado do cuidar neste contexto. Tornou-se evidente que a excelência técnica só adquire verdadeira aplicabilidade quando alicerçada na centralidade da pessoa no processo de cuidados.

O plano de cuidados, ainda que sustentado na melhor evidência disponível, deve ser permanentemente ajustado ao ritmo, às prioridades e ao tempo existencial da pessoa, pelo que este processo permitiu limar uma maior tolerância à incerteza clínica e reconhecer que, em determinados momentos, reduzir a intensidade da intervenção ou mesmo optar por não intervir pode constituir a forma mais ética e terapêutica de cuidar.

Todas as experiências vividas permitiram desenvolver maior consciência dos limites da intervenção profissional e da importância de promover uma cultura de diálogo aberto sobre a finitude e sobre os receios e ansiedades da pessoa, respeitando a sua vontade perante situações de irreversibilidade clínica. A prática clínica em contexto de CP revelou-se profundamente transformadora, contribuindo para a construção de uma identidade profissional mais madura, reflexiva e sobretudo humanizada.

O desenvolvimento deste domínio de cuidados evidencia a aquisição de conhecimentos aprofundados, a capacidade de os aplicar em contextos complexos e incertos, a formulação de juízos clínicos sustentados e a integração de múltiplas fontes de evidência, competências alinhadas com os Descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos.

Mais do que a acumulação e a quantidade de experiências, traduziu-se numa riqueza inqualificável de momentos de cuidados que serviu de base de sustentação para a consolidação de uma postura profissional crítica, reflexiva, eticamente comprometida e cientificamente fundamentada, própria do exercício especializado em Enfermagem de Reabilitação.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

À semelhança do que ocorre com as competências comuns do EE, também as competências específicas do EEER assumem um carácter transversal e interdependente, o que se traduz numa prática clínica integrada, dinâmica e centrada na pessoa.

Este leque de competências manifesta-se através de processos contínuos de avaliação, do planeamento de intervenções individualizadas, da gestão eficiente de recursos, bem como da liderança e supervisão dos cuidados prestados, garantindo a qualidade e a segurança dos mesmos, nunca menosprezando a importância da promoção do autocuidado. A evolução constante do conhecimento científico, aliada à exigência de práticas sustentadas na evidência, impõe a existência

de uma atuação qualificada e permanentemente atualizada, o que fundamenta a definição clara destas competências enquanto elemento essencial para a prestação de cuidados especializados, seguros e eficazes, com contributo determinante para a valorização do título profissional de EEER (Regulamento n.º 392/2019).

Com vista a assegurar uma descrição rigorosa e passível de análise das competências específicas, foram delineados objetivos específicos que orientaram o percurso desenvolvido ao longo do período de Estágio. A efetiva aquisição destas competências será evidenciada mediante a descrição detalhada das atividades e experiências vivenciadas, garantindo a sua correspondência com os descritores de Dublin do 2.º ciclo, reforçando, desta forma, a qualidade e a relevância da formação adquirida.

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

Para o desenvolvimento deste domínio de competências, foram definidos os seguintes objetivos específicos: “desenvolver competências do EEER nos vários domínios de intervenção, visando a promoção da independência e a capacitação para o autocuidado” e “desenvolver competências especializadas do EEER na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, através de uma avaliação sistemática, identificação de necessidades complexas e planeamento de intervenções individualizadas, sustentadas na evidência científica”.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, o EEER intervém junto da pessoa com limitação funcional e/ou doença grave, com o propósito de prevenir complicações, promover a funcionalidade, maximizar a autonomia possível e capacitar a pessoa e família/cuidador, através de um processo de cuidados sistematizado e diferenciado. Em contexto paliativo, esta atuação assume particular exigência, dada a complexidade clínica e o sofrimento multidimensional inerentes, remetendo para a necessidade de definir objetivos realistas, centrados no controlo sintomático, na promoção da dignidade e na maximização do conforto.

A intervenção especializada desenvolveu-se com base no processo de enfermagem, integrando avaliação inicial abrangente, formulação de diagnósticos e objetivos, prescrição de intervenções terapêuticas, implementação segura, monitorização e reavaliação contínua, com reajuste do plano de cuidados em função da evolução clínica e das prioridades da pessoa (Potter & Perry, 2009). Neste âmbito, a utilização de instrumentos de colheita de dados padronizados revelou-se determinante, na medida em que permitiu objetivar necessidades, fundamentar decisões clínicas, quantificar ganhos e monitorizar resultados ao longo do tempo.

A avaliação inicial integrou, de forma sistemática, a recolha de dados clínicos, a monitorização de parâmetros vitais, bem como a observação das dimensões respiratória, funcional, motora, sintomatológica e, sempre que aplicável, da deglutição. Ao nível respiratório, foram detalhadamente avaliadas variáveis como o padrão ventilatório, a tolerância ao esforço, a presença e características de tosse e expetoração, tal como a resposta à integração de oxigenoterapia ou até de outros dispositivos de suporte ventilatório.

Sempre que disponíveis e pertinentes face ao contexto de cuidados, foram também analisados exames complementares de diagnóstico, nomeadamente gasimetrias arteriais, exames imagiológicos, bem como outros dados clínicos relevantes, enquanto elementos auxiliares à compreensão do estado funcional e à adequação da intervenção do EEER.

A avaliação da dispneia foi realizada maioritariamente através da Escala de Borg Modificada e, pontualmente, pelo *Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire* (PFSDQ), permitindo explorar não apenas a intensidade subjetiva do sintoma, como também o seu impacto ao nível do desempenho nas AVD. Do ponto de vista funcional, recorreu-se à PPS, enquanto a ESAS permitiu monitorizar a sintomatologia global. Em situações específicas, e de acordo com a condição clínica apresentada, foram ainda mobilizados instrumentos como a Escala de Equilíbrio de Berg, Escala de Quedas de Morse, Categorias Funcionais da Marcha, *COPD Assessment Test* (CAT), Escala de Coma de Glasgow, Escala de Força do *Medical Research Council* e escala de GUSS, permitindo uma caracterização mais precisa e uma consequente precisão na definição das intervenções.

Com base nesta avaliação, foi possível identificar diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação como ventilação comprometida, intolerância à atividade, alto risco de queda, deglutição comprometida e conforto comprometido. A partir dessa identificação diagnóstica, foram construídos planos de cuidados individualizados, articulando objetivos terapêuticos realistas com intervenções ajustadas à condição clínica, ao prognóstico, ao contexto de vida e às prioridades expressas pela pessoa e família.

A estruturação destes planos de cuidados foi igualmente sustentada pelos pressupostos da revisão *scoping* realizada, que permitiu identificar intervenções eficazes e consistentes na literatura, nomeadamente programas multimodais que integram treino de força/resistência, treino aeróbico, treino intervalado, RFR e treino de equilíbrio, associados a melhorias significativas na funcionalidade, controlo sintomático e qualidade de vida.

Desta forma, a prática clínica desenvolvida ao longo dos Estágios assentou numa articulação contínua entre problema identificado, avaliação objetiva, evidência científica disponível, intervenção implementada e resultados observados.

Destaca-se, de forma particular, a experiência desenvolvida em contexto de uma Unidade de Reabilitação Respiratória, com um espaço físico integrado num serviço de Infecçiology Respiratória, cujos pressupostos conceituais e operacionais foram desenvolvidos exclusivamente por uma equipa

de EEER. As unidades, equipadas com dispositivos de treino aeróbico (passadeira, elíptica, bicicleta e remo) e material de fortalecimento muscular (*halteres, kettlebells*, bandas elásticas e bola suíça), permiteM a implementação de programas estruturados de reabilitação dirigidos a pessoas com bronquiectasias e infeção por *mycobacterium non tuberculosis*.

As pessoas são referenciados após consulta de enfermagem e integradas em programa de reabilitação com duração entre 10 e 12 semanas, com uma frequência de 2 a 3 sessões semanais. A avaliação inicial contempla a recolha de dados clínicos gerais, bem como uma avaliação detalhada da função respiratória, complementada pela aplicação de instrumentos validados que permitem uma caracterização mais aprofundada do estado funcional da pessoa. Entre estes, destacam-se a HADS (quantificação da ansiedade e da depressão); o *modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC)*, para quantificação da dispneia; e o *Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy (PRAISE)*, que avalia a perceção de autoeficácia na gestão da condição clínica e funcional.

Com base nesta avaliação, é construído um programa de reabilitação individualizado, que integra uma componente de RFR, sendo incluído um bloco treino de força/resistência e, habitualmente numa fase final da sessão, um bloco de treino aeróbico. Tanto no início como no fim do programa proposto, é realizada uma Prova de Marcha de 6 Minutos², permitindo monitorizar a evolução do pessoa e ajustar a intervenção de forma paulatina.

A passagem por este contexto permitiu objetivar que a adesão a programas estruturados de reabilitação está, na grande maioria dos casos, associada a cenários de estabilidade clínica, traduzida pela ausência de agudizações com necessidade de hospitalização. Estes resultados evidenciam o contributo do EEER sobretudo na prevenção de complicações e na promoção da funcionalidade da pessoa com doença crónica, sublinhando a importância da continuidade de cuidados e de uma estreita articulação entre os recursos da comunidade e as instituições hospitalares.

A passagem por este contexto durante 5 semanas provou ser uma experiência única e profundamente enriquecedora, não só pela especificidade do ambiente de intervenção, mas também pelo carácter inovador do modelo organizacional e operacional, tratando-se de um caso singular a nível nacional, constituindo um exemplo prático da aplicabilidade da evidência científica ao longo de todo o percurso, nomeadamente no que diz respeito à eficácia de programas multimodais na otimização de *outcomes* funcionais e clínicos.

Esta realidade evidencia, inequivocamente, a capacidade técnica e científica do EEER para conceber, implementar e monitorizar programas de reabilitação seguros, individualizados e sustentados na evidência, capazes de gerar ganhos efetivos em saúde. Os resultados observados, marcados pela manutenção da estabilidade clínica e consequente redução de episódios de

² Teste submáximo utilizado na avaliação da capacidade funcional, permitindo quantificar a distância percorrida num período de seis minutos e refletindo a tolerância ao esforço em atividades do quotidiano (American Thoracic Society, 2002).

agudização com necessidade de internamento, reforçam o impacto direto destas intervenções não só nos aspetos funcionais e relativos à qualidade de vida das pessoas, mas também na otimização dos recursos do SNS.

Tal como já referido em capítulos anteriores, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba constituiu um referencial integrador ao longo do longo do *continuum* do percurso formativo, permitindo compreender que a intervenção do EEER, uma vez dirigida ao controlo sintomático e a pressupostos de segurança nas atividades, se traduz em experiências de alívio, tranquilidade e, em algumas situações, transcendência, algo que também se enquadrou nesta experiência em particular.

Na UICPA, a intervenção junto da Sr.^a PR – internada por descontrolo sintomático em contexto de Carcinoma pavimento-celular do pulmão estadio IV - evidenciou a integração de necessidades de natureza respiratória, funcional e psicossocial, com foco primordial na preparação para a alta e na capacitação para a gestão terapêutica. A avaliação estruturada permitiu identificar diagnósticos como ventilação comprometida, intolerância à atividade, equilíbrio corporal comprometido, alto risco de queda e conforto comprometido, norteados a definição de objetivos e intervenções dirigidas.

Ao nível da função respiratória, a implementação de um programa de RFR permitiu reduzir a dispneia ao esforço e melhorar a autoeficácia na gestão da oxigenoterapia, resultados que harmonizam com a evidência científica existente, nomeadamente com os achados identificados na revisão *scoping* realizada. Os protocolos implementados e analisados nesse âmbito evidenciam resultados interessantes ao nível do conforto respiratório, bem como nos níveis de atividade física praticada por pessoas com patologia respiratória avançada, o que também é suportado pela bibliografia pré-existente (Ha et al., 2023; Costa & Othero, 2021).

A intervenção ao nível do equilíbrio e controlo postural, conjugada com um treino de força/resistência devidamente estruturado e adaptado, permitiu melhorar os aspetos relacionados com a estabilidade e, por conseguinte, reduzir o risco de queda, dados objetivados e documentados pela evolução positiva na Escala de Equilíbrio de Berg, Escala de Quedas de Morse e nas Categorias Funcionais da Marcha. Estes resultados coadunam-se igualmente com a literatura recente e com os achados da revisão *scoping*, que elege os programas multimodais como principais promotores do aumento de força muscular e da coordenação motora, com consequente evolução positiva na funcionalidade e na qualidade de vida (Mikkelsen et al., 2018; Wiskemann et al., 2016; De Lazzari et al., 2024).

A capacitação da pessoa e dos cuidadores revelou-se determinante na promoção de cuidados seguros num contexto pós-internamento, o que reforça a importância de intervenções que integrem uma componente educativa sustentada e reforçada. Esse processo traduziu-se em ganhos ao nível do conforto físico e psicoespiritual, evidenciados pela redução da dispneia, aumento da tolerância ao esforço e maior confiança na realização das AVD.

Os ganhos supramencionados também se encontram alinhados com os resultados objetivados na revisão realizada. Intervenções que integram componentes educativas dirigidas a cuidadores informais traduzem-se em *outcomes* positivos ao nível da autoeficácia, adesão terapêutica e qualidade de vida, tal como demonstrado no estudo de Ibrahim et al. (2024).

O caso do Sr. AF, também internado na UICPA por agravamento sintomático e declínio funcional em contexto neoplasia pulmonar avançada, evidenciou a importância da priorização de intervenções em contexto de elevada complexidade clínica, nomeadamente na gestão de secreções como estratégia de alívio sintomático. A articulação com a equipa multidisciplinar permitiu, igualmente, concretizar um objetivo significativo para o mesmo — o levante para cadeirão durante a visita dos familiares — reforçando a centralidade da pessoa na definição de metas de cuidados.

Já no acompanhamento da Sr.^a LA, com lesão ocupante de espaço e alteração do estado de consciência, a intervenção inicial focou-se na prevenção de complicações, pelo que após evolução clínica positiva, houve possibilidade de progredir para uma abordagem mais direcionada para a recuperação funcional possível, o que incluiu mobilizações assistidas e ativas assistidas, bem como exercícios na posição de sentada e, numa fase final, para treino de marcha com recurso a andarilho. Esta trajetória, marcada por ganhos funcionais progressivos, evidenciou a importância de uma adaptação contínua do plano de cuidados face à evolução clínica e do estado global da pessoa.

Importa ainda referir que, neste contexto, foi realizada uma avaliação sistemática da função de deglutição, com recurso à escala GUSS, atendendo à alteração do estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow de 5 para 14 ao longo do período de internamento), com vista à identificação precoce do risco de disfagia e à definição de estratégias seguras para o eventual reinício da alimentação oral, nomeadamente através da adequação da consistência alimentar com dieta pastosa e líquidos espessados na consistência néctar.

Em contexto comunitário, durante o período de aprendizagem desenvolvido junto da ECSCP, o acompanhamento do Sr. FC – diagnóstico de ELA em fase avançada e dependência total de VNI – evidenciou a natureza complexa da intervenção do EEER na gestão integrada de necessidades de foro respiratório e funcional. A implementação de técnicas de RFR, técnicas de limpeza das vias aéreas e adoção de estratégias com vista à otimização da utilização da VNI permitiu não só promover um processo ventilatório mais eficaz, como otimizar a tolerância ao esforço com menor dispêndio de energia. Neste contexto, a intervenção do EEER revelou-se fundamental na monitorização da resposta ao esforço, na adaptação contínua das atividades e na capacitação do cuidador, contribuindo para uma gestão mais segura, informada e consciente da condição clínica.

Esta experiência reforçou a importância de uma intervenção altamente individualizada, centrada na pessoa e no seu contexto global, onde o processo de tomada de decisão exige não só competência do foro técnico, como também sensibilidade para adaptar os objetivos terapêuticos face à progressão da doença. Evidenciou, desta forma, o papel do EEER como elemento facilitador do

processo de cuidados, promovendo a autonomia possível e prevenindo complicações associadas ao processo patológico. Os resultados almejados remetem para uma melhoria do conforto nos seus diferentes domínios – físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental – refletindo processos de adaptação equilibrados e ajustados à condição de saúde do Sr. FC.

No caso da Sr.^a ML, também acompanhada pela mesma equipa mas em contexto de insuficiência cardíaca congestiva em fase avançada e com necessidade de oxigenoterapia suplementar, a intervenção centrou-se na gestão da intolerância ao esforço, sendo planeado e implementado um programa de RFR, bem como exercício de força/resistência adaptados, tendo em vista a melhoria da performance funcional e uma adequada estratégia de conservação da energia, promovendo maior tolerância à atividade e aumento da autoconfiança na gestão da sua condição atual.

Já o acompanhamento do Sr. CF, referenciado para a ECCI por agravamento clínico e funcional em contexto de glioblastoma, também fez perceber que intervenções estruturadas e individualizadas podem produzir ganhos funcionais relevantes, mesmo em contexto de doença progressiva. O Sr. CF apresentava aumento do grau de dependência para o desenvolvimento das AVD, marcado maioritariamente por um quadro de hemiparesia esquerda – força grau 2 segundo a escala *Medical Research Council*. Foi desenvolvido um programa com foco em treino de força/resistência e treino de equilíbrio, tendo os exercícios sido disponibilizados em formato de roda de exercícios, por forma a consolidar a estratégia de aprendizagem e possibilitar a continuidade dos cuidados. Destaca-se, durante as 4 semanas de intervenção, evolução positiva ao nível da força muscular (força grau 2 -> força grau 3), equilíbrio e segurança na mobilidade, associadas à capacitação para a adaptação do ambiente doméstico.

Também neste caso se objetivou a aplicabilidade dos achados da revisão *scoping* realizada, nomeadamente no que concerne à eficácia de programas estruturados que integram treino de força/resistência e treino de equilíbrio, tal como evidenciado em estudos como os de Mikkelsen et al. (2018) e Wiskemann et al. (2016), nos quais intervenções semelhantes demonstraram ganhos significativos ao nível da força muscular, funcionalidade e autonomia, mesmo em contextos de declínio clínico e funcional.

O desenvolvimento desta competência foi realizado através da consolidação de uma prática clínica diferenciada, sustentada em processos de avaliação objetivos e rigorosos, com prescrição terapêutica individualizada e monitorização contínua de resultados. A articulação entre a evidência presente na revisão *scoping* e o referencial teórico de Katharine Kolcaba permitiu salientar os ganhos multidimensionais nos quais se baseia a intervenção do EEER. Não sendo focados apenas na funcionalidade, abordam igualmente aspetos relacionados com o alívio do sofrimento, a promoção da tranquilidade emocional e a participação possível da pessoa no processo de saúde-doença, reforçando o seu papel central na qualidade dos cuidados em contexto paliativo.

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

Para o desenvolvimento desta competência específica, foi definido como objetivo capacitar a pessoa em situação paliativa para o autocuidado e gestão da sua condição, promovendo competências físicas, cognitivas e emocionais através de estratégias de educação terapêutica ajustadas. De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, compete ao EEER não só avaliar a funcionalidade e implementar intervenções de reabilitação, mas também capacitar a pessoa e a família/cuidador, promovendo a autonomia, a participação social e o exercício da cidadania.

Neste domínio, o EEER deverá ser capaz de avaliar limitações da atividade e restrições da participação, identificando potencial funcional remanescente e implementando estratégias de ensino, instrução e treino orientadas para o autocuidado, adaptação ao défice e maximização da autonomia possível. Mais do que restaurar funções, é imperativo capacitar a pessoa para manter controlo sobre o seu quotidiano, participar ativamente nas decisões e preservar o exercício da cidadania, mesmo em contexto de doença avançada.

A incapacidade, conforme descrita na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, resulta da interação entre alterações das funções e estruturas do corpo, limitações da atividade e restrições na participação, sendo influenciada por fatores ambientais e sociais. Neste sentido, a intervenção do EEER deve ultrapassar a dimensão estritamente funcional, centrando-se na capacitação da pessoa para participar ativamente na sua vida quotidiana e exercer os seus direitos enquanto cidadão (Direção-Geral da Saúde, 2004).

Importa, neste contexto, distinguir independência de autonomia. Enquanto a independência remete para a capacidade de execução de atividades do quotidiano com pouca ou nenhuma ajuda, a autonomia está essencialmente relacionada com a capacidade de decisão, o que permite que a pessoa possa exercer controlo sobre a própria vida. Assim, mesmo perante uma situação de dependência funcional crescente, pode e deve ser promovida a autonomia possível, bem como a participação ativa da pessoa no seu processo de cuidados (WHO, 2002).

Em contexto paliativo, esta capacitação assume particular relevância, uma vez que a promoção da autonomia possível e da participação ativa se relaciona diretamente com a experiência de conforto. De acordo com o referencial teórico de Kolcaba, o conforto emerge da resposta às necessidades da pessoa nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Ao reforçar a perceção de controlo, a capacidade de decisão e o envolvimento da pessoa no seu quotidiano, o EEER contribui para a construção de experiências de alívio, tranquilidade e transcendência.

A utilização de instrumentos de avaliação como a PPS, o CAT, o PFSDQ e a ESAS permitiu sustentar o raciocínio clínico, orientando intervenções individualizadas e ajustadas à experiência

subjetiva da pessoa, possibilitando não só a caracterização inicial do impacto dos aspectos sintomáticos, como também a monitorização contínua ao longo do processo de cuidados.

Ao longo dos diferentes contextos de Estágio, esta competência foi operacionalizada através de estratégias de educação terapêutica, treino de AVD, adaptação do ambiente, introdução e treino de produtos de apoio, bem como momentos de capacitação da família/cuidador. A seleção destas intervenções resultou da avaliação funcional e sintomática da pessoa, sendo reajustada de forma contínua em função da evolução clínica, das prioridades expressas e das possibilidades reais de participação no contexto de vida de cada pessoa cuidada.

A título de exemplo, importa mencionar que, numa fase inicial, a Sr.^a PR apresentava um impacto moderado decorrente da sintomatologia respiratória (CAT = 17), com dispneia significativa em atividades que exigiam maior dispêndio energético, como evidenciado pelo PFSDQ (valores entre 5 e 7 em atividades como tomar banho e subir escadas), e um nível de funcionalidade igualmente comprometido, de acordo com a aplicação da PPS (= 60%). Ao longo do período de intervenção, verificou-se uma evolução positiva a nível global, com redução do impacto da sintomatologia respiratória (CAT = 13), para além de sintomas de outra natureza, algo devidamente documentado através da aplicação da ESAS. Os ganhos obtidos na avaliação das Categorias Funcionais da Marcha, já previamente mencionada, traduziram-se diretamente na otimização da funcionalidade. Esses dados encontram-se expostos de forma detalhada no plano de cuidados da mesma, disponível no APÊNDICE 3.

Neste caso em particular, foram identificadas limitações na realização das AVD e receio face ao regresso ao domicílio, associado à gestão da oxigenoterapia e ao aumento do grau de dependência. A intervenção centrou-se na capacitação para a autogestão da dispneia ao esforço, através do ensino de estratégias de conservação de energia, organização das tarefas e utilização adequada da oxigenoterapia durante as atividades. Não menos importante, a estruturação de um programa multimodal, composto por exercícios de RFR, treino de força/resistência e treino de equilíbrio e flexibilidade, constituiu um elemento fundamental para levar a bom porto os objetivos terapêuticos.

Progressivamente, foi desenvolvida uma maior capacidade de reconhecimento dos limites, com ajuste adequado do ritmo das atividades, o que se traduziu num aumento da confiança da Sr.^a PR, bem como da sua perceção de controlo e de segurança na realização das AVD. Estes ganhos contribuíram para a redução da ansiedade associada ao esforço e para a promoção de experiências de conforto físico e psicoespiritual.

No caso do Sr. FC, a intervenção evidenciou a importância da preservação dos seus papéis sociais, mesmo num enquadramento de elevada dependência e de patologia avançada. Foram promovidas estratégias que permitiram manter a autonomia possível nas AVD, bem como a capacitação da esposa, enquanto cuidadora informal, para uma prestação de cuidados segura e

sustentável. A valorização de rotinas significativas, como a realização de refeições com as pessoas significativas, permitiu preservar o sentido de identidade, pertença e dignidade do Sr. FC. Estas experiências assumem particular relevância no domínio da transcendência, permitindo que a pessoa mantenha um papel ativo e significativo no seu contexto familiar.

No acompanhamento do Sr. CF, a intervenção centrou-se na capacitação para a autonomia no ambiente doméstico, integrando a pessoa e a família no processo de adaptação às limitações funcionais. Para além da promoção do exercício terapêutico, composto pela componente de resistência e pela componente de equilíbrio, foi dada especial atenção à identificação e modificação de barreiras arquitetónicas, bem como ao ensino de estratégias promotoras de segurança e autonomia no domicílio. Estas adaptações contribuíram para um ambiente mais previsível e facilitador dos momentos de autocuidado, promovendo o conforto no contexto ambiental.

Em situações de maior fragilidade, a promoção da participação e do exercício da cidadania assumiu igualmente relevância. O respeito pelos desejos e preferências da pessoa, como no caso do Sr. AF, que manifestou vontade de se levantar para estar com os familiares, ou da Sr.^a LA, que retomou gradualmente a interação com o meio envolvente, evidenciam a importância de integrar a pessoa no processo de decisão, mesmo em fases avançadas do processo de doença.

A capacitação da família e do cuidador informal constituiu uma dimensão transversal a todo o percurso da intervenção e distingue-se como um eixo crucial no que toca à promoção da continuidade de cuidados e aos momentos de transição em saúde. Para além da transmissão de conhecimentos técnicos, este processo implicou o desenvolvimento de competências relacionadas com a mobilização segura, utilização adequada de produtos de apoio, gestão da sintomatologia e adaptação do ambiente envolvente, garantindo maior segurança e funcionalidade em cada contexto.

A intervenção integrou uma componente de suporte emocional e promoção de estratégias de *coping* familiar, reconhecendo o impacto de um processo de doença avançada e incapacitante na dinâmica familiar. Neste âmbito, foi possível e necessário trabalhar a aceitação progressiva da perda funcional, a reorganização de papéis e a preparação para o processo de luto, promovendo uma adaptação mais consciente e menos disruptiva face à trajetória da doença, o que é suportado por autores como Hudson et al. (2012). Os autores acrescentam ainda que um adequado processo de capacitação contribui significativamente para a redução da sobrecarga emocional e melhoria da qualidade de vida, tanto do cuidador informal, como da pessoa cuidada.

A introdução de ajudas técnicas revelou ser igualmente determinante, não só na promoção da autonomia da pessoa, como também na redução da sobrecarga física e emocional dos cuidadores. Na revisão *scoping* realizada, estes aspetos são também destacados principalmente no estudo de Ibrahim et al. (2024), sendo as intervenções de cariz educativo e de suporte ao cuidador mencionadas como componentes fundamentais no que toca à adesão do plano de cuidados.

Esta abordagem integrada contribuiu para o aumento da segurança na prestação de cuidados, diminuição da sobrecarga do cuidador e fortalecimento da sua confiança, reforçando uma prática centrada na pessoa e na família, sustentada nos princípios da dignidade, conforto e qualidade de vida.

A intervenção integrou ainda conhecimentos relativos a princípios de acessibilidade, segurança ambiental e direitos da pessoa com limitação funcional, enquadrando a promoção da autonomia e participação numa perspetiva de cidadania e inclusão. No período de permanência com a ECSCP, foi possível acompanhar a gestão e disponibilização de produtos de apoio através de um sistema de doação de ajudas técnicas que eram posteriormente prescritas e atribuídas a outras pessoas com necessidades identificadas, promovendo equidade no acesso aos recursos e uma gestão mais pragmática e descentralizada dos mesmos. Sempre que uma situação desta natureza ocorreu, foi promovido o ensino, treino e supervisão da utilização do produto de apoio específico, tendo em vista a sua incorporação com a máxima segurança e autonomia.

Paralelamente, no acompanhamento de uma pessoa com ELA, haviam sido recentemente realizadas adaptações estruturais na sua habitação, adaptações essas que foram recomendadas e acompanhadas pela EEER orientadora. Estas intervenções incluíram a reorganização do espaço, eliminação de barreiras arquitetónicas e adequação das condições de segurança. Neste exemplo particular, é visível o papel determinante do EEER no que diz respeito à promoção de ambientes facilitadores dos processos de autonomia, reinserção social e qualidade de vida. É, portanto, inegável, que urge realizar reformas estruturais nos sistemas de saúde que considerem a integração dos Enfermeiros de Reabilitação em contextos de CP, principalmente nos contextos da comunidade.

As intervenções desenvolvidas alertam para o facto da capacitação da pessoa para a reinserção e exercício da cidadania não se limitar ao treino técnico das atividades do seu quotidiano, implicando uma abordagem integrada que valoriza a autonomia, a participação, a tomada de decisão e o contexto específico de vida da pessoa.

A utilização sistemática da ESAS permitiu ajustar as intervenções à experiência subjetiva de conforto, reforçando a relação entre funcionalidade e bem-estar global. A atuação do EEER revelou-se, assim, fundamental na promoção de experiências de conforto nos domínios descritos pela Teoria de Kolcaba, contribuindo favoravelmente para a manutenção da dignidade, da autonomia e da participação da pessoa.

O desenvolvimento desta competência permitiu consolidar uma abordagem centrada no processo de capacitação da pessoa, sustentada numa avaliação funcional e sintomática rigorosa, na implementação de intervenções individualizadas e na monitorização contínua de resultados. A integração da evidência científica, harmonizada com a prática clínica desenvolvida, evidenciou que intervenções orientadas para o autocuidado, adaptação ao défice e envolvimento da família, se traduzem em ganhos efetivos ao nível da funcionalidade, da segurança e da qualidade de vida.

O processo de capacitação da pessoa ultrapassa uma dimensão técnica, assumindo-se como um processo promotor de autonomia, dignidade e participação, pelo que o EEER se posiciona como um elemento central na facilitação do exercício da cidadania, contribuindo para que a pessoa mantenha um papel ativo e significativo no seu contexto de vida.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para o desenvolvimento desta competência específica, o objetivo consistia em implementar intervenções de Enfermagem de Reabilitação orientadas para a maximização da funcionalidade e da capacidade de desempenho da pessoa, promovendo a sua qualidade de vida. De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, compete ao EEER avaliar as capacidades da pessoa, implementar programas de reabilitação individualizados e monitorizar os resultados, com vista à otimização do desempenho funcional.

Em contexto paliativo, a maximização da funcionalidade assume particular relevância, não visando necessariamente a recuperação total, mas a preservação das capacidades remanescentes e a otimização do desempenho nas atividades do quotidiano. Esta abordagem permite reduzir a incapacidade e melhorar a tolerância ao esforço, contribuindo para uma melhor experiência de bem-estar. A intervenção foi sustentada por uma avaliação funcional sistemática, com recurso ao Índice de Barthel, PPS, CAT, PFSDQ, Escala de Borg Modificada e ESAS, permitindo caracterizar a capacidade funcional e monitorizar a resposta às intervenções. As intervenções centraram-se na aplicação de técnicas de RFR, treino de tolerância ao esforço, treino de força/resistência e treino de equilíbrio com componente de mobilidade, sendo estas estratégias amplamente suportadas pela evidência científica e assumidas como fundamentais na promoção da funcionalidade e do controlo de sintomas em contexto de doença avançada.

Na UICPA, especificamente no caso da Sr.ª PR, foi esplanado de forma evidente o impacto da intervenção do EEER no que toca à maximização da funcionalidade. No momento da admissão, a Sr.ª apresentava dispneia intensa a pequenos esforços (Escala de Borg Modificada 7/8), intolerância marcada à atividade, com limitação significativa na execução das AVD, bem como necessidade de apoio na mobilidade, com uma distância de marcha inicial de 70 metros, com necessidade de duas pausas e dessaturação até 87% sob oxigenoterapia a 2 L/min.

Foi implementado um programa estruturado de RFR, associado a treino progressivo de marcha, treino de força e ensino de estratégias de conservação de energia, com monitorização contínua da resposta ventilatória e da perceção de esforço. Verificou-se uma evolução clínica consistente, traduzida pela redução da dispneia para níveis moderados e posteriormente pouco

intensos (Borg 4), aumento da distância percorrida para 220 metros com apenas uma pausa e melhoria da saturação periférica de oxigénio, mantendo valores mínimos de 90% durante o esforço.

Em simultâneo, observou-se melhoria na capacidade de controlo ventilatório, com execução autónoma e eficaz das técnicas de RFR, bem como maior adaptação à gestão da oxigenoterapia, tornando-se independente na utilização do dispositivo portátil. Registou-se ainda evolução ao nível do equilíbrio corporal (Escala de Berg de 40 para 47 pontos), redução do risco de queda (Escala de Morse de 75 para 25) e melhoria da funcionalidade global, marcada pela progressão nas categorias funcionais da marcha de 2 para 3. Ao nível da resposta sintomática, verificou-se igualmente uma evolução favorável, com redução da fadiga, ansiedade e dispneia, evidenciada sobretudo pela mobilização da ESAS. Estes resultados traduziram ganhos significativos na tolerância ao esforço, função ventilatória e autonomia funcional, com repercussão direta na qualidade de vida e na perceção de conforto da pessoa.

Também o caso do Sr. FC demonstrou a importância da intervenção do EEER na preservação das capacidades remanescentes. Foram implementadas intervenções orientadas para a otimização do desempenho funcional nas AVD, nomeadamente no vestir/despir, transferências, bem como na gestão dos dispositivos. O vestir era realizado de forma parcelar devido à intolerância, estruturado em etapas com pausas intermédias, permitindo reduzir a dispneia e a sensação de fadiga. Paralelamente, foram implementadas estratégias de posicionamento e técnicas facilitadoras da ventilação, melhorando a distribuição e ventilação alveolar com menor dispêndio de energia. Estes ganhos permitiram melhorar a tolerância ao esforço e manter a funcionalidade possível nas atividades do quotidiano, apesar da limitação significativa imposta pelo processo patológico.

No que diz respeito ao caso da Sr. ML, a intervenção integrou, numa primeira fase, exercícios de RFR, sendo progressivamente incorporada uma componente de treino de força/resistência e estratégias de adaptação ao esforço orientadas pela Escala de Borg Modificada, sendo o foco principal reduzir a fadiga e melhorar o desempenho funcional nas AVD.

Também o Sr. CF obteve ganhos ao nível da força muscular e do equilíbrio, possibilitando melhoria da capacidade de deambulação com recurso a andarilho, refletindo evolução positiva da funcionalidade. Para a obtenção destes resultados, um programa estruturado com foco na componente de força/resistência e equilíbrio foi essencial, bem como a negociação de ajustes tendo em vista um ambiente mais seguro e promotor de segurança em todos os momentos de cuidados.

A Sr.^a LA demonstrou evolução funcional significativa, passando de uma situação de dependência total para a capacidade de realizar levantar para cadeirão, realizar exercícios na posição de sentada e iniciar treino de marcha com apoio bilateral, evidenciando o impacto de uma intervenção precoce e antecipatória por parte do EEER. Não menos importante, o reinício da alimentação constituiu um ganho significativo neste contexto de cuidados, promotor de conforto físico, psicoespiritual e até sociocultural.

A implementação dos planos de cuidados especializados integrou, de forma sistemática e robusta, um conjunto de estratégias de prevenção do risco clínico e promoção de uma cultura de segurança, nomeadamente através da monitorização contínua da resposta ao esforço, identificação precoce de sinais de intolerância, prevenção de quedas e adequação individualizada da intensidade e tipo de intervenção, garantindo a segurança da pessoa cuidada.

A análise das diferentes situações descritas sublinha a premissa de que, mesmo em contexto de doença avançada e progressiva, a implementação de intervenções estruturadas permite preservar capacidades remanescentes, melhorando a tolerância ao esforço e otimizando o desempenho funcional. Verificou-se que a intervenção do EEER contribuiu de forma integrada para a promoção do conforto nos diferentes domínios do referencial teórico de Kolcaba: físico, através da melhoria da função respiratória e motora; psicoespiritual, pela valorização da autonomia, autoestima e dignidade; sociocultural, possibilitando a manutenção da participação familiar e social; e ambiental, mediante a adaptação do contexto e utilização de produtos de apoio que garantem segurança e facilitam o desempenho funcional.

O EEER afirma-se como um elemento central na conceção e implementação de programas de reabilitação seguros, eficazes e ajustados à complexidade clínica, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida e para a promoção de experiências de conforto e bem-estar.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório de Estágio permitiu registrar, de forma estruturada e sistematizada, as experiências vivenciadas ao longo deste percurso formativo, promovendo a sua análise reflexiva e a integração de aprendizagens consideradas como significativas para a construção e solidificação da identidade profissional.

Partindo da problemática inicialmente identificada — a aparente dicotomia entre reabilitação e CP — foi possível, ao longo da trajetória do Curso de Mestrado, analisar, debater e refletir sobre os vários pressupostos inerentes à lacuna identificada e, dessa forma, sustentar de forma robusta a ideia de que esta relação não se configura como uma controvérsia, mas sim como um processo convergente essencial, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados.

A análise da evidência científica, numa fase preliminar, revelou de forma consistente que a intervenção do EEER promove ganhos concretos ao nível da funcionalidade, do controlo sintomático e da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa. Os resultados identificados permitiram desconstruir a visão tradicionalmente pré-concebida, enraizada em determinados contextos de cuidados, que associa os pressupostos da Enfermagem de Reabilitação à definição de objetivos com fim curativo e de recuperação plena. A análise dos artigos selecionados é clara no que diz respeito a esta ideia: mesmo em fases avançadas da doença, existe um espaço legítimo e necessário para a intervenção terapêutica orientada para a funcionalidade possível e para a otimização do conforto.

A prática clínica desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de Estágio veio sublinhar a evidência estudada, permitindo observar, de forma objetiva, o impacto da intervenção do EEER na vida das pessoas acompanhadas. Através de intervenções individualizadas, ajustadas às capacidades remanescentes e aos objetivos individuais, foram promovidos ganhos ao nível da autonomia, da tolerância ao esforço, da gestão sintomática e da participação nas atividades significativas do quotidiano. Mais do que resultados funcionais isolados, estes ganhos traduziram-se em experiências de maior autocontrolo por parte da pessoa cuidada, traduzidas em segurança e dignidade, aspetos centrais na vivência do processo de doença.

O Modelo Teórico de Katharine Kolcaba assumiu uma importância extrema, ao ser mobilizado como referencial estruturante e com uma base concetual ajustada à temática abordada, permitindo compreender a intervenção do EEER numa perspetiva holística, integrada e humanizada. A promoção do conforto, nas suas diferentes dimensões — física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental — revelou ser, mais do que um objeto de estudo, um objetivo transversal à atuação do EEER em contexto paliativo, sendo possível identificar, em múltiplas situações clínicas, experiências de alívio, tranquilidade e transcendência. Esta abordagem permitiu ir além de uma visão biomédica

ou técnica da intervenção, centrando o cuidar na experiência subjetiva da pessoa e no significado que a mesma atribui ao seu percurso de doença e à sua trajetória de vida.

O desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER constituiu o eixo nuclear deste percurso, que reconhece como dimensões centrais aspetos como a consolidação de uma prática baseada na evidência, a capacidade de tomada de decisão em contextos complexos, a liderança clínica, a gestão integrada dos cuidados e a capacitação da pessoa e da família. Tratando-se de um processo progressivo, denotou-se uma evolução positiva no que diz respeito à aquisição de uma postura predominantemente executante para uma postura crítica, reflexiva e autónoma, sustentada pela minuciosa articulação entre conhecimento científico e prática clínica.

Não obstante, importa reconhecer os desafios que marcaram o desenvolvimento deste Curso de Mestrado. Em primeiro lugar e, atendendo à especificidade da temática selecionada, destaca-se a persistência de um modelo assistencial predominantemente curativo, em detrimento de uma abordagem preventiva e centrada na vertente educacional do processo saúde-doença. Esta realidade traduz-se em constrangimentos significativos ao nível da organização e gestão dos serviços de saúde, condicionando a implementação de intervenções mais integradas e orientadas para a promoção da funcionalidade e da autonomia. Acresce que, apesar do crescente corpo de evidência científica nesta área, subsistem lacunas relevantes que dificultam a resposta a problemáticas de elevado grau de complexidade, devendo tal ser encarado não como uma desvantagem, mas sim como um estímulo ao desenvolvimento de investigação aplicada, bem como à produção e disseminação de conhecimento científico.

Também a referenciação tardia para contextos e equipas de CP constitui um obstáculo à operacionalização plena dos pressupostos teóricos na prática clínica. Persistem situações nas quais as pessoas são integradas pelas equipas em fases muito avançadas da doença, limitando a possibilidade de implementação de intervenções orientadas para a maximização da funcionalidade, prevenção de complicações e otimização do controlo sintomático.

A este cenário, associa-se a reduzida presença de EEER nestes contextos, o que compromete a consolidação de uma abordagem diferenciada, condicionando inegavelmente a qualidade dos cuidados prestados e a concretização dos princípios fundamentais dos CP. Estas limitações reforçam a necessidade de investimento contínuo na formação e sensibilização das equipas, bem como na reestruturação dos serviços e das respostas existentes.

Embora as intervenções descritas no âmbito da revisão *scoping* remetam para benefícios importantes ao nível da funcionalidade, controlo sintomático e qualidade de vida, verifica-se, em muitos dos estudos, que as mesmas são implementadas numa fase na qual se verifica um declínio funcional progressivo, pelo que se assume, inevitavelmente, o carácter compensatório ao nível de todas as medidas implementadas no plano de cuidados. Esta realidade, ainda vigente em grande

parte dos contextos, alerta para uma discrepância entre o conceito de abordagem paliativa — idealmente precoce e integrada — e o momento em que a intervenção é efetivamente mobilizada.

Deste modo, a referenciação precoce emerge como uma premissa prioritária neste processo de otimização organizacional e operacional dos cuidados. A integração atempada do EEER ao longo da trajetória da doença permite não apenas atuar sobre a sintomatologia instalada, mas também prevenir o declínio funcional, promover a autonomia possível e capacitar a pessoa e a família/cuidador, assumindo uma lógica de intervenção antecipatória, conferindo segurança e conforto aos elementos envolvidos.

O processo reflexivo que urge ser realizado a uma larga escala, desde responsáveis políticos até às equipas multidisciplinares, aponta para uma necessidade efetiva de repensar a organização dos cuidados e as políticas de saúde, promovendo modelos assistenciais mais integrados e articulados entre os diferentes níveis de cuidados. A integração precoce das equipas de CP, em conjunto com o EEER, configura-se como uma estratégia essencial para garantir uma abordagem centrada na pessoa, orientada para a dignidade, participação social e qualidade de vida, mesmo em contextos de doença avançada.

Do ponto de vista pessoal e profissional, este percurso revelou ser profundamente transformador. O contacto com a finitude, com o sofrimento e com a vulnerabilidade humana exigiu o desenvolvimento de competências relacionais, éticas e reflexivas que ultrapassam o domínio técnico da intervenção. Tornou-se evidente que cuidar, em contexto paliativo, implica reconhecer os limites da intervenção, respeitar o tempo e as prioridades da pessoa e, em determinados momentos, compreender que a presença, a escuta ativa e o respeito pela vontade do outro constituem as intervenções mais significativas e apropriadas.

O presente relatório não representa apenas a síntese de um percurso académico, mas também a construção de uma identidade profissional mais consciente, crítica e humanizada. A intervenção do EEER revela ser um contributo indispensável para a promoção do conforto, da funcionalidade e da dignidade da pessoa em situação paliativa, reforçando a necessidade da sua integração plena nos diferentes níveis de cuidados.

Para futuro, perspetiva-se a continuidade do desenvolvimento profissional enquanto EEER, não só nesta área, como noutras áreas que se perspetivem frutíferas do ponto de vista de aplicação na prática clínica e cujos contributos possam ser essenciais para a qualidade dos cuidados. Preconiza-se o investimento na produção de conhecimento científico com validade para os contextos clínicos, na implementação de práticas baseadas na evidência e na promoção de uma cultura assistencial que valorize uma abordagem antecipatória e integrada. A consolidação desta visão constitui não só um desafio para o dia de amanhã, mas também uma oportunidade para transformar a prática clínica e para contribuir para uma prestação de cuidados progressivamente mais diferenciada e reflexiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abiven, M., Camberlein, Y., & Miranda, L. F. A. (2001). *Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos* (2.ª ed.). Lusociência.

American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://bibliotecaunisa.com/wp-content/uploads/2020/05/APA%20Publication%20Manual%207th%20Edition%20by%20American%20Psychological%20Association.pdf>

Bédard, M.-E., & McKim, D. A. (2016). Daytime mouthpiece for continuous noninvasive ventilation in individuals with amyotrophic lateral sclerosis. *Respiratory Care*, 61(10), 1341–1348. <https://doi.org/10.4187/respcare.04309>

Brown, R. H., & Al-Chalabi, A. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis. *New England Journal of Medicine*, 377, 162–172.

Capelas, M., Coelho, S., Silva, S., & Ferreira, C. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre: Uma teoria de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.

Clark, D. (2016). *To comfort always: A history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford University Press.

Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos. (2023). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal Continental para o biénio 2023–2024*.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (ICNP), versão 2019 (ICNP Browser)*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lusodidacta.

Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). *Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>

De Lazzari, N., Götte, M., Kasper, S., Meier, E., Schuler, M., Pogorzelski, M., Siveke, J. T., & Tewes, M. (2024). P-move: A randomized controlled trial of exercise in patients with advanced pancreatic or biliary tract cancer receiving beyond first-line chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 32(7), Article 437. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08650-9>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. (2006). *Diário da República: I série-A*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. (2015). *Diário da República: 2.ª série*. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/2015/05/2S102A0000S00.pdf>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). *Diário da República: 2.ª série*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>

Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Donabedian, A. (2005). *Evaluating the quality of medical care*. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Ester, M., et al. (2021). Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. *BMC Cancer*, 21(1), Article 159. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07872-y>

Frei, A., et al. (2022). Effectiveness of a long-term home-based exercise training program in patients with COPD after pulmonary rehabilitation. *Chest*, 162(6), 1277–1286. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.026>

Ha, D. M., et al. (2023). Telemedicine-based inspiratory muscle training in lung cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 31(9), Article 546. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07999-7>

Hall, C. C., et al. (2021). Exercise and nutrition-based rehabilitation programme. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 12(6), 2034–2044. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12806>

Hesbeen, W. (2008). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência

Hiensch, A. E., et al. (2022). EFFECT study. *Trials*, 23(1), Article 610. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06556-7>

Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K. (2012). *A systematic review of psychosocial interventions for family caregivers of palliative care patients*. *BMC Palliative Care*, 11(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-11-17>

Ibrahim, A. M., et al. (2024). Rehabilitation palliative care program. *BMC Nursing*, 23(1), Article 357. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>

International Association for Hospice and Palliative Care. (2018). *IAHPC definition of palliative care*. <https://iahpc.org/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta.

Kiernan, M. C., Vucic, S., Cheah, B. C., Turner, M. R., Eisen, A., Hardiman, O., Burrell, J. R., & Zoi, M. C. (2011). Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet*, 377(9769), 942–955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61156-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61156-7)

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories* (4th ed., pp. 196–211). Springer Publishing Company.

- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. (2012). Diário da República: 1.ª série. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Machado, M., Machado, M., & Petronilho, F. (2020). *O cuidado confortador dos enfermeiros especialistas em reabilitação*. Novas Edições Académicas.
- Machado, M., Machado, W., & Petronilho, F. (2020). *Transição para cuidados paliativos: Intervenções de enfermagem*. Lidel.
- MacInnis, M. J., & Gibala, M. J. (2017). *Physiological adaptations to interval training and the role of exercise intensity*. *The Journal of Physiology*, 595(9), 2915–2930. <https://doi.org/10.1113/JP273196>
- Majmudar, S., Wu, J., & Paganoni, S. (2014). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: Why it matters. *Muscle & Nerve*, 50(1), 4–13. <https://doi.org/10.1002/mus.24202>
- Marques, A. P., et al. (2009). *Cuidados paliativos: Organização, prática e formação*. Lidel.
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system* (War Memorandum No. 7). <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory*. Springer Publishing Company.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Montagnini, M., Wilson, C. M., et al. (2024). Rehabilitation in palliative care. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5, Article 1490057. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1490057>
- Naylor, M. D., et al. (2017). Transitional care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(6), 1119–1125. <https://doi.org/10.1111/jgs.14854>
- Neto, I. G. (2010). *Cuidados paliativos: Princípios e conceitos fundamentais*. Universidade Católica Editora.
- Neto, I. G., Aitken, H. H., & Tsering, P. (2004). *A dignidade e o sentido da vida*. Pergaminho.
- Neto, I. G., Aitken, H., & Paldron, T. (2004). *Manual de cuidados paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Nicol, J. L., et al. (2022). Exercise in multiple myeloma. *Current Oncology*, 29(2), 901–923. <https://doi.org/10.3390/curroncol29020077>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Deontologia profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Lusociência.

Pask, S., et al. (2025). Palliative care evidence. *Clinical Medicine*, 25(4), Article 100320. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100320>

Pereira, S. (2010). *Cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.

Peters, M. D. J., et al. (2015). *JB1 reviewers' manual 2015*.

Pinto, S., Swash, M., & Carvalho, M. D. (2012). Respiratory exercise in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 13, 33–43. <https://doi.org/10.3109/17482968.2011.626052>

Poort, H., et al. (2017). TIRED study. *BMC Cancer*, 17(1), Article 81. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3076-0>

Potter, P. & Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (9ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2019). *CMSA core curriculum for case management* (3rd ed.).

Radbruch, L., et al. (2020). Redefining palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 392/2019, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 85/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: II série, n.º 131/2022. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Ross, R., Blair, S. N., Arena, R., Church, T. S., Després, J. P., Franklin, B. A., Haskell, W. L., Kaminsky, L. A., Levine, B. D., Lavie, C. J., Myers, J., Niebauer, J., Sallis, R., Sawada, S. S., Sui, X., Wisløff, U., & American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. (2016). *Importance of assessing cardiorespiratory fitness in clinical practice: A case for fitness as a clinical vital sign*. *Circulation*, 134(24), e653–e699. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000461>

Santos, A., Pêla, J., Ferreira, M., & Trindade, N. (2014). O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 163-178). Loures: Lusodidacta.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sepúlveda, C., et al. (2002). WHO perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)

Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., Afonso, T. S., & Capelas, M. L. (2022). PPS PT – Escala de avaliação do desempenho do doente em cuidados paliativos. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.

Serôdio, J. (2014). Conceitos principais de reabilitação. In A. Costa & M. Othero (Eds.), *Reabilitação em cuidados paliativos* (pp. 63–76). Loures: Lusodidacta.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing theorists and their work* (5th ed.).

Van Es, M. A., Hardiman, O., Chio, A., Al-Chalabi, A., Pasterkamp, R. J., Veldink, J. H., & van den Berg, L. H. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet*, 390(10107), 2084–2098.

Wiskemann, J., et al. (2016). POSITIVE study. *BMC Cancer*, 16, Article 499. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2561-1>

World Health Organization. (2002). *Definition of palliative care*. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

PROJETO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO
CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

**DISCENTE: RUI FILIPE DA SILVA MENDES
DOCENTE: GONÇALO LUÍS ROSA**

**Monte da Caparica
julho 2025**

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências do EEER nos vários domínios de intervenção, visando a promoção da independência e a capacitação para o autocuidado;
- Desenvolver competências especializadas do EEER na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, através de uma avaliação sistemática, identificação de necessidades complexas e planeamento de intervenções individualizadas, sustentadas na evidência científica.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver uma prática baseada na evidência, nos princípios éticos e deontológicos, garantindo um cuidado de excelência em Enfermagem de Reabilitação;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar, promovendo uma prática de alta qualidade incentivando e auxiliando no desenvolvimento de programas de melhoria contínua;
- Desenvolver competências de gestão e coordenação em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa em situação paliativa, promovendo uma resposta de excelência por parte da equipa de saúde;
- Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação orientadas para a maximização da funcionalidade e da capacidade de desempenho da pessoa, promovendo a sua qualidade de vida;
- Capacitar a pessoa em situação paliativa para o autocuidado e gestão da sua condição, promovendo competências físicas,



- Capacitar a pessoa em situação paliativa para o autocuidado e gestão da sua condição, promovendo competências físicas, cognitivas e emocionais através de estratégias de educação terapêutica ajustadas;

Objetivos específicos	Desenvolver uma prática baseada na evidência, nos princípios éticos e deontológicos, garantindo um cuidado de excelência em Enfermagem de Reabilitação.
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	A - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A1: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2: Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação/Resultados Esperados
- Executar cuidados de Enfermagem baseados nos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional; - Prestar cuidados à pessoa e família/cuidadores, respeitando as suas decisões, valores, costumes, crenças pessoais, religiosas, abstendo-se de juízos de valor; - Respeitar o direito do acesso à informação e à confidencialidade; - Demonstrar consciência dos limites e competências profissionais e, gerindo emoções e sentimentos para respostas eficientes; - Recolher dados em conjunto com a pessoa e família/cuidadores, consultando o processo clínico e exames complementares de diagnóstico, identificando necessidades de intervenção; - Participar na tomada de decisão em equipa, tendo em vista as necessidades e a vontade da pessoa e	- Desenvolveu uma prática de cuidados de baseada nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão; - Garantiu o respeito pelos valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa e família/cuidadores; - Assegurou o direito de escolha e de autodeterminação, abstendo-se de juízos de valor; - Integrou o serviço, tomando conhecimento das normas e procedimentos internos pelos quais a equipa multidisciplinar se rege; - Garantiu o respeito pelo direito do acesso à informação, à confidencialidade e à privacidade; - Demonstrou consciência dos seus limites pessoais e profissionais, gerindo as suas emoções, por forma a dar uma resposta de excelência nos cuidados prestados; - Colheu dados em conjunto com a pessoa e família, processo clínico e exames complementares de diagnóstico, identificando necessidades de intervenção, selecionando as intervenções mais adequadas para a sua reabilitação; - Participou na tomada de decisão em equipa colaborando nas necessidades e vontade da pessoa; - Agiu de forma eficaz na resolução de conflitos, utilizando as melhores estratégias de comunicação assertiva com a equipa e com a pessoa e família/cuidadores; - Identificou lacunas no seu conhecimento, procurando colmatá-las através de pesquisa bibliográfica e análise de artigos científicos, desenvolvendo a sua prática clínica; - Reuniu-se periodicamente com o docente e orientador, promovendo uma análise reflexiva sobre o seu percurso de Ensino Clínico.



família/cuidadores; - Demonstrar proatividade e autonomia na tomada de decisão nas situações de prática clínica; - Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; - Reunir regularmente com o docente e orientador, por forma a analisar o percurso em Ensino Clínico e as práticas desenvolvidas.	
--	--

RECURSOS

Humanos: Equipa multidisciplinar; Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Pessoa cuidada, família e cuidadores;

Materiais: Legislação em vigor; Código Deontológico; REPE; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EER); Normas e Protocolos do serviço; Processos clínicos e exames complementares de diagnóstico; **Físicos:** ULS Santa Maria - Hospital Pulido Valente: Serviço de Infecção Respiratória, Serviço de Pneumologia Geral e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos; ULS Almada-Seixal - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) São Roque; Sporting Clube de Portugal - Equipa B Futebol Masculino; Hospital Fernando da Fonseca - Serviço de Ortopedia;

Temporais: Cronograma.

Objetivos específicos	Colaborar com a equipa multidisciplinar, promovendo uma prática de alta qualidade incentivando e auxiliando no desenvolvimento de programas de melhoria contínua.
Domínios e Competências (Comuns do EER)	B - Melhoria da qualidade B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B1.2. Orienta projetos institucionais na área da qualidade. B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B2.1. Avalia a qualidade das práticas clínicas. B2.2. Planeia programas de melhoria contínua. B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro B.3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação/Resultados Esperados
- Integrar a equipa	- Integrou o serviço e equipa multidisciplinar;



multidisciplinar dos serviços de Ensino Clínico; - Conhecer a dinâmica, protocolos, normas, instrumentos de registo e avaliação, nas diferentes instituições de Ensino Clínico; - Identificar necessidades de formação/melhoria de práticas clínicas dos serviços através do feedback dado pela equipa multidisciplinar; - Participar no desenvolvimento e avaliação de projetos de melhoria e qualidade do serviço de acordo com as necessidades identificadas; - Pesquisar e desenvolver conhecimento científico, passível de ser incorporado nas bases conceptuais da prestação de cuidados dos serviços de Ensino Clínico; - Identificar os principais fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa e envolver a família/cuidadores, promovendo uma prática segura de cuidados.	- Demonstrou conhecimento das normas e protocolos das instituições de ensino clínico; - Identificou necessidades de formação e melhoria da prática clínica; - Participou no desenvolvimento e avaliação de projetos de melhoria e qualidade dos serviços; - Pesquisou e desenvolveu conhecimento científico, passível de ser incorporado nas bases conceptuais da prestação de cuidados; - Identificou fatores de risco e atuou em concordância com os pressupostos teóricos e científicos da prestação de cuidados.
---	--

RECURSOS

Humanos: Equipa multidisciplinar; Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Pessoa cuidada, família e cuidadores;

Materiais: Legislação em vigor; Código Deontológico; REPE; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER); Normas e Protocolos do serviço; Processos clínicos e exames complementares de diagnóstico; **Físicos:** ULS Santa Maria - Hospital Pulido Valente: Serviço de Infecção Respiratória, Serviço de Pneumologia Geral e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos; ULS Almada-Seixal - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) São Roque; Sporting Clube de Portugal - Equipa B Futebol Masculino; Hospital Fernando da Fonseca - Serviço de Ortopedia;

Temporais: Cronograma.

Objetivos específicos	Desenvolver competências de gestão e coordenação em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa em situação paliativa, promovendo uma resposta de excelência por parte da equipa de saúde
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	C - Domínio da gestão dos cuidados. C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta



	da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação/Resultados Esperados
- Avaliar a complexidade da situação de saúde da pessoa, promovendo a sua referência para outros profissionais de saúde quando necessário e analisando recursos e respostas na comunidade; - Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; - Gerir cuidados em função dos recursos existentes e das necessidades da pessoa e família/cuidadores; - Coordenar e supervisionar os cuidados delegados, garantindo a segurança e qualidade dos mesmos; - Promover um ambiente positivo através da implementação de estratégias de motivação, envolvendo a equipa multidisciplinar na continuidade dos cuidados especializados.	- Avaliou as necessidades da pessoa e referenciou para outros profissionais de saúde quando necessário, analisando recursos e respostas na comunidade; - Colaborou nas decisões da equipa multidisciplinar; - Geriu os cuidados em função dos recursos existentes e as necessidades da pessoa e família/cuidadores; - Coordenou e supervisionou os cuidados delegados, garantindo a segurança e qualidade dos mesmos; - Promoveu um ambiente positivo através da implementação de estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar na continuidade dos cuidados especializados.

RECURSOS

Humanos: Equipa multidisciplinar; Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Pessoa cuidada, família e cuidadores;

Materiais: Legislação em vigor; Código Deontológico; REPE; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER); Normas e Protocolos do serviço; Processos clínicos e exames complementares de diagnóstico;

Físicos: ULS Santa Maria - Hospital Pulido Valente: Serviço de Infecção Respiratória, Serviço de Pneumologia Geral e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos; ULS Almada-Seixal - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) São Roque; Sporting Clube de Portugal - Equipa B Futebol Masculino; Hospital Fernando da Fonseca - Serviço de Ortopedia;

Temporais: Cronograma.

Objetivos específicos	Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação orientadas para a maximização da funcionalidade e da capacidade de desempenho da
-----------------------	---



	peessoa, promovendo a sua qualidade de vida.
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas. B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B1.2. Orienta projetos institucionais na área da qualidade. B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B2.1. Avalia a qualidade das práticas clínicas; B2.2. Planeia programas de melhoria contínua. B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. D - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação/Resultados Esperados
- Consolidar e colocar em prática conhecimento científico sobre cuidados especializados junto da pessoa em situação paliativa; - Desenvolver projetos de melhoria contínua relativos à intervenção do EEER na promoção do conforto, da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa; - Participar em eventos oficiais através da divulgação de conteúdo científico	- Consolidou e colocou em prática conhecimento científico sobre cuidados especializados junto da pessoa em situação paliativa; - Desenvolveu projetos de melhoria contínua relativos à intervenção do EEER na promoção do conforto, da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa; - Participou em eventos oficiais através da divulgação de conteúdo científico desenvolvido durante o período formativo; - Realizou a avaliação da função respiratória e motora através de escalas de avaliação devidamente validadas; - Baseou as intervenções planeadas com base nos pressupostos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba; - Desenvolveu e implementou programas de reabilitação



desenvolvido durante o período formativo; - Realizar a avaliação da função respiratória e motora através de escalas de avaliação devidamente validadas; - Basear as intervenções planeadas com base nos pressupostos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba; - Desenvolver e implementar programas de reabilitação junto da pessoa em situação paliativa, previamente avaliados e validados com o Orientador Clínico.	junto da pessoa em situação paliativa, previamente avaliados e validados com o Orientador Clínico.
--	---

RECURSOS

Humanos: Equipa multidisciplinar; Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Pessoa cuidada, família e cuidadores;

Materiais: Legislação em vigor; Código Deontológico; REPE; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER); Normas e Protocolos do serviço; Processos clínicos e exames complementares de diagnóstico;

Físicos: ULS Santa Maria - Hospital Pulido Valente: Serviço de Infeciologia Respiratória, Serviço de Pneumologia Geral e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos; ULS Almada-Seixal - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) São Roque; Sporting Clube de Portugal - Equipa B Futebol Masculino; Hospital Fernando da Fonseca - Serviço de Ortopedia;

Temporais: Cronograma.

Objetivos específicos	Capacitar a pessoa em situação paliativa para o autocuidado e gestão da sua condição, promovendo competências físicas, cognitivas e emocionais através de estratégias de educação terapêutica ajustadas.
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o



	objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório; J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados. C - Competências do domínio da gestão dos cuidados. C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados D - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação/Resultados Esperados
- Recolher informação que permita identificar as necessidades da pessoa e família/cuidadores; - Avaliar a capacidade funcional da pessoa para a realização das atividades de vida diárias, bem como fatores que facilitam ou impedem a sua realização da forma mais independente possível; - Identificar necessidades de intervenção a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade, desenvolvendo programas de reabilitação individualizados; - Discutir e definir com o orientador clínico as intervenções mais adequadas e prioritárias para reeducar/otimizar a funcionalidade; - Englobar a pessoa e família/cuidadores na definição das intervenções a implementar;	- Avaliou a capacidade funcional da pessoa para a realização das atividades de vida diárias, bem como os fatores facilitadores ou inibidores relativamente à sua realização da forma mais independente possível - Identificou as necessidades de intervenção para otimização e reeducação das capacidades funcionais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e sexualidade, desenvolvendo programas de reabilitação individualizados; - Discutiu e definiu com o orientador clínico as intervenções mais adequadas e prioritárias para reeducar/otimizar a funcionalidade; - Englobou a pessoa e família/cuidadores na definição das intervenções a implementar; - Avaliou os resultados da implementação das intervenções de Enfermagem de Reabilitação com recurso a instrumentos e escalas precisas e validadas; - Implementou ensinamentos e treino de técnicas englobadas no programa de reabilitação, promovendo o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos; - Promoveu a monitorização e reformulação necessária dos programas de reabilitação, caso tenha havido essa necessidade; - Envolveu a família/cuidadores no processo de planeamento da alta, identificando necessidades de readaptação no regresso a casa; - Elaborou registos de enfermagem que demonstram a intervenção efetuada pelo EEER.



- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Avaliar o resultado da implementação das intervenções de Enfermagem de Reabilitação com recurso a instrumentos e escalas precisas e validadas;- Implementar ensinios e treino de técnicas englobadas no programa de reabilitação, promovendo o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos;- Promover a monitorização e reformulação dos programas de reabilitação, caso se verifique essa necessidade;- Envolver a família/cuidadores no processo de planeamento da alta, identificando necessidades de readaptação no regresso a casa;- Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER. | |
|---|--|

RECURSOS

Humanos: Equipa multidisciplinar; Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Pessoa cuidada, família e cuidadores;

Materiais: Legislação em vigor; Código Deontológico; REPE; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER); Normas e Protocolos do serviço; Processos clínicos e exames complementares de diagnóstico;

Físicos: ULS Santa Maria - Hospital Pulido Valente: Serviço de Infecção Respiratória, Serviço de Pneumologia Geral e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos; ULS Almada-Seixal - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) São Roque; Sporting Clube de Portugal - Equipa B Futebol Masculino; Hospital Fernando da Fonseca - Serviço de Ortopedia;

Temporais: Cronograma.



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Unidade Curricular Respostas ambientais, sociais e familiares à
pessoa portadora de deficiência**

1º Ano: 2º Semestre

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na promoção do
conforto da pessoa em situação paliativa: revisão
*scoping***

Discente:

Rui Filipe da Silva Mendes nº118786

Docente:

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Monte da Caparica
maio 2025

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação na promoção do conforto da pessoa em situação
paliativa: revisão *scoping***

***Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in
Promoting the Comfort of the Person in a Palliative Situation: a
scoping review***

Rui Filipe Mendes^{1,4}; Júlio Belo Fernandes^{2,3}

¹Department of Nursing, ULS Almada-Seixal, 2805-267 Almada, Portugal

²Nurs* Lab, 2829-511 Almada, Portugal

³Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health &
Science, 2829-511 Almada, Portugal

⁴Discente de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz for
Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511
Almada, Portugal

RESUMO

Enquadramento: A estruturação de um programa de reabilitação para a pessoa em situação paliativa pode gerar uma certa controvérsia, mas são cada vez mais os estudos que evidenciam essa pertinência, nomeadamente através da promoção do conforto, da manutenção da autonomia e da prevenção de incapacidades, permitindo que a pessoa viva harmoniosamente com os seus desejos e vontades.

Objetivo: Mapear a evidência científica mais recente sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa.

Metodologia: A abordagem metodológica segue a estrutura conceptual da *Joanna Briggs Institute (JBI)*. A 06 de abril de 2025 foi efetuada a pesquisa bibliográfica na plataforma agregadora de bases de dados EBSCOhost - MEDLINE Complete e CINAHL Complete - via Ordem dos Enfermeiros, bem como na PubMed. Foi definido um horizonte temporal de 10 anos - 2015 e 2025, tendo sido selecionados artigos publicados em português, inglês ou espanhol e com disponibilidade do texto integral.

Resultados: Foram identificados, no total, 942 artigos - 395 na plataforma agregadora de bases de dados EBSCOhost e 547 na base de dados PubMed - tendo sido selecionados 11 artigos para revisão. As intervenções de reabilitação foram agrupadas em 5 categorias: treino de resistência, treino aeróbico, treino intervalado, reeducação funcional respiratória e treino de equilíbrio e flexibilidade.

Conclusão: As intervenções de reabilitação assumem um papel fundamental na promoção do conforto, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa. Não se focando apenas em aspetos físicos, estas intervenções revelam-se essenciais na gestão de sintomas como a fadiga, a dispneia e a dor, ao mesmo tempo que favorecem a autonomia, o bem-estar emocional e a inclusão da família no processo de cuidados. A sua aplicabilidade deve ser norteadada por uma abordagem personalizada, permitindo a adaptação dos programas às capacidades e

necessidades individuais de cada pessoa. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação emerge como um elemento-chave na equipa multidisciplinar, promovendo intervenções seguras, eficazes e ajustadas, mesmo em fases avançadas da doença.

Palavras-Chave: Cuidados paliativos; Intervenções; Reabilitação; Enfermagem de Reabilitação; Conforto

ABSTRACT

Background: The development of a rehabilitation program for individuals in palliative care can raise some controversy. However, an increasing number of studies highlights its relevance, particularly in promoting comfort, maintaining autonomy, and preventing disability, thus allowing individuals to live this phase of life in harmony with their values and preferences.

Objective: To map the most recent scientific evidence on the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in promoting comfort for individuals in palliative situations.

Methodology: The methodological approach followed the conceptual framework of the Joanna Briggs Institute (JBI). On April 6, 2025, a literature search was conducted on the EBSCOhost database platform – MEDLINE Complete and CINAHL Complete – via the Portuguese Order of Nurses, as well as on PubMed. A 10-year timeframe (2015–2025) was defined, and articles published in Portuguese, English, or Spanish with full-text availability were selected.

Results: A total of 942 articles were identified – 395 on the EBSCOhost platform and 547 on PubMed – with 11 articles selected for review. The rehabilitation interventions were grouped into five categories: resistance training, aerobic training, high intensity interval training, respiratory functional re-education, and balance and flexibility training.

Conclusion: Rehabilitation interventions play a crucial role in promoting comfort, functionality, and quality of life for individuals in palliative care. Beyond the physical dimension, these interventions are essential for managing symptoms such as fatigue, dyspnea, and pain, while also fostering autonomy, emotional well-being, and family involvement in the care process. Their implementation should follow a personalized approach, allowing the adaptation of programs to each person's individual capacities and needs. In this context, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing emerges as a key member of the multidisciplinary

team, delivering safe, effective, and tailored interventions, even in advanced stages of illness.

Keywords: Palliative care; Interventions; Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Comfort.

INTRODUÇÃO

O paradigma da saúde tem evoluído significativamente nas últimas décadas devido a uma série de fatores biológicos, políticos, económicos e sociais. Por um lado, verifica-se o aumento constante da esperança média de vida, resultado dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde. Por outro, tal remete-nos para um consequente aumento da incidência de patologias crónicas irreversíveis, o que se reflete, inevitavelmente, no aumento do grau de dependência, bem como do défice funcional (Capelas et al., 2017).

É sabido ainda que a morte representa um tema *tabu* para a sociedade no geral. Trata-se de um conceito presente durante toda a vida mas cujo debate se vai adiando ao longo dos tempos. Associado a isto, prevalece a Medicina moderna e tecnicista, cujos pressupostos de atuação se baseiam num modelo curativo, o que promove um sentimento de insucesso e frustração relativamente à morte (Pacheco, 2006).

Os Cuidados Paliativos desenvolvem-se em torno da necessidade da prestação de cuidados de qualidade às pessoas com patologias avançadas e de cariz irreversível e progressivo, providenciando um apoio integral, digno e humanizado desde o momento do diagnóstico até ao fim de vida (Costa & Othero, 2014).

Neto et al. (2004) defendem que os Cuidados Paliativos devem ser iniciados o mais precocemente possível, devendo a atuação ser intensificada consoante a progressão da doença e o descontrolo sintomático que daí advém. Os mesmos autores reforçam ainda que as intervenções são planeadas com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem e devem ser executadas em fases mais precoces da doença, mesmo quando existem outros tratamentos a decorrer simultaneamente.

Costa & Othero (2014) suportam esta tese, afirmando que a intervenção dos Cuidados Paliativos pode ser necessária logo numa fase

inicial do processo de doença caso não exista um adequado controlo sintomatológico. Capelas et al. (2017) apontam para a importância de serem evitadas referências tardias, sob pena disso impedir uma abordagem integrada e personalizada desde o momento do diagnóstico.

A estruturação de um plano de reabilitação para a pessoa em situação paliativa é alvo de controvérsia no seio das equipas de saúde, uma vez tratar-se de um tema ainda pouco estudado e debatido. Contudo, os ganhos obtidos têm sido amplamente divulgados pela evidência científica e os autores focam a importância de se manter o máximo nível de funcionalidade, o que poderá não só prevenir complicações, como aliviar sintomatologia importante, minimizando o desconforto e promovendo a qualidade de vida.

Para Machado et al. (2020), os Cuidados Paliativos e a reabilitação assumem-se como disciplinas interdisciplinares, dedicando os seus esforços na melhoria da qualidade da experiência humana enquanto se verifica uma deterioração progressiva do estado de saúde e da funcionalidade da pessoa.

MÉTODOS

A presente revisão *scoping* foi estruturada com base nas orientações da *Joanna Briggs Institute (JBI) for Evidence Based Practice*, que se caracteriza por ser um método cujo objetivo passa por identificar lacunas de conhecimento e mapear, de forma preliminar, a evidência científica existente sobre uma determinada temática (Peters et al., 2015). Desta forma, a questão de investigação foi definida no formato População, Conceito e Contexto (PCC): Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (C) na Promoção do Conforto (C) da Pessoa em Situação Paliativa (P)?

Estratégia de pesquisa e identificação de resultados

Inicialmente realizou-se uma pesquisa exploratória por forma a identificar a pertinência dos descritores definidos, que foram posteriormente validados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) / Medical Subject Headings (MeSH).

A 06 de abril de 2025 foi efetuada a pesquisa bibliográfica na plataforma agregadora de bases de dados EBSCOhost - MEDLINE Complete e CINAHL Complete - via Ordem dos Enfermeiros, bem como na PubMed. Definiu-se um horizonte temporal de 10 anos - 2015 e 2025, tendo sido selecionados artigos publicados em português, inglês ou espanhol e com disponibilidade do texto integral. A equação da pesquisa foi elaborada com os descritores e operadores booleanos: (Palliative care OR Terminal care OR End of life care) AND (Interventions Or Strategies Or Best practices) AND (Rehabilitation).

Por forma a organizar a pesquisa em função da natureza do tema e da questão de investigação formulada, foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

CrITÉRIOS de Inclusão:

- Intervenções de reabilitação respiratória e/ou motora,
- Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Pessoas com patologia neoplásica, respiratória, neurodegenerativa ou renal em situação paliativa;
- Estudos randomizados controlados, estudos experimentais, estudos quase experimentais ou estudos quantitativos.

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Estudos sem relação com o objeto de análise;
- Estudos qualitativos, meta-análise ou revisões scoping.

Extração de dados

Recorreu-se à ferramenta da *JBIR - template study details characteristics and results extraction instrument* – facilitadora do registo das informações (Peters et al., 2015). Neste sentido, foi desenvolvida uma tabela com as informações relativas à autoria do estudo, ano de realização, título, tipo de estudo, objetivos do estudo, bem como as intervenções de reabilitação projetadas.

Síntese de dados

Numa primeira fase, recorreu-se à plataforma *Rayyan* para auxílio na filtragem dos artigos, procedendo de imediato à eliminação dos duplicados existentes. De seguida, foi realizada a exclusão após leitura do título e do resumo. Finalmente, foram integralmente lidos os artigos que resultaram deste processo de seleção.

Para a síntese de resultados foi elaborado um Fluxograma PRISMA (Figura 1.) que detalha as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos selecionados. Foram identificados 942 na totalidade das bases de dados selecionadas, tendo sido removidos 60 duplicados, ficando no total 882 artigos. Após leitura e análise dos títulos, foram excluídos 831 artigos e, após leitura dos resumos, foram excluídos 12 artigos, sendo selecionados para leitura integral 39. Após leitura integral desses mesmos artigos, foram incluídos 11 para análise e estudo na presente revisão *scoping*.

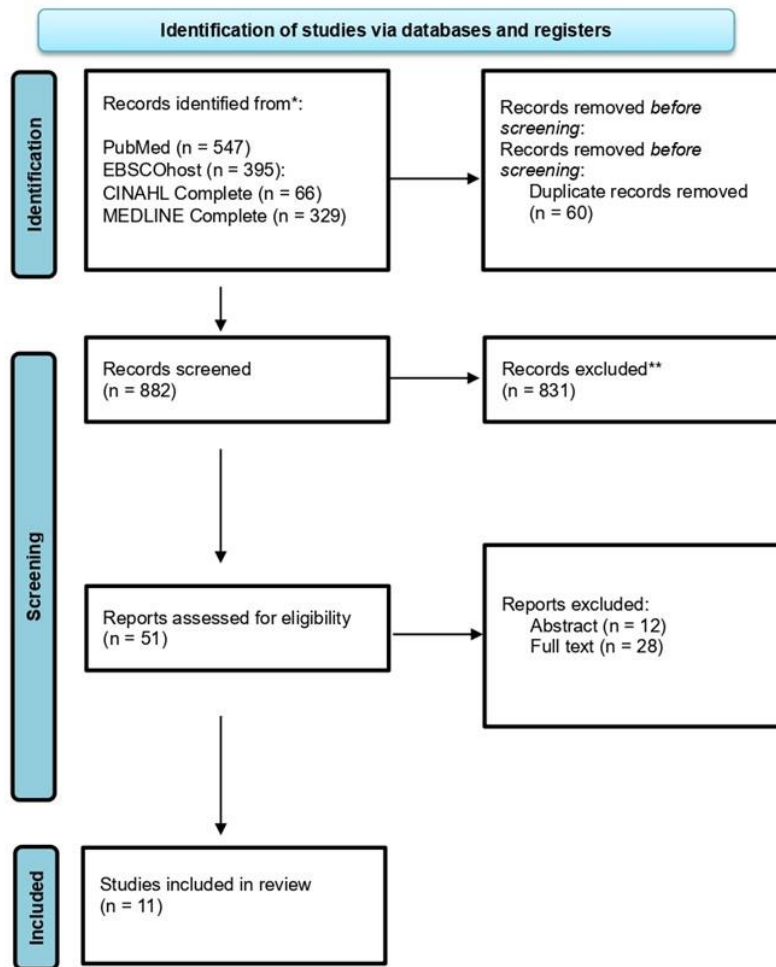


Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos.

RESULTADOS

Foram selecionados um total 11 para a análise final, todos publicados entre 2015 e 2025. Dos 11 estudos, 2 foram realizados na Alemanha (Wiskemann et al., 2016 & De Lazzari et al., 2024); 2 foram realizados nos Países Baixos (Poort et al., 2017 & Hiensch et al., 2022); 1 na Dinamarca (Mikkelsen et al., 2018); 1 na Suíça (Frei et al., 2022); 1 no Canadá (Ester et al., 2021); 1 na Austrália (Nicol et al., 2022); 1 no

Egipto (Ibrahim et al., 2024); 1 nos Estados Unidos da América (Ha et al., 2023); 1 no Reino Unido (Hall et al., 2021).

Na tabela 1 são descritos os referidos estudos, mencionando os autores, o ano de publicação, o título, o objetivo de estudo, bem como o tipo de estudo e a intervenção colocada em prática.

Autor / Ano / País	Título	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Intervenção
Wiskemann et al. (2016) Alemanha	POSITIVE study: physical exercise program in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment.	Avaliar os efeitos de uma intervenção estruturada e supervisionada com treino de exercício ao longo de 24 semanas em contexto paliativo.	Estudo randomizado controlado	- Treino aeróbico em passeadeira; - Treino de resistência em máquinas de ginásio.
Poort et al. (2017) Países Baixos	Study protocol of the TIRED study: a randomised controlled trial comparing either graded exercise therapy for severe fatigue or cognitive behaviour therapy with usual care in patients with incurable cancer.	Comparar a eficácia do graded exercise therapy com os cuidados convencionais na redução da fadiga em pessoas com patologia neoplásica em contexto paliativo.	Estudo randomizado controlado	- Treino aeróbico intervalado em bicicleta estática; - Treino de resistência em circuito com recurso a carga externa e ao peso do próprio corpo.
Mikkelsen et al. (2018) Dinamarca	Engaging the older cancer patient; Patient Activation through Counseling, Exercise and Mobilization -	Investigar o efeito de uma intervenção multimodal e baseada em exercícios de 12 semanas em pessoas com idade igual ou	Estudo randomizado controlado	- Treino de equilíbrio e flexibilidade; - Treino de resistência com recurso a carga externa e ao peso do próprio corpo;

	Pancreatic, Biliary tract and Lung cancer (PACE-Mobil-PBL) - study protocol of a randomized controlled trial.	superior a 65 anos com patologia neoplásica (pulmonar, pancreática, vesicular) sob quimioterapia paliativa.		- Sessões de esclarecimento de dúvidas e de educação para a saúde.
Ester et al. (2021) Canadá	Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer.	Avaliar a eficácia de uma intervenção trimodal - atividade física, nutrição e controlo de sintomas - junto de pessoas com neoplasia do pulmão avançada.	Estudo randomizado controlado	- Treino aeróbico de intensidade leve a moderada; - Treino de resistência com recurso ao peso corporal, bola de suíça ou bandas elásticas; - Exercícios de resistência e de flexibilidade.
Hall et al. (2021) Reino Unido	A randomized, feasibility trial of an exercise and nutrition-based rehabilitation programme (ENeRgy) in people with cancer.	Avaliar a fiabilidade de um programa de reabilitação baseado em exercício e nutrição em pessoas com patologia neoplásica incurável.	Estudo randomizado controlado	- Treino aeróbico de intensidade moderada; - Treino de resistência.
Nicol et al. (2022) Austrália	An Individualized Exercise Intervention for People with Multiple Myeloma- Study Protocol of a	Investigar a influência de uma intervenção de exercício supervisionado na qualidade de vida de pessoas com mieloma	Estudo randomizado controlado	- Treino aeróbico intervalado; - Treino de resistência.

	Randomized Waitlist-Controlled Trial.	múltiplo, comparando com o tratamento convencional.		
Hiensch et al. (2022) Países Baixos	Design of a multinational randomized controlled trial to assess the effects of structured and individualized exercise in patients with metastatic breast cancer on fatigue and quality of life: the EFFECT study.	Avaliar os efeitos de uma intervenção estruturada e individualizada de exercício físico, com duração de 9 meses, em pessoas com cancro da mama metastizado, focando variáveis como qualidade de vida e fadiga física.	Estudo randomizado o controlado	- Treino aeróbico de intensidade moderada que evolui, conforme a tolerância, para treino intervalado de alta intensidade; - Treino de resistência recorrendo a carga externa e ao peso do próprio corpo.
Frei et al. (2022) Suíça	Effectiveness of a Long-term Home-Based Exercise Training Program in Patients With COPD After Pulmonary Rehabilitation: A Multicenter Randomized Controlled Trial.	Investigar a eficácia de um programa de treino de força com equipamento mínimo, com a duração de 12 meses, realizado após a reabilitação pulmonar presencial, em pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.	Estudo randomizado o controlado	- Treino de resistência de diferentes intensidades com recurso a uma cadeira e bandas elásticas.
Ha et al. (2023) Estados Unidos	Telemedicine-based inspiratory muscle	Investigar a viabilidade, segurança e potencial	Estudo randomizado o controlado	Treino de músculos inspiratórios com recurso

da América	training and walking promotion with lung cancer survivors following curative intent therapy: a parallel-group pilot randomized trial.	eficácia do treino de músculos inspiratórios e da caminhada para interromper uma hipotética espiral de "dispneia-inatividade".		ao dispositivo <i>threshold</i> ; - Treino aeróbico com 4 sessões de caminhada por semana com aumento de 5–10 min na duração das caminhadas em relação à linha de base; - Sessões de esclarecimento de dúvidas e de educação para a saúde.
Ibrahim et al. (2024) Egipto	Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study.	Avaliar o impacto de um programa abrangente de reabilitação em cuidados paliativos na qualidade de vida de utentes com patologia neoplásica e dos seus familiares.	Estudo quase experimental	- Treino aeróbico em passeadeira, bicicleta estática ou remo; - Treino de resistência com recurso ao peso do próprio corpo; - Sessões de esclarecimento de dúvidas e de educação para a saúde.
De Lazzari et al. (2024) Alemanha	P-move: a randomized control trial of exercise in patients with advanced pancreatic or biliary tract cancer (aPBC) receiving beyond first-line chemotherapy.	Avaliar a viabilidade e os efeitos do exercício em pessoas com pacientes com neoplasia do pâncreas ou colangiocarcinoma.	Estudo randomizado controlado	- Treino resistência direcionado aos principais grupos musculares.

Tabela 2. *Extração e síntese de dados.*

Após a análise dos dados, foram agrupadas 5 categorias de intervenções de reabilitação com base nas diferenças e semelhanças encontradas entre elas. É realizada, de seguida, uma desconstrução detalhada de cada uma.

1. Treino de força/resistência

Dos 11 estudos selecionados, são 9 os que mencionam o treino de resistência como parte integrante das intervenções implementadas e cujos resultados se revelaram positivos em variáveis como a qualidade de vida, a fadiga e até aspetos relacionados com a funcionalidade.

No POSITIVE study, realizado em Heidelberg por Wiskemann et al. (2016), foram selecionadas 250 pessoas com diagnóstico histológico confirmado de Carcinoma de Não Pequenas Células (CPNPC) do Pulmão ou Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão, ambos sem indicação cirúrgica. As 250 pessoas foram divididas em dois grupos: um primeiro grupo alvo de um programa de exercício terapêutico e seguimento através de teleconsultas, enquanto o segundo grupo - grupo de controlo - apenas beneficiou do seguimento realizado através das consultas referidas.

Foram implementadas três sessões semanais que incluíam treino de resistência em máquinas. O treino foi programado da seguinte forma: 1 a 3 séries de cada exercício; carga de 60–80% de 1-RM (uma repetição máxima); 8 a 12 repetições por série. A força muscular foi previamente avaliada com recurso a um dinamómetro manual.

O programa de treino focou-se em seis grupos musculares principais dos membros superiores e inferiores: flexores e extensores de joelho, flexores e extensores de cotovelo e flexores e abdutores do quadrícep.

No global das intervenções implementadas, verificou-se melhoria de aspetos determinantes como a qualidade de vida (largamente associada à fadiga física e mental), performance física, bem-estar emocional e social.

Mikkelsen et al. (2018) investigaram o efeito de uma intervenção multimodal de 12 semanas - na qual estava incluída o treino de resistência - em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com neoplasia pulmonar ou do sistema digestivo e que se encontravam sob tratamento paliativo. Foi igualmente constituído um grupo de controlo no qual os participantes foram apenas alvo do tratamento convencional.

O programa de treino preconizava 2 sessões semanais de 60 minutos com foco em sete exercícios de resistência - *Chest press, abdominal crunch, leg press, leg curl (hamstrings), leg extension (quadriceps), lower back and low row*. Entre a primeira e a sexta sessão foram realizadas duas séries de cada um dos exercícios, pelo que a partir da sétima sessão existiu um aumento para três séries. Foi proposto um aumento progressivo das cargas e redução do número de repetições máximas conforme a evolução individual e tolerância dos participantes.

Verificou-se diferença entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no que diz respeito aos resultados obtidos no teste *30-sec chair-stand test (30s-CST)*, objetivando-se melhoria na capacidade física e força muscular, o que exerceu efeitos positivos na qualidade de vida.

No estudo conduzido por Ester et al. (2021), foi realizada uma prescrição de treino que incluía 1 a 2 sessões realizadas no domicílio com recurso ao peso corporal, bola suíça ou banda elástica, bem como 1 sessão presencial que englobava exercícios de resistência realizados em 2-3 séries de 8-10 repetições, propondo-se uma progressão a cada 4, 6, 8 e 10 semanas, com o incremento a nível de séries/repetições e introdução de exercícios com um maior grau de dificuldade.

Da análise relativa ao predomínio da sintomatologia pré e pós sessões de exercício, verificou-se uma evolução positiva, parâmetro mensurado

através da aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) de 8,2/100 para 4,7/100. Sintomas específicos como dor, cansaço, sonolência, dispneia e ansiedade revelaram melhorias significativas após a aula de exercício. Também a fadiga sofreu alterações, tendo sido um item que diminuiu significativamente, passando de 2,4/10 para 1,4/10.

O estudo quase experimental de Ibrahim et al. (2024) permitiu uma abordagem mais abrangente ao dedicar a sua atenção aos cuidadores informais. Para além do foco no treino de resistência, foram implementadas sessões de esclarecimento de dúvidas que abordavam orientações sobre cuidados específicos, controlo de sintomas, nutrição e atividade física.

Após a aplicação do Questionário EORTC QLQ C - 30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality Life Questionnaire Core 30*) e da aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) antes e depois da intervenção, foram registadas melhorias significativas em vários domínios, tais como a qualidade de vida (média pós-intervenção = 62,73 vs. média pré-intervenção = 44,65); o desempenho físico (média pós-intervenção = 91,36 vs. média pré-intervenção = 76,9) e até mesmo no bem-estar emocional (média pós-intervenção = 79,62 vs. média pré-intervenção = 68,23).

De Lazzari et al. (2024) levou a cabo um estudo randomizado com 41 pessoas com Neoplasia do pâncreas ou Colangiocarcinoma estadio IV, submetendo um grupo de intervenção a 3 treinos semanais durante um período de 8 semanas, enquanto um grupo de controlo apenas recebeu recomendações gerais sobre atividade física.

Das 3 sessões semanais, 2 ocorreram no domicílio, pelo que não eram supervisionadas. Os participantes realizavam exercícios com o peso corporal e com bandas elásticas de acordo com a prescrição providenciada. A outra sessão decorria no formato presencial e tinha uma

duração aproximada de 40 minutos, englobando os seguintes exercícios: *leg press*, *bench press*, *lat pulldown*, *abdominais crunch* e extensões lombares.

A análise dos dados permitiu-nos atingir as seguintes conclusões:

- No *leg press*, verificou-se, entre a primeira e a oitava semana, uma diminuição em média de 6,86 kg relativamente à carga na execução do exercício para o grupo de controlo, enquanto no grupo de intervenção registou-se um aumento médio de 22,27kg;
- Relativamente ao *bench press*, também o grupo de intervenção apresentou um aumento significativo ao longo das 8 semanas de treino, com um aumento total de 5,20kg no que diz respeito à carga executada. Já o grupo de controlo, apenas registou um aumento de 0,34kg nessa mesma execução;
- No *lat pull down*, a tendência foi a mesma, com o grupo de controlo a perder, em média, 1,41kg na capacidade de execução da carga, enquanto o grupo de intervenção verificou um aumento de 6,87kg;
- O efeito positivo da intervenção em todos os exercícios era já visível às 4 semanas, verificando-se de forma mais significativa às 8 semanas. Neste sentido, foi possível maximizar os benefícios do ponto de vista físico acautelando todos os riscos.

2. Treino aeróbico

Segundo Costa & Othero (2021), o treino aeróbico contempla dois níveis de intensidade - moderado e elevado - e apresenta-se como a modalidade com melhores resultados obtidos nos estudos realizados ao longo da última década.

No ensaio conduzido por Ester et al. (2021), cujo objetivo passava por avaliar a viabilidade de uma intervenção trimodal de 12 semanas que incluía atividade física, nutrição e estratégias de controlo sintomatológico em pessoas com Carcinoma do Pulmão de Não Pequenas Células

(CPNPC), os participantes receberam uma prescrição que englobava 2 a 4 sessões domiciliárias por semana - entre 10 a 30 minutos por sessão, de intensidade leve a moderada - com o objetivo de atingir os 90 minutos semanais preconizadas pela American College of Sports Medicine (ACSM). Foram realizadas igualmente sessões presenciais em grupo que promoviam exercícios aeróbicos individualmente adaptados e de cariz progressivo, com incremento de intensidade a cada 2 semanas até à décima semana.

Os dados apresentados indicam que o treino aeróbico exerceu efeitos benéficos, nomeadamente na redução da fadiga, no controlo da dor e na gestão da componente emocional. Foi igualmente registado um aumento imediato da energia e sensação de bem-estar, contrariando o declínio progressivo que seria natural e expectável numa situação desta natureza.

No estudo impulsionado por Hall et al. (2021), o grupo experimental foi submetido a um programa de reabilitação baseado em exercício terapêutico e aspetos relacionados com nutrição. A componente aeróbica contemplou 60 minutos de exercício por semana (por exemplo, caminhada) em intensidade moderada, avaliado individualmente para cada participante consoante a aplicação da escala de Borg Modificada.

Apesar do tamanho da amostra ser reduzido, verificou-se uma evolução positiva em aspetos emocionais e, por conseguinte, na qualidade de vida das pessoas que integraram o grupo experimental em aspetos emocionais.

Ha et al. (2023) pretenderam avaliar a eficácia da caminhada para interromper uma hipotética espiral de "dispneia-inatividade". Nortearam a sua intervenção através de 6 teleconsultas repartidas por 12 semanas de intervenção. Concentraram o treino aeróbico em sessões de caminhada complementadas por sessões de educação para a saúde. A proposta englobava 4 caminhadas semanais monitoradas com recurso a Fitbit,

sendo previamente definidas metas e padrões de progressão consoante a tolerância de cada participante.

Tratando-se igualmente de um ensaio cujo tamanho da amostra era reduzido, a intervenção revelou benefícios claros e clinicamente relevantes em áreas fundamentais como o aumento da atividade física, a redução do sedentarismo e, como tal, uma melhoria considerável na qualidade de vida dos participantes.

No estudo de Ibrahim et al. (2021), foram estruturadas 4 sessões semanais de 60 minutos de treino aeróbico, recorrendo a modalidades como a caminhada, a bicicleta e o remo, complementadas pelo treino de resistência mencionado no capítulo anterior. Os resultados foram visíveis, tanto a nível de nível motor, como a nível de controlo de sintomas importantes como a dor e a fadiga. Embora se trate de um estudo quase-experimental, o que implica a inexistência de grupo de controlo, os ganhos são consistentes e coadunam-se com a literatura existente.

3. Treino intervalado

O estudo TIRED (Graded Exercise Therapy for Fatigue in Incurable Cancer Patients), conduzido por Poort et al. em 2017, pretendeu estudar a importância da Terapia de Exercício Graduado (GET) e da Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) na redução da fadiga em utentes com diferentes tipos de neoplasia sem indicação para tratamento curativo. Na componente da Terapia de Exercício Graduado, recorreu-se ao treino intervalado, caracterizado essencialmente pela alternância de períodos de esforço e de recuperação ativa.

No referido estudo, o treino intervalado foi colocado em prática com recurso a bicicleta estática. Os participantes iniciavam o programa com 4 minutos de exercício a 60-80% da Frequência Cardíaca de Reserva (FCR), alternados com 3 minutos de recuperação a 35%- 50% da FCR. O treino foi estruturado de acordo com a capacidade e tolerância de cada utente,

existindo monitorização contínua da frequência cardíaca através do dispositivo Polar T31, bem como através da aplicação da Escala de Borg.

Já no estudo de Nicol et al. (2022), foram recrutados participantes com mieloma múltiplo para realizar um programa de exercício multimodal supervisionado, com sessões presenciais e em contexto domiciliário. O protocolo de treino intervalado englobou 3 sessões de 20 minutos, sendo definida uma intensidade base entre 60-85% da FC máxima e introduzidos, de forma alternada, 2 blocos de 4 minutos de trabalho >85% da FC máxima. A FC de treino foi calculada com base na fórmula de Tanaka: $HR_{peak} = 208 - (0.7 \times age \text{ in years})$.

A integração desta categoria visou, sobretudo, melhorar a capacidade aeróbica e reduzir a fadiga, assegurando o aumento da resistência muscular, variáveis determinantes para garantir adequados níveis de funcionalidade e autonomia da pessoa em situação paliativa.

Embora este último estudo não apresente ainda resultados mensuráveis, a estrutura detalhada da intervenção permite antecipar potenciais benefícios do treino intervalado. A inclusão de segmentos desempenhados em alta intensidade (>85% FC máxima), intercalados num bloco aeróbico de 20 minutos, revela uma aposta num modelo de treino eficiente e adaptado, com capacidade para melhorar a função cardiorrespiratória.

No *EFFECT study*, de Hiensch et al. (2022), foram avaliados os resultados de um programa de exercício estruturado e individualizado de 9 meses com foco na qualidade de vida e na fadiga de utentes com neoplasia da mama em contexto paliativo. O grupo de intervenção realizou 6 meses de treino supervisionado 2x/semana, seguido de 3 meses com uma sessão supervisionada + uma não supervisionada por semana.

No que diz respeito à componente aeróbica, destaca-se uma variante diferente: inicialmente era realizado treino contínuo de

intensidade moderada, com evolução para treino intervalado de alta intensidade. A progressão era baseada na capacidade aeróbica, avaliada pelo *Steep Ramp Test*. O treino era realizado em bicicleta estática, remo, passadeira ou elíptica, com monitorização da intensidade através da Escala de Borg.

4. Reeducação Funcional Respiratória

A RFR constitui uma estratégia comumente aplicada em contexto de patologia respiratória, visando o aumento da tolerância ao esforço e o alívio da fadiga associada à dispneia (Costa & Othero, 2021).

Ha et al. (2023) avaliaram, junto de utentes com neoplasia pulmonar, a viabilidade, segurança e potencial eficácia do treino de musculatura inspiratória com recurso ao dispositivo *threshold*, no sentido de dar resposta à espiral gerada entre a dispneia e a inatividade física, mensurando o impacto a nível da qualidade de vida de cada participante.

O programa teve uma duração de 12 semanas e decorreu de forma virtual, com recurso a teleconsultas. Estas foram realizadas nas semanas 1, 3, 5, 7, 9 e 12, com duração de 30-60 minutos, pelo que a primeira abordagem teve como objetivo promover o ensino relativo à técnica de execução do dispositivo, estabelecer critérios e definir objetivos.

Foram realizadas 2 sessões diárias de treino de músculos inspiratórios, cada uma entre 10-15 minutos, replicadas por 5 dias da semana, sendo a resistência definida de acordo com uma percepção de esforço moderado, avaliado com base na escala de Borg Modificada.

A intervenção demonstrou ser bem tolerada pelos participantes, objetivando-se uma melhoria significativa no conforto respiratório e na qualidade de vida, variáveis avaliadas através da aplicação do questionário St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), com reduções estatisticamente e clinicamente significativas do ponto de vista de sintomatologia, quer às 6 como às 12 semanas de seguimento.

Os *Standardized Effect Sizes (SES)* variaram entre -1.03 e -1.30, ultrapassando os limiares mínimos de diferença clinicamente importante, o que revela uma mudança significativa na percepção do conforto respiratório, bem como no impacto da patologia no dia-a-dia.

Em termos de comportamento sedentário e promoção de atividade física, também se registou uma evolução favorável. Às 6 semanas, os participantes do grupo intervenção apresentaram um aumento significativo na atividade física de intensidade moderada a vigorosa (MVPA), com um SES de 1.08, bem como uma redução significativa no tempo total em comportamento sedentário (SB), com SES de -0.94. Estes resultados sugerem que o treino de músculos inspiratórios poderá ter exercido um efeito benéfico e decisivo para esta mudança chave.

5. Treino de equilíbrio e flexibilidade

Mikkelsen et al. (2018) enquadraram o treino de equilíbrio e flexibilidade no seu estudo, devidamente conjugado com treino de resistência progressiva. Cada sessão de exercício iniciava com um período de aquecimento de 10 minutos que englobava exercícios de intensidade leve a moderada com elementos de equilíbrio e flexibilidade, como caminhar em círculos com mudanças de direção, andar em bicos de pés ou apoiado apenas pelos calcanhares. Foram propostos igualmente exercícios mais complexos, tais como os *walking-lunges*, bem como exercícios com recurso a uma *balance board*. Estas atividades foram seleccionadas com o objetivo de promover estabilidade postural e coordenação motora, prevenindo eventos adversos como quedas e focando a manutenção da autonomia e da funcionalidade.

Hiensch et al. (2022) optaram por incluir esta componente no início de cada sessão, apostando em exercícios posturais com diferentes bases de apoio, como por exemplo o *tandem stand*.

Ester et al. (2021) também mencionam esta modalidade mas de forma mais reduzida, incorporando-a de forma mais acessória aquando do treino de resistência realizado com banda elástica e bola suíça.

DISCUSSÃO

O processo de revisão e a análise dos estudos seleccionados permite dissecar as melhores práticas de reabilitação em contexto paliativo, com foco específico na promoção do conforto. Apresentando obrigatoriamente uma noção mais detalhada da temática propriamente dita, é notória a limitação de evidência científica ainda hoje existente.

A partir da leitura aprofundada dos 11 estudos foi possível identificar diversas estratégias terapêuticas que preconizam, em conjunto com as abordagens convencionais, mitigar o sofrimento da pessoa em situação paliativa, melhorando a sua qualidade de vida, bem como a dos seus familiares e cuidadores.

As intervenções foram agrupadas em categorias, consoante a natureza das suas características, permitindo assim realizar uma análise comparativa dos efeitos divulgados. Para além disso, tornou-se crucial evidenciar tanto os pontos de convergência entre os estudos, bem como possíveis dados incongruentes, o que contribui para a reflexão global sobre as práticas existentes neste contexto.

De entre os 11 estudos incluídos, observou-se um predomínio significativo das abordagens centradas no treino de resistência e força muscular, seguidas por intervenções com foco no treino aeróbico, treino intervalado, reeducação funcional respiratória e treino de equilíbrio e flexibilidade.

No que diz respeito ao treino de resistência, assumido como componente central da intervenção, foram objetivados resultados positivos em variáveis como a fadiga, funcionalidade e qualidade de vida. Os protocolos projetados destacaram-se igualmente pela variabilidade, incorporando exercícios com recurso a carga externa realizados em máquinas de ginásio (Wiskemann et al., 2016; Mikkelsen et al., 2018), programas híbridos com sessões presenciais e domiciliárias (Ester et al.,

2021; De Lazzari et al., 2024), bem como programas cujos recursos se reduziram a uma cadeira e a bandas elásticas (Frei et al., 2022).

A variabilidade aplicada a esta modalidade permitiu, sobretudo, estipular programas de treino individualizados, sendo caracterizados sobretudo pela sua adaptabilidade. No global, registou-se uma tendência consistente para o aumento da força muscular e consequente melhoria da *performance* e capacidade física, aspeto determinante para a noção de conforto sentida por cada participante.

Destaca-se, por exemplo, o estudo de De Lazzari et al. (2024), onde se verificou um aumento significativo da carga executada nos principais exercícios de resistência no grupo de intervenção, contrastando com ganhos residuais ou até perdas verificadas no grupo de controlo. Estes dados reforçam o potencial destas intervenções no que toca a contrariar o declínio funcional frequentemente associado à progressão de uma patologia de carácter irreversível.

Menciona-se igualmente a dimensão pedagógica e de suporte elevada por estudos como os de Ibrahim et al. (2024), reconhecendo a importância da colaboração e participação da família e cuidadores na definição de objetivos e na construção de um plano de cuidados que dê resposta às necessidades individuais da pessoa em situação paliativa.

O treino aeróbico revelou-se igualmente benéfico, com resultados robustos em termos de gestão da fadiga, dor e sintomas de natureza emocional, contribuindo assim para o conforto físico e psicológico. Estudos como o de Ha et al. (2023) e Ester et al. (2021) demonstram que mesmo os exercícios de baixa intensidade, quando devidamente estruturados e executados de forma regular, podem promover resultados positivos a nível do bem-estar.

Ainda que os estudos que investigaram esta vertente contenham uma amostra reduzida, os resultados são consistentes e apontam para a viabilidade e eficácia da abordagem em contexto paliativo, sugerindo que

o treino aeróbico leve a moderado pode e deve ser integrado em planos de reabilitação, adequado à capacidade e tolerância de cada pessoa.

O treino intervalado, embora menos representado entre os estudos analisados, destaca-se por ser uma alternativa irreverente, mas viável e potencialmente eficaz, sobretudo quando o objetivo passa por desenvolver a capacidade cardiorrespiratória em períodos de tempo mais curtos. O estudo de Poort et al. (2017) é exemplar nesse sentido, demonstrando que, mesmo em contexto paliativo, as intervenções com intensidades relativamente elevadas podem ser bem toleradas e benéficas, desde que devidamente monitorizadas.

A melhoria da aptidão cardiorrespiratória, frequentemente medida através do consumo máximo de oxigénio (VO_2 máx), constitui um indicador robusto de reserva funcional e de prognóstico favorável. Ainda que o VO_2 máx não tenha sido diretamente avaliado em todos os estudos incluídos, a estrutura dos protocolos — com intensidades superiores a 85% da frequência cardíaca máxima, como no caso do estudo de Nicol et al. (2022) — sugere a sua relevância como variável de resposta fisiológica, algo que deve ser considerado em futuras investigações deste âmbito.

A Reeducação Funcional Respiratória, embora sobejamente conhecida, é também subvalorizada no contexto da reabilitação respiratória. Ha et al. (2023), através do treino de músculos inspiratórios, objetivaram uma evolução positiva em variáveis como conforto respiratório e qualidade de vida, verificando-se igualmente que tal promovia uma redução dos níveis de sedentarismo na população com patologia respiratória crónica.

As intervenções com foco em equilíbrio e flexibilidade, ainda que nunca descritas de forma isolada mas sim integradas em programas de treino com foco noutras modalidades (Mikkelsen et al., 2018; Ester et al., 2021).

A inclusão deste tipo de treino revela-se particularmente pertinente em contextos de fragilidade física, nos quais a instabilidade postural e a rigidez articular podem comprometer a mobilidade e aspetos relacionados com a segurança da pessoa. Exercícios que promovem a propriocepção, o trabalho articular e a coordenação motora contribuem não só para a redução do risco de queda, como também para a melhoria da postura e da fluidez dos movimentos.

CONCLUSÃO

A presente revisão scoping permitiu analisar 11 estudos que deram resposta à questão de investigação inicialmente proposta. Após a análise efetuada, foi possível agrupar as intervenções de reabilitação em 5 categorias diferentes, permitindo desconstruí-las e estudá-las de forma isolada.

A análise dos 11 estudos revela, primariamente, uma robusta consistência no que diz respeito à inclusão do treino de resistência como componente central das intervenções de reabilitação em contexto paliativo. Trata-se de uma abordagem que revela eficácia na melhoria da performance física, na manutenção da funcionalidade, tal como no controlo sintomático. Destaca-se igualmente pela sua adaptabilidade, permitindo estruturar um programa individualizado e personalizado.

O treino aeróbico, especialmente na forma de caminhada, surge em 7 estudos, frequentemente complementado por bicicleta estática ou remo. Com benefícios evidentes ao nível da gestão da dispneia, redução da fadiga, promoção da motivação e do bem-estar emocional, assume-se com maior grau de complexidade, muito pelo receio e pela ansiedade, mas as evidências também são fortes relativamente à possibilidade de estruturação de um programa de exercício ajustado à tolerância de cada pessoa.

Destacam-se ainda dois ensaios que testaram o treino intervalado de alta intensidade em bicicleta estática, com possibilidade de adaptação para caminhada. Demonstraram viabilidade e segurança, mesmo em contextos clínicos complexos como o mieloma múltiplo, o que promove o seu contributo para o futuro.

Já o treino inspiratório com recurso ao dispositivo *threshold*, mencionado num dos estudos, constitui uma estratégia bem tolerada e eficaz na gestão da dispneia e na promoção da capacidade funcional,

assumindo-se no presente como aposta frequente nos cuidados de reabilitação.

Os treinos de equilíbrio e flexibilidade, ainda que menos destacados, demonstram uma influência significativa ao promover amplitude articular, preservar níveis de força e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida.

Os dados apresentados ao longo deste documento reforçam a importância e a necessidade de existir um programa de reabilitação em contexto paliativo, pelo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume papel preponderante no acompanhamento, desde cedo, da pessoa em situação paliativa.

Estando ainda perante um paradigma de limitada evidência disponível, são necessários mais estudos para avaliar a eficácia sustentada destas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Capelas, M., Coelho, S., Silva, S., & Ferreira, C. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre: Uma teoria de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.

Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.

De Lazzari, N., Götte, M., Kasper, S., Meier, E., Schuler, M., Pogorzelski, M., Siveke, J. T., & Tewes, M. (2024). P-move: A randomized controlled trial of exercise in patients with advanced pancreatic or biliary tract cancer (aPBC) receiving beyond first-line chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 32(7), 437. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08650-9>

Ester, M., Culos-Reed, S. N., Abdul-Razzak, A., Daun, J. T., Duchek, D., Francis, G., Bebb, G., Black, J., Arlain, A., Gillis, C., Galloway, L., Capozzi, L. C. (2021). Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. *BMC Cancer*, 21(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07872-y>

Frei, A., Radtke, T., Dalla Lana, K., Brun, P., Sigrist, T., Spielmanns, M., Beyer, S., Riegler, T. F., Büsching, G., Spielmanns, S., Kunz, R., Cerini, T., Braun, J., Tomonaga, Y., Serra-Burriel, M., Polhemus, A., & Puhan, M. A. (2022). Effectiveness of a long-term home-based exercise training program in patients with COPD after pulmonary rehabilitation: A multicenter randomized controlled trial. *Chest*, 162(6), 1277–1286. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.026>

Ha, D. M., Comer, A., Dollar, B., Bedoy, R., Ford, M., Gozansky, W. S., Zeng, C., Arch, J. J., Leach, H. J., Malhotra, A., Prochazka, A. V., Keith, R. L., & Boxer, R. S. (2023). Telemedicine-based inspiratory muscle training and walking promotion with lung cancer survivors following curative intent therapy: A parallel-group pilot randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 31(9), 546. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07999-7>

Hall, C. C., Skipworth, R. J. E., Blackwood, H., Brown, D., Cook, J., Diernberger, K., Dixon, E., Gibson, V., Graham, C., Hall, P., Haraldsdottir, E., Hopkinson, J., Lloyd, A., Maddocks, M., Norris, L., Tuck, S., Fallon, M. T., & Laird, B. J. A. (2021). A randomized, feasibility trial of an exercise and nutrition-based rehabilitation programme (ENeRgy) in people with cancer. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 12(6), 2034–2044. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12806>

Hiensch, A. E., Monninkhof, E. M., Schmidt, M. E., Zopf, E. M., Bolam, K. A., Aaronson, N. K., Belloso, J., Bloch, W., Clauss, D., Depenbusch, J., Lachowicz, M., Pelaez, M., Rundqvist, H., Senkus, E., Stuiver, M. M., Trevaskis, M., Urruticoechea, A., Rosenberger, F., van der Wall, E., de Wit, G. A., Zimmer, P., Wengström, Y., Steindorf, K., & May, A. M. (2022). Design of a multinational randomized controlled trial to assess the effects of structured and individualized exercise in patients with metastatic breast cancer on fatigue and quality of life: The EFFECT study. *Trials*, 23(1), 610. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06556-7>

Ibrahim, A. M., Wahba, N. M. I., Zaghamir, D. E. F., Mersal, N. A., Mersal, F. A., Ali, R. A. E.-S., Eltaib, F. A., & Mohamed, H. A. H. B. (2024). Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 23(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>

Machado, M., Machado, M., & Petronilho, F. (2020). *O cuidado confortador dos enfermeiros especialistas em reabilitação: Intervenção especializada em cuidados paliativos*. Norderstedt: Novas Edições Acadêmicas.

Mikkelsen, M. K., Lund, C. M., Vinther, A., Tolver, A., Ragle, A.-M., Johansen, J. S., Chen, I., Engell-Noerregaard, L., Larsen, F. O., Zerahn, B., Nielsen, D. L., & Jarden, M. (2018). Engaging the older cancer patient; Patient activation through counseling, exercise and mobilization – Pancreatic, biliary tract and lung cancer (PACE-Mobil-PBL): Study protocol

of a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 18(1), 934.
<https://doi.org/10.1186/s12885-018-4835-2>

Neto, I. G., Aitken, H. H., & Tsering, P. (2004). *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência (1ª ed.)*. Cascais: Pergaminho.

Nicol, J. L., Woodrow, C., Cunningham, B. J., Mollee, P., Weber, N., Smith, M. D., Nicol, A. J., Gordon, L. G., Hill, M. M., & Skinner, T. L. (2022). An individualized exercise intervention for people with multiple myeloma: Study protocol of a randomized waitlist-controlled trial. *Current Oncology*, 29(2), 901–923. <https://doi.org/10.3390/curroncol29020077>

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética (2ª edição)*. Loures: Lusociência.

Peters MD, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. 2015.

Poort, H., Verhagen, C. A. H. H. V. M., Peters, M. E. W. J., Goedendorp, M. M., Donders, A. R. T., Hopman, M. T. E., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., Berends, T., Bleijenberg, G., & Knoop, H. (2017). Study protocol of the TIRED study: A randomised controlled trial comparing either graded exercise therapy for severe fatigue or cognitive behaviour therapy with usual care in patients with incurable cancer. *BMC Cancer*, 17(1), 81.
<https://doi.org/10.1186/s12885-017-3076-0>

Wiskemann, J., Hummler, S., Diepold, C., Keil, M., Abel, U., Steindorf, K., Beckhove, P., Ulrich, C. M., Steins, M., & Thomas, M. (2016). POSITIVE study: Physical exercise program in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment. *BMC Cancer*, 16, 499.
<https://doi.org/10.1186/s12885-016-2561-1>

APÊNDICE 3 - Estudo de caso “Funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO:

FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
PALIATIVA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

RUI FILIPE DA SILVA MENDES

Monte da Caparica

julho 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO:

**FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
PALIATIVA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO**

DISCENTE: RUI FILIPE DA SILVA MENDES

DOCENTE: GONÇALO LUÍS ROSA

Monte da Caparica

julho 2025

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT - COPD Assessment Test

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

Ebm – Escala de Borg Modificada

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

O2 – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UICPA – Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos

MRC - Medical Research Council

PFSQ - Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

PPS – Palliative Performance Status

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RX Tórax - Radiografia do Tórax

SpO2 – Saturações Periféricas de Oxigénio

TAC Tórax - Tomografia Computorizada Torácica

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. COLHEITA DE DADOS	9
3. EXAME FÍSICO	11
4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	11
5. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA.....	12
5.1. Estado mental	12
5.2. Pares cranianos	12
6. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE.....	14
6.1. Força.....	14
6.2. Tônus muscular	15
6.3. Coordenação Motora	15
6.4. Sensibilidade	15
6.5. Equilíbrio corporal.....	15
6.6. Marcha	16
7. AVALIAÇÃO GLOBAL: SINTOMAS E DESEMPENHO FUNCIONAL.....	17
7.1. Índice de Barthel	17
7.2. Escala de Quedas de Morse	19
7.3. <i>Palliative Performance Scale</i>	20
7.4. Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton.....	22
7.5. <i>COPD Assessment Test e Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire</i>	23
8. ANÁLISE DE ACORDO COM A TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA.....	25
8.1. Contexto Psicoespiritual	26
8.2. Contexto Sociocultural.....	26
8.3. Contexto Ambiental	27
9. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	28
10. CONCLUSÃO	37
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
12. ANEXOS	40
Anexo I – Escala de Borg Modificada.....	40
Anexo II – Escala de Força Muscular (MRC – Medical Research Council)	40

Anexo III – Escala Modificada de Ashworth.....	41
Anexo IV – Escala de Equilíbrio de Berg.....	41
Anexo V – Categorias Funcionais da Marcha	42
Anexo VI – Escala de Quedas de Morse.....	42
Anexo VII – Índice de Barthel	43
Anexo VIII – Palliative Performance Scale	45
Anexo IX – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	46
Anexo X – COPD Assessmet Test (CAT).....	46
Anexo XI – Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire.....	47

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – Colheita de dados	10
Tabela 2 – Exame Físico	11
Tabela 3 – Avaliação da função respiratória.....	11
Tabela 4 – Avaliação do estado mental	12
Tabela 5 – Avaliação dos pares cranianos	14
Tabela 6 – Escala Medical Research Council.....	14
Tabela 7 – Escala de Equilíbrio de Berg	16
Tabela 8 – Escala das Categorias Funcionais da Marcha	17
Tabela 9 – Índice de Barthel	19
Tabela 10 – Escala de Quedas de Morse	20
Tabela 11 – Palliative Performance Scale	22
Tabela 12 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; Adaptado de: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003. Traduzido e adaptado ao português por Neto. IG. 2006.....	23
Tabela 13 - COPD Assessment Test.....	24
Tabela 14 - Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire	25

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi desenvolvido no âmbito do 1.º contexto de Ensino Clínico, integrado no 2.º semestre do 1.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

No referido Ensino Clínico, tive a oportunidade de integrar a Equipa de Enfermagem de Reabilitação da Unidade de Infecção Respiratória do Hospital Pulido Valente – U Local de Saúde de Santa Maria (Piso 2), uma equipa dedicada à prestação de cuidados especializados à pessoa com Bronquiectasias e à Pessoa com Micobactéria Não Tuberculosa.

Paralelamente, é assegurada, de forma rotativa, a presença de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no Piso 3 – Internamento de Pneumologia Geral (10 camas) e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos (UICPA) – 8 camas - com atuação diária em dias úteis, entre as 08h00 e as 16h00. Foi neste contexto específico que decorreu a primeira metade do Ensino Clínico, tendo sido aí estruturado e projetado o presente estudo de caso.

Considerando o percurso formativo e de investigação já desenvolvidos, centrados na intervenção do EEER junto da pessoa em situação paliativa, tornou-se pertinente aprofundar esta temática no âmbito do estudo de caso. Assim, definiu-se como tema específico: *“Funcionalidade e Qualidade de Vida da Pessoa em Situação Paliativa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”*.

Os Cuidados Paliativos (CP) visam proporcionar cuidados de elevada qualidade à pessoa com doença avançada, progressiva e irreversível, assegurando um acompanhamento integral, digno e humanizado, desde o diagnóstico até ao fim de vida (Costa & Othero, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), os CP constituem uma abordagem terapêutica e holística que procura melhorar a qualidade de vida da pessoa e dos seus familiares/cuidadores, através da prevenção e alívio do sofrimento. Esta abordagem contempla o controlo rigoroso da dor e de outros sintomas físicos, bem como o suporte psicológico, social e espiritual, sem intenção de antecipar ou prolongar a morte.

O Regime das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019) contempla o supracitado através da definição de três domínios centrais – Avaliação da funcionalidade e diagnóstico

de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1), Capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. (J2) e maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3). Estes elementos estruturam o papel do EEER na pessoa em situação paliativa, adaptando planos de cuidados que integram o alívio de sintomas, a promoção da autonomia, a reabilitação funcional e o suporte emocional, atentando em aspetos fundamentais como o conforto e a qualidade de vida.

A colheita de dados foi realizada em estrito respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem, tendo obtido o consentimento informado da Sr.ª PR, com garantia do sigilo e confidencialidade ao longo de todo o processo. Adicionalmente, foi consultado o processo clínico da utente, permitindo um aprofundamento do conhecimento acerca da sua situação de saúde-doença.

2. COLHEITA DE DADOS

Identificação	PR, 62 anos, Género Feminino, Leucodérmica, Natural de Lisboa.
Contexto Social e Profissional	Divorciada. Reside sozinha. Tem um filho a residir na Suíça. Mantém relação de proximidade com o ex-cônjuge, contando igualmente com o apoio da sobrinha - pessoa de referência na admissão do atual internamento. Auxiliar de ação educativa. Atualmente sem exercer atividade profissional.
Antecedentes de Saúde	- Carcinoma pavimento-celular do pulmão estadio IV; - DPOC de etiologia tabágica (fumadora ativa 20 cigarros/dia); - Hipertensão arterial; - Diabetes Mellitus tipo 2; - Dislipidemia; - Hipertiroidismos subclínico.
Alergias	Desconhece.
Estilos de vida/Comportamentos aditivos	Tabaco: 20 cigarros/dia (42 UMA).
Medicação habitual	- Telmisartan 80mc 1 cp/dia; - Nebivolol 5mg 1 cp/dia; - Metformina + Vidagliptina 1000 + 50mg 1 cp/dia; - Pravastatina 20mg 1 cp/dia; - Fenofibrato 145mg 1 cp/dia.
História de doença atual	22-05-2025: submetida a colocação de prótese traqueal com extensão aos brônquios principais; 24-05-2025: inicia quadro de dispneia, náuseas e tosse com expetoração acastanhada. Realizou Tomografia Computorizada Torácica (TAC-Tórax) que revelou imagem sugestiva de hemorragia alveolar; 25-05-2025: admitida na UICPA para estabilização clínica e controlo sintomatológico.
Exames complementares de diagnóstico	24-05 Radiografia do Tórax: 

	Imagem em Postero-Anterior não centrada. Presença de material metálico compatível com prótese traqueal visível na região da traqueia e brônquios principais. Visualização de massa mediastínica. Opacificação bilateral difusa, mais evidente nos terços médios e inferiores, compatível com infiltrado alveolar. Sem apagamento dos seios costofrênicos 24-05 TAC-Tórax: Prótese traqueal com extensão aos brônquios principais, permeável. Observa-se volumosa massa mediastínica que envolve a traqueia e o brônquio principal direito, contacta com vasos mediastínicos e coração, compatível com lesão neoplásica/conglomerado adenopático. Centrado ao segmento posterior do lobo superior direito observa-se ainda uma massa com 36 x 41 mm, com cavitações, também de natureza neoplásica. Refere-se espessamento dos septos interlobulares adjacentes, sugerindo linfangite carcinomatosa. No segmento superior do lobo inferior esquerdo observamos uma lesão cavitada com 23 mm. No segmento laterobasal do lobo inferior direito observa-se lesão nodular de natureza suspeita com 8mm. No lobo superior direito e língua observa-se áreas de consolidação/densificação em vidro despolido, mal definidas, podendo corresponder a hemorragia alveolar, tendo em conta informação clínica de hemoptises. Fina lâmina derrame pericárdico. Pequeno a moderado volume de derrame pleural, bilateralmente. Infiltração edematosa tecido celular subcutâneo de parede torácica anterior e glândulas mamárias
Diagnóstico clínico	Carcinoma pavimento-celular do pulmão estadio IV; Investigação de hemoptises em utente submetida a colocação de prótese traqueal; Infecção respiratória?

Tabela 1 – Colheita de dados

3. EXAME FÍSICO

Dados antropométricos	Peso: 62kg; Altura: 156cm;
Exame físico sumário (27-05-2025)	Vígil, consciente e orientada no tempo espaço e pessoa Colaborante e comunicativa. Mucosas descoradas mas hidratadas. Integridade cutânea mantida. Sem massas ou tumefações. Eupneica em repouso com aporte adicional de Oxigénio (O₂) a 1L/min, respiração de predominância toracoabdominal, amplitude média, frequências respiratórias em repouso entre os 14-18 ciclos por minuto. Saturações periféricas de O₂ (SpO₂) de 94-96%. Alimenta-se de dieta geral com tolerância e apetite. Sem alterações da deglutição Sinais vitais: Tensão arterial: 142/78 mmHg; Frequência cardíaca: 92 bpm; Temperatura timpânica: 36,5°C.

Tabela 2 – Exame Físico

4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Exame físico	Dados subjetivos Tosse: Reflexo de tosse presente e eficaz. Mobiliza e expete expetoração acastanhada fluída em moderada quantidade.
	Dispneia: Diagnóstico prévio de DPOC de etiologia tabágica sem necessidade de OLD. Atualmente, com aporte adicional de O ₂ a 1 L/min. Dispneia a pequenos esforços, classificada como “Muito Intensa 7/8”, de acordo com a Escala de Borg Modificada.
	Expetoração: Mucopurulenta, acastanhada, fluída em moderada quantidade.
	Inspeção: Sem sinais de alterações da configuração normal do tórax. Sem hipocratismo digital. Respiração de predominância toracoabdominal, amplitude média, ritmo regular, sem sinais de dificuldade respiratória em repouso. Sem cianose. Sem sinais de tiragem ou adejo nasal.
Avaliação objetiva	Palpação: Traqueia simétrica. Expansibilidade e frémito toracovocal mantidos. Sem lesões cutâneas e tumefações. Sem pontos dolorosos. Percussão: Som hipossonante com maciez nas bases pulmonares bilateralmente. Auscultação: Murmúrio vesicular mantido bilateralmente a nível broncovesicular. Ruído laringotraqueal. Atrito pleural nas bases bilateralmente sugestivo de derrame pleural.

Tabela 3 – Avaliação da função respiratória

5. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

5.1. Estado mental

Avaliação do estado mental	Estado de consciência: Vigil, Score 15 na Escala de Coma de Glasgow (abertura ocular espontânea (4); resposta verbal orientada (5); obedece a ordens (6)) (Taesdale & Jennett, 1974). Orientação: Orientada auto e alo psiquicamente. Atenção: Vígil e concentrada aquando da realização de tarefas. Memória: Sensorial, imediata, recente e remota mantida Linguagem: discurso espontâneo, compreende e segue ordens, nomeia e repete, linguagem e escrita elaborada. Capacidades práticas: Com capacidade de realizar gestos simbólicos (ex. sinal da cruz), gestos icónicos transitivos (ex: escovar os dentes) e icónicos intransitivos (ex: acenar).
-----------------------------------	---

Tabela 4 – Avaliação do estado mental

5.2. Pares cranianos

Os nervos cranianos constituem um grupo de doze pares de nervos com origem no encéfalo, sendo fundamentais para a comunicação entre o cérebro e diversas regiões corporais. Numerados de I a XII conforme a sua origem, esses nervos contém fibras sensoriais, motoras ou mistas (Moore, K. L., 2022). A avaliação funcional dos nervos cranianos é realizada através do exame neurológico descrito a seguir.

PARES CRANIANOS					
Nº	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados e colocado objeto com cheiro facilmente identificável perto do nariz (ex: café e creme de corpo).	Sem alterações
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Teste da acuidade visual: solicitar à pessoa para fechar um dos olhos e fazer a contagem dos dedos a várias distâncias. Teste do campo de visão: solicitar à pessoa para fechar um dos olhos e saber até que ângulo consegue observar o dedo. Ambos realizados bilateralmente	Sem alterações
III	Oculomotor	Elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho, miose	Motor	Avaliados os pares cranianos nº III, IV, VI. Avaliada reação pupilar, incidindo o foco de luz do canto interno para o externo. Posteriormente, solicitar à pessoa para seguir o movimento do dedo em forma	Pupilas isocóricas (5 mm) e isoreativas (3 mm), sem nistagmo ou ptose palpebral
IV	Patético	Rotação do olho -			

		Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo		de "H" (movimentos conjugados).	
VI	Motor ocular externo	Abdução do olho – Motricidade do músculo reto lateral do bulbo			
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos de mastigação (ramo motor); percepção sensorial da face, seios da face, e dentes (sensorial)	Sensitivo e motor	Com olhos fechados foi testada a sensibilidade dolorosa, térmica e tátil na divisão oftálmica, maxilar e mandibular. Testado reflexo córneo-palpebral com algodão. Avaliada bilateralmente a capacidade de encerramento e movimento da mandíbula e a simetria dos movimentos de mastigação.	Sem alterações
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais, capacidade de realizar mímica facial (motor) percepção gustativa do terço anterior da língua (sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter e mobilizar a saliva ou alimentos na cavidade oral e realizado teste dos sabores (doce, salgado e amargo). Avaliado movimentos faciais e expressão facial (sorrir, franzir e encerramento das pálpebras).	Sem alterações
VIII	Estrato - acústico	Vestibular com a orientação e movimento; coclear a audição	Sensitivo	Vestibular: realizado teste de equilíbrio estático e dinâmico; Coclear: utilizado relógio mecânico e solicitar para identificar o som dos ponteiros.	Divisão coclear: Sem alterações; Divisão vestibular: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Não apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Com desequilíbrio para o lado direito.
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepção sensorial da faringe, laringe e palato	Sensitivo	Avaliada a capacidade de reconhecimentos de sabores doce e amargo no terço posterior da língua	Sem alterações.
X	Vago	Percepção sensorial da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras	Sensitivo e motor	Avaliada a presença de reflexo de vômito com espátula, alteração vocal, tosse e odinofagia.	Sem alterações
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido	Motor	Avaliada capacidade de elevação dos ombros e lateralização da cabeça lateralmente com e sem resistência.	Sem alterações

		mastóideo e trapézio – Rotação e inclinação da cabeça			
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação de palavras)	Motor	Avaliados movimentos da língua com e sem resistência.	Sem alterações

Tabela 5 – Avaliação dos pares cranianos

6. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

6.1. Força

A avaliação da motricidade engloba o exame da força, do tônus muscular, bem como da coordenação de movimentos. Segundo Menoita et al. (2012), a força muscular deve ser avaliada para todos os movimentos dos diversos segmentos, sendo realizada dos segmentos distais para os proximais. Neste sentido, foi mobilizada a Medical Council Research (MRC, 1976).

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	27-05-2025
Cabeça e pescoço	Flexão, Extensão, Flexão Lateral Esquerda, Flexão Lateral Direita, Rotação	5/5
Escapulo-umeral	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Rotação Interna, Rotação Externa	4/5
Cotovelo	Flexão, Extensão	4/5
Antebraço	Pronação, Supinação	5/5
Punho	Flexão, Extensão, Desvio Radial, Desvio Cubital	5/5
Dedos da mão	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Oponência	5/5
Coxo-femural	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Rotação Interna, Rotação Externa	4/5
Joelho	Flexão, Extensão	4/5
Tibiotársica	Flexão, Extensão, Inversão, Eversão	4/5
Dedos dos pés	Flexão, Extensão, Adução, Abdução	4/5

Tabela 6 – Escala Medical Research Council

6.2. Tônus muscular

Através da aplicação da Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987) foi possível objetivar que a Sr.ª PR apresenta tônus normal, sendo atribuído um score 0. A referida escala encontra-se em anexo para consulta.

6.3. Coordenação Motora

A coordenação motora foi avaliada através da implementação do teste Índice-nariz e o teste Calcanhar-jelho (Menoita et al., 2012), tendo sido ambos realizados de forma bilateral e com os olhos abertos e fechados. Não foram objetivadas alterações. Durante a avaliação da coordenação, manteve movimentos simétricos e rítmicos, demonstrando capacidade de execução bilateral dos mesmos.

6.4. Sensibilidade

Não foram detetadas alterações relativamente à sensibilidade corporal da Sr.ª PR.

- Sem alteração da sensibilidade superficial, térmica e dolorosa;
- Sensibilidade profunda: Sem alterações. Barestesia, palestesia, batiestesia e esteriognosia preservadas.

6.5. Equilíbrio corporal

Para avaliar o equilíbrio ortostático estático, foi realizado o Teste de Romberg, tendo-se verificado que a Sr.ª PR manteve o equilíbrio com os olhos fechados. No entanto, observou-se uma perda de equilíbrio dinâmico na posição ortostática. Adicionalmente, recorreu-se à Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), instrumento validado que avalia o equilíbrio funcional com base na execução de 14 tarefas de diferentes níveis de dificuldade (Berg et al., 1992).

Descrição dos itens	27-05-2025
1) Posição sentada para posição em pé	3/4
2) Permanecer em pé sem apoio	4/4
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	4/4

4) Posição em pé para posição sentada	4/4
5) Transferências	3/4
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	3/4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	3/4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	3/4
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	2/4
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	3/4
11) Girar 360 graus	2/4
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	2/4
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	3/4
14) Permanecer em pé sobre uma perna	1/4
TOTAL:	40/56 Equilíbrio médio/Risco de queda médio
Legenda: 0 – Incapaz de executar; 4 – Capaz de executar de forma independente; 41-56: baixo risco de queda/equilíbrio bom; 21-40: risco de queda médio/equilíbrio médio; 0-20: equilíbrio diminuído/elevado risco de queda.	

Tabela 7 – Escala de Equilíbrio de Berg

6.6. Marcha

A marcha exige uma locomoção coordenada e uma postura corporal adequada, podendo ser comprometida por alterações na função vestibular, na propriocepção ou na visão, uma vez que estes sistemas intervêm nas diferentes fases do ciclo da marcha (Menoita et al., 2012).

Para a avaliação da marcha da Sr.^a PR foi utilizada a escala das Categorias Funcionais da Marcha (Holden et al., 1986), com o objetivo de caracterizar o suporte necessário que possibilite a execução de uma marcha funcional e adequada.

Definição	Categoria
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas.	0
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio.	1
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com	2

uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação.	
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal.	3
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares.	4
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5

Tabela 8 – Escala das Categorias Funcionais da Marcha

7. AVALIAÇÃO GLOBAL: SINTOMAS E DESEMPENHO FUNCIONAL

A avaliação sistemática da pessoa em situação paliativa constitui uma etapa fundamental para a definição de intervenções individualizadas e centradas nas suas necessidades. Neste contexto, a utilização de escalas validadas e sensíveis às variações do estado clínico permite monitorizar a evolução do ponto de vista funcional e sintomatológico ao longo do tempo, orientando a tomada de decisão clínica e reajustando o plano de cuidados. Neste sentido, foram avaliadas 6 escalas: escala de Barthel; escala de Quedas de Morse; *Palliative Performance Status (PPS)*; *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*; *COPD Assessment Test (CAT)* e o *Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire (PFSDQ)*. Torna-se importante mencionar que, tanto a *PPS* como a *ESAS*, se encontram ainda em validação por parte do Observatório Português de Cuidados Paliativos.

7.1. Índice de Barthel

No contexto da Enfermagem de Reabilitação, a avaliação do estado funcional assume particular relevância, uma vez que permite identificar a capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida diária essenciais ao seu bem-estar. Esta avaliação orienta as intervenções de enfermagem especializadas, possibilitando a personalização do plano de cuidados e a promoção da autonomia funcional, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (Danielis, 2023).

Para a avaliação do grau de dependência na realização das atividades de vida diária, foi mobilizado o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).



Índice de Barthel	
Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	10
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	15
TOILETE 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	5
UTILIZAÇÃO DO WC 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	10
BANHO 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
MOBILIDADE 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	10
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda 0 = Dependente	10

VESTIR/DESPIR 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	10
CONTROLO INTESTINAL 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	10
CONTROLO URINÁRIO 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	10
Legenda: 100 pontos – totalmente independente; 99 a 76 pontos – dependência leve; 75 a 51 pontos - dependência moderada; 50 a 26 pontos – dependência severa; 25 e menos pontos – dependência total.	TOTAL: 90 (dependência leve)

Tabela 9 – Índice de Barthel

7.2. Escala de Quedas de Morse

A Escala de Quedas de Morse é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar o risco de queda em pessoas hospitalizadas ou em contexto comunitário, permitindo adotar uma abordagem preventiva. Baseada em seis variáveis clínicas, totaliza um valor que classifica o risco como baixo, moderado ou elevado. Em contexto de CP, a sua aplicação adquire particular relevância, uma vez que alterações da mobilidade, descontrolo sintomático e efeitos secundários da terapêutica podem aumentar significativamente o risco de queda. Assim, a sua integração na avaliação funcional da pessoa permite não só identificar precocemente situações de risco, como também fundamentar intervenções de enfermagem especializadas.

Item	27-05-2025
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não = 0 Sim = 25	0
2. Diagnósticos secundários. Não = 0 Sim = 15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas = 0 Muletas/canadianas/bengala/andarrilho = 15 Apoia-se no mobiliário para andar = 30	30
4. Terapia intravenosa Não = 0 Sim = 20	20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel = 0 Debilidade = 10 Dependente de ajuda = 20	10
6. Estado mental Consciente das suas capacidades = 0 Esquece-se das suas limitações = 15	0
Legenda: Sem risco (0-24 pontos); Baixo risco (25-50 pontos); Alto risco (> ou = 51 pontos).	Total: 75 (Alto risco)

Tabela 10 – Escala de Quedas de Morse

A classificação de alto risco de queda obtida na aplicação da Escala de Morse reforça a necessidade de uma abordagem centrada na prevenção ativa deste fenómeno, bem como na promoção da funcionalidade com segurança. Em CP, o risco de queda representa uma ameaça significativa à integridade física e emocional da pessoa, podendo comprometer ainda mais a sua autonomia, confiança e qualidade de vida. A atuação do EEER torna-se, neste contexto, essencial para identificar os fatores de risco modificáveis, implementar estratégias de mobilidade segura, reorganizar o espaço para maior funcionalidade e realizar treino funcional adaptado, respeitando os limites da pessoa, mas potenciando as suas capacidades remanescentes.

7.3. Palliative Performance Scale

Em complementaridade, foi mobilizado o *Palliative Performance Scale (PPS)*, uma escala que avalia o desempenho funcional da pessoa em percentagens, variando entre 100% (estado funcional pleno) e 0% (morte). Esta ferramenta considera critérios como a capacidade de deambulação, a capacidade para realizar diversos tipos de atividades, o estado de consciência, bem como a ingestão alimentar. O PPS permite não só estimar o prognóstico, como também conferir suporte ao planeamento de cuidados, sendo um indicador relevante para a elegibilidade e priorização de intervenções de reabilitação em CP (Serenio et al., 2022)

Palliative Performance Scale					
PPS (%)	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de ingestão alimentar	Nível de consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 60%	Diminuída	Incapaz de realizar hobbies e atividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria dos trabalhos; doença extensa	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade;	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Total ou sonolência

		doença extensa			com ou sem confusão
PPS 20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Apenas cuidados orais	Sonolência ou coma com ou sem confusão
PPS 0%	Morte				

Tabela 11 – Palliative Performance Scale

A atribuição do valor percentual no PPS foi realizada com base na observação clínica direta, nos relatos da pessoa e da família, bem como no resultado das intervenções implementadas ao longo do plano de reabilitação.

O valor de 60% no PPS revela que a Sr.^a PR mantinha uma capacidade funcional moderadamente preservada, realizando a maioria das atividades de vida diária de forma independente, apresentando apenas algumas limitações relacionadas com a fadiga e a dispneia. Este nível de desempenho funcional reforça a pertinência da intervenção do EEER, no sentido de manter e otimizar a funcionalidade remanescente, promovendo a autonomia, a segurança e o conforto da pessoa.

7.4. Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

A ESAS é utilizada em CP para avaliação da intensidade de sintomas frequentes neste contexto. A escala contempla diversos domínios sintomáticos, sendo a sua intensidade autoavaliada com base numa escala numérica de 0 (ausência) a 10 (máxima intensidade). Em casos específicos, poderá ser realizada uma heteroavaliação. A ESAS permite uma abordagem sistematizada da sintomatologia, facilitando a identificação precoce de alterações (Neto, 2010).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema (Obstipação)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Tabela 12 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; Adaptado de: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Emonton, Alberta, 2003. Traduzido e adaptado ao português por Neto. IG. 2006

7.5. COPD Assessment Test e Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

Considerando a prevalência de sintomas respiratórios neste contexto, foram também aplicados o *COPD Assessment Test (CAT)* e o *Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire (PFSQ)*, permitindo uma avaliação dirigida à gravidade da dispneia e ao impacto funcional da sintomatologia respiratória.

COPD Assessment Test (CAT) – 0 a 5		
Nunca tenho tosse (0)	Estou sempre a tossir (5)	Avaliação
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito.	O meu peito está cheio de expectoração (catarro).	4
Não sinto nenhum aperto no peito.	Sinto um grande aperto no peito.	2
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas.	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar.	3
Não sinto nenhuma limitação	Sinto-me muito limitado nas	3

nas minhas atividades em casa.	minhas atividades em casa.	
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar.	Não me sinto nada confiante para sair de casa por causa da minha doença pulmonar.	3
Durmo profundamente.	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar.	0
Tenho muita energia.	Não tenho nenhuma energia.	2
Nível do impacto reduzido < 10; Médio 10 a 20; Alto 21-30; Muito Alto >30		Total: 17 (Médio impacto)

Tabela 13 - COPD Assessment Test

A pontuação de 17 no COPD Assessment Test (CAT) reflete um impacto moderado da sintomatologia respiratória na vida da Sr.^a PR, com queixas de tosse frequente e dispneia ao esforço. Este valor traduz uma limitação funcional significativa, embora ainda não incapacitante, o que reforça a importância de implementar intervenções especializadas com foco na promoção da conservação de energia, alívio sintomático e manutenção da autonomia.

Avaliação da dispneia	
1) Já sentiu falta de ar?	Sim.
2) Quantas vezes por mês sente falta de ar?	Todos os dias.
3) Como se sente na maioria dos dias?	Moderada (4).
4) Indique como se sente hoje.	Leve (2).
5) Indique como se sente na maioria das atividades de vida diária.	Moderada (4-6).

Atividade	Grau de dispneia	Avaliação da fadiga
Escovar o cabelo	0	0
Levantar os braços para cima	0	0
Tomar banho	6	6
Lavar o cabelo	3	3

Vestir a camisa	0	0
Preparar o lanche	0	0
Andar em plano inclinado	7	7
Subir 3 degraus	5	5
Andar 3 metros	3	3
Andar em terrenos acidentados	4	4

Tabela 14 - Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

Na avaliação realizada com a aplicação do PFSDQ, foram atribuídos valores mais elevados nos domínios relativos às atividades de tomar banho e andar em plano inclinado, com pontuações de 6/10 e 7/10 respetivamente. Tratam-se de resultados que indicam um esforço significativo por parte da Sr.^a PR aquando da realização destas atividades, havendo uma manifestação de maior desconforto respiratório e sensação de cansaço.

8. ANÁLISE DE ACORDO COM A TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABAE

A fundamentação do plano de cuidados assenta na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que propõe um quadro abrangente para a abordagem integrada da pessoa em situação paliativa. Os diagnósticos de enfermagem identificados refletem necessidades em várias dimensões do conforto.

A intolerância à atividade e o défice no autocuidado evidenciam necessidades na dimensão física do conforto, pelo que as intervenções priorizam o alívio da dispneia e a promoção da funcionalidade. A ansiedade manifestada corresponde a uma necessidade psicoespiritual, devendo ser abordada com recurso a estratégias de suporte emocional, desenvolvimento de uma relação terapêutica e gestão do ambiente da Sr.^a PR. Por último, o risco de isolamento social insere-se na dimensão sociocultural do conforto, reforçando a importância de existir um contexto social e interpessoal que confira suporte à utente e minimize a sensação de exclusão.

Desta forma, o referencial teórico de Katharine Kolcaba orienta não só intervenções de cariz técnico, como também atenta no bem-estar global da pessoa, conferindo uma abordagem holística.

8.1. Contexto Psicoespiritual

No domínio psicoespiritual da Teoria do Conforto de Kolcaba, regista-se que a Sr.^a PR, apesar de se encontrar habitualmente bem-disposta, com discurso fluído, mantendo uma comunicação clara e até com recurso frequente ao humor, manifesta momentos de ansiedade e tristeza, sobretudo relacionados com a sua perceção de perda de funcionalidade. Através da aplicação da *ESAS*, identificaram-se momentos de ansiedade, emocionalmente relacionados com a projeção de dependência na realização das atividades de vida diária a longo prazo e a necessidade contínua de oxigenoterapia, fatores que comprometem a sua autonomia e identidade enquanto pessoa ativa.

Este sofrimento, ainda que manifestado pontualmente, traduz um desequilíbrio na esfera espiritual, refletido no confronto com a sua nova realidade física e existencial. Assim, torna-se essencial delinear intervenções com vista à promoção do conforto emocional e espiritual, favorecendo a expressão de sentimentos, a aceitação progressiva da condição clínica e a reconexão com fontes de significado pessoal.

8.2. Contexto Sociocultural

No contexto sociocultural, a Teoria do Conforto de Kolcaba reconhece a relevância das relações interpessoais, dos papéis sociais e dos valores culturais na perceção de conforto (Kolcaba, 2017). A Sr.^a PR era, até ao internamento, totalmente independente na realização das suas atividades de vida diária, incluindo tarefas domésticas e hobbies pessoais, o que reflete um papel ativo e funcional na sua esfera social e familiar. É auxiliar de ação educativa e atualmente não se encontra a exercer atividade profissional, o que pode agravar o sentimento de perda de propósito num contexto de fragilidade clínica. Embora divorciada, mantém uma relação de proximidade com o ex-cônjuge e contacta diariamente, por meios digitais, com o filho que reside na Suíça. Adicionalmente, conta com o apoio próximo do irmão e da sobrinha, sendo esta última a sua pessoa de

referência durante o internamento. Esta rede de suporte revela-se um importante fator protetor do ponto de vista emocional e social.

Reside num 2.º andar com elevador de acesso, o que se revela facilitador em aspetos de mobilidade. Habita numa zona com recursos comunitários adequados, o que constitui um fator potenciador de reintegração social e funcional após a alta. Ainda assim, verbaliza preocupação face à eventual necessidade de depender de terceiros, especialmente por se reconhecer como uma pessoa previamente ativa. Neste sentido, o EEER deve contemplar estratégias que promovam a autonomia possível, valorizem o papel social da Sr.ª PR e potenciem o uso dos recursos formais e informais disponíveis, assegurando conforto sociocultural e facilitando a sua reinserção funcional no contexto familiar e comunitário.

8.3. Contexto Ambiental

No contexto ambiental, Kolcaba sublinha a importância do ambiente físico na promoção do bem-estar, segurança e funcionalidade da pessoa (Kolcaba, 2017). A Sr.ª PR reside num segundo andar com elevador de acesso, o que facilita significativamente a mobilidade e reduz a possibilidade de isolamento social. O seu domicílio apresenta boas condições habitacionais e sanitárias, estando adaptado às necessidades básicas e estruturais. Quando questionada, a nega a existência de barreiras arquitetónicas que possam aumentar o risco de queda ou comprometer a sua mobilidade, demonstrando confiança na sua capacidade de manter a autonomia funcional no ambiente em que vive. Este dado é particularmente relevante no planeamento de alta e na transição de cuidados, uma vez que a utente expressa a perceção de conforto e segurança no seu contexto doméstico. O facto de habitar numa zona com recursos comunitários adequados e acessíveis facilita igualmente o acesso a serviços de saúde e apoio social.

Assim, o ambiente de vida da utente surge como um facilitador importante da reabilitação funcional e da preservação da autonomia, sendo essencial assegurar a continuidade de cuidados que potenciem essa realidade e antecipem eventuais necessidades de adaptação futura.

9. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Com base na avaliação realizada, foram identificados diagnósticos de Enfermagem, a partir dos quais se definiram objetivos terapêuticos e se estruturou um plano de cuidados especializado, sujeito a reavaliação contínua conforme a evolução clínica da Sr.^a PR.

O plano de cuidados foi delineado por forma a responder às necessidades e expectativas da utente, privilegiando a promoção da funcionalidade e a preservação da independência nas atividades de autocuidado. Procurou-se, desta forma, minimizar o impacto das incapacidades instaladas, prevenir situações de agudização clínica e minimizar o risco de queda, bem como favorecer a capacidade de gestão da doença e a melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, o plano foi orientado para a maximização do conforto, nas suas várias dimensões, conforme os pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba.

A estruturação do plano de cuidados baseou-se na linguagem normalizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em conformidade com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Importa referir que, no início de cada sessão, foi sempre obtido o consentimento informado da utente para a realização das intervenções propostas. De seguida, serão apresentados os problemas e diagnósticos de enfermagem identificados, seguidos da descrição detalhada do plano de cuidados implementado.

Problemas Identificados	Diagnósticos de Enfermagem
- Necessidade de aporte de O2 suplementar; - Atrito pleural nas bases bilateralmente; - Diminuição da expansibilidade do 1/3 inferior do tórax bilateralmente.	Ventilação comprometida
- Dispneia a pequenos/médios esforços, classificada como “Moderada – 4” a “Vigorosa – 7/8”, de acordo com a Escala de Borg Modificada.	Intolerância à atividade
- Score 40/56 na Escala de Equilíbrio de Berg.	Equilíbrio corporal comprometido
- Score 75/125 na Escala de Quedas de Morse.	Alto risco de queda
- Tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, é	Conforto comprometido

possível identificar alterações nos seguintes domínios: 1. Domínio físico: presença de sintomas como a dispneia, a fadiga e a tosse; 2. Contexto psicoespiritual: desejo de recuperar a autonomia funcional e de concretizar o seu regresso ao domicílio, expressando motivação e propósito; 3. Domínio sociocultural: necessidade de restabelecer a funcionalidade como meio de retomar o seu papel social e familiar.	
--	--

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
VENTILAÇÃO COMPROMETIDA: - Potencial para melhorar a capacidade para autocontrolo do padrão respiratório.	- Melhorar ventilação e oxigenação; - Manter a permeabilização das vias aéreas; - Promover um padrão ventilatório eficaz; - Prevenir complicações respiratórias; - Promover a autonomia do doente, melhorando a sua qualidade de vida.	- Monitorizar consciência através da Escala de Coma de Glasgow; - Monitorizar sinais vitais e SpO2 (antes e após a realização da sessão); - Avaliar respiração e ventilação; - Monitorizar grau de dispneia segundo a escala de Borg Modificada; - Observar Exames Complementares de Diagnóstico; - Otimizar a ventilação através da técnica de posicionamento; - Ensino, instrução e treino de técnicas de descanso relaxamento (cocheiro em pé e cocheiro sentada); - Ensino, instrução e treino de consciencialização e controlo ventilatório; - Executar técnica de respiração diafragmática; - Executar técnica de reeducação costal global com bastão ou halteres; reeducação costal seletiva (adução-abdução e antero-lateral); - Gerir oxigenoterapia;	27-05-2025: - A Sr.ª PR encontra-se consciente e orientada nas três vertentes. Score de 15 na Escala de Coma de Glasgow; - Respiração espontânea, simétrica, de predominância toracoabdominal, amplitude média, frequências respiratórias em repouso entre os 14-18 ciclos por minuto. Saturações periféricas de O2 (SpO2) de 94-96% com O2 a 1 L/min.; - Dispneia a pequenos esforços, classificada como "Muito Intensa 7/8", de acordo com a Escala de Borg Modificada; - Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido bilateralmente a nível broncovesicular. Ruído laringotraqueal. Atrito pleural nas bases bilateralmente sugestivo de derrame pleural; - Ensino sobre gestão de oxigenoterapia ao esforço, reforçando a necessidade de incremento em caso de agravamento da dispneia; - Implementação de exercícios de RFR: reeducação abdomino-diafragmática (2 séries de 10 repetições); reeducação costal global sem bastão (2 séries de 10 repetições); reeducação costal seletiva sem resistência (2 séries de 10 repetições). 30-05-2025: - Ensinos sobre manuseamento de dispositivo de O2 para deambulação; - Implementação de exercícios de RFR: reeducação abdomino-diafragmática (2 séries de 15 repetições); reeducação

		- Otimizar oxigenoterapia; - Avaliar capacidade de gerir oxigenoterapia.	costal global com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições); reeducação costal seletiva com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições); - Treino de marcha com dispositivo de O2 para deambulação tendo em vista a adaptação por parte da Sr.ª PR; - Dispneia a médios esforços, classificada como "Moderada – 4", de acordo com a Escala de Borg Modificada. 04-06-2025: - Dispneia a médios esforços classificada como "Leve – 2", de acordo com a Escala de Borg Modificada; - Execução autónoma e eficaz de técnicas ensinadas: respiração diafragmática e controlo ventilatório; - Implementação de exercícios de RFR: reeducação abdomino-diafragmática (2 séries de 15 repetições); reeducação costal global com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições); reeducação costal seletiva com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições). - Oximetrias periféricas mantidas $\geq 95\%$ com O2 a 2 L/min.; - Sem episódios de dessaturação durante execução de esforços ligeiros; - Melhoria da amplitude torácica nos exercícios de reeducação respiratória; Independente na gestão do dispositivo de O2 portátil.
--	--	---	--

INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE: - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia; - Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia; - Potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de exercício.	- Demonstrar conhecimentos sobre estratégias de conservação de energia; - Aplicar técnicas de conservação de energia nas atividades da vida diária; - Aderir de forma ativa ao programa de reabilitação adaptado à sua capacidade funcional.	- Avaliar intolerância à atividade através da Escala de Borg Modificada; - Negociar e planejar atividade física; - Informar sobre utilização de equipamentos de apoio como estratégia de conservação de energia; - Ensinar, instruir e treinar técnicas de conservação de energia (intercalar períodos de repouso e de atividade; realizar as tarefas mais exigentes nos momentos de maior energia; utilizar cadeiras ou bancos na casa de banho ou cozinha para evitar longos períodos de pé; promover reorganização dos espaços no sentido de minimizar deslocamentos; incentivar o uso de uma mochila leve dentro de casa para levar vários itens de uma só vez); - Executar técnica de respiração diafragmática; - Executar técnica de reeducação costal global com bastão ou halteres; reeducação costal seletiva (adução-abdução e antero-lateral); - Gerir oxigenoterapia; - Supervisionar resposta ao exercício; - Planejar repouso.	27-05-2025: - Dispneia a pequenos esforços, classificada como “Muito Intensa 7/8”, de acordo com a Escala de Borg Modificada; - Ensino sobre gestão de oxigenoterapia ao esforço, reforçando a necessidade de incremento em caso de agravamento da dispneia; - Implementação de exercícios de RFR: reeducação abdomino-diafragmática (2 séries de 10 repetições); reeducação costal global sem bastão (2 séries de 10 repetições); reeducação costal seletiva sem resistência (2 séries de 10 repetições). 28-05-2025: - Implementação de exercícios de RFR: reeducação abdomino-diafragmática (2 séries de 15 repetições); reeducação costal global com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições); reeducação costal seletiva com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições); - Exercícios de cadeia cinética aberta na posição de deitada; - Treino de transferência entre o leito-cadeirão e vice-versa; - Treino de marcha com recurso a andarilho dinâmico. Percorridos 70 metros; 2 pausas (1 pausa em pé e 1 pausa sentada); SpO2 mínima 87%; EBm: 7/8 “Muito Intensa”. Treino realizado com O2 a 2 L/min. 30-05-2025: - Implementação de exercícios de RFR: reeducação abdomino-diafragmática (2 séries de 15 repetições); reeducação costal global com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições); reeducação costal seletiva com halteres 0,5kg (2 séries de 15 repetições); - Treino de exercício com resistência de halter de 0,5kg; - Exercícios de cadeia cinética aberta e fechada na posição sentada e ortostática; - Treino de transferência entre o leito-cadeirão e vice-versa; - Treino de marcha sem dispositivo
--	--	--	---



			auxiliar de marcha. Percorridos 150 metros; 1 pausa sentada na qual classificou a dispneia como “Intensa – Grau 6” na EBm; SpO2 mínima 90%. No final da sessão classificou dispneia como “Moderada – 4”, de acordo com a Escala de Borg Modificada. - Maior capacidade de adaptação às pausas respiratórias em momentos de crise de dispneia. 04-06-2025: - Exercícios de RFR com execução correta por parte da utente; - Treino de exercício com resistência de halter de 0,5kg; - Exercícios de cadeia cinética aberta e fechada na posição sentada e ortostática; - Treino de marcha sem dispositivo auxiliar de marcha. Percorridos 220 metros; 1 pausa sentada; SpO2 mínima 90%; EBm: 4 “Pouco Intensa”; - Redução da ansiedade associada ao esforço respiratório.
--	--	--	---

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
EQUILÍBRIO CORPORAL COMPROMETIDO: - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal; - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de equilíbrio corporal;	- Melhorar o equilíbrio corporal, conhecimentos e técnicas relativas ao treino do mesmo; - Capacitar o prestador de cuidados para apoiar a pessoa de forma eficaz e em segurança.	- Avaliar o equilíbrio corporal (apresentação de posições viciosas, deformidades da coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho); - Avaliar o equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de Berg; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal; - Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados sobre técnica de equilíbrio corporal; - Executar exercícios isotónicos e isométricos no leito (exercícios isométricos: contração dos quadríceps, glúteos e abdominais; exercícios isotónicos: flexão-extensão do joelho e coxofemoral; flexão e dorsiflexão da tibiotársica; abdução-adução da coxofemoral; elevação alternada dos membros inferiores; rolamentos); - Executar exercícios na posição de sentada (carga no cotovelo; transferência de peso lateral; flexão-extensão do joelho e coxofemoral; flexão e dorsiflexão da tibiotársica; desenhar círculos com a bola nos pés); - Executar exercícios na posição ortostática (levantar-sentar; alternância de carga nos membros inferiores e superiores; caminhar em círculos com mudanças de direção; caminhar em bicos de pés ou apoiada apenas pelos calcanhares); - Realizar exercícios de coordenação motora e reflexo postural (movimentos de bicicleta imaginária; lançar e receber a bola); - Ensinar/instruir/ treinar a técnica de treino de equilíbrio corporal na posição de deitada, sentada e ortostática; - Ensinar/instruir sobre a utilização	27-05-2025: - A Srª PR apresentou equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Na posição ortostática, verificou-se diminuição do equilíbrio dinâmico para a direita, validado com a aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg através da atribuição de um score 40 - equilíbrio médio e consequente risco de queda médio; - Categorias Funcionais da Marcha = 2; - Iniciou programa de reabilitação com exercícios no leito sem aplicação de resistências, com exercícios isométricos (contração dos quadríceps, glúteos e abdominais) e exercícios isotónicos (2 séries de 10 repetições flexão-extensão do joelho e coxofemoral; flexão e dorsiflexão da tibiotársica; abdução-adução da coxofemoral; elevação alternada dos membros inferiores; rolamentos); - Na posição de sentada, realizou 2 séries de 10 repetições de: carga no cotovelo; transferência de peso lateral; flexão-extensão do joelho e coxofemoral; flexão e dorsiflexão da tibiotársica; desenhar círculos com a bola nos pés; - Realizou exercícios de sensibilidade proprioceptiva com a bola nos pés (2 séries de 10 círculos para fora e 10 círculos para dentro); - Realizou correção postural em frente ao espelho na posição de sentada, na posição ortostática e durante o treino de marcha; - Mostrou-se receptiva aos exercícios de equilíbrio, apresentando motivação para o desenvolvimento de estratégias para aplicação aquando do regresso ao domicílio; - Demonstrou capacidade de executar técnica de equilíbrio corporal embora com necessidade de apoio e de ensinamentos; - Selecionado conjunto de exercícios do programa de reabilitação, tendo em vista a sua replicação entre as sessões.

		de calçado adequado (fechado, confortável e com sola antiderrapante), bem como roupa adequada para a realização do programa de reabilitação em segurança; - Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal entre as sessões do programa de reabilitação.	04-06-2025: - A Srª PR apresentou equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Na posição ortostática, ainda apresenta diminuição do equilíbrio dinâmico, mas com correções posturais sucessivas sem necessidade de correção por parte do EEER; - Avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg, com atribuição de um score 47 (equilíbrio bom/baixo risco de queda); - Categorias Funcionais da Marcha = 3; - Replicação dos exercícios previamente estabelecidos (2 séries de 10 repetições) com aplicação de resistência através de banda elástica e resistência manual; - Apresentou maior estabilidade durante o treino de marcha, necessitando apenas de estímulo verbal para realizar correções posturais necessárias; - Reforçados ensinamentos à Srª PR e à sobrinha sobre os exercícios implementados, bem como sobre a necessidade de tornar a sua prática o mais consistente possível.
--	--	--	---

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
ALTO RISCO DE QUEDA: - Potencial para melhorar conhecimento sobre a prevenção de queda.	- Diminuir o risco de queda e prevenir a sua ocorrência.	- Avaliar o risco de queda através da Escala de Quedas de Morse; - Identificar fatores de risco promotores da ocorrência de quedas (diminuição da força muscular, alteração do equilíbrio corporal, do padrão de marcha e o tipo de calçado que a Sr.ª PR utiliza); - Ensinar sobre produtos de apoio; - Executar medidas de segurança (utilização de calçado antiderrapante, baixar a cama, manter ao alcance da cliente campainha e objetos pessoais). - Ensinar sobre identificação e eliminação de barreiras físicas no domicílio (ex.: mobília mal posicionada, tapetes soltos, pisos escorregadios); - Ensinar sobre o uso de roupa/calçado adequados (tamanho ajustado, calçado antiderrapante).	27-05-2025: - Elevado risco de queda de acordo com a Escala de Quedas de Morse (75); - Categorias Funcionais da Marcha = 2; - Identificados fatores de risco para a ocorrência de quedas; - Realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas em contexto hospitalar (incentivada a pedir ajuda sempre que necessário, baixar o nível da cama, manter os objetos que utiliza frequentemente ao seu alcance e e utilizar calçado antiderrapante); - Iniciado programa de reabilitação com exercícios no leito sem aplicação de resistências, com exercícios isométricos e isotónicos. 28-05-2025: - Exercícios de cadeia cinética aberta na posição de deitada; - Treino de transferência entre o leito-cadeirão e vice-versa; - Realizados ensinamentos para prevenção de quedas em contexto de domicílio; 04-06-2025: - Baixo risco de queda de acordo com a Escala de Quedas de Morse (25); - Categorias Funcionais da Marcha = 3; - Manutenção de programa de reabilitação com treino de equilíbrio, fortalecimento muscular e transferência; - Reforçados ensinamentos.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
CONFORTO COMPROMETIDO	- Promover a autonomia funcional no desempenho das atividades de vida diária; - Potenciar o desempenho funcional; - Promover adaptação ativa ao ambiente para facilitar aos apêtos funcionais.	- Avaliar o conforto nos diversos contextos definidos pela Teoria de Kolcaba através da aplicação da ESAS e do PPS; - Promover Conforto (nos quatro contextos definidos pela Teoria de Kolcaba);	27-05-2025: - Aplicada ESAS (Sem dor = 1; Sem fadiga = 8; Sem náusea = 0; Sem depressão = 3; Sem ansiedade = 7; Sem sonolência = 7; Bom apetite = 5; Boa sensação de bem-estar = 5; Sem falta de ar = 8; Sem obstipação = 6/10); - Avaliada funcionalidade através da aplicação do PPS = 60%; - Avaliada Escala CAT com atribuição de score 17 "Médio impacto"; - Avaliação do PFSDQ (níveis mais elevados de dispneia – 5 a 7 - em atividades com maior dispêndio de energia, como tomar banho, andar em plano inclinado ou subir degraus; atividades que envolvem elevação dos braços como lavar o cabelo também geram algum desconforto – nível 3); - Categorias Funcionais da Marcha = 2;



			30-05-2025: - ESAS (Sem dor = 0; Sem fadiga = 6; Sem náusea = 0; Sem depressão = 3; Sem ansiedade = 3; Sem sonolência = 8; Bom apetite = 4; Boa sensação de bem-estar = 5; Sem falta de ar = 2; Sem obstipação = 4/10); 04-06-2025: - ESAS (Sem dor = 0; Sem fadiga = 3; Sem náusea = 0; Sem depressão = 3; Sem ansiedade = 3; Sem sonolência = 4; Bom apetite = 2; Boa sensação de bem-estar = 4; Sem falta de ar = 2; Sem obstipação = 0/10); - CAT = 13, mantendo-se a classificação de "Médio Impacto", porém com redução de 4 valores no score, principalmente relacionados com a diminuição de expectoração e dos acessos de tosse; - Categorias Funcionais da Marcha = 3.
--	--	--	--

10. CONCLUSÃO

Este estudo de caso evidencia a importância fundamental da intervenção do EEER na promoção da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa. Estruturando uma abordagem global e individualizada, orientada para a maximização das capacidades físicas e para o potencial de adaptação, foram alcançados ganhos significativos que reforçam o papel essencial de uma intervenção especializada neste contexto.

Foram obtidos resultados objetivos através da redução do risco de queda, fator crucial para a segurança e da pessoa. Objetivou-se uma evolução positiva no treino de resistência implementado, uma vez que a Sr.^a PR foi realizando os exercícios com cargas progressivamente maiores. Verificou-se um incremento da resistência física durante o treino de resistência, nomeadamente no treino de marcha, refletido no aumento da distância percorrida de sessão para sessão, tal como na diminuição do número de pausas necessárias. Não menos importante, a adaptação ao dispositivo de oxigénio para a deambulação ocorreu com sucesso, o que contribuiu para a melhoria da mobilidade e independência funcional.

Importa destacar também o aumento da categoria funcional da marcha, indicador da progressiva recuperação das capacidades motoras. Registou-se igualmente uma evolução positiva no que diz respeito ao controlo sintomatológico, mensurado de forma sistemática através da aplicação da ESAS.

A referenciação precoce para as equipas e contextos de CP é crucial para o processo de otimização do suporte oferecido aos utentes. Ao identificar precocemente as necessidades físicas, emocionais e funcionais do utente, a equipa multidisciplinar estará em condições de planear intervenções mais eficazes, com foco na qualidade de vida e na mitigação do sofrimento.

É fundamental que este processo de referenciação seja acompanhado pelo encaminhamento para as equipas de Enfermagem e Reabilitação, uma vez que os ganhos são evidentes. Os programas de reabilitação, mesmo em contexto paliativo, não só contribuem para a melhoria da funcionalidade motora e resistência física, como também promovem o controlo sintomático e o bem-estar global da pessoa. Assim, a abordagem integrada e multidisciplinar, que inclui a intervenção do EEER, promove um cuidado mais

completo e humanizado, reconhecendo que a pessoa em situação paliativa pode e deve ser um elemento ativo no seu processo de saúde-doença.

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7–S11. Acedido em: (PDF) Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Danielis, M., et al. (2023). Comparison between the General Assessment of Hospitalised Patient Tool and the Barthel Index: A retrospective study. *Nursing Reports*, 13(3), 1160–1169. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030100>
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530–1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research and practice* (4ª ed., pp. 196-211). China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2022). *Anatomia orientada para a clínica* (8.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), [Manual de cuidados paliativos](#) (2ª ed., pp. 1–35). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 - II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., Afonso, T. S., & Capelas, M. L. (2022). *PPS PT – Escala de avaliação do desempenho do doente em cuidados paliativos*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.
- World Health Organization (OMS). (2002). Definition of palliative care. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>



12.ANEXOS

Anexo I – Escala de Borg Modificada

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo II – Escala de Força Muscular (MRC – Medical Research Council)

Escala de Força Muscular (MRC-Medical Research Council)	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Anexo III – Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth	
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Anexo IV – Escala de Equilíbrio de Berg

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1) Posição sentada para posição em pé	
2) Permanecer em pé sem apoio	
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	
4) Posição em pé para posição sentada	
5) Transferências	
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	
11) Girar 360 graus	
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	
14) Permanecer em pé sobre uma perna	



Legenda: 0 – Incapaz de executar; 4 – Capaz de executar de forma independente.

Legenda:

- 0-20: equilíbrio diminuído/elevado risco de queda;

- 21-40: risco de queda médio/equilíbrio médio;

- 41-56: baixo risco de queda/equilíbrio bom.

Anexo V – Categorias Funcionais da Marcha

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

Anexo VI – Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não = 0 Sim = 25	
2. Diagnósticos secundários. Não = 0 Sim = 15	
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas = 0 Muletas/canadianas/bengala/andador = 15 Apoia-se no mobiliário para andar = 30	
4. Terapia intravenosa Não = 0	



Sim = 20	
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel = 0 Debilitado = 10 Dependente de ajuda = 20	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades = 0 Esquece-se das suas limitações = 15	
Legenda: Sem risco (0-24 pontos); Baixo risco (25-50 pontos); Alto risco (> ou = 51 pontos).	

Anexo VII – Índice de Barthel

Índice de Barthel	
Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	
TOALETE 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	
UTILIZAÇÃO DO WC 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	
BANHO 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou	



banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	
MOBILIDADE 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda 0 = Dependente	
VESTIR/DESPIR 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	
CONTROLO INTESTINAL 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
CONTROLO URINÁRIO 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	
Legenda: 100 pontos – totalmente independente; 99 a 76 pontos – dependência leve; 75 a 51 pontos - dependência moderada; 50 a 26 pontos – dependência severa; 25 e menos pontos – dependência total.	

Anexo VIII – Palliative Performance Scale

PPS (%)	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de ingestão alimentar	Nível de consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 60%	Diminuída	Incapaz de realizar hobbies e atividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria dos trabalhos; doença extensa	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Apenas cuidados orais	Sonolência ou coma com ou sem confusão
PPS 0%	Morte				

Anexo IX – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Avaliação de sintomas:		
Paciente:	Registro:	
Preenchido por: _____	Data: _____	
Por favor, circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).		
Sem dor	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

Anexo X – COPD Assessment Test (CAT)

COPD Assessment Test (CAT) – 0 a 5		
Nunca tenho tosse (0)	Estou sempre a tossir (5)	Avaliação
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito.	O meu peito está cheio de expectoração (catarro).	
Não sinto nenhum aperto no peito.	Sinto um grande aperto no peito.	
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lanço de escadas.	Quando subo uma ladeira ou um lanço de escadas sinto bastante falta de ar.	
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa.	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa.	



Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar.	Não me sinto nada confiante para sair de casa por causa da minha doença pulmonar.	
Durmo profundamente.	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar.	
Tenho muita energia.	Não tenho nenhuma energia.	2
Nível do impacto: Reduzido < 10; Médio 10 a 20; Alto 21-30; Muito Alto >30		

Anexo XI – Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

Avaliação da dispneia	
1) Já sentiu falta de ar?	
2) Quantas vezes por mês sente falta de ar?	
3) Como se sente na maioria dos dias?	
4) Indique como se sente hoje.	
5) Indique como se sente na maioria das atividades de vida diária.	

Atividade	Grau de dispneia	Avaliação da fadiga
Escovar o cabelo		
Levantar os braços para cima		
Tomar banho		
Lavar o cabelo		
Vestir a camisa		
Preparar o lanche		
Andar em plano inclinado		
Subir 3 degraus		
Andar 3 metros		
Andar em terrenos acidentados		

APÊNDICE 4 - Estudo de caso “Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade e conforto da
pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica”

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
NA PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE E CONFORTO DA PESSOA COM ESCLEROSE
LATERAL AMIOTRÓFICA: UM ESTUDO DE CASO

RUI FILIPE DA SILVA MENDES

Monte da Caparica

dezembro 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
NA PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE E CONFORTO DA PESSOA COM ESCLEROSE
LATERAL AMIOTRÓFICA: UM ESTUDO DE CASO**

DISCENTE: RUI FILIPE DA SILVA MENDES

DOCENTE: GONÇALO LUÍS ROSA

Monte da Caparica

dezembro 2025



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

EC – Ensino Clínico

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ElHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

O2 – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

MIF - Medida de Independência Funcional

MRC - Medical Research Council

PEG - Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

PFSDQ - Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

PPS – Palliative Performance Status

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SpO2 – Saturações Periféricas de Oxigénio

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – World Health Organization



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. COLHEITA DE DADOS.....	10
3. EXAME FÍSICO	11
4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	12
4.1. Estado mental.....	12
4.2. Pares cranianos	12
5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE	14
5.1. Força.....	14
5.2. Tónus muscular	15
5.3. Coordenação Motora	17
5.4. Sensibilidade.....	17
5.5. Equilíbrio corporal.....	18
5.6. Marcha.....	18
6. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	18
7. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DO CONFORTO	19
7.1. Risco e segurança	21
7.2. Funcionalidade e autonomia	24
7.3. Conforto e sintomatologia	29
8. ANÁLISE DE ACORDO COM A TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	32
8.1. Contexto Psicoespiritual.....	33
8.2. Contexto Sociocultural	33
8.3. Contexto Ambiental	34
9. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	35
10. CONCLUSÃO.....	49
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
12. ANEXOS	Error! Bookmark not defined.
Anexo 1 – Apresentação “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica”	Error! Bookmark not defined.
Anexo 2 – Escala de Força Muscular (MRC – Medical Research Council)	53
Anexo 3 – Escala Modificada de Ashworth	53
Anexo 4 – Escala de Quedas de Morse.....	54
Anexo 5 – Escala de Braden.....	54
Anexo 6 - Índice de Barthel	55
Anexo 7 – Medida de Independência Funcional	56
Anexo 8 – Palliative Performance Scale	58

Anexo 9 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	59
Anexo 10 – Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire	60



INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – Colheita de dados	11
Tabela 2 – Exame Físico.....	12
Tabela 3 – Avaliação do estado mental	12
Tabela 4 – Avaliação dos pares cranianos.....	14
Tabela 5 – Escala Medical Research Council.....	15
Tabela 6 – Escala de Ashworth Modificada.....	17
Tabela 7 – Avaliação da função respiratória	19
Tabela 8 – Escala de Quedas de Morse.....	22
Tabela 9 – Escala de Braden.....	23
Tabela 10 – Índice de Barthel.....	25
Tabela 11 – Medida de Independência Funcional	27
Tabela 12 – Palliative Performance Scale	29
Tabela 13 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	30
Tabela 14 - Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire.....	32

1. INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Reabilitação leccionado na Escola Superior de Saúde Egas Moniz pressupõe a passagem por 5 contextos de Ensino Clínico (EC), sendo realizados 2 estudos de caso, um deles a incidir sobre a prestação de cuidados especializados em contexto hospitalar e o outro dirigido a uma situação de cuidados vivenciada em contexto comunitário.

Durante o mês de setembro, tive a oportunidade de integrar a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) da Unidade Local de Saúde (ULS) Almada-Seixal, uma equipa multidisciplinar dedicada à prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa no domicílio. A equipa atua em dias úteis, entre as 08h e as 20h, disponibilizando igualmente acompanhamento telefónico durante este período. É constituída por 4 médicas, 4 enfermeiras – uma delas especialista em Enfermagem de Reabilitação – 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 assistente técnica. Todos estes profissionais têm especialização avançada em Cuidados Paliativos (CP), sendo este um dos critérios tidos em conta para integração na equipa.

À referida data, estavam a ser acompanhados em média 30 utentes, referenciados quer pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) da mesma ULS, tendo em vista o processo de continuidade de cuidados, quer pelas equipas das Unidades de Saúde Familiares (USF) aquando de episódios de agravamento de patologia de base que passariam a exigir um acompanhamento diferenciado e mais próximo. Para além disso, encontravam-se em regime de consultadoria cerca de 20 pessoas, estando outros 20 em lista de espera.

Durante este período de aprendizagem, acompanhei a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) da equipa que, em articulação com a equipa médica, realiza visitas domiciliárias conjuntas e dispõe de um turno semanal especificamente dedicado à reabilitação, assegurando a continuidade e a especialização dos cuidados no contexto comunitário.

As pessoas acompanhadas pela ECSCP apresentavam, na sua grande maioria, patologias crónicas e progressivas de elevada complexidade clínica, nomeadamente patologias neoplásicas — com destaque para neoplasias do pulmão, próstata e cabeça e pescoço —, patologia cardíaca, respiratória e patologia neurodegenerativa. Dentro deste último grupo, a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) assumia particular expressão, representando a maioria das pessoas elegidas e a implementar um programa de reabilitação, em virtude da rápida evolução da doença e da necessidade de um acompanhamento próximo, continuado e altamente especializado. Foi neste enquadramento que se desenvolveu o presente estudo de caso, centrado na pessoa com ELA, sendo desta forma manifestado o propósito de aprofundar o papel do EEER no que diz respeito à

promoção da funcionalidade, autonomia e conforto da pessoa com uma condição neurodegenerativa progressiva.

A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurodegenerativa, de etiologia ainda não totalmente esclarecida, caracterizada pela degeneração progressiva do 1º e 2º neurónio motor. Apresenta um início geralmente insidioso e uma evolução rápida, sem períodos de remissão ou melhoria, preservando, na maioria dos casos, as funções cognitivas. Trata-se de uma patologia com impacto funcional cumulativo e progressivo, que compromete de forma significativa a mobilidade, a autonomia e a realização das atividades de vida diária. Entre as manifestações mais frequentes destacam-se a fraqueza muscular, fadiga, espasticidade, bem como dificuldades respiratórias e de comunicação, que conduzem a uma perda crescente de independência e a uma maior necessidade de apoio e supervisão por parte de terceiros (Van Es et al., 2017).

Paralelamente, a EEER da equipa identificou a necessidade de atualizar a literatura científica sobre a temática, de modo a sustentar a prática clínica e uniformizar procedimentos. Atendendo a essa necessidade, foi realizada uma breve revisão da literatura, cuja apresentação é disponibilizada em anexo no presente documento (Anexo 1).

A intervenção especializada do EEER assume um papel fulcral na maximização do potencial funcional, na adaptação às limitações e na capacitação da pessoa e cuidadores para o que representa uma gestão complexa de um processo de doença altamente incapacitante. Este pressuposto vai ao encontro do que é mencionado no Regulamento n.º 392/2019, que define o Regime das Competências Específicas do EEER, definindo três domínios centrais: avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1), capacitação da pessoa com deficiência ou limitação da atividade (J2) e maximização da funcionalidade (J3). Estes domínios encontram particular destaque no tema referido, pela necessidade de intervenção atempada e ajustada à evolução clínica e funcional da pessoa.

Neste sentido, foi definido como tema específico “intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade e conforto da pessoa com esclerose lateral amiotrófica: um estudo de caso”.

A colheita de dados foi realizada em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem, com obtenção de consentimento informado da pessoa participante e garantia de sigilo e confidencialidade em todas as fases do processo. Adicionalmente, foram consultados elementos do processo clínico, por forma a aprofundar o

conhecimento sobre o percurso de saúde-doença e sustentar a planificação dos cuidados especializados.

2. COLHEITA DE DADOS

Identificação:	- FA; - 79 anos; - Género Masculino; - Leucodérmico; - Natural de Lisboa; - Residente em Fernão Ferro.
Contexto social e profissional:	- Casado; - Reside com a esposa – pessoa de referência; - Tem 2 filhas com as quais mantém relação de proximidade; - Advogado de profissão. Atualmente reformado; - Apoio de cuidadora informal nos períodos da manhã para apoio na higiene e levante.
Antecedentes médicos/cirúrgicos:	- Esclerose Lateral Amiotrófica Clássica (diagnóstico em 2010 e seguimento no Hospital de Santa Maria); - Diabetes mellitus tipo 2 sob antidiabético oral; - Status pós SARS-CoV2 em setembro 2024.
Alergias:	Desconhece.
Estilos de vida/comportamentos aditivos:	Nega.
Medicação habitual:	- Riluzol 50mg 12/12h; - Metformina 500mg 12/12h; - Furosemida 40mg 12/12h; - Tansulosina 0,4mg 1 cp ao jantar.
História de doença atual:	Novembro 2022: referenciação para a ECSCP em contexto de gestão de regime terapêutico e controlo de sintomas. Realizado esclarecimento de dúvidas relativamente a diretivas antecipadas de vontade, eventual futura necessidade de traqueostomia vs Ventilação Não Invasiva (VNI) e <i>cough-assist</i>, bem como de colocação de <i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i> (PEG). Já seria previamente acompanhado por Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) em contexto de programa de reabilitação. Novembro 2022 – Janeiro 2024: passa para regime de consultadoria por dificuldades na adesão ao regime terapêutico e dificuldade em entender a filosofia dos CP. Janeiro 2024: reintegrado na lista de doentes ativos por aumento do grau de dependência, da dispneia, anorexia, edemas nos pés e dor neuropática. Abril 2024: acolhimento temporário em Unidade de

	Cuidados Paliativos (UCP) para descanso do cuidador; Outubro 2024: Demonstra <i>insight</i> relativamente a irreversibilidade da sua patologia de base. Preocupado com essa trajetória e com problemas de natureza pessoal e familiar, referindo sentimento de impotência face ao apoio que não pode providenciar aos seus. Objetiva-se perda de funcionalidade do membro superior esquerdo. Neste momento, mais dependente de VNI, também agravado por SARS-CoV2 recente. Ainda sem disfagia, pese embora já cumpra alimentação pastosa. Abordada novamente possível necessidade de colocação de PEG a curto/médio prazo. Inicia programa de reabilitação com EEER da ECSCP da ULS Almada-Seixal. Novembro 2024: Abordadas questões sobre sedação paliativa – critérios e em que circunstâncias – bem como o contexto de cuidados no domicílio vs admissão em UCP na fase terminal da doença. Novembro 2024 – Setembro 2025: Estado clínico e funcional sobreponível. Mantém programa de reabilitação semanal. Dependência total de VNI, sendo apenas desconectado para a alimentação. Realiza <i>cough-assist</i> 2-3 vezes por dia.
--	---

Tabela 1 – Colheita de dados

3. EXAME FÍSICO

Dados antropométricos	Peso: 80kg; Altura: 179cm;
Sinais vitais	Tensão arterial: 117/68 mmHg; Frequência cardíaca: 88 bpm; Frequência respiratória: 18 rpm; Dor (escala numérica): 0; Temperatura: 35,8 °C.

Exame físico sumário (09-09-2025)	Vígil, consciente e orientado no tempo espaço e pessoa Colaborante e comunicativo. Mucosas coradas hidratadas. Integridade cutânea mantida. Sem massas ou tumefações. Edema dos pés com sinal de <i>godet</i> positivo. Rubor branqueável nos calcâneos bilateralmente. Eupneico em repouso sob VNI (IPAP 17 EPAP 7 Frequência respiratória 16 cpm) – desconectado apenas para a alimentação. Oximetrias periféricas = 97%. Parâmetros vitais estáveis. Sem dor em repouso. Alimenta-se de dieta pastosa com tolerância e apetite. Aplica espessante na consistência de néctar nos líquidos.
--	--

Tabela 2 – Exame Físico

4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

4.1. Estado mental

Avaliação do estado mental:	Estado de consciência: Vígil, Score 15 na Escala de Coma de Glasgow (abertura ocular espontânea (4); resposta verbal orientada (5); obedece a ordens (6); Orientação: Orientado nas três vertentes; Atenção: Vígil e concentrado aquando da realização de tarefas; Memória: Sensorial, imediata, recente e remota mantida. Linguagem: discurso espontâneo, compreende e segue ordens, nomeia e repete; Capacidades práticas: Mantém capacidade de execução de gestos simbólicos (ex.: sinal da cruz), gestos icónicos transitivos (ex.: escovar os dentes) e icónicos intransitivos (ex.: acenar), apesar de realizar as ações de forma mais lentificada, o que é compatível com a evolução da doença de base.
------------------------------------	--

Tabela 3 – Avaliação do estado mental

4.2. Pares cranianos

Os nervos cranianos constituem um grupo de doze pares de nervos com origem no encéfalo, sendo fundamentais para a comunicação entre o cérebro e diversas regiões corporais. Numerados de I a XII conforme a sua origem, esses nervos contêm fibras sensoriais, motoras ou mistas (Moore, K. L., 2022). A avaliação funcional dos nervos cranianos é realizada através do exame neurológico descrito a seguir.

PARES CRANIANOS					
Nº	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados e colocado objeto com cheiro facilmente identificável perto do nariz (ex: café e creme de corpo).	Sem alterações
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Teste da acuidade visual: solicitar à pessoa para fechar um dos olhos e fazer a contagem dos dedos a várias distâncias. Teste do campo de visão: solicitar à pessoa para fechar um dos olhos e saber até que ângulo consegue observar o dedo. Ambos realizados bilateralmente	Sem alterações
III	Oculomotor	Elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho, miose	Motor	Avaliados os pares cranianos nº III, IV, VI. Avaliada reação pupilar, incidindo o foco de luz do canto interno para o externo. Posteriormente, solicitar à pessoa para seguir o movimento do dedo em forma de "H" (movimentos conjugados).	Pupilas isocóricas (5 mm) e isoreativas (3 mm), sem nistagmo ou ptose palpebral
IV	Patético	Rotação do olho - Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo			
VI	Motor ocular externo	Abdução do olho – Motricidade do músculo reto lateral do bulbo			
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos de mastigação (ramo motor); percepção sensorial da face, seios da face, e dentes (sensorial)	Sensitivo e motor	Com olhos fechados foi testada a sensibilidade dolorosa, térmica e tátil na divisão oftálmica, maxilar e mandibular. Testado reflexo córneo-palpebral com algodão. Avaliada bilateralmente a capacidade de encerramento e movimento da mandíbula e a simetria dos movimentos de mastigação.	Sem alterações
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais, capacidade de realizar mimica facial (motor) percepção gustativa do terço anterior da língua (sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter e mobilizar a saliva ou alimentos na cavidade oral e realizado teste dos sabores (doce, salgado e amargo). Avaliado movimentos faciais e expressão facial (sorrir, franzir e encerramento das pálpebras).	Ligeira assimetria facial, com dificuldade em manter e mobilizar saliva e alimentos na cavidade oral, sugerindo compromisso parcial da musculatura orofacial. Executa movimentos faciais, pese embora com diminuição da amplitude.
VIII	Estrato - acústico	Vestibular com a orientação e movimento; coclear a audição	Sensitivo	Coclear: utilizado relógio mecânico e solicitar para identificar o som dos ponteiros; Vestibular: realizado teste de equilíbrio estático e	Divisão coclear: Sem alterações; Divisão vestibular: Sem equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado.

				dinâmico na posição de sentado.	
IX	Glossofaringeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepção sensorial da faringe, laringe e palato	Sensitivo	Avaliada a capacidade de reconhecimentos de sabores doce e amargo no terço posterior da língua	Sem alterações.
X	Vago	Percepção sensorial da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras	Sensitivo e motor	Avaliada a presença de reflexo de vômito com espátula, alteração vocal, tosse e odinofagia.	Sem alterações. Apresenta reflexo de vômito.
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido mastóideo e trapézio – Rotação e inclinação da cabeça	Motor	Avaliada capacidade de elevação dos ombros e lateralização da cabeça lateralmente com e sem resistência.	Sem alterações
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação de palavras)	Motor	Avaliados movimentos da língua com e sem resistência.	Mobilidade global da língua preservada, embora com redução da precisão nos movimentos finos. A motricidade dos músculos envolvidos na mastigação, deglutição e articulação verbal encontra-se funcional, ainda que se perspetive possível compromisso futuro, atendendo às alterações já evidenciadas noutros pares cranianos. Movimentos com e sem resistência são realizados, mas com menor força e coordenação.

Tabela 4 – Avaliação dos pares cranianos

5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

5.1. Força

A avaliação da motricidade engloba o exame da força, do tónus muscular, bem como da coordenação de movimentos. Segundo Menoita et al. (2012), a força muscular deve ser avaliada para todos os movimentos dos diversos segmentos, sendo realizada dos segmentos distais para os proximais. Neste sentido, foi mobilizada a Medical Council Research (MRC, 1976), disponível no Anexo 2.

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (09/09/2025)
Cabeça e pescoço	Flexão, Extensão, Flexão Lateral	

	Esquerda, Flexão Lateral Direita, Rotação	4/5
Escapulo-umeral	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Rotação Interna, Rotação Externa	3/5
Cotovelo	Flexão, Extensão	3/5
Antebraço	Pronação, Supinação	3/5
Punho	Flexão, Extensão, Desvio Radial, Desvio Cubital	3/5
Dedos da mão	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Oponência	3/5
Coxo-femural	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Rotação Interna, Rotação Externa	2/5
Joelho	Flexão, Extensão	2/5
Tibiotársica	Flexão, Extensão, Inversão, Eversão	2/5
Dedos dos pés	Flexão, Extensão, Adução, Abdução	2/5

Tabela 5 – Escala Medical Research Council

5.2. Tónus muscular

O tónus muscular foi avaliado através da aplicação da Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987) [Anexo 3].

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (09/09/2025)	
Cabeça e Pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerda	0	
	Flexão lateral direita	0	
	Rotação	0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo- umeral	Flexão	2	2
	Extensão	2	2
	Adução	2	2
	Abdução	2	2



	Rotação interna	2	2
	Rotação externa	2	2
Cotovelo	Flexão	2	2
	Extensão	2	2
Antebraço	Pronação	2	2
	Supinação	2	2
Punho	Flexão Palmar	2	2
	Dorsi-flexão	2	2
	Desvio radial	2	2
	Desvio cubital	2	2
	Circundação	2	2
Dedos	Flexão	2	2
	Extensão	2	2
	Adução	2	2
	Abdução	2	2
	Circundação	0	0
	Oponência do polegar	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
	Adução	3	3
	Abdução	3	3
	Rotação interna	3	3
	Rotação externa	3	3
Joelho	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
Tibiotásica	Flexão plantar	3	3

Dedos	Flexão dorsal	3	3
	Inversão	3	3
	Eversão	3	3
	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
	Adução	3	3
	Abdução	3	3

Tabela 6 – Escala de Ashworth Modificada

5.3. Coordenação Motora

A coordenação foi avaliada através da prova index-nariz (Menoita et al., 2012), realizada com sucesso, apesar da já identificada e mencionada lentificação de movimentos, bem como pela presença de tremor de intenção, compatíveis com o quadro neuromotor.

A prova calcanhar Joelho não foi realizada, decisão suportada pela diminuição acentuada da força muscular nos membros inferiores e pela presença de espasticidade, identificada e explanada na avaliação do tônus muscular, fatores que inviabilizariam a execução adequada da mesma.

5.4. Sensibilidade

Na avaliação da sensibilidade superficial, objetivou-se diminuição da sensibilidade tátil nos dedos dos pés, mantendo-se preservadas as sensibilidades térmica e dolorosa. Este é um dado compatível com hipoestesia distal ligeira, sem evidência de compromisso a nível central.

No que diz respeito à sensibilidade profunda, existe preservação da barestesia, batiestesia e estereognosia, o que revela preservação da percepção vibratória, da posição segmentar e da capacidade de reconhecimento de objetos.



5.5. Equilíbrio corporal

Atendendo às alterações neuromusculares inerentes à ELA, o utente apenas realiza transferência para cadeira neurológica Clematis Pro através de elevador próprio. Foi possível a realização de levantar e posicionamento à beira da cama, no entanto, identificou-se não existir equilíbrio estático na posição de sentado, com dificuldade em manter o tronco ereto de forma independente e tendência para oscilações posturais.

Como tal, considerou-se não existir pertinência na aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg, uma vez não estar perante um grau de funcionalidade mínimo que permitisse a execução dos itens propostos, optando-se antes por uma avaliação observacional do controlo postural e da tolerância à posição de sentado.

5.6. Marcha

Fruto da progressão da doença neuromuscular e do consequente compromisso motor global, o utente encontra-se acamado há aproximadamente três anos, pelo que a avaliação da marcha não foi exequível. Face à ausência de ortostatismo e de capacidade para suporte do peso corporal, não foi possível proceder à observação dos padrões de marcha nem à aplicação de instrumentos padronizados de avaliação.

Neste contexto, a análise centrou-se na avaliação do posicionamento, transferências e controlo postural, enquanto componentes relevantes para a manutenção da funcionalidade e prevenção de complicações associadas à imobilidade prolongada.

6. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Exame físico:	Dados subjetivos Tosse: Reflexo de tosse presente mas ineficaz. Realiza cough-assist (Pressão de insuflação 40 centímetros de H ₂ O; Pressão de exsuflação 40 centímetros de H ₂ O; Tempo de insuflação: 3 segundos; Tempo de exsuflação: 3 segundos; Tempo de pausa: 1 segundo). Produção de expectoração mucopurulenta em pequena quantidade, com perceção subjetiva de acumulação predominante nas bases pulmonares. O utente refere dificuldade na mobilização e expulsão das secreções, compatível com redução da eficácia da tosse e da depuração brônquica. Padrão de hiperinsuflação com dificuldade de controlo no volume inspiratório.
----------------------	---

	Dispneia: Avaliada através da Escala de Borg modificada, instrumento que permite quantificar a percepção subjetiva do esforço respiratório. O utente encontra-se totalmente dependente de VNI, sendo desconectado apenas durante o período das refeições. Em repouso, sob suporte ventilatório (IPAP 17 EPAP 7 Frequência respiratória 16 cpm), refere apenas ligeira dispneia, apresentando respiração predominantemente toracoabdominal, simétrica e superficial (Escala de Borg Modificada = 2). Durante a prestação de cuidados de higiene, levante e transferências, manifesta dispneia intensa (Borg = 7), refletindo baixa tolerância ao esforço e dependência funcional do suporte ventilatório para a manutenção do conforto respiratório. Foi posteriormente aplicada igualmente o <i>Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire</i> (PFSDQ).
	Inspeção: Tórax globoso, sugerindo reduzida expansibilidade da caixa torácica. A respiração é toracoabdominal, simétrica e superficial, compatível com o compromisso da musculatura respiratória decorrente da evolução da doença neuromuscular. Sem utilização de musculatura acessória
Avaliação objetiva:	Palpação: Traqueia centrada, sem desvio da linha média. Superfície cutânea íntegra, sem evidência de lesões, tumefações ou pontos dolorosos; Percussão: Padrão de hiperinsuflação com som hipersonante em toda a área torácica, sugestivo de aumento do volume residual e diminuição da elasticidade pulmonar; Auscultação: Murmúrio vesicular presente em todos os campos pulmonares, embora se auscultem roncros ligeiros no hemitórax direito, compatíveis com presença de secreções brônquicas. Sem restantes ruídos adventícios adicionais. Ventilação global mantém-se preservada sob suporte ventilatório não invasivo.

Tabela 7 – Avaliação da função respiratória

7. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DO CONFORTO

A avaliação sistemática da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica preconiza a definição de intervenções individualizadas e centradas nas suas necessidades específicas. Dada a natureza progressiva e multifatorial desta patologia, torna-se imprescindível recorrer a instrumentos de avaliação validados, capazes de identificar e realçar as alterações graduais do estado funcional, sintomatológico e emocional, orientando a tomada de decisão clínica e o constante reajuste do plano de cuidados especializado.

Neste sentido, foram definidos três domínios interdependentes — risco e segurança, funcionalidade e autonomia, e conforto e sintomatologia — refletindo uma perspectiva holística e integrada da pessoa com ELA.

O domínio do risco e segurança visa identificar fatores de vulnerabilidade associados à imobilidade prolongada e à fragilidade cutânea, sendo aplicadas a Escala de Morse para avaliação do risco de queda e a Escala de Braden para determinação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Estas ferramentas permitem antecipar complicações e orientar medidas preventivas adequadas.

No domínio da funcionalidade e autonomia, foram mobilizados o Índice de Barthel, a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Palliative Performance Scale (PPS), escalas que permitem quantificar o grau de dependência na realização das atividades de vida diária, bem como oferecer uma perspetiva sobre o nível de desempenho funcional da pessoa em situação paliativa. A integração destas escalas exerce uma relevância fundamental na estruturação de um plano especializado de cuidados para a pessoa com ELA, uma vez estarmos perante um processo patológico caracterizado por perda progressiva da força muscular e da capacidade de execução de tarefas do quotidiano.

Já no que diz respeito ao domínio do conforto e sintomatologia, foi mobilizada a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), o que permitiu identificar e monitorizar a presença de diversos sintomas de natureza física, emocional e espiritual. No que concerne à descrição e caracterização da sensação de dispneia, optou-se pela utilização da Escala de Borg modificada, especialmente relevante num contexto de dependência ventilatória. Esta avaliação em concreto permite compreender a perceção subjetiva do conforto e orientar intervenções nesse sentido.

A integração dos diferentes instrumentos de avaliação permite uma compreensão global e estruturada relativa ao processo de saúde-doença da pessoa com ELA, constituindo a base para a elaboração de um plano de cuidados orientado para a maximização da funcionalidade, a promoção do conforto e a preservação da dignidade, o que faz configurar e explanar os eixos orientadores da prática do EEER em contexto paliativo.

7.1. Risco e segurança

Atendendo à diminuição progressiva da força muscular e da mobilidade, conjugado com o aumento crescente da dependência, torna-se crucial realizar uma avaliação sistematizada e aprofundada do risco e da segurança da pessoa com ELA. O tempo prolongado que a pessoa permanece em posição de decúbito e o uso contínuo de dispositivos de suporte potenciam a ocorrência de complicações como quedas, úlceras de pressão e lesões cutâneas.

Com vista à identificação precoce destes riscos e à definição de intervenções do foro preventivo, foram aplicadas duas escalas de referência: a Escala de Morse, que avalia o risco de queda com base em parâmetros como o historial de quedas, necessidade de apoio na marcha e estado mental (disponível no Anexo 4); e a Escala de Braden – apresentada no Anexo 5 - desenvolvida para determinar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão através da análise de seis subdomínios – percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e forças de deslizamento.

Desta forma, o EEER atua de forma proativa na promoção de um ambiente seguro, na prevenção de complicações e na preservação do conforto, elementos fundamentais no cuidado a esta população.

Escala de Quedas de Morse	09/09/2025
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não = 0 Sim = 25	0
2. Diagnósticos secundários. Não = 0 Sim = 15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas = 0 Muletas/canadianas/bengala/andarelo = 15 Apoia-se no mobiliário para andar = 30	0
4. Terapia intravenosa Não = 0 Sim = 20	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel = 0	0

Debilitado = 10 Dependente de ajuda = 20	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades = 0 Esquece-se das suas limitações = 15	0
Legenda: Sem risco (0-24 pontos); Baixo risco (25-50 pontos); Alto risco (> ou = 51 pontos).	Total: 15 (Sem risco)

Tabela 8 – Escala de Quedas de Morse

A aplicação da Escala de Morse resultou numa pontuação total de 15 pontos, correspondendo a um risco nulo de queda. Este resultado encontra-se em consonância com o quadro clínico do utente, que se encontra acamado e totalmente dependente para a mobilidade, sem capacidade de marcha autónoma nem realização de transferências sem apoio integral. A ausência de episódios prévios de queda e o nível de consciência preservado quanto às suas limitações reforçam a consistência deste valor.

Contudo, a vulnerabilidade física associada à imobilidade prolongada mantém relevância no contexto de identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, coexistindo uma necessidade de vigilância contínua durante os cuidados prestados, por forma a prevenir traumatismos acidentais, instabilidade postural e lesões por fricção. Desta forma, a interpretação deste resultado não se deve resumir apenas à pontuação da escala, mas sendo também enquadrado na realidade funcional e neuromuscular do utente, cujo foco de intervenção se centra na segurança, conforto e integridade física.

Escala de Braden (09/09/2025)					
Percepção sensorial	1 – Completamente limitada	2 – Muito limitada	3 – Ligeiramente limitada	4 – Nenhuma limitação	2
Humidade	1 – Pele constantemente húmida	2 – Pele muito húmida	3 – Pele ocasionalmente húmida	4 – Pele raramente húmida	3
Atividade	1 – Acamado	2 – Sentado	3 – Anda ocasionalmente	4 – Anda frequentemente	1
Mobilidade	1 – Completamente limitado	2 – Muito limitado	3 – Ligeiramente limitado	4 – Nenhuma limitação	1

	imobilizado				
Nutrição	1 – Muito pobre	2 – Provavelmente inadequada	3 – Adequada	4 - Excelente	2
Forças de dezlizamento	1 – Problema	2 – Problema potencial	3 – Nenhum problema		2
Total:					11
Legenda: Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto: valor final ≤ 16 ; Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto: valor final ≥ 17 ;					

Tabela 9 – Escala de Braden

Após a aplicação da Escala de Braden – com uma pontuação total de 11 pontos – verifica-se que estamos perante um elevado risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Este resultado coaduna-se com o quadro atual do utente, caracterizado por imobilidade praticamente total, redução da perceção sensorial e limitações importantes do ponto de vista motor. Embora a pele se apresente apenas ocasionalmente húmida, a imobilidade prolongada e a dependência total para a realização de cuidados como posicionamentos e transferências promovem o aumento da probabilidade de desenvolvimento deste tipo de lesões.

A nutrição foi classificada como provavelmente inadequada pela sensação de dispneia e fadiga durante a alimentação, sendo importante recordar que estes constituem os únicos momentos nos quais o utente não se encontra sob suporte ventilatório.

Todos estes elementos reforçam a necessidade de uma vigilância sistemática do tegumento, de um posicionamento cuidadoso e frequente e da utilização de superfícies de apoio adequadas no sentido de preservar o conforto e a integridade física.

O EEER assume um papel central na planificação e implementação de estratégias preventivas individualizadas, assegurando a formação e capacitação dos cuidadores e promovendo o posicionamento terapêutico adequado. Estas intervenções contribuem de forma significativa para a prevenção de complicações, bem como para a preservação da segurança, conforto e integridade física da pessoa cuidada.

7.2. Funcionalidade e autonomia

A avaliação da funcionalidade e autonomia na pessoa com ELA é essencial por forma a planificar as intervenções do EEER. A natureza progressiva e incapacitante da doença remete para uma avaliação sistematizada e de uma vigilância contínua no que diz respeito ao desempenho funcional de cada utente. A mobilização de instrumentos padronizados, como o Índice de Barthel, a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Palliative Performance Scale (PPS), permite quantificar o grau de dependência, identificar necessidades prementes e orientar intervenções que maximizem a autonomia residual, promovendo igualmente o conforto, o bem-estar e a dignidade. As escalas supracitadas proporcionam uma visão integrada da evolução clínica e global da pessoa cuidada, servindo de suporte à tomada de decisão e à adaptação dinâmica do plano de cuidados especializado.

O Índice de Barthel (Anexo 6) constitui um instrumento amplamente utilizado para avaliar o grau de independência na realização de dez atividades de vida diária

Índice de Barthel (09/09/2025)	
Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	0
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
TOALETE 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
UTILIZAÇÃO DO WC 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	0
BANHO 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
MOBILIDADE 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50	5

metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda 0 = Dependente	0
VESTIR/DESPIR 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	5
CONTROLO INTESTINAL 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	5
CONTROLO URINÁRIO 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	5
Legenda: 100 pontos – totalmente independente; 99 a 76 pontos – dependência leve; 75 a 51 pontos - dependência moderada; 50 a 26 pontos – dependência severa; 25 e menos pontos – dependência total.	TOTAL: 20 (dependência total)

Tabela 10 – Índice de Barthel

O resultado obtido - 20 pontos - traduz uma dependência grave na realização das atividades de vida diária (AVD), evidenciando um compromisso significativo decorrente da progressão da ELA.

Dado que a MIF se revela um instrumento mais sensível na deteção de pequenas variações funcionais, especialmente em contextos de dependência grave, optou-se pela sua aplicação complementar, apresentada de seguida (Anexo 7).

MIF – Medida de Independência Funcional	
Autocuidado	09/09/2025
A - Alimentação	2
B – Higiene pessoal	2
C - Banho	2

D - Vestir metade superior	2
E - Vestir metade inferior	2
F – Utilização da sanita	2
Controlo de Esfíncteres	
G – Vesical	4
H - Intestinal	4
Transferência	
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	2
J - Sanitário	2
K - Banheira, duche	2
Locomoção	
L - Marcha, cadeira de rodas	6
M - Escadas	NA
Score sub-total motor	32
Comunicação	
N – Compreensão	7
O – Expressão	7
Cognição Social	
P - Interação social	3
Q - Resolução de problemas	3
R - Memória	7
Score sub-total cognitivo	27
TOTAL	59
Legenda	
	7 – Independência completa (segurança, em tempo normal). Sem ajuda
	6 – Independência modificada (utilização de produto de

	apoio)	
Nível	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 – Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	Ajuda

Tabela 11 – Medida de Independência Funcional

O resultado obtido na MIF oferece robustez ao já identificado no Índice de Barthel. A aplicação de ambas as escalas evidencia uma dependência funcional elevada, o que reflete o impacto progressivo da patologia de base, dados que se coadunam com a evidência científica sobre a mesma.

A conjugação de ambos os instrumentos permite uma leitura mais abrangente do estado funcional do utente, revelando não apenas um quadro de limitação e alteração de natureza motora, como também especifica a necessidade de apoio de terceiros para AVD. Estes resultados sublinham, desta forma, a importância da implementação de um plano de reabilitação dinâmico e ajustado, focado na preservação da autonomia remanescente, na adaptação aos fatores físicos e ambientais, assim como na capacitação da família e cuidadores.

Tal como referido anteriormente, foi igualmente mobilizada a Palliative Performance Scale (PPS), instrumento especificamente direcionado para a avaliação da funcionalidade em contexto paliativo. A PPS, disponível no Anexo 8, expressa o desempenho funcional em percentagens, variando entre 100% (funcionalidade plena) e 0% (morte), contemplando dimensões como a capacidade de deambulação, a realização de atividades, o estado de consciência e a ingestão alimentar. Para além de permitir uma estimativa do ponto de vista de prognóstico, é uma escala que constitui um fundamental suporte de tomada de decisão face ao planeamento dos cuidados, possibilitando ajustar

as intervenções de enfermagem de reabilitação às necessidades e potencial funcional da pessoa. A sua aplicação revelou-se, assim, particularmente pertinente neste contexto, conferindo coerência entre o estado clínico do utente e a priorização das intervenções terapêuticas (Serenio et al., 2022).

Palliative Performance Scale (09/09/2025)					
PPS (%)	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de ingestão alimentar	Nível de consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 60%	Diminuída	Incapaz de realizar hobbies e atividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria dos trabalhos; doença extensa	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade;	Totalmente dependente	Apenas cuidados	Sonolência ou coma com ou

		doença extensa		orais	sem confusão
PPS 0%	Morte				

Tabela 12 – Palliative Performance Scale

O resultado obtido através da aplicação da escala revela traduz um grau de compromisso funcional compatível com o estadió avançado de ELA no qual o utente se encontrava à data. O valor percentual obtido remete para uma necessidade de apoio contínuo para a maioria das tarefas básicas do quotidiano, mantendo, contudo, um nível de consciência preservado e alguma capacidade de interação e participação nos cuidados. A interpretação deste resultado reforça a importância da reabilitação paliativa centrada na maximização da funcionalidade residual, na promoção do conforto e na adaptação das intervenções terapêuticas ao potencial da pessoa e ao contexto familiar, pelo que a PPS se assume como um marcador fundamental na avaliação e monitorização desta população.

7.3. Conforto e sintomatologia

A avaliação do conforto e da sintomatologia na pessoa com ELA constitui uma etapa central do processo de cuidados do EEER. Atendendo à natureza multifatorial e progressiva desta patologia, é essencial recorrer a instrumentos de avaliação que comportem tanto a dimensão física como a dimensão subjetiva do conforto. Neste âmbito, foi aplicada a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), instrumento amplamente utilizado em Cuidados Paliativos e que permite avaliar de forma multidimensional a intensidade de sintomas físicos, psicológicos e espirituais, refletindo a perceção global de bem-estar da pessoa (Anexo 9)

Adicionalmente - e com o objetivo de caracterizar de forma mais detalhada a dispneia e o impacto funcional da limitação respiratória - recorreu-se à *Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire* (PFSDQ), uma ferramenta que avalia a influência da sintomatologia respiratória no desempenho nas AVD e na *performance* funcional global e cujo quadro original é disponibilizado no Anexo 10. A integração destes instrumentos possibilita uma compreensão abrangente e expressiva da vivência

sintomática da pessoa com ELA, orientando intervenções ajustadas e centradas na maximização do conforto, da funcionalidade e da dignidade.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (09/09/2025)												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem fadiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Tabela 13 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Os resultados objetivados através da aplicação da ESAS demonstram, de forma geral, que estamos perante um perfil de sintomas moderado, refletindo o equilíbrio possível entre o controlo dos mesmos e a adaptação psicossocial à doença. A dor (4/10) e

a diminuição do apetite (4/10) revelam queixas físicas persistentes, mas aparentemente controladas, permitindo um nível de conforto satisfatório no momento da avaliação. A pontuação moderada de depressão (5/10), associada a uma ansiedade ligeira (3/10), traduz um impacto emocional expectável numa condição crónica e progressiva.

O baixo nível de cansaço reportado na avaliação inicial (2/10) sugere um adequado ajuste ao regime ventilatório, refletindo estabilidade sintomática naquele momento. Contudo, trata-se de um sintoma suscetível de rápida flutuação em resposta a variações do esforço, posicionamento ou eficácia ventilatória, o que exige vigilância contínua e implementação de intervenções preventivas. Nesse sentido, as estratégias direcionadas à otimização da ventilação, gestão e conservação da energia, bem como a promoção do conforto respiratório assumem um papel fulcral no plano especializado de cuidados da pessoa com ELA.

Globalmente, o índice de bem-estar (5/10) expressa uma perceção estável da qualidade de vida face ao quadro atual, refletindo a importância da abordagem interdisciplinar e da atuação do EEER na manutenção do conforto, na gestão dos sintomas e na promoção da adaptação à condição de dependência.

Avaliação da dispneia (09/09/2025)	
1) Já sentiu falta de ar?	Sim.
2) Quantas vezes por mês sente falta de ar?	Todos os dias.
3) Como se sente na maioria dos dias?	Refere períodos de falta de ar aquando de atividades mais exigentes, como higiene, transferências e posicionamentos. Classificada como 7-8 na Escala de Borg modificada. Em repouso sob suporte ventilatório nega falta de ar.
4) Indique como se sente hoje.	Menciona cansaço e fadiga dentro dos valores normais. Durante a entrevista atribui um valor 2 na Escala de Borg modificada a estes sintomas.
5) Indique como se sente na maioria das atividades de vida diária.	Com sensação de fadiga e dispneia intensas, classificadas como 7-8 na Escala de Borg modificada.

Atividade	Grau de dispneia	Avaliação da fadiga
Escovar o cabelo	3	3
Levantar os braços para cima	4	4
Tomar banho	8	8
Lavar o cabelo	3	3
Vestir a camisa	6	6
Preparar o lanche	NA	NA
Andar em plano inclinado	NA	NA
Subir 3 degraus	NA	NA
Andar 3 metros	NA	NA
Andar em terrenos acidentados	NA	NA

Tabela 14 - Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

A aplicação do PFSDQ sublinha a presença de dispneia de esforço acentuada, com impacto significativo na realização das AVD. O utente refere falta de ar diária, particularmente associada a tarefas que exigem maior esforço físico, classificando a intensidade da dispneia entre 7 e 8 na Escala de Borg modificada. Em repouso sob suporte ventilatório não invasivo, nega dificuldade respiratória, o que demonstra a eficácia compensatória da ventilação e a estabilidade ventilatória basal.

A limitação funcional com expressão específica na componente ventilatória reforça a necessidade de monitorização rigorosa da função respiratória com consequente implementação intervenções de reabilitação respiratória ajustadas, centradas na otimização do conforto e na gestão da fadiga, reforçando simultaneamente a capacitação dos cuidadores para o manuseamento adequado dos dispositivos de suporte ventilatório.

8. ANÁLISE DE ACORDO COM A TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

A génese do plano de cuidados proposto – e que se apresenta de seguida – tem por base os pressupostos apresentados por Katharine Kolcaba, na sua Teoria do Conforto. A autora propõe um referencial abrangente e humanista, centrado nas respostas de

saúde que são providenciadas face às necessidades de conforto físico, psicospiritual, sociocultural e ambiental da pessoa (Kolcaba, 2017).

No contexto da Esclerose Lateral Amiotrófica, este modelo teórico revela uma pertinência essencial, uma vez estarmos perante uma patologia cuja progressiva deterioração motora, dependência ventilatória e vulnerabilidade física e emocional exigem uma abordagem integrada e complexa, que se foque não apenas no controlo sintomático, mas também valorize a experiência subjetiva global da pessoa e sua família/cuidadores.

Os diagnósticos de enfermagem identificados refletem necessidades em múltiplas dimensões do conforto. A intolerância à atividade, o a dependência elevada na realização das AVD e a dispneia a mínimos esforços remetem para a dimensão física, na qual se privilegiam intervenções que promovam o alívio do desconforto respiratório, a otimização do posicionamento terapêutico e a manutenção da funcionalidade residual.

8.1. Contexto Psicoespiritual

No domínio psicoespiritual, o conforto é entendido como um estado de equilíbrio interior, em que a pessoa encontra significado e serenidade perante o sofrimento e a limitação (Kolcaba, 2017).

O utente, apesar de manter um discurso coerente e uma atitude positiva, manifesta episódios de ansiedade e tristeza relacionados com a progressiva perda de funcionalidade e perceção de dependência total de VNI. A aplicação da ESAS revelou valores intermédios de ansiedade (3/10) e depressão (5/10), o que traduz um sofrimento emocional moderado, mas relevante no que toca à elaboração de um plano de cuidados.

Este sofrimento reflete o impacto existencial da ELA, que obriga a pessoa a confrontar-se com uma perda gradual de controlo sobre o próprio corpo e com a antecipação da dependência total. Assim, é fundamental a implementar intervenções que visem a promoção do conforto emocional e espiritual, através do reforço da comunicação empática, valorizando a expressão de sentimentos e a facilitação de práticas significativas para a pessoa.

8.2. Contexto Sociocultural

A componente sociocultural diz respeito às relações interpessoais e aos papéis sociais até então representados pela pessoa, remetendo igualmente para o contexto familiar. Todos estes elementos influenciam de forma decisiva a perceção subjetiva de bem-estar.

O Sr. FA, encontrando-se num contexto de elevada dependência física, reside com a esposa numa vivenda de dois andares, dispondo de condições habitacionais adequadas e de recursos públicos e comunitários nas proximidades, o que facilita a continuidade dos cuidados e a integração social. Mantém uma rede de suporte familiar próxima e envolvida, incluindo a esposa e duas filhas, cuja presença e envolvimento ativo se revelam fatores protetores determinantes para a estabilidade emocional e o sentimento de pertença.

Contudo, a perda de autonomia funcional e o afastamento das atividades laborais e sociais anteriormente desempenhadas – que, tal como é natural, conferiam sentido à sua identidade – geram atualmente sentimentos de inutilidade e isolamento. O utente expressa ainda um profundo sentimento de impotência perante a perda de autonomia e de capacidade de decisão, evidenciando sofrimento pela impossibilidade de continuar a apoiar a família e de exercer o papel de referência e liderança que historicamente lhe era reconhecido.

8.3. Contexto Ambiental

No contexto ambiental, Kolcaba (2017) realça a importância do espaço físico enquanto promotor de segurança, funcionalidade e serenidade.

O Sr. FA encontra-se acamado em contexto domiciliário há cerca de 3 anos, num ambiente adaptado às suas necessidades, com apoio técnico (cadeira de rodas neurológica, cama articulada, elevador, rampas de acesso), contando com apoio informal para a prestação de cuidados diários. As variáveis mencionadas promovem estabilidade, controlo de estímulos e proximidade com as figuras significativas. No entanto, a dependência de tecnologia ventilatória e a necessidade de supervisão constante podem gerar desconforto associado à sensação de vulnerabilidade.

O EEER exerce um papel importante no que diz respeito à implementação de estratégias de adaptação ergonómica do ambiente, com foco na manutenção de um

espaço tranquilo e humanizado, minimizando estímulos nocivos e favorecendo o descanso e o bem-estar global.

9. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Com base na avaliação efetuada, foram identificados diagnósticos de Enfermagem que orientaram a definição de objetivos terapêuticos e a construção de um plano de cuidados especializado, sujeito a reavaliação contínua em função da evolução clínica, sintomática e funcional do Sr. FA.

O plano foi estruturado no sentido de dar resposta às necessidades complexas e progressivas associadas ao contexto patológico da ELA, focando-se na promoção da funcionalidade remanescente, na otimização do conforto e na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade prolongada, bem como da dependência ventilatória.

Pretendeu-se, desta forma, maximizar o potencial funcional, aliviando o sofrimento físico, emocional e espiritual, preservando a dignidade e promovendo a qualidade de vida possível ao utente.

A estruturação do plano de cuidados baseou-se na linguagem normalizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em conformidade com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Importa ainda referir que, antes de cada sessão, foi obtido o consentimento informado do utente para a realização das intervenções propostas. De seguida, apresentam-se os diagnósticos de Enfermagem identificados e a descrição detalhada do plano de cuidados implementado.

Problemas Identificados	Diagnósticos de Enfermagem
- Dependência ventilatória total, com necessidade de suporte ventilatório não invasivo (VNI) contínuo, apenas suspenso para refeições. - Alteração da mecânica respiratória: tórax globoso, respiração toracoabdominal e superficial, o que revela redução da expansibilidade e fadiga dos músculos respiratórios; - Hiperinsuflação com som hipersonante à	Ventilação comprometida

percussão a revelar aumento do volume residual rigidez da caixa torácica.	
- Dispneia aos mínimos esforços, evidenciada durante cuidados de higiene, posicionamentos e transferências, classificada como 7-8 na Escala de Borg modificada; - Fadiga acentuada durante atividades básicas de vida diária, traduzindo limitação funcional significativa; - Dependência ventilatória total, com necessidade de suporte ventilatório não invasivo (VNI) contínuo, apenas suspenso para refeições; - Fraqueza muscular generalizada e espasticidade associadas à evolução patologia de base; - Redução da mobilidade e da amplitude torácica, com respiração superficial e compromisso ao nível da ventilação alveolar; - Índice de Barthel de 20 (dependência grave) e MIF de 57 (dependência elevada), refletindo limitação significativa no desempenho das AVD; - PPS de 40%, traduzindo compromisso funcional e necessidade de apoio contínuo.	Intolerância à atividade
- Presença de roncos no hemitórax direito; - Padrão de tosse ineficaz associada à fraqueza dos músculos expiratórios. Prescrição de <i>cough-assist</i> para realizar 3x/dia e em S.O.S.; - Respiração superficial e toracoabdominal, com reduzida expansibilidade torácica, influenciando de forma negativa a <i>compliance</i> pulmonar; - Padrão de hiperinsuflação com retenção aérea, favorecendo a estase de secreções, associado a aumento do risco de atelectasias e de infeções respiratórias.	Limpeza das vias aéreas comprometida
Contexto físico: - Dependência total de suporte ventilatório não invasivo, com aumento do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão nas regiões do mento e da pirâmide nasal, relacionadas com a pressão e o uso prolongado da interface; - Dispneia aos mínimos esforços, fadiga e	Conforto comprometido

fraqueza muscular progressiva, com impacto na percepção de bem-estar;

- Dor moderada (4/10) e redução do apetite (4/10), segundo a ESAS, evidenciando desconforto físico persistente;

- Alterações do sono e repouso associadas ao uso contínuo da VNI e à necessidade de vigilância noturna.

Contexto psicoespiritual:

- Ansiedade (3/10) e depressão (5/10) identificadas na ESAS, associadas à perda de funcionalidade e à progressão da doença;

- Sentimento de impotência e perda de controlo pela impossibilidade de apoiar a família e manter o papel decisor anteriormente desempenhado;

- Sofrimento emocional ligado à redefinição da identidade pessoal, agora marcada pela dependência e limitação física.

Contexto sociocultural:

- Isolamento social relativo condicionado pela limitação física e dificuldades em manter uma comunicação fluída pela dependência total de VNI;

- Alteração dos papéis sociais e familiares, com impacto na autoestima e no sentimento de pertença;

- Rede de suporte familiar presente, mas necessidade de estratégias que reforcem o envolvimento e a comunicação afetiva.

Contexto ambiental:

- Ambiente doméstico estruturado e adaptado às necessidades atuais, mas necessidade de antecipar futuras dificuldades, realizando ajustes ergonómicos e logísticos no sentido de promover o conforto;

- Importância de uma adequada harmonização do ambiente físico (iluminação, ventilação, ruído) no sentido de potenciar o bem-estar global.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
Ventilação comprometida	- Melhorar a ventilação alveolar, promovendo maior expansão torácica e um padrão respiratório mais eficiente; - Reduzir a sensação de dispneia em atividades básicas e durante desconexões breves da VNI; - Manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenindo retenção de secreções e, por conseguinte, infeções respiratórias; - Otimizar o uso da VNI, garantindo adesão, eficácia e prevenção de lesões associadas à interface; - Retardar o declínio respiratório funcional, apoiando-se nas estratégias validadas na literatura; - Promover conforto respiratório tendo por base os pressupostos da Teoria de Katharine Kolcaba.	- Monitorizar consciência através da Escala de Coma de Glasgow; - Monitorizar sinais vitais e SpO2 (antes e após a realização da sessão); - Realizar exame físico; - Monitorizar grau de dispneia segundo a escala de Borg Modificada; - Otimizar a ventilação através da técnica de posicionamento; - Ensino, instrução e treino de consciencialização e controlo ventilatório; - Executar técnica de respiração diafragmática; - Executar técnica de reeducação costal global sem bastão; reeducação costal seletiva (adução-abdução e antero-lateral); - Gerir ventiloterapia; - Avaliar capacidade de gerir ventiloterapia; - Executar inaloterapia; - Otimizar inaloterapia.	09-09-2025: - Utente consciente, colaborante e orientado nas três vertentes. Escala de Coma de Glasgow: 15 pontos; - Sob suporte ventilatório não invasivo contínuo (IPAP 17 / EPAP 7; FR programada: 16 cpm). Frequência respiratória em repouso entre 16–18 cpm. SpO₂ 97%; - Dispneia intensa aquando da desconexão de VNI para facilitar a comunicação (Borg = 7). Refere dispneia de igual intensidade durante cuidados de higiene, transferências e reposicionamentos; - Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente; ronos ligeiros no hemitórax direito, compatíveis com retenção de secreções brônquicas. Ausência de outros ruídos adventícios; - Monitorizar integridade cutânea (nariz, mento, zigomáticos); - Avaliar conforto durante a VNI e ajustar posicionamento; - Reforçados ensinamentos relativos ao manuseamento e otimização do uso de VNI, incluindo inspeção diária da interface, higienização do material e verificação da integridade cutânea. Tanto o utente como a esposa demonstraram elevado nível de literacia e autonomia na gestão da ventilação não invasiva, dado o uso prolongado e habitual deste suporte. 16-09-2025: - Avaliação sobreponível à anterior; - Iniciado programa de RFR Técnica de posicionamento - Posição de descanso e relaxamento; Correção Postural (Fowler, semi-Fowler ou cadeirão com apoio torácico); Assistir e treinar o utente a otimizar a ventilação através de técnicas respiratórias (dissociação dos tempos respiratórios, promovendo a expiração com lábios semicerrados; respiração abdomino-diafragmática) 2 séries de 10 repetições; Reeducação abdomino-diafragmática 2 séries de 10 repetições;

			Reeducação de hemicúspulas 2 séries de 10 repetições em cada hemicúpula; Reeducação costal global sem bastão – com automobilização 1 série de 10 repetições; Abertura costal seletiva esquerda sem resistência 1 série de 10 repetições; Abertura costal seletiva à direita sem resistência 1 série de 10 repetições; - Estímulo à respiração mais eficiente durante os breves períodos de desconexão da VNI; - Ensinos sobre estruturação prévia de pausas durante mobilizações e cuidados de higiene, prevenindo episódios de exacerbação da dispneia; - Minimização de estímulos externos e reforço de sensação de segurança durante o treino. 23-09-2025: - Melhoria da compliance pulmonar, com maior expansibilidade torácica observável à inspeção e palpação; - Redução da frequência respiratória basal para 14 ciclos por minuto, mantendo padrão ventilatório mais regular; - Sincronização eficaz com os parâmetros do VNI, sem episódios de assincronia; - Dispneia classificada como 6/10 na escala de Borg modificada durante cuidados de higiene, posicionamentos e transferências (anteriormente 7–8); - Melhor tolerância aos períodos de desconexão da VNI (permaneceu 30 minutos sem VNI após o lanche dois dias antes, com boa adaptação e sem queixas de dispneia intensa); - Respiração mais coordenada com aumento da participação diafragmática e menor uso de musculatura acessória; - Maior capacidade de manter ritmo ventilatório estável mesmo durante mobilizações; - Boa aceitação do programa de RFR e adequada colaboração na execução das
--	--	--	--

			técnicas.
Intolerância à atividade	- Demonstrar conhecimentos sobre estratégias de conservação de energia; - Aplicar técnicas de conservação de energia na realização das AVD; - Aderir de forma ativa ao programa de RFR adaptado à sua capacidade funcional.	- Educação e treino em estratégias de conservação de energia; - Adaptação das atividades ao estado global do utente e modificação do ambiente em função disso; - Monitorização da resposta ao esforço através da aplicação da Escala de Borg modificada antes, durante e após as intervenções implementadas; - Informar sobre utilização de equipamentos de apoio como estratégia de conservação de energia; - Executar técnicas de RFR - Gerir ventiloterapia; - Planear repouso.	09-09-2025: - Utente consciente, colaborante e orientado nas três vertentes. Escala de Coma de Glasgow: 15 pontos; - Sob suporte ventilatório não invasivo contínuo (IPAP 17 / EPAP 7; FR programada: 16 cpm). Frequência respiratória em repouso entre 16-18 cpm. SpO₂ 97%; - Dispneia intensa aquando da desconexão de VNI para facilitar a comunicação (Borg = 7). Refere dispneia de igual intensidade durante cuidados de higiene, transferências e reposicionamentos; - Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente; roncos ligeiros no hemitórax direito, compatíveis com retenção de secreções brônquicas. Ausência de outros ruídos adventícios; 16-09-2025: - Avaliação sobreponível à anterior; - Iniciado programa de RFR Técnica de posicionamento - Posição de descanso e relaxamento; Correção Postural (Fowler, semi-Fowler ou cadeirão com apoio torácico); Assistir e treinar o utente a otimizar a ventilação através de técnicas respiratórias (dissociação dos tempos respiratórios, promovendo a

			expiração com lábios semicerrados; respiração abdomino-diafragmática) 2 séries de 10 repetições; Reeducação abdomino-diafragmática 2 séries de 10 repetições; Reeducação de hemicúpulas 2 séries de 10 repetições em cada hemicúpula; Reeducação costal global sem bastão – com automobilização 1 série de 10 repetições; Abertura costal seletiva esquerda sem resistência 1 série de 10 repetições; Abertura costal seletiva à direita sem resistência 1 série de 10 repetições; - Estímulo à respiração mais eficiente durante os breves períodos de desconexão da VNI; - Ensinos sobre estruturação prévia de pausas durante mobilizações e cuidados de higiene, prevenindo episódios de exacerbação da dispneia; 23-09-2025: - Manutenção das técnicas de RFR acima mencionadas; - Participação mais ativa nas AVD com menor instalação de fadiga; - Execução mais eficiente das transições posturais, com menor descoordenação ventilatória; - Dispneia classificada como 6/10 na escala de Borg modificada durante cuidados de higiene, posicionamentos e transferências (anteriormente 7-8); - Demonstra maior consciência corporal e capacidade de ajustar posições para reduzir esforço respiratório; - Frequência respiratória em esforço ligeiro moderadamente mais baixa e mais estável; - Melhoria na <i>compliance</i> pulmonar, refletida numa respiração mais coordenada e menos superficial; 30-09-2025:
--	--	--	---



			- Manutenção das técnicas de RFR acima mencionadas; - Identifica adequadamente os momentos para realizar pausas, antes do limiar de dispneia intensa; - Mostra satisfação com o progresso, verbalizando sensação de maior controlo nas atividades; - Demonstra confiança crescente na realização das tarefas com apoio do cuidador, sem aumento de ansiedade respiratória. - Redução da ansiedade associada ao esforço respiratório.
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
Limpeza das vias aéreas comprometida	- Otimizar a mobilização e expulsão de secreções, promovendo a permeabilidade das vias aéreas; - Promover uma tosse mais eficaz, potenciando as pressões expiratórias máximas e a depuração brônquica; - Reduzir o esforço respiratório associado à presença de secreções e minimizar episódios de dispneia induzidos pela acumulação das mesmas; - Diminuir o risco de complicações respiratórias, nomeadamente atelectasias e infeções respiratórias; - Promover autonomia e autoeficácia na aplicação de estratégias de higiene brônquica (técnicas ativas, posições facilitadoras, coordenação respiração-movimento); - Adequar e otimizar o uso de dispositivos de apoio, como <i>Cough-Assist</i>, incentivando um padrão respiratório mais eficiente.	- Vigiar o tossir (eficaz/não eficaz; espontâneo ou induzido; intensidade; sinais de fadiga respiratória associados); - Vigiar expetoração (cor, quantidade, viscosidade, periodicidade, facilidade/dificuldade em mobilizar as secreções provenientes das bases pulmonares); - Realizar auscultação pulmonar; - Gerir e otimizar a inaloterapia; - Planear e promover uma ingesta hídrica adequada e ajustada ao estado clínico; - Ensino, instrução e treino do ciclo da tosse, incluindo tosse dirigida e tosse assistida, bem como treino de coordenação ventilatória para otimizar a fase inspiratória antes da tosse e aumentar a pressão de expulsão; - Ensino, instrução e treino sobre estratégias de posicionamento facilitador – adoção de posições de drenagem espontânea ou posturas que favoreçam a expansão torácica e o escoamento gravitacional das secreções; - Ensino, instrução e treino relacionado com técnicas instrumentais, como o cough-assist.	09-09-2025: - Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente; roncos ligeiros no hemitórax direito, compatíveis com retenção de secreções brônquicas. Ausência de outros ruídos adventícios; - Verbaliza renitência relativamente ao uso do cough-assist, expressando a crença de que a técnica não teria eficácia no seu quadro clínico atual. Mantém tosse pouco eficaz, com dificuldade em mobilizar e expelir secreções, essencialmente acumuladas nas bases; - Realizado ensino estruturado com processo de desmistificação sobre os benefícios e objetivos da técnica, reforçando a sua importância no que diz respeito à prevenção de retenção de secreções e complicações associadas. 16-09-2025: - Iniciado programa de RFR - Técnica de posicionamento - Posição de descanso e relaxamento; - Correção Postural (Fowler, semi-Fowler ou cadeirão com apoio torácico); - Assistir e treinar o utente a otimizar a ventilação através de técnicas respiratórias (dissociação dos tempos respiratórios, promovendo a expiração com lábios semicerrados; respiração abdomino-diafragmática) 2 séries de 10 repetições; - Reeducação abdomino-diafragmática 2 séries de 10 repetições; - Reeducação de hemicúpulas 2 séries de 10 repetições em cada hemicúpula; - Reeducação costal global sem bastão – com automobilização 1 série de 10 repetições; - Abertura costal seletiva esquerda

			sem resistência 1 série de 10 repetições; Abertura costal seletiva à direita sem resistência 1 série de 10 repetições; CATR — Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias, com o utente sentado à beira da cama e sem suporte de VNI, otimizando a mobilização de secreções do montante para o jusante, com boa compreensão e colaboração. Observou-se mobilização eficaz das secreções para segmentos superiores, com redução da sensação de congestão. Nota: A evidência analisada sobre o treino respiratório na ELA, particularmente no treino dos músculos inspiratórios e expiratórios (Pinto, 2012; Plowman, 2019), demonstra que estas intervenções são mais eficazes e exequíveis em fases iniciais a intermédias da doença, sobretudo em pessoas com Capacidade Vital preservada ($\geq 65-70\%$) e maior reserva funcional. Os protocolos avaliados, recorrendo a cargas resistivas com dispositivos como o <i>Threshold</i> ou <i>PowerBreathe</i>, revelaram benefícios na manutenção da função pulmonar e na eficácia da tosse. Contudo, no presente estudo de caso, o estadio avançado da doença limitou a possibilidade de implementar treinos resistivos estruturados semelhantes aos validados nos estudos. Assim, foram aplicadas apenas as intervenções respiratórias adequadas ao estado clínico do Sr. FA. Esta discrepância entre a evidência disponível e a prática viável reforça a importância da referenciação precoce para as equipas de Enfermagem de Reabilitação, permitindo intervir antes da perda
--	--	--	--

			irreversível da função respiratória e maximizar o potencial dos programas de treino validados cientificamente. 23-09-2025: - Refere alívio significativo no que diz respeito a congestão brônquica. A realizar cough-assist no mínimo 1x/dia; - Redução da dispneia durante esforço leve a moderado (Borg 6/10, previamente 7–8/10), sugerindo menor carga ventilatória e possível diminuição da resistência ao fluxo aéreo após mobilização eficaz de secreções; - Manutenção do plano anteriormente implementado. 30-09-2025: - Melhor tolerância aos períodos curtos de desconexão da VNI, mantendo ventilação espontânea mais eficaz e sem queixas de dispneia intensa, o que é compatível com menor retenção de secreções; - Respiração mais coordenada, com maior participação diafragmática e menor recrutamento de musculatura acessória, indicativo de um padrão ventilatório mais eficiente após intervenções de higiene brônquica; - Capacidade aumentada para manter ritmo ventilatório estável durante mobilizações e cuidados, sugerindo redução da obstrução fisiológica causada por secreções, melhor permeabilidade brônquica e maior eficácia da tosse dirigida/assistida realizada previamente; - Manutenção do plano anteriormente implementado.
--	--	--	--

			Nota: apesar da renitência inicial ao <i>cough-assist</i>, a educação/desmistificação e a posterior realização de CATR mostraram mobilização efetiva de secreções. Isto é coerente com a evidência que atribui ao <i>Cough-Assist</i> (e às técnicas ativas de higiene) um papel na redução da estase e prevenção de complicações (Sancho et al., 2016).
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
Conforto comprometido	- Promover conforto físico, minimizando sintomas respiratórios, fadiga e desconforto associado ao uso contínuo de VNI (Dimensão: Física — Alívio / Tranquilidade); - Otimizar o conforto psicoespiritual, reforçando sentimentos de segurança, controlo possível e significado de vida, reduzindo ansiedade relacionada com a perda progressiva de funcionalidade e dependência de terceiros para a realização das AVD. (Dimensão: Psicoespiritual — Tranquilidade / Transcendência); - Promover conforto	- Avaliar o conforto nos diversos contextos definidos pela Teoria de Kolcaba; - Utilizar escalas validadas para monitorização regular: ESAS, PPS e PFSDQ; - Otimizar os posicionamentos para alívio de pressão, facilitação da ventilação e redução de dor/desconforto associado ao interface de VNI; - Ensinar treinar estratégias de conservação de energia que minimizem fadiga e dispneia; - Integrar técnicas respiratórias que reforcem sensação de	09-09-2025: - Aplicada ESAS (Sem dor = 4; Sem fadiga = 2; Sem náusea = 0; Sem depressão = 5; Sem ansiedade = 3; Sem sonolência = 1; Muito bom apetite = 4; Boa sensação de bem-estar = 5; Sem falta de ar = 2; Melhor sensação de bem-estar possível = 5/10); - Avaliada funcionalidade através da aplicação do PPS = 40%; - Avaliado PFSDQ -> dispneia de esforço acentuada com impacto significativo na realização das AVD; - Avaliar tónus muscular através da aplicação da Escala de Ashworth Modificada; - Execução de técnica de exercício muscular

	sociocultural através de uma comunicação eficaz com a família, preservando o papel relacional do utente e incentivando a participação ativa nas decisões sobre o seu plano de cuidados. (Dimensão: Sociocultural — Tranquilidade / Transcendência); - Promover conforto ambiental, ajustando o ambiente físico (ruído, estímulos, temperatura, luz, organização espacial) por forma a favorecer o descanso, a segurança e uma experiência positiva de cuidados. (Dimensão: Ambiental — Alívio / Tranquilidade); - Promover estratégias de adaptação funcional, apoiando o utente na gestão de energia, na otimização das capacidades remanescentes e no uso seguro de ajudas técnicas e suporte ventilatório. (Dimensões: Física e Sociocultural — Tranquilidade); - Potenciar uma experiência global de conforto, articulando intervenções que integrem as quatro dimensões do referencial teórico de Kolcaba, garantindo que o utente perceciona melhoria subjetiva do bem-estar. (Conforto holístico — Alívio, Tranquilidade e Transcendência).	segurança e controlo ventilatório; - Demonstrar disponibilidade terapêutica, validando emoções e promovendo expressão de sentimentos relacionados com perda funcional e dependência; - Promover esperança ajustada e realista, reforçando conquistas terapêuticas e recursos internos; - Apoiar práticas e crenças espirituais significativas para o utente, quando aplicável; - Incentivar a presença e participação da família, promovendo comunicação eficaz entre todos os elementos incluídos na prestação de cuidados; - Educar família e cuidadores relativamente ao suporte ventilatório, técnicas de posicionamento e transferências, bem como relativamente ao controlo de sintomas; - Promover independência no autocuidado dentro das capacidades remanescentes, reforçando a dignidade e participação ativa; - Ajustar o ambiente físico (ruído, luminosidade, temperatura, organização do espaço) para favorecer descanso, segurança e bem-estar; - Criar ambiente previsível, estruturado e com baixo estímulo sensorial durante períodos de maior dispneia ou ansiedade.	e articular, nomeadamente: — Exercícios passivos ao nível da articulação coxofemoral, joelho, tibiotársica e dedos dos pés 1 série de 10 repetições cada; — Exercícios ativos-assistidos ao nível da escápulo-umeral, cotovelo, punho e dedos das mãos 1 série de 10 repetições cada. 23-09-2025: - Melhoria global na perceção subjetiva de conforto, coadunando-se com menor expressão de ansiedade durante períodos de desconexão da VNI e nas mobilizações. Refere sentir-se “mais seguro” e “com mais controlo” sobre a respiração, o que reforça o conforto psicoespiritual previsto por Kolcaba; - Redução da dispneia durante a realização das AVD (Borg 6/10; previamente 7–8/10), contribuindo para maior conforto físico e menor sensação de ameaça relacionada com a insuficiência respiratória; - Identificou-se melhor tolerância ao esforço com menor fadiga e maior autonomia possível nas AVDs, repercutindo-se em maior conforto físico e sociocultural pela redução da dependência imediata; - Manutenção do plano anteriormente implementado. 30-09-2025: - Melhor capacidade de autorregulação emocional, especialmente durante exercícios respiratórios ou situações de maior vulnerabilidade, traduzindo maior conforto psicoespiritual e melhor adaptação ao ambiente; - Família refere maior envolvimento, o que expressa maior coesão e suporte emocional, favorecendo a dimensão sociocultural do conforto, diminuindo o sentimento de sobrecarga e de insegurança; - O utente mantém boa adesão às intervenções propostas, implementando estratégias de conservação de energia, potenciando sensação de eficácia e aumentando o conforto ambiental e funcional;
--	--	---	--

			- No domínio do conforto ambiental, o utente referiu sentir-se “mais aliviado” com ajustes no posicionamento, apoio postural e otimização do espaço; - Manutenção do plano anteriormente implementado.
--	--	--	---

10. CONCLUSÃO

O presente estudo de caso evidencia, de forma clara e objetiva, a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção do conforto e funcionalidade da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) num estadio avançado e em contexto paliativo. Através de uma abordagem global, individualizada e centrada na otimização da função respiratória e motora, foi possível alcançar ganhos efetivos que reforçam o contributo único e diferenciado da Enfermagem de Reabilitação no percurso e na progressão de uma doença neurodegenerativa.

A implementação de um programa estruturado de reabilitação com foco na Reeducação Funcional Respiratória (RFR) permitiu melhorar a coordenação ventilatória, aumentar a eficiência da respiração e reduzir a intensidade dos episódios de dispneia durante a realização das atividades de vida diária do Sr. FA. Observou-se uma maior tolerância aos períodos de desconexão da Ventilação Não Invasiva (VNI), a redução das frequências respiratórias em repouso e um padrão ventilatório mais coordenado, com aumento da excursão diafragmática. Estes resultados traduzem não apenas uma melhoria objetiva da mecânica ventilatória, mas também um aumento subjetivo da sensação de segurança, diretamente relacionado com o conforto físico da pessoa.

No que se refere à limpeza das vias aéreas, o ensino, desmistificação e treino de técnicas como o ciclo ativo de técnicas respiratórias e o recurso ao *cough-assist* contribuíram para uma mobilização mais eficaz das secreções, reduzindo o risco de infeções respiratórias e prevenindo complicações frequentes associadas a uma patologia desta natureza. A capacitação do Sr. FA e da esposa desempenhou um papel fundamental durante todo o processo, reforçando a dimensão psicoespiritual do conforto através da redução do medo associado à dispneia e à sensação de perda de controlo.

À luz da Teoria de Kolcaba (2017), a intervenção permitiu melhorar o conforto nas suas várias dimensões:

- Física, pela otimização da ventilação, alívio sintomático e prevenção de complicações respiratórias;
- Psicoespiritual, através do reforço da esperança realista, do apoio emocional contínuo e da validação das necessidades e receios do Sr. FA;

- Sociocultural, pelo envolvimento ativo da família na gestão dos cuidados e pela promoção de uma comunicação eficaz durante períodos de maior limitação funcional;
- Ambiental, pela adequação do espaço aos períodos de desconexão da VNI, pelo controlo de estímulos e pela criação de um ambiente seguro e tranquilizador.

Importa destacar que nem todas as intervenções presentes na literatura puderam ser implementadas. O estadio avançado da doença, caracterizado por marcada fraqueza global, dependência funcional quase total e fadiga extrema, limitou significativamente a aplicabilidade de estratégias motoras ou de treino físico mais abrangentes. Assim, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação clinicamente seguras centraram-se apenas na ventilação não invasiva no *cough assist* e no treino respiratório direcionado, medidas fundamentais para a manutenção do conforto respiratório, prevenção de complicações e otimização da ventilação.

Do ponto de vista reflexivo, este estudo de caso reforça igualmente a importância da referenciação precoce para as equipas de Cuidados Paliativos, não sendo essa referenciação impeditiva para uma referenciação para as equipas de Enfermagem de Reabilitação. A intervenção especializada revela-se essencial não apenas para retardar a deterioração funcional e o declínio clínico, mas sobretudo para proporcionar conforto e dignidade num percurso marcado por grande vulnerabilidade.

Desta forma, sublinha-se que, mesmo perante uma doença progressiva e limitante como a ELA, a reabilitação em cuidados paliativos deve ser encarada como um propósito fundamental para a promoção do bem-estar global da pessoa, conferindo-lhe a possibilidade de manter um papel ativo no seu processo de transição e contribuindo para uma experiência de cuidado mais humanizada e centrada naquilo que verdadeiramente importa: o conforto e a qualidade de vida.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67(2), 206–207.

<https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

Costa, A., & Othero, M. (2014). Reabilitação em cuidados paliativos. Loures: Lusodidacta.

Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research and practice* (4ª ed., pp. 196-211). China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente (1.ª Edição). Lusociência.

Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2022). Anatomia orientada para a clínica (8.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), [Manual de cuidados paliativos](#) (2ª ed., pp. 1–35). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Pinto, S., Swash, M., & Carvalho, M. D. (2012). Respiratory exercise in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 13, 33–43.

<https://doi.org/10.3109/17482968.2011.626052>

Plowman, E. K., Tabor-Gray, L., Rosado, M., Vasilopoulos, T., Robison, R., Chapin, J. L., ... & Gooch, C. (2019). Impact of expiratory strength training in amyotrophic lateral sclerosis: Results of a randomized, sham-controlled trial. *Muscle & Nerve*, 59, 40–46.

<https://doi.org/10.1002/mus.26292>

Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 - II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Sancho J, Bures E, de La Asuncion S, Servera E. Effect of HighFrequency Oscillations on Cough Peak Flows Generated by Mechanical In-Exsufflation in Medically Stable Subjects With Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Respir Care*. 2016; 61(8):1051-8.
<https://doi.org/10.4187/respcare.04552>

Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., Afonso, T. S., & Capelas, M. L. (2022). *PPS PT – Escala de avaliação do desempenho do doente em cuidados paliativos*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.

Van Es, M. A., Hardiman, O., Chio, A., Al-Chalabi, A., Pasterkamp, R. J., Veldink, J. H., & van den Berg, L. H. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet*, 390(10107), 2084–2098.

World Health Organization (OMS). (2002). Definition of palliative care. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Anexo 2 – Escala de Força Muscular (MRC – Medical Research Council)

Escala de Força Muscular (MRC-Medical Research Council)	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Anexo 3 – Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth	
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.



Anexo 4 – Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não = 0 Sim = 25	
2. Diagnósticos secundários. Não = 0 Sim = 15	
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas = 0 Muletas/canadianas/bengala/andairilho = 15 Apoia-se no mobiliário para andar = 30	
4. Terapia intravenosa Não = 0 Sim = 20	
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel = 0 Debilidade = 10 Dependente de ajuda = 20	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades = 0 Esquece-se das suas limitações = 15	
Legenda: Sem risco (0-24 pontos); Baixo risco (25-50 pontos); Alto risco (> ou = 51 pontos).	

Anexo 5 – Escala de Braden

Escala de Braden					
Percepção sensorial	1 – Completamente limitada	2 – Muito limitada	3 – Ligeiramente limitada	4 – Nenhuma limitação	
Humidade	1 – Pele constantemente húmida	2 – Pele muito húmida	3 – Pele ocasionalmente húmida	4 – Pele raramente húmida	
Atividade	1 – Acamado	2 – Sentado	3 – Anda ocasionalmente	4 – Anda frequentemente	
Mobilidade	1 –	2 – Muito	3 – Ligeiramente	4 – Nenhuma	



	Completamente imobilizado	limitado	imitado	limitação	
Nutrição	1 – Muito pobre	2 – Provavelmente inadequada	3 – Adequada	4 - Excelente	
Forças de dezlizamento	1 – Problema	2 – Problema potencial	3 – Nenhum problema		
Total:					
Legenda: Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto: valor final ≤ 16 ; Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto: valor final ≥ 17 ;					

Anexo 6 - Índice de Barthel

Índice de Barthel	
Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	
TOALETE 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	
UTILIZAÇÃO DO WC 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	
BANHO 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	
MOBILIDADE 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	



SUBIR E DESCER ESCADAS 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda 0 = Dependente	
VESTIR/DESPIR 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	
CONTROLO INTESTINAL 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
CONTROLO URINÁRIO 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	
Legenda: 100 pontos – totalmente independente; 99 a 76 pontos – dependência leve; 75 a 51 pontos - dependência moderada; 50 a 26 pontos – dependência severa; 25 e menos pontos – dependência total.	

Anexo 7 – Medida de Independência Funcional

MIF – Medida de Independência Funcional	
Autocuidado	Avaliação
A - Alimentação	
B – Higiene pessoal	
C - Banho	
D - Vestir metade superior	
E - Vestir metade inferior	
F – Utilização da sanita	
Controlo de Esfíncteres	

G – Vesical	
H - Intestinal	
Transferência	
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	
J - Sanitário	
K - Banheira, duche	
Locomoção	
L - Marcha, cadeira de rodas	
M - Escadas	
Score sub-total motor	
Comunicação	
N – Compreensão	
O – Expressão	
Cognição Social	
P - Interação social	
Q - Resolução de problemas	
R - Memória	
Score sub-total cognitivo	
TOTAL	
Legenda	
	7 – Independência completa (segurança, em tempo normal). Sem ajuda
	6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)



Nível	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço)	Ajuda
	5 – Supervisão	
	4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$)	
	3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço)	
	2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)	
	1 – Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	

Anexo 8 – Palliative Performance Scale

PPS (%)	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de ingestão alimentar	Nível de consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 60%	Diminuída	Incapaz de realizar hobbies e atividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria dos trabalhos; doença	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem



		extensa			confusão
PPS 30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Apenas cuidados orais	Sonolência ou coma com ou sem confusão
PPS 0%	Morte				

Anexo 9 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem fadiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível



Melhor sensação de bem-estar possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Anexo 10 – Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire

Avaliação da dispneia	
1) Já sentiu falta de ar?	
2) Quantas vezes por mês sente falta de ar?	
3) Como se sente na maioria dos dias?	
4) Indique como se sente hoje.	
5) Indique como se sente na maioria das atividades de vida diária.	

Atividade	Grau de dispneia	Avaliação da fadiga
Escovar o cabelo		
Levantar os braços para cima		
Tomar banho		
Lavar o cabelo		
Vestir a camisa		
Preparar o lanche		
Andar em plano inclinado		
Subir 3 degraus		
Andar 3 metros		
Andar em terrenos acidentados		

APÊNDICE 5 - Apresentação do Estudo de caso “Funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”

Estudo de Caso

FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Rui Filipe Mendes
Mestrando em Enfermagem de Reabilitação



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA



EEER orientadoras:
Cátia Sebastião e
Mónica Pinto

Docente Orientador:
Gonçalo Rosa

10 de julho 2025

Sumário

1	2	3	4
• Contexto de Ensino Clínico; • Competências específicas do EEER; • Teoria do conforto de Katharine Kolcaba.	• Apresentação da utente: ◦ Colheita de dados; ◦ Exame Físico; ◦ Avaliação: neurológica, motricidade, respiratória e funcionalidade.	• Plano de Cuidados.	• Reflexão final.

1. Contexto Ensino Clinico

- Equipa de Enfermagem de Reabilitação da Unidade de Infecção Respiratória do Hospital Pulido Valente – ULS Santa Maria (Piso 2), uma equipa dedicada à prestação de cuidados especializados à pessoa com Bronquiectasias e à Pessoa com Micobactéria Não Tuberculosa;
- Presença de 1 EEER no Piso 3 – Internamento de Pneumologia Geral - 10 camas - e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos Agudos (UICPA) – 8 camas - com atuação diária em dias úteis, entre as 08h00 e as 16h00.

3

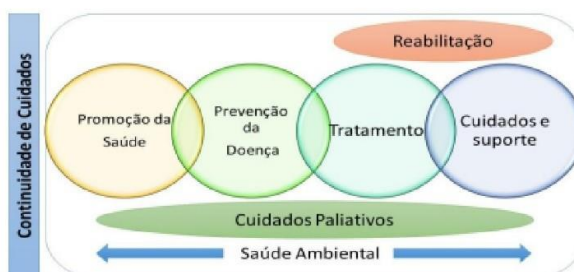
Regime das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

(Regulamento n.º 392/2019)

3 domínios centrais:

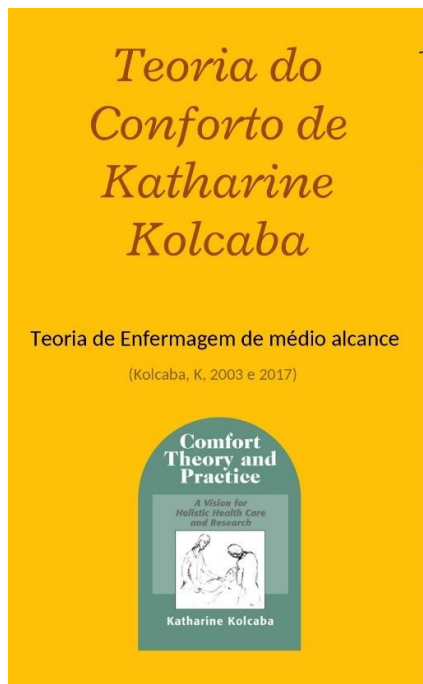
1. Avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1),
2. Capacitação para reinserção e cidadania (J2)
3. Maximização da funcionalidade (J3).

Estes elementos estruturam o papel do EEER na pessoa em situação paliativa, adaptando planos de cuidados que integram o alívio de sintomas, a promoção da autonomia, a reabilitação funcional e o suporte emocional, atendendo em aspetos fundamentais como o conforto e a qualidade de vida.



Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022. Recuperado de https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/paliativos/#tab_documento-2

4



Conforto

ação mais preponderante
nos cuidados prestados

Doente
Ambiente
Saúde
Enfermagem

Estrutura
taxonómica do
Conforto

Estado Contexto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Social			
Ambiental			

Fonte: adaptado de Kolcaba (2017, p.199)

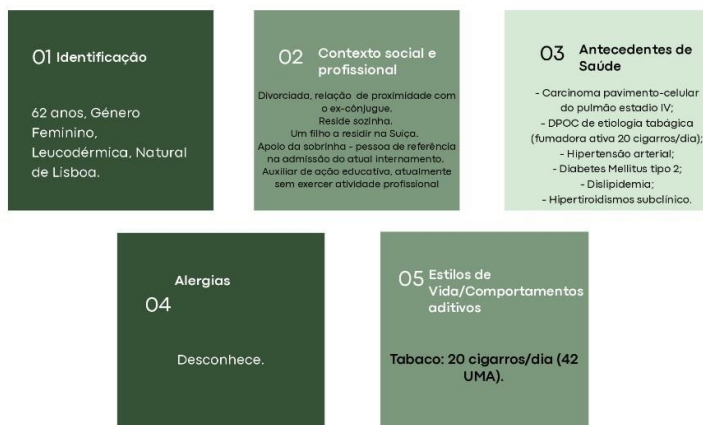
5

A colheita de dados foi realizada em estrito respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem, tendo obtido o consentimento informado da utente, com garantia do sigilo e confidencialidade ao longo de todo o processo. Adicionalmente, foi consultado o processo clínico, permitindo um aprofundamento do conhecimento acerca da sua situação de saúde-doença.

6

2. Apresentação da Utente

Colheita de Dados



7

2. Apresentação da Utente

Colheita de Dados

06 História da doença atual

- 22/05/2025 - Submetida a colocação de prótese traqueal com extensão aos brônquios principais;
- 24/05/2025 - Inicia quadro de dispneia, náuseas e tosse com expectoração acastanhada;
- 24/05/2025 - Tomografia Computorizada Torácica (TAC-Tórax) que revelou imagem sugestiva de hemorragia alveolar;
- 25/05/2025 - Admissão na UICPA para estabilização clínica e controlo sintomatológico.

8

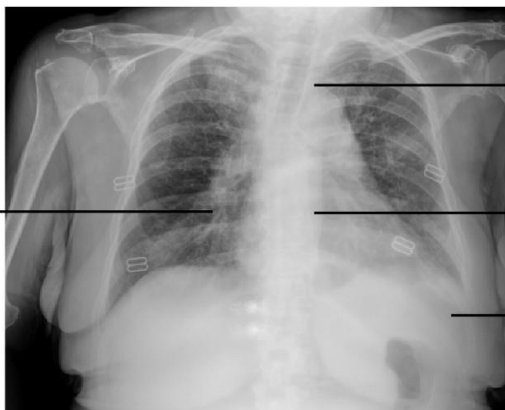
2. Apresentação da Utente

Colheita de Dados

07 Exames Complementares de Diagnóstico

Radiografia ao tórax 24/05/2025

Reforço hilar compatível com hemorragia alveolar



Presença de material metálico compatível com prótese traqueal visível na região da traqueia e brônquios principais. Ligeiro desvio da traqueia

Massa mediastínica

Sem apagamento dos seios costofrênicos; hemicupula diafragmática esquerda mais hipertransparente

9

. Apresentação da Utente

Colheita de Dados

07 Exames Complementares de Diagnóstico

24/05/2025 TAC-Tórax:

- **Prótese traqueal** com extensão aos brônquios principais, **permeável**.
- **Volumosa massa mediastínica** que envolve a traqueia e o brônquio principal direito, contacta com vasos mediastínicos e coração, **compatível com lesão neoplásica/conglomerado adenopático**. Centrado ao segmento posterior do lobo superior direito observa-se ainda uma **massa com 36 x 41 mm, com cavitações, também de natureza neoplásica**.
- No segmento superior do **lobo inferior esquerdo** observamos uma **lesão cavitada** com 23 mm.
- No segmento laterobasal do **lobo inferior direito** observa-se **lesão nodular de natureza suspeita** com 8mm.
- No **lobo superior direito e língua** observa-se áreas de **consolidação/densificação em vidro despolido, mal definidas, podendo corresponder a hemorragia alveolar**, tendo em conta informação clínica de hemoptises.
- Fina lâmina **derrame pericárdico**.
- Pequeno a moderado volume de **derrame pleural, bilateralmente**.

10

2. Apresentação da Utente

Colheita de Dados

08 Diagnóstico Clínico

Carcinoma pavimento-celular do pulmão estadio IV;
Estabilização clínica e controlo sintomatológico;
Infeção respiratória?

11

Exame Físico

92 bpm

(SpO₂) de 94-96%

142/78 mmHg

36,5°C

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

Dados Antropométricos:

Peso - 62 kg

Altura - 156 cm

Vígil, consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Colaborante e comunicativa.

Mucosas descoradas mas hidratadas. Integridade cutânea mantida. Sem massas ou tumefações.

Eupneica em repouso com aporte de O₂ a 1L/min;

Respiração regular, de predominância toracoabdominal, amplitude média; Frequências respiratórias: 14-18 rpm; Saturações periféricas de O₂: 94-96%.

Alimenta-se de dieta geral com tolerância e apetite. Sem alterações da deglutição

12

Avaliação do EEER

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel relevante na equipa multidisciplinar, ao intervir na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, bem como na gestão de sintomas e na facilitação dos processos de adaptação decorrentes da evolução da doença”

Hesbeen (2003)



Avaliação neurológica

Estado mental; pares cranianos



Avaliação da motricidade

Força; tônus muscular; coordenação motora; sensibilidade; equilíbrio corporal; marcha



Avaliação da função respiratória

Avaliação objetiva + avaliação subjetiva



Avaliação global: sintomas e desempenho funcional

Índice de Barthel; Escala de Quedas de Morse; Edmonton Symptom Assessment System (ESAS); COPD Assessment Test (CAT); Palliative Performance Scale (PPS); Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire (PFSDQ)

13

1ª avaliação e início do Programa de Reabilitação

2ª sessão: R

3ª sessão: R

4ª sessão

5ª sessão

6ª sessão: R

Alta



MAY 20 25

SUN	MON	TUE	WED	THUE	FRI	SUT
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUNE 20 25

SUN	MON	TUE	WED	THUE	FRI	SUT
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

14

Avaliação Neurológica

Avaliação do estado mental

- Estado de consciência: Vigíl, Score 15 na Escala de Coma de Glasgow
- Orientação: Orientada auto e alo psiquicamente.
- Atenção: Vigíl e concentrada aquando da realização de tarefas.
- Memória: Sensorial, imediata, recente e remota mantida.
- Linguagem: discurso espontâneo, compreende e segue ordens, nomeia e repete, linguagem e escrita elaborada.
- Capacidades práxicas: Com capacidade de realizar gestos simbólicos (ex. sinal da cruz), gestos icónicos transitivos (ex: escovar os dentes) e icónicos intransitivos (ex: acenar).

15

Avaliação da Motricidade - Força

ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL		
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência.	
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.	
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência.	
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.	
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento.	
0/5	Sem contração muscular e sem movimento.	
SEGMENTOS	MOVIMENTOS	27-05-2025
Cabeça e pescoço	Flexão, Extensão, Flexão Lateral Esquerda, Flexão Lateral Direita, Rotação	5/5
Escapulo-umeral	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Rotação Interna, Rotação Externa	4/5
Cotovelo	Flexão, Extensão	4/5
Antebraço	Pronação, Supinação	5/5
Punho	Flexão, Extensão, Desvio Radial, Desvio Cubital	5/5
Dedos da mão	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Oponência	5/5
Coxo-femural	Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Rotação Interna, Rotação Externa	4/5
Joelho	Flexão, Extensão	4/5
Tibiotársica	Flexão, Extensão, Inversão, Eversão	4/5
Dedos dos pés	Flexão, Extensão, Adução, Abdução	4/5

16

Avaliação da Motricidade - Equilíbrio (Escala de Berg)

Descrição dos itens	27-05-2025
1) Posição sentada para posição em pé	3/4
2) Permanecer em pé sem apoio	4/4
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	4/4
4) Posição em pé para posição sentada	4/4
5) Transferências	3/4
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	3/4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	3/4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	3/4
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	2/4
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	3/4
11) Girar 360 graus	2/4
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	2/4
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	3/4
14) Permanecer em pé sobre uma perna	1/4
TOTAL:	40/56

Legenda: 0 – Incapaz de executar; 4 – Capaz de executar de forma independente

41-56: equilíbrio bom/baixo risco de queda; 21-40: equilíbrio médio/risco de queda médio; 0-20: equilíbrio diminuído/elevado risco de queda.

17

Avaliação da Motricidade - Marcha

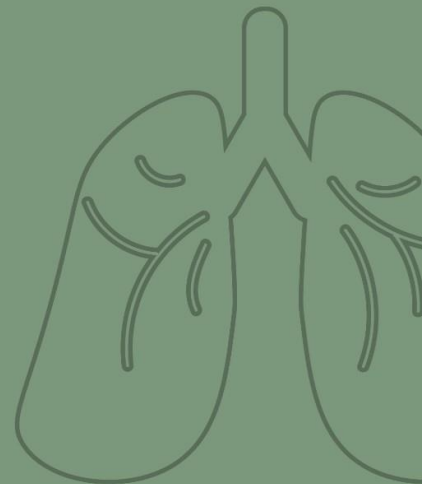
Categorias Funcionais da Marcha

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

18

Avaliação da Função Respiratória

Exame físico	Dados subjetivos
	Tosse: Reflexo de tosse presente e eficaz. Mobiliza e expete expetoração acastanhada fluída em moderada quantidade.
	Dispneia: Diagnóstico prévio de DPOC de etiologia tabágica sem necessidade de OLD. Atualmente, com aporte adicional de O ₂ a 1 L/min. Dispneia a pequenos esforços, classificada como "Muito Intensa 7/8", de acordo com a Escala de Borg Modificada.
	Expetoração: Mucopurulenta, acastanhada, fluída em moderada quantidade.
Avaliação objetiva	Inspecção: Sem sinais de alterações da configuração normal do tórax. Sem hipocratismo digital. Respiração de predominância toracoabdominal, amplitude média, ritmo regular, sem sinais de dificuldade respiratória em repouso. Sem cianose. Sem sinais de tiragem ou adejo nasal.
	Palpação: Traqueia simétrica. Expansibilidade e frêmito toracovocal mantidos. Sem lesões cutâneas e tumefações. Sem pontos dolorosos.
	Percussão: Som hipossomante com maciez nas bases pulmonares bilateralmente.
	Auscultação: Mermúrio vesicular mantido bilateralmente a nível broncovesicular. Ruído laringotraqueal. Atrito pleural nas bases bilateralmente sugestivo de derrame pleural.



19

Avaliação Global: sintomas e desempenho funcional Escala de Quedas de Morse

Item	27-05-2025
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não = 0 Sim = 25	0
2. Diagnósticos secundários. Não = 0 Sim = 15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas = 0 Muletas/canadianas/bengala/andarrilho = 15 Apoia-se no mobiliário para andar = 30	30
4. Terapia intravenosa Não = 0 Sim = 20	20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel = 0 Debilidade = 10 Dependente de ajuda = 20	10
6. Estado mental Consciente das suas capacidades = 0 Esquece-se das suas limitações = 15	0
Legenda: Sem risco (0-24 pontos); Baixo risco (25-50 pontos); Alto risco (> ou = 51 pontos).	Total: 75 (Alto risco)



20

Palliative Performance Scale (PPS)

Nível PPS	Deambulação	Nível de atividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de ingestão alimentar	Nível de consciência
PPS 100%	Total	Atividade e trabalho normais; sem evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 90%	Total	Atividade e trabalho normais; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 80%	Total	Atividade normal realizada com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 60%	Diminuída	Incapaz de realizar hobbies e atividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria das atividades; doença extensa	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Apenas cuidados orais	Sonolência ou coma com ou sem confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Ativar o Windows
Aceda a Definições para ativar o Windows

21

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON											
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Melhor sensação de bem-estar possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Outro problema (Obstipação)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22

COPD Assessment Test (CAT)

COPD Assessment Test – 0 a 5		
Nunca tenho tosse (0)	Estou sempre a tossir (5)	Avaliação
Não tenho nenhuma expetoração (catarro) no peito.	O meu peito está cheio de expetoração (catarro).	4
Não sinto nenhum aperto no peito.	Sinto um grande aperto no peito.	2
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lanço de escadas.	Quando subo uma ladeira ou um lanço de escadas sinto bastante falta de ar.	3
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa.	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa.	3
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar.	Não me sinto nada confiante para sair de casa por causa da minha doença pulmonar.	3
Durmo profundamente.	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar.	0
Tenho muita energia.	Não tenho nenhuma energia.	2
Nível do impacto reduzido < 10; Médio 10 a 20; Alto 21-30; Muito Alto >30		Total: 17 (Médio impacto)



23

3. Plano de Cuidados Diagnósticos de Enfermagem

Problemas Identificados	Diagnósticos de Enfermagem
- Necessidade de aporte de O2 suplementar; - Atrito pleural nas bases bilateralmente; - Diminuição da expansibilidade do 1/3 inferior do tórax bilateralmente.	Ventilação comprometida
- Dispneia a pequenos/médios esforços, classificada como "Moderada – 4" a "Vigorosa – 7/8", de acordo com a Escala de Borg Modificada.	Intolerância à atividade
- Score 40/56 na Escala de Equilíbrio de Berg.	Equilíbrio corporal comprometido
- Score 75/125 na Escala de Quedas de Morse.	Alto risco de queda
- Tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, é possível identificar alterações nos seguintes domínios: 1. Domínio físico: presença de sintomas como a dispneia, a fadiga e a tosse; 2. Contexto psicoespiritual: desejo de recuperar a autonomia funcional e de concretizar o seu regresso ao domicílio, expressando motivação e propósito; 3. Domínio sociocultural: necessidade de restabelecer a funcionalidade como meio de retomar o seu papel social e familiar.	Conforto comprometido



24

Intolerância à atividade

Intervenções de Enfermagem

- 01 Avaliar intolerância à atividade através da Escala de Borg Modificada;
- 02 Negociar e planejar atividade física;
- 03 Informar sobre utilização de equipamentos de apoio como estratégia de conservação de energia;
- 04 Ensinar, instruir e treinar técnicas de conservação de energia (intercalar períodos de repouso e de atividade; realizar as tarefas mais exigentes nos momentos de maior energia; utilizar cadeiras ou bancos na casa de banho ou cozinha para evitar longos períodos de pé; promover reorganização dos espaços no sentido de minimizar deslocamentos; incentivar o uso de uma mochila leve dentro de casa para levar vários itens de uma só vez);
- 05 Executar técnica de respiração diafragmática;
- 06 Executar técnica de reeducação costal global com bastão ou halteres; reeducação costal seletiva (adução-abdução e antero-lateral);
- 07 Gerir oxigenoterapia;
- 08 Supervisionar resposta ao exercício;
- 09 Planear repouso.

25

Intolerância à atividade

Avaliação

28-05-2025	30-05-2025	04-06-2025
Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR):	Exercícios de RFR:	Exercícios de RFR:
Exercícios de cadeia cinética aberta na posição de deitada:	Treino de exercício com resistência de halter de 0,5kg;	Treino de exercício com resistência de halter de 0,5kg;
Treino de transferência entre o leito-cadeirão e vice-versa;	Exercícios de cadeia cinética aberta e fechada na posição sentada e ortostática;	Exercícios de cadeia cinética aberta e fechada na posição sentada e ortostática
Treino de marcha com recurso a andarilho dinâmico. Percorridos 70 metros; 2 pausas (1 pausa em pé e 1 pausa sentada); SpO2 mínima 87%; EBm: 7/8 "Muito Intensa". Treino realizado com O2 a 2 L/min.	Treino de transferência entre o leito-cadeirão e vice-versa;	Treino de marcha sem dispositivo auxiliar de marcha. Percorridos 220 metros; 1 pausa sentada; SpO2 mínima 90%; EBm: 4 "Pouco Intensa". Treino realizado com O2 a 2 L/min.
	Treino de marcha sem dispositivo auxiliar de marcha. Percorridos 150 metros; 1 pausa sentada; SpO2 mínima 90%; EBm: 6 "Intensa". Treino realizado com O2 a 2 L/min.	

26

Alto Risco de Queda

Intervenções de Enfermagem

- 01 Avaliar o risco de queda através da Escala de Quedas de Morse;
- 02 Identificar fatores de risco promotores da ocorrência de quedas (diminuição da força muscular, alteração do equilíbrio corporal, do padrão de marcha e o tipo de calçado que a utente utiliza);
- 03 Ensinar sobre produtos de apoio;
- 04 Executar medidas de segurança (utilização de calçado antiderrapante, baixar a cama, manter campainha e objetos pessoais ao alcance da utente);
- 05 Ensinar sobre identificação e eliminação de barreiras físicas no domicílio (ex.: mobília mal posicionada, tapetes soltos, pisos escorregadios);
- 06 Ensinar sobre o uso de roupa/calçado adequados (tamanho ajustado, calçado antiderrapante).

27

Alto Risco de Queda

Avaliação

27-05-2025	28-05-2025	04-06-2025
Elevado risco de queda de acordo com a Escala de Quedas de Morse (75):	Exercícios de cadeia cinética aberta na posição de deitada;	Baixo risco de queda de acordo com a Escala de Quedas de Morse (25):
Categorias Funcionais da Marcha = 2;	Treino de transferência entre o leito-cadeirão e vice-versa;	Categorias Funcionais da Marcha = 3.
Identificados fatores de risco para a ocorrência de quedas;	Realizados ensinos para prevenção de quedas em contexto de domicílio;	Manutenção de programa de reabilitação com treino de equilíbrio, fortalecimento muscular e transferência;
Realizados ensinos sobre prevenção de quedas em contexto hospitalar (incentivada a pedir ajuda sempre que necessário, baixar o nível da cama, manter os objetos que utiliza frequentemente ao seu alcance e e utilizar calçado antiderrapante);		Reforçados ensinos.
Iniciado programa de reabilitação com exercícios no leito sem aplicação de resistências, com exercícios isométricos e isotónicos		

28

Conforto Comprometido

Intervenções de Enfermagem

- 01 Avaliar o conforto nos diversos contextos definidos pela Teoria de Kolcaba através da aplicação da ESAS e do PPS;
- 02 Promover Conforto (nos quatro contextos definidos pela Teoria de Kolcaba);
- 03 Promover independência no autocuidado;
- 04 Promover um ambiente de escuta ativa que favoreça a expressão de sentimentos, dúvidas existenciais, bem como aspetos relacionados com crenças espirituais.

29

Conforto Comprometido

Avaliação

27-05-2025	30-05-2025	04-06-2025
No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Pain No Tiredness 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Tiredness No Discomforts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Discomforts No Nausea 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Nausea No Lack of Appetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Lack of Appetite No Shortness of Breath 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Shortness of Breath No Depression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Depression No Anxiety 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Anxiety Best Wellbeing 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Wellbeing No Other Problems (for example, constipation)	No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Pain No Tiredness 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Tiredness No Discomforts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Discomforts No Nausea 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Nausea No Lack of Appetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Lack of Appetite No Shortness of Breath 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Shortness of Breath No Depression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Depression No Anxiety 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Anxiety Best Wellbeing 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Wellbeing No Other Problems (for example, constipation)	No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Pain No Tiredness 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Tiredness No Discomforts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Discomforts No Nausea 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Nausea No Lack of Appetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Lack of Appetite No Shortness of Breath 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Shortness of Breath No Depression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Depression No Anxiety 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Anxiety Best Wellbeing 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Wellbeing No Other Problems (for example, constipation)
Avaliada funcionalidade através da aplicação do PPS = 60%;	/	CAT = 13, mantendo-se a classificação de "Médio Impacto", porém com redução de 4 valores no score, principalmente relacionados com a diminuição de expectoração e dos acessos de tosse;
Avaliada Escala CAT com atribuição de score 17 "Médio impacto";	/	Categorias Funcionais da Marcha = 3.
/	/	/

30

4. Reflexão Final

· Os ganhos de funcionalidade obtidos são evidência clara do impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação em contexto de Cuidados Paliativos.

Redução do risco de queda, aumento da resistência física, melhoria na distância de marcha e menos pausas durante o treino demonstram um progresso mensurável e relevante.

· Estaremos a referenciar atempadamente as pessoas para os contextos Cuidados Paliativos? Essa referenciação impede a intervenção das equipas de Enfermagem de Reabilitação?

A referenciação precoce permite intervenções eficazes e planeadas, promotoras de melhoria na funcionalidade, no controlo sintomático e na qualidade de vida.

· A pessoa em situação paliativa deve ser vista como participante ativa no seu processo de saúde-doença e de reabilitação.

Quando envolvida, pode alcançar ganhos concretos que promovem autonomia, conforto e bem-estar.

31



Referências Bibliográficas

- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7–S11. Acedido em: (PDF) Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Danielis, M., et al. (2023). Comparison between the General Assessment of Hospitalised Patient Tool and the Barthel Index: A retrospective study. *Nursing Reports*, 13(3), 1160–1169. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030100>
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. *Standards for outcome assessment. Physical therapy*, 66(10), 1530–1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research and practice* (4ª ed., pp. 196–211). China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2022). *Anatomia orientada para a clínica* (8.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Neto, I. (2010). Principios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. 1–35). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio, Diário da República n.º 85/2019 - II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., Afonso, T. S., & Capelas, M. L. (2022). PPS PT – Escala de avaliação do desempenho do doente em cuidados paliativos. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.
- World Health Organization (OMS). (2002). Definition of palliative care. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>

32



APÊNDICE 6 - Apresentação UCCI “Reabilitar para confortar: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa”

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Reabilitar para Confortar: Intervenção do EEER na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa

Discente: Rui Filipe Mendes
EEER Orientadora: Joana Costa
Docente: Gonçalo Rosa

Lisboa, 25 outubro 2025



Agenda

- 03 PORQUÊ ESTE TEMA?
- 04 CUIDADOS PALIATIVOS: PASSADO, PRESENTE E FUTURO.
- 07 CUIDADOS PALIATIVOS E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: CONTROVERSIA OU COMPLEMENTARIDADE?
- 08 O QUE A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DIZ; O QUE A REALIDADE COMPROVA.
- 16 REFLEXÃO
- 17 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Porquê este tema?



3

Cuidados paliativos: primórdios



4

Cuidados Paliativos

Presente

- 56,8 milhões de pessoas a necessitar de cuidados de natureza paliativa;
- Aumento do número de pessoas com necessidades paliativas de ano para ano;
- Processo de referenciação tardio;
- Instituições hospitalares pouco munidas de recursos para dar resposta.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2021)
Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos (2021)
Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de junho

5

Cuidados Paliativos

Futuro

- + cuidados centrados na pessoa
- + formação
- + qualidade
- + organização

Pereira (2010)
World Health Organization (2020)
Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021)

6

Cuidados Paliativos e Enfermagem de Reabilitação: *controversia ou complementaridade?*

O EEER atua, em conjunto com a pessoa, no sentido de encontrar estratégias que possibilitem adquirir o máximo de funcionalidade, dentro de uma determinada condição patológica, contribuindo para a sua qualidade de vida.



Hesbeen (2003)



7

O que a evidência científica diz:

**REVISÃO SCOPING
ABRIL 2025**


*Joanna Briggs
Institute (JBI)*

Objetivo: mapear a evidência científica mais recente sobre a intervenção do EEER junto da pessoa em situação paliativa.


abril 2025
Bases de dados
MEDLINE, CINAHL e
PubMed; Publicações
2015-2025


11 artigos
português, inglês e
espanhol; Texto integral.

8

Categorização das intervenções

- Treino de força/resistência



- **Duração:** 8-12 semanas;
- **Frequência:** 2-3 sessões de treino (presenciais e/ou em domicílio após validação dos exercícios);
- Treino com recurso ao peso corporal, halteres, equipamentos de ginásio, banda elástica e bola suíça;
- 1-3 séries / 8-12 repetições / 60-80% 1-RM.



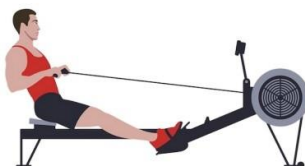
9

Categorização das intervenções

- Treino aeróbico



- **Duração:** 12 semanas;
- **Frequência:** 1-4 vezes/semana; 30-60 minutos;
- **Tipo:** caminhadas monitorizadas, passeadeira, remo, bicicleta estática, exercícios adaptados;
- Intensidade leve a moderada.



10

Categorização das intervenções

- Treino intervalado



- **Duração:** 6–12 semanas (até 9 meses em programas prolongados);
- **Frequência:** 2–3 sessões/semana;
- **Tempo de sessão:** 20–40 minutos;
- Alternância esforço/recuperação ativa;
- Progressão ajustada à capacidade funcional;
- **Intensidade:** Base: 60–80% FC máx; Picos: >85% FC máx;
- Monitorização com FC + Escala de Borg
- **Equipamentos:** Bicicleta estática (principal), Passadeira, remo, elíptica.

11

Categorização das intervenções

- Reeducação Funcional Respiratória



- **Duração:** 12 semanas;
- **Formato:** Treino de musculatura inspiratória com recurso a threshold;
- **Frequência:** 2 sessões/dia; 5 dias/semana; 10–15 minutos/sessão;
- **Intensidade:** moderada (monitorizada através da Escala de Borg Modificada);
- **Resultados** – Conforto Respiratório e Qualidade de Vida, com diminuição dos comportamentos sedentários e otimização da funcionalidade.

12

Categorização das intervenções

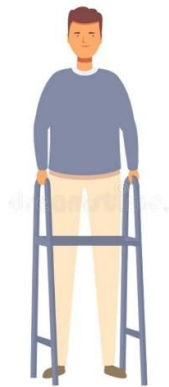
- Treino de equilíbrio e flexibilidade



- Incluído como componente inicial das sessões + Integração complementar em programas de treino de resistência;
- **Tipo de Exercícios:** Caminhar em círculos com mudanças de direção; Marcha em bicos de pés / calcanhares; Exercícios posturais com diferentes bases de apoio; Walking lunges; Utilização de balance board; Atividades com banda elástica e bola suíça.

13

O que a realidade comprova - Estudo de caso 1:



3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO/7 SESSÕES:

- Melhoria da capacidade funcional → Distância de marcha aumentou de 70 m → 220 m, com menos pausas e menor dispneia (Borg 7/8 → 4 → 2);
- Maior tolerância ao esforço e redução de crises de ansiedade associadas;
- Execução autónoma de técnicas de controlo ventilatório;
- SpO₂ estáveis ≥95% com O₂ a 2 L/min e sem dessaturações em momentos de mínimos esforços;
- Melhoria da expansibilidade torácica e da eficácia ventilatória;
- **Equilíbrio:** Score Berg 40 → 47 (de risco médio → baixo risco); Risco de queda: Morse 75 → 25; Marcha: Categoria Funcional 2 → 3;
- **Redução de sintomatologia (ESAS):** Fadiga: 8 → 3; Dispneia: 8 → 2; Ansiedade: 7 → 3;
- **Ganhos na autonomia:** Independência na gestão da oxigenoterapia portátil + Melhoria significativa no desempenho das AVD e na confiança funcional.

14

O que a realidade comprova – Estudo de caso 1:

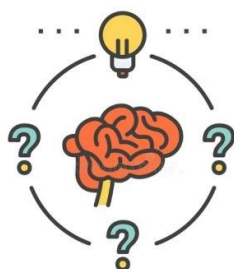


4 SEMANAS DE INTERVENÇÃO/4 SESSÕES:

- **Função Respiratória:** ↓ FR basal (18 → 14 cpm), ↑ Coordenação ventilatória, ↑ Participação diafragmática, ↓ Dispneia nas AVD (Borg 7–8 → 6), ↑ Tolerância a períodos de desconexão da VNI (até 30 min sem dispneia intensa)
- **Limpeza das Vias Aéreas:** ↑ Mobilização de secreções após CATR; Uso regular e eficaz do *Cough-Assist* (apesar de resistência inicial); ↓ Sensação de congestão brônquica
- **Tolerância à Atividade/AVD:** ↑ Participação nas AVD com menor fadiga, ↑ Capacidade de planejar pausas, ↑ Autoconsciência corporal e controlo respiratório, ↓ Ansiedade associada ao esforço ventilatório

15

Reflexão:



- Estamos a referenciar atempadamente as pessoas para equipas/contextos de Cuidados Paliativos?
- Essa referenciação, quando existe, impede ou limita a intervenção das equipas de Enfermagem de Reabilitação. Ou deve, pelo contrário, potenciá-la?
- Apesar dos benefícios evidenciados, quantas pessoas continuam sem acesso a um programa de reabilitação estruturado?
- Quantas oportunidades de promoção de conforto, funcionalidade e controlo sintomático se perdem por ausência de referenciação precoce?
- Exercício individualizado e monitorizado aumenta a tolerância ao esforço, reduz sintomatologia, melhora qualidade de vida e não acelera a progressão da doença!
- Como podemos integrar, de forma mais eficaz, as intervenções de Enfermagem Reabilitação na trajetória de doença, desde o diagnóstico até às fases avançadas?

16

Referências bibliográficas:

- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Suppl 2), S7–S11.
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Capelas, M., Coelho, S., Silva, S., & Ferreira, C. (2017). Cuidar a pessoa que sofre: Uma teoria de cuidados paliativos. Universidade Católica Editora.
- Costa, A., & Otero, M. (2014). Reabilitação em cuidados paliativos. Lusodidacta.
- Danielis, M., et al. (2023). Comparison between the General Assessment of Hospitalised Patient Tool and the Barthel Index: A retrospective study. *Nursing Reports*, 13(3), 1160–1169. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030100>
- De Lazzari, N., Götte, M., Kasper, S., Meier, E., Schuler, M., Pogorzelski, M., ... Tewes, M. (2024). P-move: A randomized controlled trial of exercise in patients with advanced pancreatic or biliary tract cancer (aPBC) receiving beyond first-line chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 32(7), 437. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08650-9>
- Ester, M., Culos-Reed, S. N., Abdul-Razzak, A., Daun, J. T., Duchek, D., Francis, G., ... Capozzi, L. C. (2021). Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. *BMC Cancer*, 21, 159. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07872-y>
- Frei, A., Radtke, T., Dalla Lana, K., Brun, P., Sigrist, T., Spielmanns, M., ... Puhon, M. A. (2022). Effectiveness of a long-term home-based exercise training program in patients with COPD after pulmonary rehabilitation: A multicenter randomized controlled trial. *Chest*, 162(6), 1277–1286. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.026>
- Ha, D. M., Comer, A., Dollar, B., Bedoy, R., Ford, M., Gozansky, W. S., ... Boxer, R. S. (2023). Telemedicine-based inspiratory muscle training and walking promotion with lung cancer survivors following curative intent therapy: A parallel-group pilot randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 31(9), 546. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07999-7>
- Hall, C. C., Skipworth, R. J. E., Blackwood, H., Brown, D., Cook, J., Diernberger, K., ... Laird, B. J. A. (2021). A randomized, feasibility trial of an exercise and nutrition-based rehabilitation programme (ENeRgy) in people with cancer. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 12(6), 2034–2044. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12806>
- Hiensch, A. E., Monnikhof, E. M., Schmidt, M. E., Zopf, E. M., Bolam, K. A., Aaronson, N. K., ... May, A. M. (2022). Design of a multinational randomized controlled trial to assess the effects of structured and individualized exercise in patients with metastatic breast cancer on fatigue and quality of life: The EFFECT study. *Trials*, 23(1), 610. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06556-7>

17

Referências bibliográficas (2):

- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients: Standards for outcome assessment. *Physical Therapy*, 66(10), 1530–1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Ibrahim, A. M., Wahba, N. M. I., Zaghamir, D. E. F., Mersal, N. A., Mersal, F. A., Ali, R. A. E.-S., ... Mohamed, H. A. H. B. (2024). Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on quality of life... *BMC Nursing*, 23(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research and practice* (4th ed., pp. 196–211). Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Machado, M., Machado, M., & Petronilho, F. (2020). O cuidado confortador dos enfermeiros especialistas em reabilitação: Intervenção especializada em cuidados paliativos. Novas Edições Acadêmicas.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. *Lusociência*.
- Mikkelsen, M. K., Lund, C. M., Vinther, A., Tolver, A., Ragle, A.-M., Johansen, J. S., ... Jarden, M. (2018). Engaging the older cancer patient: Patient activation through counseling, exercise and mobilization (PACE-Mobil-PBL). *BMC Cancer*, 18(1), 934. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4835-2>
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2022). *Anatomia orientada para a clínica* (8.^a ed.). Lusodidacta.
- Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2^a ed., pp. 1–35). Núcleo de Cuidados Paliativos, FMUL.
- Neto, I. G., Aitken, H. H., & Tsering, P. (2004). A dignidade e o sentido da vida. Pergaminho.
- Nicol, J. L., Woodrow, C., Cunningham, B. J., Mollee, P., Weber, N., Smith, M. D., ... Skinner, T. L. (2022). An individualized exercise intervention for people with multiple myeloma. *Current Oncology*, 29(2), 901–923. <https://doi.org/10.3390/curroncol29020077>
- Pacheco, S. (2004). Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva ética (2^a ed.). Lusociência.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*.
- Poort, H., Verhagen, C. A. H. V. M., Peters, M. E. W. J., Goedendorp, M. M., Donders, A. R. T., Hopman, M. T. E., ... Knoop, H. (2017). Study protocol of the TIREd study. *BMC Cancer*, 17(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3076-0>
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. (2019). *Diário da República, II Série*, n.º 85. Ordem dos Enfermeiros.
- Sancho, J., Bures, E., de La Asuncion, S., & Servera, E. (2016). Effect of high-frequency oscillations on cough peak flows... *Respiratory Care*, 61(8), 1051–1058. <https://doi.org/10.4187/respcare.04552>

18

Referências bibliográficas (3):

- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., ... Capelas, M. L. (2022). PPS-PT – Escala de avaliação do desempenho do doente em cuidados paliativos. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.
- Van Es, M. A., Hardiman, O., Chio, A., Al-Chalabi, A., Pasterkamp, R. J., Veldink, J. H., & van den Berg, L. H. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis. The Lancet, 390(10107), 2084–2098.
- Wiskemann, J., Hummler, S., Diepold, C., Keil, M., Abel, U., Steindorf, K., ... Thomas, M. (2016). POSITIVE study: Physical exercise in non-operable lung cancer. BMC Cancer, 16, 499. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2561-1>
- World Health Organization. (2002). Definition of palliative care.

**Obrigado pela
atenção!**

APÊNDICE 7- Apresentação ECSCP “Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica
– o que nos diz a evidência científica recente”

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO JUNTO DA PESSOA COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

O QUE NOS DIZ A
EVIDÊNCIA CIENTÍFICA RECENTE

EEER orientadora: Tânia Ferreira

Rui Filipe Mendes
Mestrando em Enfermagem de Reabilitação

Docente Orientador: Gonçalo Rosa

01 OBJETIVO

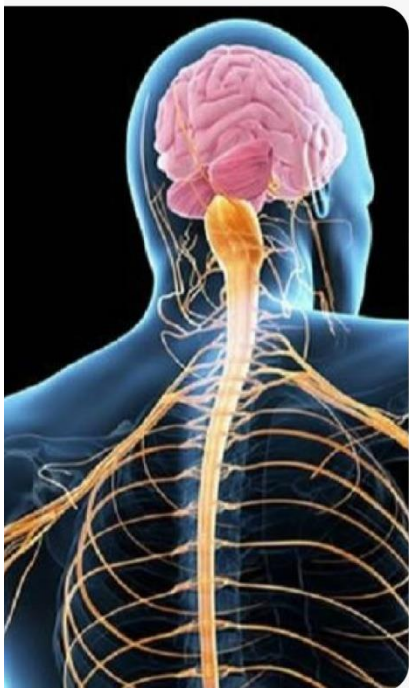
02 ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E IMPACTO
FUNCIONAL

03 METODOLOGIA

04 CATEGORIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES IDENTIFICADAS



AGENDA



OBJETIVO GERAL:

Reunir e analisar a evidência científica mais recente sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E IMPACTO FUNCIONAL

1.

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva que pode afetar qualquer músculo voluntário, tanto do sistema motor superior como inferior.²⁰

A causa exata da doença permanece desconhecida, sendo genética em 5%–10% dos casos.¹⁰

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E IMPACTO FUNCIONAL

2.

A sobrevivência média na ELA é de aproximadamente 3 anos após o diagnóstico, embora em algumas pessoas se verifique uma evolução mais rápida, enquanto outras podem viver mais de uma década.⁴

Embora a reabilitação seja considerada essencial no acompanhamento da pessoa com ELA, a evidência científica ainda não permite confirmar a sua eficácia de forma consistente, refletindo a necessidade de mais investigação de qualidade.¹⁷

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E IMPACTO FUNCIONAL

3.

A ELA tem um impacto funcional progressivo, afetando a mobilidade, a autonomia e o desempenho nas atividades de vida diária.¹⁰

A fraqueza muscular, a fadiga, a espasticidade e as dificuldades respiratória promovem uma perda crescente de independência e aumentam a necessidade de apoio por parte de terceiros.²⁰

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E IMPACTO FUNCIONAL

4.

O tratamento centra-se em estratégias de adaptação e promoção da funcionalidade, visando aliviar sintomas, oferecer suporte contínuo e preservar, tanto quanto possível, a autonomia e a qualidade de vida.²⁰

METODOLOGIA

- EBSCOhost - MEDLINE Complete e CINAHL Complete - via Ordem dos Enfermeiros;
- Horizonte temporal de 10 anos - entre 2015 e 2025;
- Artigos publicados em português, inglês ou espanhol;
- Equação de Pesquisa: Amyotrophic Lateral Sclerosis AND Rehabilitation AND (Interventions Or Strategies Or Best practices);
- 14 artigos .

METODOLOGIA (2)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ensaio clínico randomizado ou estudos controlados que incluam intervenções de reabilitação aplicadas a pessoas com ELA, reportando desfechos como a ALS Functional Rating Scale - Revised (ALSFERS-R), Capacidade Vital Forçada (CVF), bem como aspectos relacionados com a qualidade de vida.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Estudos sem grupo de controlo, revisões scoping, estudos de caso ou estudos cujos os dados se encontrassem incompletos.

Esta revisão não segue os critérios de uma revisão sistemática ou scoping review; trata-se de uma revisão narrativa, que fornece uma visão crítica e integrada da evidência disponível, destacando os aspectos mais relevantes para a prática clínica em reabilitação de pacientes com ELA.

CATEGORIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES IDENTIFICADAS

TREINO RESPIRATÓRIO

TREINO DE EXERCÍCIO/FORTELECIMENTO MUSCULAR

TREINO COMBINADO (AERÓBICO + FORTELECIMENTO)

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA/COUGH-ASSIST

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR

TREINO RESPIRATÓRIO

Os estudos analisados^{15, 16} investigaram protocolos de treino dos músculos inspiratórios e expiratórios.

Desenho e amostra:

- Ambos Ensaios Clínicos Randomizado (grupos de intervenção e grupo de controlo);
- Amostras pequenas (13+13; 24+24), mas bem caracterizadas quanto à função respiratória inicial (CV $\geq$ 65–70%, ALSFRS relativamente preservado).

Intervenção:

- Treino de músculos inspiratórios aplicado durante 8 meses (30–40% da Pressão Inspiratória Máxima) e Treino de músculos expiratórios durante 8 semanas (50% da Pressão Expiratória Máxima);
- Grupo de controlo: treino “placebo” sem carga real.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos incluíram sobretudo doentes em fases iniciais a intermédias do processo patológico (CV 65–70% + ALSFRS-R $\geq$ 30), sugerindo que a reabilitação foi testada em pessoas com reserva funcional relativamente preservada.

Objetivados benefícios a nível capacidade respiratória e função de deglutição, com tendência à manutenção da função pulmonar e impacto positivo em escalas clínicas aplicadas (ALSFRS, MIF, Fadiga).

O treino respiratório mostra potencial para atrasar o declínio funcional e melhorar parâmetros específicos (tosse, deglutição, MIF), mas a evidência ainda é limitada pelo pequeno número de participantes e pela necessidade de protocolos mais padronizados.

Os protocolos de treino dos músculos inspiratórios e expiratórios demonstraram ser exequíveis. Porém, a variação na duração (8 semanas a 8 meses) e na intensidade das intervenções dificulta a realização de comparações diretas entre os estudos.

TREINO DE EXERCÍCIO/ FORTALECIMENTO MUSCULAR

Foram analisados estudos que exploraram diferentes modalidades de exercício físico: aeróbico, resistência, alongamento, combinado, bem como exercícios funcionais.^{3,5,8,11}

Desenho e amostras:

- Estudos experimentais com amostras pequenas a moderadas (18–60 participantes por grupo);
- Os critérios de inclusão frequentemente exigiam ALSFRS-R ≥ 30 e CVF preservada.

Intervenções:

- Exercício aeróbico em passadeira;³
- Programas diferenciados: alongamento, resistência muscular e endurance em bicicleta estática;⁵
- Treino resistido supervisionado com progressão de carga;⁸
- Exercícios funcionais e de fortalecimento com peso corporal realizados em casa.¹¹

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- Boa tolerabilidade e segurança global dos programas implementados;
- Exercício aeróbico: manutenção da capacidade funcional (ALSFRS-R) e ganhos em parâmetros cardiorrespiratórios (VO₂ máx.).

- Fortalecimento muscular: melhorias discretas em força muscular e gestão da fadiga;
- Não potencializou o agravamento da patologia;
- Programas realizados em domicílio favoreceram mobilidade e independência funcional.

O exercício físico, quando individualizado e monitorizado, pode favorecer a qualidade de vida, aumentar a tolerância ao esforço e preservar a funcionalidade, não havendo evidência de que acelere a progressão da doença. No entanto, a diversidade de protocolos e desfechos avaliados dificulta a comparação direta entre estudos.



TREINO COMBINADO (AERÓBICO + FORTELECIMENTO)

Os estudos incluídos^{9,14,21,22} analisaram protocolos que integram treino aeróbico, fortalecimento muscular, alongamentos e/ou exercícios funcionais.

Desenho e amostras:

- Ensaios clínicos e estudos controlados com amostras entre 38 e 65 participantes, em fases iniciais a moderadas da doença (ALSFRS-R $\geq$ 39–42; CV 50–80%);
- Predomínio de homens ($\approx$ 65–80%) com idade média entre 59 e 65 anos.

Intervenções:

- Programa de curta duração e intensidade progressiva com treino diário durante 5 semanas $\rightarrow$ ganhos de resistência aeróbica e força muscular;¹⁴
- Exercício aeróbico supervisionado em cicloergómetro com a duração de 16 semanas;²¹
- Regime intensivo vs. habitual: 5x/semana vs. 2x/semana $\rightarrow$ treino aeróbico moderado, treino resistido de músculos não afetados e alongamentos;²²
- Treino multimodal: sessões de 50–60 min, 2x/semana $\rightarrow$ aeróbico + fortalecimento + flexibilidade.⁹

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- Funcionalidade e independência: melhorias no MIF, 6MWT e manutenção da ALSFRS-R;
- Parâmetros respiratórios: CV preservada em vários estudos, embora sem ganhos significativos adicionais.

Qualidade de vida e fadiga: ganhos consistentes em escalas específicas (MGQoL), especialmente nos grupos em regime de treino com maior intensidade.

Força e capacidade aeróbica: melhorias discretas em VO_2 máx e força muscular (IRM)
 $\rightarrow$ Programas mais frequentes/intensivos parecem trazer mais benefícios.

O treino combinado, quando supervisionado e adaptado à tolerância, revela-se seguro e eficaz na gestão da fadiga e na melhoria da qualidade de vida, podendo atrasar o declínio funcional.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA/COUGH-ASSIST

Intervenção mais eficaz e com maior evidência para prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida em doentes com ELA, sobretudo quando iniciada precocemente e utilizada de forma intensiva.^{7,19,21}

Desenho e amostras:

- Predominam estudos observacionais; apenas 4 ensaios clínicos randomizados;
- Total aproximado de 1080 doentes, com amostras entre 13 e 194 participantes;
- Idade média ~60 anos, consistente com a epidemiologia da ELA;
- Predomínio de homens (~68%), em linha com a prevalência da patologia.

Intervenções:

- Técnica principal: ventilação não invasiva (VNI) em diferentes modalidades → Duração variável: desde uso intermitente até aplicação contínua;
- Cough Assist utilizado como complemento, eficaz na limpeza das vias aéreas e prevenção de complicações.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- VNI: consistente benefício em parâmetros respiratórios, qualidade do sono e qualidade de vida, sobretudo quando iniciada precocemente e usada durante um maior número de horas/dia;
- Exercício aeróbico associado à VNI: melhorias em qualidade de vida e função respiratória, mas existe necessidade de personalização dos programas.
- Taxa global de perdas elevada (~20%) → Principais causas: início tardio da VNI, ineficácia em formas bulbares graves, perda de benefício em fases avançadas.

- Cough Assist: eficácia na limpeza das vias aéreas, reduzindo o risco de infecções e evitando procedimentos invasivos;
- Complemento essencial para a gestão respiratória, reduzindo complicações associadas à acumulação de secreções.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR (EEN)

Aplicação de EEN nos membros superiores, comparando o membro superior com aplicação real vs membro superior com aplicação simulada.¹⁸

Desenho e amostras:

- Os estudos incluídos são experimentais, utilizando comparação bilateral ou controlo simulado;
- Evidência ainda limitada: pequeno número de estudos, amostras reduzidas e heterogeneidade nos protocolos;
- Participantes em estadios inicial a moderado da doença.

Intervenções avaliadas:

- Aplicação de ENMS nos membros superiores, comparando: MS com aplicação real vs MS com aplicação simulada;
- Frequência: diária, 5 vezes/semana, durante 2 semanas;
- Objetivo: fortalecimento de músculos periféricos e avaliar a tolerabilidade.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- Estudos individuais mostraram benefícios ao nível da força muscular e da manutenção da funcionalidade nos membros superiores submetidos a EEN;
- Nenhum estudo reportou eventos adversos graves → Técnica considerada segura e viável;
- Pessoas em estadios iniciais da doença parecem obter melhores resultados do que as pessoas que se encontram em estadios avançados.

Limitações da evidência:

- Pequeno número de participantes e estudos. Necessidade de Ensaio com maior rigor metodológico e acompanhamento a longo prazo;
- Protocolos muito heterogêneos; falta padronização na intensidade e duração da técnica;
- A avaliação da força muscular variou entre métodos subjetivos e objetivos.

PARA REFLETIR...



- Estaremos a referenciar atempadamente as pessoas para as equipas de Cuidados Paliativos? Essa referenciação impede a intervenção das equipas de Enfermagem de Reabilitação?
- Apesar dos benefícios evidenciados, quantas pessoas ainda não têm acesso a um programa de reabilitação estruturado?
- A reabilitação na ELA é segura e pode preservar funcionalidade e qualidade de vida!
- Exercício individualizado e monitorizado: aumenta tolerância ao esforço e não promove a progressão da doença!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (1)

- 1.Bédard, M.-E., & McKim, D. A. (2016). Daytime mouthpiece for continuous noninvasive ventilation in individuals with amyotrophic lateral sclerosis. *Respiratory Care*, 61(10), 1341–1348. <https://doi.org/10.4187/respcare.04309>
- 2.Bertella, E., Banfi, P., Paneroni, M., Grilli, S., Bianchi, L., Volpato, E., ... & others. (2017). Early initiation of night-time NIV in an outpatient setting: A randomized non-inferiority study in ALS patients. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(6). <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R33Y2017N06A0892>
- 3.Braga, A. C. M., Pinto, A., Pinto, S., & Carvalho, M. (2018). The role of moderate aerobic exercise as determined by cardiopulmonary exercise testing in ALS. *Neurology Research International*, 2018, 8218697. <https://doi.org/10.1155/2018/8218697>
- 4.Brown, R. H., & Al-Chalabi, A. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis. *New England Journal of Medicine*, 377, 162–172.
- 5.Clawson, L. L., Cudkowicz, M., Krivickas, L., Brooks, B. R., Sanjak, M., Allred, P., ... & Maragakis, N. J. (2018). A randomized controlled trial of resistance and endurance exercise in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 19(3–4), 250–258.
- 6.Crescimanno, G., Greco, F., Arriscato, S., Morana, N., & Marrone, O. (2016). Effects of positive end-expiratory pressure administration during non-invasive ventilation in patients affected by amyotrophic lateral sclerosis: A randomized crossover study. *Respirology*, 21(7), 1307–1313. <https://doi.org/10.1111/resp.12836>
- 7.Gonzalez-Bermejo, J., Morélot-Panzini, C., Tanguy, M.-L., Meininger, V., Pradat, P.-F., Lenglet, T., ... & Similowski, T. (2016). Early diaphragm pacing in patients with amyotrophic lateral sclerosis (RespiStimALS): A randomised controlled triple-blind trial. *The Lancet Neurology*, 15(12), 1217–1227. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)30233-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)30233-2)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (2)

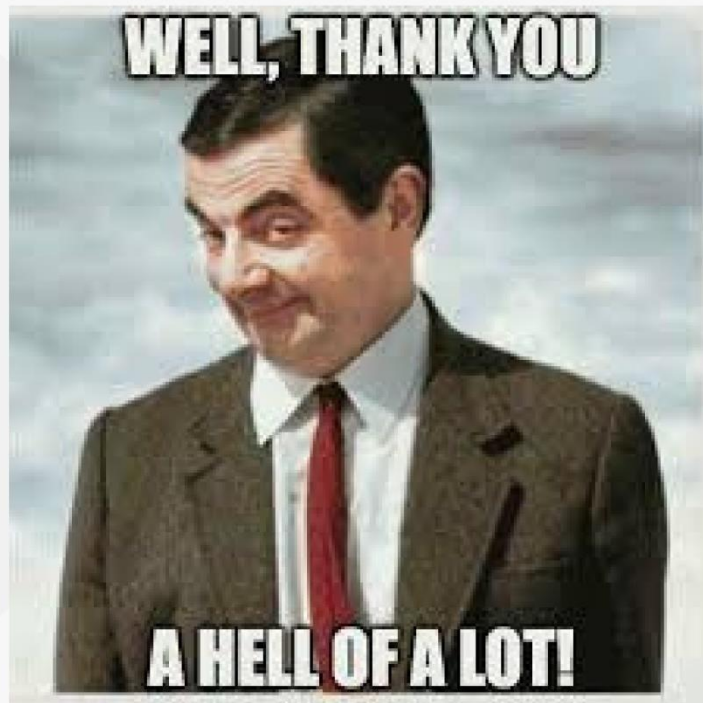
8. Jensen, L., Djurtoft, J. B., Bech, R. D., Nielsen, J. L., Jørgensen, L. H., Schrøder, H. D., ... & Hvid, L. G. (2017). Influence of resistance training on neuromuscular function and physical capacity in ALS patients. *Journal of Neurodegenerative Diseases*, 2017, 1436519. <https://doi.org/10.1155/2017/1436519>
9. Kalron, A., Mahameed, I., Weiss, I., Rosengarten, D., Balmor, G. R., Heching, M., & Kramer, M. R. (2021). Effects of a 12-week combined aerobic and strength training program in ambulatory patients with amyotrophic lateral sclerosis: A randomized controlled trial. *Journal of Neurology*, 268(5), 1857–1866. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10354-z>
10. Kiernan, M. C., Vucic, S., Cheah, B. C., Turner, M. R., Eisen, A., Hardiman, O., Burrell, J. R., & Zoing, M. C. (2011). Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet*, 377(9769), 942–955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61156-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61156-7)
11. Kitano, K., Asakawa, T., Kamide, N., Yorimoto, K., Yoneda, M., Kikuchi, Y., Sawada, M., & Komori, T. (2018). Effectiveness of home-based exercises without supervision by physical therapists for patients with early-stage amyotrophic lateral sclerosis: A pilot study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(10), 2115–2121. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.02.015>
12. Magalhães, C. M., Fregonezi, G. A., Vidigal-Lopes, M., Vieira, B. S. P. P., Vieira, D. S. R., & Parreira, V. F. (2016). Effects of non-invasive ventilation and posture on chest wall volumes and motion in patients with amyotrophic lateral sclerosis: A case series. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(4), 336–344. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0164>
13. Majmudar, S., Wu, J., & Paganoni, S. (2014). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: Why it matters. *Muscle & Nerve*, 50(1), 4–13. Bédard, M.-E., & McKim, D. A. (2016). Daytime mouthpiece for continuous noninvasive ventilation in individuals with amyotrophic lateral sclerosis. *Respiratory Care*, 61(10), 1341–1348. <https://doi.org/10.4187/respcare.04309>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (3)

14. Merico, A., Cavinato, M., Gregorio, C., Lacatena, A., Gioia, E., Piccione, F., & Angelini, C. (2018). Effects of combined endurance and resistance training in amyotrophic lateral sclerosis: A pilot, randomized, controlled study. *European Journal of Translational Myology*, 28(1), 132–140. 8. Jensen, L., Djurtoft, J. B., Bech, R. D., Nielsen, J. L., Jørgensen, L. H., Schrøder, H. D., ... & Hvid, L. G. (2017). Influence of resistance training on neuromuscular function and physical capacity in ALS patients. *Journal of Neurodegenerative Diseases*, 2017, 1436519. <https://doi.org/10.1155/2017/1436519>
15. Pinto, S., Swash, M., & Carvalho, M. D. (2012). Respiratory exercise in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 13, 33–43. 8. Jensen, L., Djurtoft, J. B., Bech, R. D., Nielsen, J. L., Jørgensen, L. H., Schrøder, H. D., ... & Hvid, L. G. (2017). Influence of resistance training on neuromuscular function and physical capacity in ALS patients. *Journal of Neurodegenerative Diseases*, 2017, 1436519. <https://doi.org/10.1155/2017/1436519>
16. Plowman, E. K., Tabor-Gray, L., Rosado, M., Vasilopoulos, T., Robison, R., Chapin, J. L., ... & Gooch, C. (2019). Impact of expiratory strength training in amyotrophic lateral sclerosis: Results of a randomized, sham-controlled trial. *Muscle & Nerve*, 59, 40–46. 8. Jensen, L., Djurtoft, J. B., Bech, R. D., Nielsen, J. L., Jørgensen, L. H., Schrøder, H. D., ... & Hvid, L. G. (2017). Influence of resistance training on neuromuscular function and physical capacity in ALS patients. *Journal of Neurodegenerative Diseases*, 2017, 1436519. <https://doi.org/10.1155/2017/1436519>
17. Rochester, C. L., Vogiatzis, L., Holland, A. E., Lareau, S. C., Marciniuk, D. D., Puhan, M. A., ... & ZuWallack, R. L. (2015). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: Enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 192(11), 1373–1386.
18. Souza, A. A. de, da Silva, S. T., Régis, A. M. P., Aires, D. N., Pondofe, K. M., Melo, L. P., ... & Ribeiro, T. S. (2025). Muscle strengthening in individuals with amyotrophic lateral sclerosis: A systematic review with meta-analyses. *PLOS ONE*, 20(4), e0320788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320788>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (4)

19. Terzano, C., & Romani, S. (2015). Early use of non-invasive ventilation in patients with amyotrophic lateral sclerosis: What benefits? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 19(22), 4304–4313. <https://doi.org/10.1177/2514183X20914183>
20. Van Es, M. A., Hardiman, O., Chio, A., Al-Chalabi, A., Pasterkamp, R. J., Veldink, J. H., & van den Berg, L. H. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet*, 390(10107), 2084–2098.
21. van Groenestijn, A. C., Schroder, C. D., van Eijk, R. P. A., Veldink, J. H., Kruitwagen-van Reenen, E. T., Groothuis, J. T., ... & van den Berg, L. H. (2019). Aerobic exercise therapy in ambulatory patients with ALS: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 33(2), 153–164. <https://doi.org/10.1177/1545968319826051>
22. Zucchi, E., Vinceti, M., Malagoli, C., Fini, N., Gessani, A., Fasano, A., ... & Mandrioli, J. (2019). High-frequency motor rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: A randomized clinical trial. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 6(5), 893–901. <https://doi.org/10.1002/acn3.765>



APÊNDICE 8 - Rodas de exercícios ECCI

RODA DE EXERCÍCIOS

- 1 - Esticar uma perna de cada vez na posição de sentado **2 séries de 10 repetições**;
- 2 - Dobrar e esticar os antebraços com carga leve - na posição de sentado ou em pé **2 séries de 10 repetições**;
- 3 - Elevação dos braços à frente até à altura dos ombros - com ou sem carga leve **2 séries de 10 repetições**;
- 4 - Levantar e sentar da cadeira - com ou sem apoio das mãos **3 séries de 8 repetições**;
- 5 - Levantar uma perna de cada vez até à altura da cintura com o joelho dobrado - com as mãos apoiadas **2 séries de 10 repetições**;
- 6 - Levantar uma perna de cada vez lateralmente sem rodar o tronco - com as mãos apoiadas **2 séries de 10 repetições**;
- 7 - Elevação lateral dos braços até à altura dos ombros - com ou sem carga leve **2 séries de 10 repetições**;
- 8 - Elevação dos calcanhares em pé - com as mãos apoiadas **2 séries de 10 repetições**.

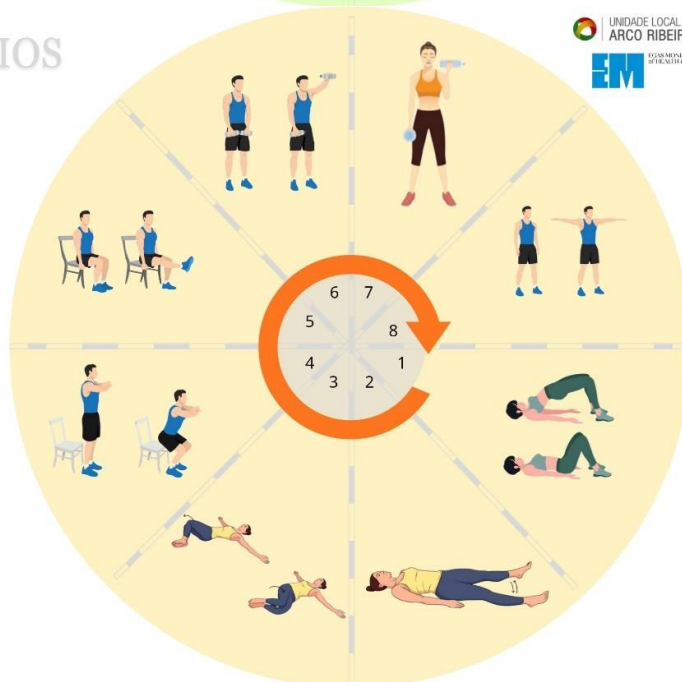
Descanso de 90 segundos entre séries.



RODA DE EXERCÍCIOS

- 1 - Ponte de glúteos **2 séries de 10 repetições**;
- 2 - Realizar abertura da perna unilateralmente, mantendo-a esticada. **2 séries de 10 repetições**;
- 3 - Rolar na cama para um lado para o outro, mantendo as pernas dobradas e juntas **2 séries de 8 repetições para cada lado**;
- 4 - Levantar e sentar da cadeira - com ou sem apoio das mãos **3 séries de 5-10 repetições**;
- 5 - Esticar uma perna de cada vez na posição de sentada **2 séries de 10 repetições**;
- 6 - Elevação dos braços à frente até à altura dos ombros - com ou sem carga leve **2 séries de 10 repetições**;
- 7 - Dobrar e esticar os antebraços com carga leve - na posição de sentada **2 séries de 10 repetições**;
- 8 - Elevação lateral dos braços até à altura dos ombros - com ou sem carga leve **2 séries de 10 repetições**.

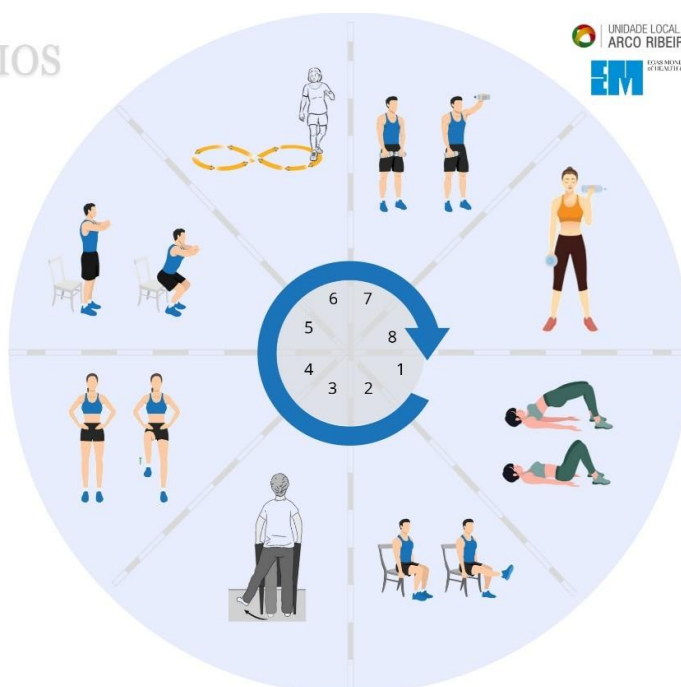
Descanso de 90 segundos entre séries.



RODA DE EXERCÍCIOS

- 1 - Ponte de glúteos **2 séries de 10 repetições**;
- 2 - Esticar uma perna de cada vez na posição de sentada **2 séries de 10 repetições**;
- 3 - Levantar uma perna de cada vez lateralmente sem rodar o tronco - com as mãos apoiadas **2 séries de 10 repetições**;
- 4 - Levantar uma perna de cada vez até à altura da cintura com o joelho dobrado - com as mãos apoiadas **2 séries de 10 repetições**;
- 5 - Levantar e sentar da cadeira - com ou sem apoio das mãos **3 séries de 8-10 repetições**;
- 6 - Caminhar seguindo o trajeto de um "8" no chão (imaginário ou marcado) **3 séries**;
- 7 - Elevação dos braços à frente até à altura dos ombros - com garrafa de água **2 séries de 10 repetições**;
- 8 - Dobrar e esticar os antebraços com garrafa de água - na posição de sentado ou em pé **2 séries de 10 repetições**.

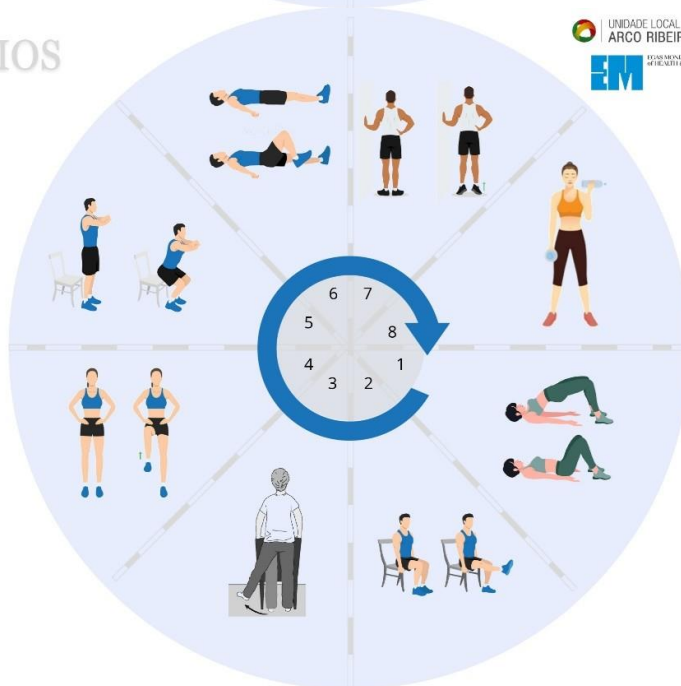
Descanso de 90 segundos entre séries.



RODA DE EXERCÍCIOS

- 1 - Ponte de glúteos **2 séries de 5-8 repetições**;
- 2 - Esticar uma perna de cada vez na posição de sentada **2 séries de 10 repetições**;
- 3 - Levantar uma perna de cada vez lateralmente sem rodar o tronco - com as mãos apoiadas **2 séries de 5-8 repetições**;
- 4 - Marcha no lugar com apoio do andarilho. **2 séries de 5-8 repetições para cada perna**;
- 5 - Levantar e sentar da cadeira - com apoio do andarilho **3 séries de 5 repetições**;
- 6 - Deslizar o calcanhar alternadamente em direção ao glúteo **2 séries de 5-8 repetições para cada perna**;
- 7 - Elevação dos calcanhares na posição de sentado (pode realizar alternadamente) **2 séries de 10 repetições**;
- 8 - Dobrar e esticar os antebraços com garrafa de água - na posição de sentado ou em pé **2 séries de 10 repetições**.

Descanso de 90 segundos entre séries.





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA



1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA USL SANTA MARIA



Reabilitar para Confortar:

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: REVISÃO SCOPING

Rui Filipe Mendes^{1,4}; Gonçalo Luís Rosa^{1,2,3}; Júlio Belo Fernandes^{2,3}

¹Department of Nursing, USL Almada-Seixal, 2805-267 Almada, Portugal;

²Nurs* Lab, Caparica, 2829-511 Almada, Portugal;

³Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiEM); Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Caparica, Almada, Portugal;

⁴Discente de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz for Interdisciplinary Research (CiEM); Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Almada, Portugal

INTRODUÇÃO

O cuidado à pessoa em situação paliativa exige uma abordagem holística e interdisciplinar que vá para além do controlo sintomático, integrando estratégias que promovam conforto, funcionalidade e qualidade de vida. Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação tem vindo a afirmar-se como uma área essencial na resposta às necessidades complexas desta população. A estruturação de um programa de reabilitação neste contexto pode gerar uma certa controvérsia, mas são cada vez mais os estudos que evidenciam essa pertinência, tratando-se de uma abordagem que permite que a pessoa viva harmoniosamente com os seus desejos e vontades. (2)

OBJETIVO

Mapear a evidência científica mais recente sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa.

Questão de Investigação:

Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (C) na Promoção do Conforto (C) da Pessoa em Situação Paliativa (P)?

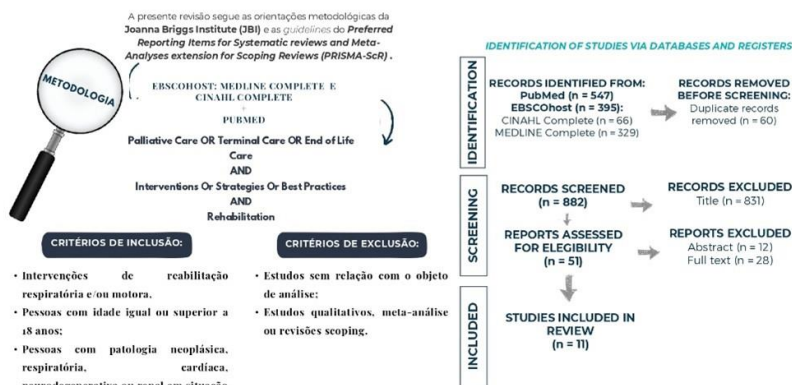


Figura 1. Fluxograma PRISMA (2020) do processo de seleção dos estudos



Reeducação funcional respiratória⁽⁶⁾

Treino de músculos inspiratórios com recurso a *threshold*.



Treino aeróbico^(4,5,7,9,17)

- Caminhada;
- Bicicleta estática;
- Remo.



Treino de resistência^(3,4,5,7,8,9,13,16,17)

- Banda elástica;
- Máquinas de ginásio;
- Peso corporal;
- Bola suíça.



Treino intervalado^(13,15)

Alternância entre períodos de esforço de intensidade alta (>85% da FC de treino) VS esforço de intensidade baixa-moderada (55-60% da FC de treino).

Treino de equilíbrio e flexibilidade^(4,17)

- Caminhar em círculos com mudanças de direção;
- Caminhar na ponta dos pés e nos calcanhares;
- Exercícios com *balance board*;
- Walking-lunge*.

RESULTADOS

CONCLUSÃO:

A análise da evidência científica revela que, para além das intervenções tradicionalmente associadas aos cuidados paliativos, como o treino de resistência e o treino aeróbico, emergem abordagens menos comuns, mas com relevância crescente neste contexto. Destaca-se, em particular, a integração do treino intervalado e da reeducação funcional respiratória — estratégias habitualmente aplicadas em contextos de reabilitação intensiva — que, quando adaptadas às capacidades da pessoa em fase avançada de doença, demonstram benefícios significativos na gestão da dispneia, na promoção da autonomia e no alívio do desconforto respiratório. Estas intervenções, complementadas pelo treino de equilíbrio e flexibilidade, apontam para uma ampliação do escopo da Enfermagem de Reabilitação nos cuidados paliativos, desafiando concepções tradicionais e valorizando uma atuação mais ativa, segura e centrada na pessoa. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação afirma-se, assim, como um elemento-chave na equipa multidisciplinar, promovendo estratégias inovadoras, sensíveis e eficazes na promoção do conforto e da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa. Dada a limitada evidência atualmente disponível, são necessários mais estudos para avaliar a eficácia sustentada destas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



ANEXO 1 - Certificado de participação nas Primeiras Jornadas do Núcleo de
Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA



NÚCLEO DE
ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

CAML
CENTRO ASSOCIADO DE CUIDADOS DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que Rui Filipe da Silva Mendes participou nas 1as Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local Saúde Santa Maria, que decorreu no dia 6 de Junho de 2025, na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, com a duração de 6 horas.

Carla Martins Ribeiro

Carla Martins Ribeiro

Presidente das 1as Jornadas do
Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria

ANEXO 2 - Certificado de participação na formação “Avaliação e prescrição de
exercício físico na 3ª idade”

Certificado de Frequência de Formação Contínua

Certifica-se que Rui Filipe da Silva Mendes, portador do documento de identificação (Cartão do Cidadão) nº 14692191, frequentou de 04-10-2025 a 12-10-2025 a formação profissional designada AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO NA 3ª IDADE, em regime à distância com a duração total de 18 horas (0h presenciais e 18h à distância).

Código da Ação de formação atribuído pelo IPDJ - 192946634



O Responsável da Formação Club Clínica das Conchas



Tipologia da Formação

À distância

Área de Formação

813

Plano Curricular / Designação das Unidades Temáticas / Horas

AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO NA 3ª IDADE - 18 HORAS

Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento e à inatividade física

Estratégias de retenção e integração da atividade física na rotina diária

Avaliação física funcional, composição corporal e determinação do risco de quedas

Prescrição exercício: Treino do equilíbrio | Treino das capacidades cardiorespiratórias | Treino da força muscular | Treino da Mobilidade Articular | Treino Neural e

Qualidade de Vida

Observações

Atribuição de 1.8 Unidades de Crédito para renovação do Título Profissional de Técnico/a de Exercício Físico e Título Profissional de Diretor/a Técnico/a.



Associação
Portuguesa dos
Enfermeiros de
Reabilitação

CONGRESSO
INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO
CIER'2025

4 A 6
DEZEMBRO'25

Hotel dos
Templários
Tomar



A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que

Rui Filipe Da Silva Mendes

esteve presente no

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2025

que decorreu em Tomar de **04 a 06 de dezembro de 2025,**

num total de **21 horas.**

A Presidente da APER,

(Raquel Marques)



Certificado APER 45110



*Excelência em Enfermagem de Reabilitação:
no caminho da Autonomia e Qualidade de Vida*

www.aper.pt



ANEXO 4 - Certificado de participação na IV Jornadas de Medicina do Exercício
da Formação Clínica Quinta das Conchas

Certificado de Frequência de Formação Contínua

Certifica-se que Rui Filipe da Silva Mendes, portador do documento de identificação (Cartão do Cidadão) nº 14692191, frequentou de 07-03-2026 a 07-03-2026 a formação profissional designada IV JORNADAS DE MEDICINA DO EXERCÍCIO, em regime presencial com a duração total de 7 horas (7h presenciais e 0h à distância).

Código da Ação de formação atribuído pelo IPDJ - 192949268 TEF/DT | 192949269 TD



O Responsável da Formação Club Clínica das Conchas



Tipologia da Formação

Presencial

Área de Formação

813

Plano Curricular / Designação das Unidades Temáticas / Horas

Exercício no doente oncológico: da teoria à prática (Ana Bernardino) | Exercício físico nas crianças e adolescentes: particularidades cruciais (André Sousa) | Exercício no doente hipertenso: as novas evidências (João Magalhães) | Treino para idoso: Continuum da avaliação à prescrição de exercício físico (Rúben Francisco) | O mito da postura perfeita: o que é realmente necessário para reduzir a dor no trabalho (João Pedro Andrade) | Biomecânica, exercício e saúde: seleção e prescrição de exercícios para o membro inferior (Paulo Santos) | Treino de força na prevenção e recuperação de lesões no corredor (Miguel Gomes)

Observações

Atribuição de 1.4 Unidades de Crédito para renovação do Título Profissional de Técnico/a de Exercício Físico; Título Profissional de Diretor/a Técnico/a e Título Profissional de Treinador/a de Desporto.