



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Transição de Cuidados**

**Ana Sofia Romão**

Orientação: Professora Maria José Bule

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2023



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Transição de Cuidados**

**Ana Sofia Romão**

Orientação: Professora Maria José Bule

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2023

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação Da Transição De Cuidados**

**Ana Sofia Pratas Romão**

**Relatório de Estágio elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

**Arguente:** Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

**Orientador:** Professora Maria José Abrantes Bule

Junho, 2023

## **AGRADECIMENTOS**

Destacar um agradecimento à Professora Maria José Bule, por toda a entrega; disponibilidade; compromisso e persistência durante todo este caminho, sem dúvida tratar-se de uma pessoa com enorme comoção e entrega pelo que faz.

À Enfermeira Rute e Filomena que neste percurso proporcionaram momentos de aprendizagem e partilha que me fortaleceram em todo este processo.

Agradecer os momentos incríveis neste trajeto com a Patrícia, Sofia e Rosa que foram sempre o meu alicerce e que nunca me deixaram sem chão.

Ao feliz encontro com a Catarina e à sua generosidade, empatia e leveza para encontrar alegria nos momentos de maior pressão e cansaço.

À minha equipa, pela disponibilidade, ternura e amizade e que através de uma flexibilidade inacreditável permitiram a concretização deste capítulo final.

Ao Nuno e a Maria, amores da minha vida, que prescindiram da minha presença sem nunca me fazerem experimentar a sensação de falha ou privação.

Obrigada a todos.

## RESUMO

**Enquadramento:** O envelhecimento populacional é um fenómeno observado globalmente, representando um grande desafio para a área da saúde, ao qual se associam doenças crónicas, diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida. Através da capacitação e empoderamento da pessoa e família, a enfermagem de reabilitação apresenta-se como área de atuação, para a promoção da saúde e qualidade de vida no decurso da transição do processo saúde-doença.

**Objetivos:** Demonstrar o desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação. Apresentar resultados consequentes da implementação do projeto de intervenção, evidenciando o impacto através dos ganhos em saúde alcançados.

**Metodologia:** Utilizada metodologia de estudos de casos múltiplos, para reflexão e análise dos dados obtidos a partir da implementação do projeto de intervenção. A amostra foi selecionada de forma conveniente, seguindo critérios previamente estabelecidos. Os cuidados foram contextualizados pelo referencial teórico de Afaf Meleis, seguindo a estrutura do processo de enfermagem.

**Resultados:** Um programa de reabilitação organizado e direcionado aos participantes resultou na diminuição da dependência funcional, permitindo maior autonomia e independência dos participantes, ganhos em saúde, indicando que a intervenção e capacitação foram efetivas.

**Conclusão:** Comprovou-se a importância das intervenções de reabilitação na melhoria funcional da pessoa, em simultâneo com a capacitação do doente e da família durante o processo de transição, tornando-a mais segura.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação, Transição de Cuidados, Capacitação

## ABSTRACT

**Background:** Population aging is a globally observed phenomenon that represents a major challenge for the healthcare sector, associated with chronic diseases, decreased functionality, and quality of life. Through the empowerment and training of the individual and family, rehabilitation nursing presents itself as an area of practice to promote health and quality of life during the transition process of the health-disease continuum.

**Objective:** To demonstrate the development of rehabilitation nursing skills. To present results consequent to the implementation of the intervention project, evidencing the impact through the health gains achieved.

**Methodology:** A methodology of multiple case studies was used for reflection and analysis of data obtained from the implementation of the intervention project. The sample was conveniently selected following previously established criteria. The care was contextualized by the theoretical framework of Afaf Meleis, following the structure of the nursing process.

**Results:** A rehabilitation program organized and directed to participants resulted in a decrease in functional dependence, allowing greater autonomy and independence of the participants, health gains, indicating that the intervention and empowerment were effective.

**Conclusion:** It was proven the importance of rehabilitation interventions in the functional improvement of the individual, at the same time as empowering the patient and their family during the transition process, making it safer.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing, Care Transition, Empowerment

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO .....	17
3. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO .....	21
4. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS.....	25
4.1 UNIDADE VÉRTEBRO- MEDULAR .....	25
4.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA .....	27
5. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....	33
5.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	33
5.2 REFERENCIAL TEÓRICO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: AFAF MELEIS - TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	38
5.3 O PLANEAMENTO DA ALTA E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO.....	41
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	45
6.1 POPULAÇÃO ALVO.....	46
6.2 METODOLOGIA .....	47
6.3 ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	48
7. RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	57
7.1 CARACTERIZAÇÃO DE SAUDE E SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	57
7.2 RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ESTUDOS DE CASO.....	60
7.3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	76
8. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PATH-25© .....	80
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	84
9.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	84
9.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	88
9.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	90

<b>10. CONCLUSÃO.....</b>	<b>92</b>
<b>11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>94</b>

## ÍNDICE APÊNDICES

<b>APÊNDICES</b> .....	<b>107</b>
<b>APÊNDICE I- “Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-s) Instrument©2018”</b> .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>APÊNDICE II - Tradução e adaptação da escala “Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-s) Instrument©2018”</b> Erro! Marcador não definido.	
<b>APÊNDICE III- Revisão da Literatura</b> .....	<b>125</b>
<b>APÊNDICE IV – Consentimento informado, livre e esclarecido, para participar em investigação de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE V- Medical Research Council Muscle Scale (MRC)</b> .....	<b>146</b>
<b>APÊNDICE VI- Medida de Independência Funcional</b> .....	<b>148</b>
<b>APÊNDICE VII- Escala Mini Mental State Examination (MMSE)</b> .....	<b>150</b>
<b>APÊNDICE XIII-Escala de equilíbrio de Berg</b> .....	<b>153</b>
<b>APÊNDICE IX- Instrumentos de Avaliação e Plano de cuidados P1</b> .....	<b>159</b>
<b>APÊNDICE X- Instrumentos de Avaliação P2</b> .....	<b>175</b>
<b>APÊNDICE XI- Instrumentos de Avaliação P3</b> .....	<b>180</b>
<b>APÊNDICE XII- Instrumentos de Avaliação P4</b> .....	<b>185</b>
<b>APÊNDICE XIII- Instrumentos de Avaliação P5</b> .....	<b>190</b>
<b>APÊNDICE XIV- Instrumentos de Avaliação e Plano de cuidados P6</b> .....	<b>195</b>
<b>APÊNDICE XV- Para Reabilitar: Auditorias e Análise de Resultados Projeto Formar</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE XVI- Folhetos elaborados contexto estágio: <i>Vou ter alta e Agora?</i></b> .....	<b>224</b>
<b>APÊNDICE XVII- Participação Jornadas de Medicina</b> .....	<b>231</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO I- Escala de Barthel</b> .....	<b>239</b>
<b>ANEXO II - Escala de Borg</b> .....	<b>243</b>
<b>ANEXO III - Autorização das autoras para a tradução, adaptação cultural e validação do PATH-25© para português europeu</b> .....	<b>245</b>

## ÍNDICES TABELAS

Tabela 1: Diagnósticos de enfermagem mais frequentes UVM.....	27
Tabela 2: Diagnósticos de enfermagem mais frequentes na Reabilitação Funcional Respiratória.....	30
Tabela 3: Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes na Reabilitação Funcional Motora .....	30
Tabela 4: Projeto Formar para reabilitar .....	31
Tabela 5: Focos, diagnósticos, intervenções e resultados esperados previstos no protejo de intervenção. ....	55
Tabela 6: Caracterização Sociodemográfica dos participantes .....	58
Tabela 7: Caracterização do tipo de apoio recebido, cuidador e destino após a alta hospitalar .....	59
Tabela 8: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P1 .....	61
Tabela 9 : Registo da evolução da avaliação da dor P1.....	62
Tabela 10: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P2 .....	63
Tabela 11: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P3 .....	66
Tabela 12 : Registo da evolução da avaliação da dor P3.....	67
Tabela 13 :Avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem do cuidador da P3.....	68
Tabela 14: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P4 .....	68
Tabela 15 : Registo da evolução da avaliação da dor P4.....	69
Tabela 16: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P5 .....	71
Tabela 17: Avaliação das dimensões de conhecimento e capacidade da P6.....	75

## ÍNDICE FIGURAS

Figura 1: Teoria das Transições de Afaf Meleis: Uma teoria de médio alcance.....	39
Figura 2: Total de participantes no projeto.....	47
Figura 3: Participantes segundo a área de cuidados de ER.....	47

## ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização do destino após alta hospitalar .....	60
Gráfico 2: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P1 .....	61
Gráfico 3: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P2.....	63
Gráfico 4 : Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P3.....	66
Gráfico 5: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P4.....	68
Gráfico 6: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P5.....	71
Gráfico 7: Evolução da oximetria antes e após RFR P6.....	73
Gráfico 8: Evolução da Dispneia pela escala de Borg P6 .....	74
Gráfico 9: Evolução da dependência pela escala de Barthel P6 .....	75

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD's** – Atividades de Vida Diária

**CIPE®** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CTA** – Cuidados Transitórios Agudos

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ENEAS** – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

**ER** – Enfermagem de Reabilitação

**HTA** – Hipertensão Arterial

**ICOPE** – *Integrated care for older people*

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**LS** – Literacia em saúde

**MI** – Membro Inferior

**MID** – Membro Inferior Direito

**MIE** – Membro Inferior Esquerdo

**MIF** – Medida Funcional de Independência

**mMRC** – *Medical Research Council modificada*

**MS** – Membro Superior

**MSD** – Membro Superior

**MSE** – Membro Superior

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**RFM** – Reeducação Funcional Motora

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SARS-CoV-2** – *Severe Respiratory Acute Syndrome*

**SMFR** – Serviço de Medicina Física e Reabilitação

**SMI** – Serviço de Medicina Interna

**UVM** – Unidade Vertebro Medular

**WHO** – *World Health Organization*

## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório da Unidade Curricular, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação <sup>1</sup>, 6ª Edição. A sua composição e apresentação objetivam a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e a prova pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O desenvolvimento de competências ocorreu em dois períodos distintos com a componente prática: o primeiro momento concretizou-se no Estágio de Reabilitação, com o principal enfoque nos cuidados do foro ortopédico e neurocirúrgico, numa unidade especializada em doentes, na sua maioria com patologia vértebro-medular. O segundo momento, o Estágio final, com vista na intervenção neurológica e cárdio - respiratória, ocorreu num dos Centros Hospitalares da Região - Lisboa Vale do Tejo, no Serviço de Medicina Interna, onde foi aplicado o Projeto com a temática: **Cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da transição de cuidados** e que apresentou como foco central, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa durante o percurso de internamento atendendo a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados dedicados.

A escolha desta área temática foi assente na prática diária e motivação pessoal. Como enfermeira na Unidade de Hospitalização Domiciliária, é possível estar numa posição privilegiada na prestação de cuidados de proximidade ao doente, onde é possível acompanhar e capacitar a pessoa, com vista a aumentar a autonomia, a compreensão da doença e conseqüentemente uma maior segurança e empoderamento da pessoa. Porém, são vários os constrangimentos sentidos e encontrados diariamente, face à ineficaz transição do doente. Acreditando, portanto, ser essencial fortalecer as competências nesta área, tentando aplicar na prática a evidência, sobretudo no que diz respeito à transição do doente em ambiente seguro, tornando o processo como uma prática comum e valorizável sempre com a pessoa no centro do processo de mudança.

O atual relatório procura realizar uma abordagem crítica e reflexiva durante o percurso concretizado, tendo como suporte os objetivos das unidades curriculares, os

---

<sup>1</sup> Curso a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde em associação com as escolas: Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus; Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

que foram delineados no projeto, e que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, essenciais à atribuição do título, bem como o desenvolvimento das competências do Grau de Mestre.

Para a concretização do projeto de intervenção profissional foram definidos os seguintes objetivos:

- Potencializar/maximizar a funcionalidade da pessoa através de intervenções promotoras de uma transição segura;
- Elaborar um programa de enfermagem de reabilitação com vista ao aumento da funcionalidade da pessoa;
- Capacitar o cuidador para lidar e cuidar da pessoa no processo de transição;
- Identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na trajetória do doente;

Durante a trajetória, no contexto dos estágios, deu-se início ao processo de validação, tradução e adaptação da escala “*Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-25©)*” ([APÊNDICE I](#)) ([APÊNDICE II](#)), com vista à sua posterior validação.

Para além da sustentação nos instrumentos reguladores da profissão, o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação deve ter por base os referenciais teóricos da disciplina (Martins et al., 2018). Deste modo, a conceção dos cuidados para a execução do projeto, foram enquadrados na Teoria da Transição de Afaf Meleis.

As alterações sociodemográficas resultantes do envelhecimento populacional são hoje uma questão incontornável em todas as sociedades. O aumento da esperança de vida, a par da diminuição da natalidade, cria uma assimetria no equilíbrio da sociedade, sendo urgente a necessidade de pensar o futuro, por forma a responder aos desafios a que este fenómeno conduz (Rodrigues, 2018).

Na atualidade, as políticas de cuidados de saúde estão ainda centradas no tratamento da doença, na reabilitação da pessoa doente e integração social o mais precoce possível, contudo, existem orientações para internamentos cada vez mais curtos, exigindo às famílias que sejam capazes de assumir os cuidados no regresso da pessoa a casa e que requerem uma complexidade enorme de cuidados (Tomé, 2020).

O processo de transição representa um momento difícil e de grande dificuldade para a pessoa/família que se depara com uma dependência diferente à habitual, depositando ao enfermeiro uma missão preponderante nesta fase. A mobilização de

estratégias e apoios familiares e/ou comunitários são encarados, na maioria das vezes, como facilitadores do papel de cuidar e conseqüentemente favorecedoras deste processo de transição (Petronilho et al., 2017).

Capacitar é um processo complexo que requer conhecimento, determinação e ação. Portanto, é essencial que seja personalizado de acordo com as necessidades individuais, garantindo que a pessoa reconheça verdadeiramente os benefícios potenciais e sinta motivação para alcançá-los (Reis & Bule, 2017). A capacitação permite à pessoa o controlo e a tomada de decisão para resolver os próprios problemas, permitindo a redução das desigualdades e contribuindo para alcançar o seu potencial máximo de saúde (Melo, 2020).

A pessoa em processo de transição deve, portanto, encontrar sentido e mobilizar mecanismos de coping, desenvolver competências com base na sua experiência e lidar emocionalmente com os processos de saúde - doença que são fundamentais para um percurso participativo e que vai permitir que seja mais autónomo e responsável pela sua saúde individualmente (DGS,2015), tendo como parceiro o EEER que vê na capacitação uma estratégia indispensável para a obtenção de uma melhor saúde, redução das desigualdades e para uma utilização mais eficiente dos cuidados de saúde.

Mudanças socioeconómicas e laborais da atualidade fizeram com que as famílias mudassem as relações entre seus membros, afetando a coesão e a dinâmica familiar (Reis et al., 2021), tornando-se mais difícil em contexto de doença, em especial quando há o surgimento de dependência ou incapacidade, surgindo a demanda por adaptações por parte da família, a fim de suprir as necessidades dos indivíduos (Menoita et al., 2014).

Um episódio de internamento hospitalar constitui uma quebra nas rotinas de vida e uma fonte geradora de stress e ansiedade para a pessoa e família, pois depararam-se com um ambiente estranho e vulnerável, distante da vida diária e na maioria com tradução na mudança no estilo de vida de todos os membros da família (Meleis, 2010). O cuidado familiar requer uma avaliação centrada na pessoa cuidada, ou seja, a família no seu todo, para que sejam feitas observações específicas sobre o sistema familiar. Avaliar uma família requer entendê-la, no sentido de que o crescimento, o desenvolvimento e a perda ocorrem todos os dias. Existem objetivos comuns, um processo de crescimento e confrontos naturais, imprevisíveis e difíceis (Reis et al., 2021).

Perante esta nova realidade e condição da pessoa sujeita à mudança, Santos, reconheceu a importância de criar um momento para que as famílias sejam capazes de falar das suas experiências, medos e angústias durante a hospitalização porque para além de familiares, na sua maioria passam a ser também o cuidador (Santos,2020).

No projeto de intervenção proposto, a pessoa constitui o ponto central dos cuidados, logo, tudo o que contribua para melhorar o seu saber na área da saúde, ao longo do seu ciclo de vida, irá permitir alcançar melhores resultados em saúde.

O processo de transição deve, portanto, apresentar-se como um foco central no exercício dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, reforçando o seu papel como um recurso de saúde fundamental, com vista a garantir a continuidade dos cuidados; promover a segurança; acompanhamento e a autonomia funcional para atingir a recuperação desejável e alcançar o potencial máximo da pessoa (Silva et al., 2019). E não menos importante, difundir o envolvimento da família no internamento que deve ser uma estratégia organizacional, para a qual todos os elementos da equipa de saúde cooperam (Reis et al., 2021).

Relativamente à organização e estrutura do relatório, logo após a introdução segue-se a apreciação do contexto de cuidados bem como a análise do envolvimento onde se desenvolveu o projeto e ocorreu o estágio final. Nos capítulos seguintes, faz-se a análise de produção de cuidados sustentada por um enquadramento conceptual; apresenta-se o projeto de intervenção profissional fundamentando a pertinência do estudo, o desenho metodológico bem como os resultados obtidos. Intercorre de igual modo a discussão e análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas durante o percurso clínico. Por fim, a conclusão, seguida das referências bibliográficas consultadas para a concretização deste relatório.

Este documento foi redigido segundo o Acordo Ortográfico em vigor e segue as normas da American Psychological Association, 7ª edição, conforme o preconizado no Instituto Politécnico de Setúbal.

## 2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

De acordo com o relatório produzido pela Organização das Nações Unidas [ONU]<sup>2</sup>, estamos perante uma população envelhecida em que a melhoria dos cuidados e o desenvolvimento da ciência, contribuem para o aumento da esperança média de vida de forma global. O mesmo documento aponta que até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos e estima-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050 (ONU, 2020).

Em 2020, segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE], no documento de Estatística Demográfica<sup>3</sup>, a propensão de envelhecimento demográfico confirma-se há várias décadas na Europa e Portugal não foge à regra nesse contexto, sendo classificado como o quarto país em termos de posicionamento entre os 27 Estados-membros da União Europeia, com maior percentagem de idosos (INE,2020).

A tendência para o envelhecimento da população na última década é clara ao compararmos com os dados relativos ao ano de 2004. Em 2015, residiam 20,5% pessoas com 65 ou mais anos de idade comparativamente aos 16% relativos ao ano de 2004 em Portugal, conforme descrito no Relatório da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) de 2017 (ENEAS,2017).<sup>4</sup>

Apesar da redução nos últimos cinco anos da percentagem da população com limitações na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde, de 36,1% em 2015 para 32,1% em 2020, Portugal continua a ser um dos países em que este indicador atinge uma maior expressão 33,0% em 2019, comparativamente aos 24,0% para a União Europeia (INE,2020).

Envelhecer saudável e com autonomia representa um desafio de grande responsabilidade e para os quais é urgente organizar respostas adequadas. Daí que o

---

<sup>2</sup> Relatório ONU: Envelhecimento da População mundial 2019.

<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>

<sup>3</sup> [Publicação com análise dos principais acontecimentos demográficos em Portugal, evidenciando as tendências e aspetos mais relevantes da situação em 2020.](#)

<sup>4</sup> [Despacho n.º 12427/2016 do Diário da República n.º 199/2016, Série II de 2016-10-17](#), Esta Estratégia constitui o reconhecimento da necessidade de uma ação concertada, para melhorar as oportunidades e a qualidade de vida das pessoas com o avançar da idade e para garantir a sustentabilidade dos seus sistemas de suporte. Da mesma forma, reflete a continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que permitam que todas as pessoas idosas possam ter uma vida ativa e saudável.

ENEAS saliente que a melhoria da capacidade funcional do idoso é um ponto de partida para a formulação de um modelo de gestão de intervenção que determine prioridades, parâmetros de acompanhamento e avaliação (ENEAS,2017).

Num mundo em constante mudança, em que os avanços tecnológicos e científicos experimentados têm contribuído para progressos significativos na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, constata-se que as pessoas vivem mais anos, mas isso não significa que estes sejam vividos por todos com mais saúde e qualidade de vida (WHO,2017). Para Galvão, o envelhecimento da população, conduz a comprometimentos a nível das políticas sociais, repercutindo-se como um dos enormes desafios da saúde pública contemporânea (Galvão, 2021).

O aumento da longevidade aponta para um declínio potencial nas linhagens futuras, muito devido à elevada prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, como doenças respiratórias crónicas, obesidade, cancro, doenças cardiovasculares e diabetes (WHO,2020), com conseqüente redução da capacidade do autocuidado e da qualidade de vida. Resultante das alterações experienciadas na sociedade atual em que o aumento da esperança média de vida é favorável ao desenvolvimento de doenças crónicas, a sociedade e as entidades governamentais devem, por isso, pautar a sua atuação pelo desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde cujo enfoque seja a prevenção e o controlo destas doenças, contributo fundamental para a promoção do envelhecimento saudável.

Em Portugal, as doenças crónicas têm igualmente elevada prevalência, pelo que as estratégias de saúde nacionais, em concordância com as diretrizes internacionais, assentam na prevenção e controlo das mesmas, constituindo a Literacia em Saúde (LS) um promotor essencial para a capacitação da pessoa e comunidade, no âmbito da gestão das suas situações de saúde e de doença.

Em Portugal, nas últimas décadas, a promoção da literacia em saúde da população tem sido considerada na definição de políticas de saúde, inserida nas sucessivas versões do Plano Nacional de Saúde (PNS) (Pedro & Escoval, 2016). O atual PNS <sup>5</sup>, alinhado com a Estratégia 2020 da *World Health Organization* [WHO] para a região europeia, visa, à semelhança dos anteriores planos, integrar esforços de todos os setores para maximizar os ganhos em saúde da população, com enfoque na melhoria da qualidade das políticas, melhoria do acesso do cidadão e aumento da saúde geral da população (DGS,2015). Portugal obteve piores resultados a nível dos cuidados de saúde,

---

<sup>5</sup> Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

no que refere à LS, comparativamente aos países europeus incluídos no estudo HLS-EU de 2014, apresentando índices mais baixos. Aproximadamente 61% da população portuguesa inquirida apresenta um nível de LS geral problemático ou inadequado (Pedro & Escoval, 2016).

Esta problemática coloca desafios aos enfermeiros, sendo alvo de reflexão sobre a prática do cuidar, configurando uma necessidade crescente de rever estratégias através de repostas adequadas e efetivas, alicerçadas numa prestação de cuidados adaptados e centrados nas necessidades da pessoa. Pelas competências que lhe são inerentes, comprometem-se a prestar cuidados ao longo do ciclo de vida, difundido o bem-estar e a qualidade de vida a quem dedicam cuidados na sua praxis diária (Nunes, 2013).

A Enfermagem é entendida como uma profissão auto-regulada e disciplinada pelo conhecimento que aborda as necessidades de saúde humana em todas as fases do ciclo de vida (Nunes, 2020). Este entendimento também se encontra expresso no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), artigo 4º, onde se refere que a enfermagem é “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015, p:99).

A Enfermagem de Reabilitação (ER) constitui uma área especializada da enfermagem que tem por foco a manutenção e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa assim como a recuperação da funcionalidade através da prevenção de complicações, da promoção do autocuidado e da maximização das capacidades (Regulamento n.º350/2015).<sup>6</sup>

Perante uma população mais idosa, com elevada prevalência de doenças crónicas, com internamentos frequentes, e com baixos níveis de literacia em saúde (Espanha et al., 2016), o processo de transição dos cuidados hospitalares para a comunidade surge assim como forma de garantir a continuidade dos cuidados e, para isso, requer coordenação e comunicação articulada com diferentes serviços ou unidades de saúde (Weber et al., 2017).

Contudo, Pedrosa et al., após revisão da literatura conclui que no momento da transição existe uma baixa participação da pessoa e os cuidadores referem distanciamento por parte dos profissionais durante o internamento e que a realização de

---

<sup>6</sup> Publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015

orientações, fulcrais para este momento, é tardia (Pedrosa et al., 2022). É crucial, portanto, que os enfermeiros adotem uma atitude proativa mobilizando recursos internos das estruturas de saúde junto da comunidade, garantindo uma persistente reciclagem técnico-científica (Loureiro et al., 2021).

### 3. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

A Unidade Vértebro-Medular [UVM] onde se realizou o estágio de Reabilitação em contexto ortopedia foi certificada pela AOSPINE<sup>7</sup> como centro de referência para o tratamento das patologias da coluna vertebral, tornando-se assim no primeiro e único centro certificado do País e o segundo de toda a Península Ibérica com esta certificação (SNS, 2017).

A UVM, tem um programa específico de formação para internos das especialidades de ortopedia e neurocirurgia, reunindo igualmente estágios internacionais no âmbito do centro de referência.

É um serviço que tem a capacidade de receber 15 doentes, na sua maioria com patologia vértebro-medular, sendo formada por quatro salas, cada uma com três camas assistindo também como serviço de apoio à Unidade de Senologia, na atualidade, dispondo de três camas reservadas para cirurgia. Trata-se de uma unidade, que apesar da antiguidade e do que isso pode traduzir, está devidamente equipada e detém os recursos necessários para uma prestação de cuidados especializados de excelência.

A equipa de profissionais é multidisciplinar, destacando que em todos os horários há a presença de dois Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação (EEER), sendo que nas manhãs, na sua maioria, um é destacado para trabalho de gestão.

Ocupando um papel de destaque quer para o doente, face a sua especificidade, quer para a família durante todo o seu percurso na unidade, constitui como preocupação permanente por parte dos EEER, aplicar um programa e um plano de reabilitação ajustado desde o momento da admissão, com vista à preparação para a transição e readaptação familiar, social e laboral, de acordo com a sua nova condição.

Evidenciar também, o seu papel como elemento facilitador do Enfermeiro Generalista na organização da prestação de cuidados, que através desta articulação promove cuidados que visem a reabilitação da pessoa. Também, através da cooperação e coordenação junto dos EEER, os fisioterapeutas, complementam intervenções. Em suma o EEER na UVM, apresenta-se como um recurso crucial, constituindo-se como um

---

<sup>7</sup> AOSPINE é uma organização mundial com foco educacional que reúne cirurgiões ortopédicos, neurocirurgiões e neurorradiologistas especializados em trocar conhecimentos altamente especializados, impulsionando o avanço da pesquisa e o tratamento de doenças da coluna vertebral. <https://www.aofoundation.org/spine>

elo entre a equipa multidisciplinar promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados.

A unidade de saúde onde se concretizou o Estágio Final presta cuidados de saúde, há mais de sete décadas, numa área geográfica que ocupa a parte sudoeste litoral da Península de Setúbal e Litoral Alentejano, abrangendo uma área urbana de grande densidade populacional e uma zona rural dispersa que apresenta algumas dificuldades em termos de acessibilidades. A alteração da área de abrangência do Centro Hospitalar [CH], passando a incluir mais um conselho em 2018, levou a um crescimento de afluência aos serviços, trazendo maior complexidade no que diz respeito à gestão de ocupação nos internamentos.

O Serviço de Medicina Interna [SMI] foi o local onde decorreu o Estágio Final e onde se desenvolveu projeto de intervenção. O SMI, tem assente na sua missão promover a saúde nas comunidades onde se insere, prestando cuidados de saúde diferenciados, sempre com o objetivo de respeitar a dignidade dos doentes bem como, procurar a valorização profissional dos colaboradores dentro de um contexto de qualidade, competência e eficácia organizacional (Pedroso et al., 2021).

Tem como visão ser reconhecido como serviço de referência no atendimento ao doente e pela excelência na prática médica e de enfermagem. Destaca-se pela acessibilidade, eficácia da organização no atendimento, ética de trabalho, confiança e atenção nos doentes e às necessidades da família. Na prática, seguem-se os seguintes princípios: humanidade e não discriminação; confidencialidade e dignidade pessoal de cada doente; promoção da saúde; excelência em técnicos atualizados frente às pesquisas e desenvolvimentos da ciência; ética de trabalho; promoção da diversidade académica e respeito pelo meio ambiente (Pedroso et al., 2021).

Em 2015 foi auditado pela Ordem dos Enfermeiros [OE], tendo sido reconhecido com idoneidade formativa para a prática clínica em enfermagem, bem como para desenvolver atividades complementares como as do ensino pré e pós-graduado e de investigação.

Relativamente à tipologia de doentes internados, a maioria dos diagnósticos centram-se em patologias do foro respiratório e neurológico (Pedroso et al., 2021). O SMI localiza-se no terceiro e quarto piso da ala nascente do hospital, oferecendo uma capacidade de internamento de 23 camas em cada piso, incluindo quatro quartos individuais. As unidades de internamento geral têm uma organização idêntica, na sua organização as enfermarias apresentam sete quartos, com capacidade para três doentes e dois quartos individuais, sendo que todos possuem casa de banho próprias adaptadas,

com equipamento e produtos de apoio como: chão antiderrapante, barras de apoio de mãos no sanitário e chuveiro, assentos adaptados no duche e cadeiras de banho, com vista a segurança do doente.

No SMI cada unidade do doente é composta por uma cama, mesa-de-cabeceira e cadeirão, todos portadores de rodas com sistema de travão. As camas são articuladas e elétricas, com colchões e almofadas adequadas à prevenção de úlceras por pressão assim como portadoras de proteção com grade lateral bipartida, com um sistema de chamada, que também possibilita aceder à iluminação. Apesar de não ter um espaço dedicado à Reabilitação, é um serviço amplo dotado de diversificadas ferramentas e dispositivos de apoio facilitadores para a recuperação e ganho de funcionalidade e independência.

A equipa de profissionais afeta ao serviço é diversificada, sublinhando que os cuidados de ER estão garantidos diariamente por três EEER distribuído pelos pisos, no horário das 08h00 – 16h30h e em regime de rotatividade, um EEER que labora das 15h00 – 22h30 e é alocado às três unidades. Temporariamente apenas um ER exerce as funções em pleno, o que se traduz em menor quantidade de cuidados especializados e menores ganhos em saúde. No âmbito da práxis de enfermagem as dotações seguras são determinantes para dar resposta às necessidades em cuidados de saúde. A disponibilidade de enfermeiros na quantidade certa e com a combinação adequada de competências, são contributos fundamentais para a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento nº 743/2019, p:128).

Esta realidade constituiu neste percurso, um desafio no processo de aprendizagem, tornando necessária uma reflexão diária sobre este fato, porque apesar de uma menor disponibilidade na área cuidados da Reabilitação por défice de recursos, foi possível a aquisição pessoal de independência e autonomia na gestão de cuidados, pautando sempre pela segurança do doente, constituindo uma mais-valia para o reconhecimento do meu trabalho através de ganhos que não seriam possíveis nesta fase.

Os EEER do SMI, para além de serem promotores da adesão terapêutica e realizarem uma gestão das expectativas face à doença, através dos cuidados praticados, visam uma práxis de qualidade, considerando a recuperação das limitações funcionais da pessoa, através da Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM).

Complementarmente, existem 2 fisioterapeutas do Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR) que, diariamente, nas unidades do serviço ou no ginásio do SMFR executam intervenções sempre em articulação com a restante equipa multidisciplinar, que

pode incluir também terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais também pertencentes ao SMFR.

Estando conscientes da sua nova realidade, a equipa do SMI, na sua globalidade, mostra preocupação em manter cuidados de qualidade e de proximidade com o doente e família, colmatando a falha dos cuidados especializados.

#### 4. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A análise de produção de dados vai ser dividida em dois momentos distintos, um relativo ao estágio de reabilitação realizado numa UVM, com seguimento de análise e reflexão do Estágio Final que decorreu no SMI, ambos localizados em Lisboa e Vale do Tejo.

##### 4.1 UNIDADE VÉRTEBRO- MEDULAR

Na UVM foi notório no decurso do estágio que o ER assume um papel preponderante nos cuidados ao doente com patologia neurológica traumática da qual resulta, na sua maioria, um aumento da dependência e diminuição da funcionalidade. Desde o momento da admissão, o EEER tem como principal enfoque estes dois aspetos e, portanto, vê na capacitação do doente, desde logo, o recurso que vai potencializar ganhos com vista à transição para a alta mais segura.

Embora o enfermeiro de reabilitação possua conhecimentos e competências que lhe permitam atuar de forma autónoma no diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação das alterações motoras ou respiratórias, é fundamental o trabalho em equipa onde cada caso deve ser ponderado de forma criteriosa, com adequada avaliação e tratamento individualizado de cada caso (Barroso,2014).

Na admissão do doente, o EEER extrai através do processo individual e dos exames imagiológicos complementares, informação basilar para o planeamento das intervenções, que é sempre centrado e ajustado à condição do doente, no tipo de lesão e défices que resultaram do traumatismo, bem como nas alterações que vão decorrendo ao longo da hospitalização.

A utilização de instrumentos de avaliação é também fundamental para o ajuste e planeamento de intervenções específicas e centradas no doente. Na UVM são utilizados assim que possível, logo após admissão do doente, dois instrumentos que vão orientar os cuidados não só especializados, mas de toda a equipa multidisciplinar de que é constituída a unidade, são elas: a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e Escala ASIA<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> A escala ASIA é baseada na avaliação da função sensorial e motora, que permite classificar os doentes de acordo com o tipo de lesão (completa ou incompleta) e determinar o nível neurológico. <https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2019/10/International-Standards-Worksheet-Spanish-Final.pdf>

A avaliação inicial, aliada à colheita de dados, determina a eficiência e eficácia do planeamento dos cuidados e a definição dos objetivos que se pretendem alcançar. Salientar, a reunião diária com a equipa multidisciplinar, realizada de forma informal e que possibilita uma reflexão diária, permitindo avaliar as necessidades de cada caso e objetivar intervenções coesas, que perante a complexidade, permite cuidados complementares entre si, constituindo uma mais-valia para o doente. Os planos de reabilitação devem ser realistas e focados em objetivos alcançáveis, bem como ajustá-los, tendo em conta a maior aproximação possível da realidade da pessoa (Marques-Vieira e Sousa, 2017).

Para a Pessoa, a LVM apresenta-se como um evento desfavorável que causa alteração significativa nas condições de vida de uma pessoa e que se traduz na redução da capacidade funcional, da qualidade de vida e da dependência de terceiros para a realização das Atividades Da Vida Diária (AVD's). Para a mesma autora, é fulcral o EEER incluir a família nos cuidados porque perante nova função é-lhes exigido que adquiram novos conhecimentos e habilidades específicas (Pessoa, 2022).

Durante o período de estágio, observou-se que pelo fato da unidade acolher doentes não só da região do Vale Do Tejo, mas também do Alentejo e Algarve não permitiu que existisse um número significativo de visitas programadas para ensinamentos e capacitação da família, porque na sua maioria encontravam-se a longa distância e com dificuldades de acesso. Para além de que, o período de visita era curto e ainda sob restrições associadas à pandemia, não sendo facilitador para usufruir de um momento de partilha. Também, transpareceu que tanto o doente como a família, perspetivavam a continuidade de cuidados em unidades especializadas e por isso depositavam toda a sua expectativa na recuperação fora daquele espaço e que associavam o internamento na UVM a um momento de transição para aceitação da nova condição.

Perante a dependência e nova condição da pessoa, que se encontra em processo de ajuste, os profissionais de enfermagem devem, portanto, estar preparados não apenas com competências instrumentais específicas, mas também com habilidades relacionais, para os apoiar a lidar com o processo de adaptação, atenuando o seu sofrimento e superá-lo de forma positiva (Alves, 2015).

A aposta diária, era focada, portanto no doente, e a oportunidade em poder trabalhar com as especificidades de diversas patologias mostrou que por parte dos ER tem de subsistir um trabalho moroso, persistente e empático, com uma planificação individual e ajustada às particularidades de cada pessoa. Através da complexidade dos casos existentes e atribuídos, foi possível atuar em diferentes áreas de interesse e

atuação da ER como: o ensino e treino de autocuidados; a reeducação vesical e intestinal; a reeducação funcional respiratória e a reeducação funcional motora. Os doentes assistidos ao longo do estágio permitiram desenvolver e consolidar competências para responder às necessidades de cuidados mais prevalentes (Tabela 1).

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>
Autocuidado: Transferir-Se
Autocuidado: Higiene e Conforto
Autocuidado: Posicionar-Se
Equilíbrio diminuído
Movimento muscular diminuído
Andar comprometido

Tabela 1: Diagnósticos de enfermagem mais frequentes UVM  
Fonte: Elaboração Própria

Na UVM para as doentes de senologia está atribuído um EEER, em exclusivo, para poder individualizar o plano de cuidados e a experiência tornar-se o mais empática possível, através de musicoterapia e sessão de relaxamento o EEER permite um momento de partilha de sentimentos e alívio emocional, através da escuta ativa. A estes momentos sucede-se uma reabilitação preventiva e reparadora que vai permitir uma melhor recuperação da pessoa.

Os enfermeiros registam os cuidados planeados e intervenções realizadas no programa informático S. Clinic, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)<sup>9</sup>. Porém, devido ao fato da parametrização de intervenções específicas de ER serem inexistentes, os registos são realizados em formato de notas gerais, impossibilitando a tradução e o impacto dos cuidados realizados diariamente. Perante o esforço diário praticado, os EEER mostram desânimo por não ver mensurada a eficiência e eficácia do trabalho concebido, mostrando-se como um dos desafios e prioridades futuras para a equipa de reabilitação.

## **4.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

O EEER no SMI assume um papel de referência para a equipa multidisciplinar. Diariamente após a passagem de informação e com a colaboração da equipa, o ER elabora um planeamento de atividades e intervenções de acordo com as necessidades

<sup>9</sup> Desenvolvido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, visa padronizar conceitos, catalogar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e criar terminologia comum para todos os enfermeiros (OE,2015). [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)

de cada caso por forma a maximizar cuidados e garantir a melhor resposta possível. Conforme descrito por Branco, resoluções tomadas em equipa são sinergicamente melhores do que decisões tomadas individualmente, conduzindo ao sucesso organizacional (Branco, 2017).

Ao longo das semanas experienciadas, foi possível compreender que as patologias de maior incidência do SMI são do foro respiratório e neurológico, em fase aguda ou em exacerbação da doença crónica, assim sendo, é onde o EEER apresenta maior domínio e intervenção na sua atividade diária. Perante o equipamento específico presente no serviço, o trabalho realizado de ER torna-se mais rico, permitindo um conjunto de intervenções objetivando a capacitação da pessoa e família, para a preparação para a alta.

Deve ser salientado que no SMI surge um número significativo de doente traqueostomizados e com necessidade de cuidados especializados. A traqueostomia é um procedimento, provisório ou definitivo, habitual a nível hospitalar que resulta maioritariamente de complicações respiratórias, patologias neurológicas, traumáticas ou oncológicas (Medeiros et al., 2019). Os cuidados de reabilitação à pessoa com traqueostomia tornam-se cruciais na recuperação, por esta acarretar alterações em diferentes níveis, que se antecipadamente não forem trabalhadas, podem conduzir a alterações permanentes.

Os cuidados específicos de enfermagem em doentes com traqueostomia prendem-se em diversas áreas de intervenção<sup>10</sup>, desta forma o EEER deve realizar uma avaliação completa da pessoa tendo com vista um plano adequado e ajustado as suas necessidades respeitando as circunstâncias de adaptação em que a pessoa se encontra, perante a sua nova condição.

Na revisão integrativa realizada por Medeiros et al., 2019, é salientado que a traqueostomia ao apresentar desvantagens como: dismorfia cervical, indispensável limpeza e troca da cânula frequentes, dificuldade na comunicação oral, alterações na alimentação, ausência de função nasal e risco de traqueomalácia, o encerramento da traqueostomia é impreterível no processo de reabilitação do doente. O processo de descanulação é um processo que deve ser ponderado e deve obedecer alguns fatores preditivos para alcançar o resultado esperado. Devem ser reunidas condições como: resolução da obstrução da via aérea superior; secreções respiratórias em quantidade

---

<sup>10</sup> Norma nº 011/2016 atualizada a 03/03/2017: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

reduzida e o doente ser capaz de apresentar tosse eficaz com capacidade de expetorar. É um processo realizado entre a equipa multidisciplinar com a equipa de Otorrinolaringologia (ORL) e equipa da terapia da fala e que se não for possível pode ser impeditivo de ter sucesso.

O processo de descanulação é um procedimento realizado com regularidade no SMI e apesar de não existir um protocolo de descanulação do serviço, junto da perícia e orientação da enfermeira supervisora foi possível em dois momentos distintos fazer o planeamento e estabelecer um plano de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM) individualizado, focado na descanulação do doente, constituindo o maior desafio neste percurso. Através de intervenções focadas em exercícios na comunicação; deglutição; tonificação da musculatura cervical; tonificação da musculatura oro-facial e movimento articular durante várias sessões, para além dos ganhos visíveis da funcionalidade, foi possível alcançar o maior ganho imaginável: a descanulação. A possibilidade de ter sido possível acompanhar a evolução destes dois doentes tornou toda esta experiência muito gratificante e mostrou que os cuidados de ER, são indubitavelmente um contributo para os ganhos em saúde.

No período longo de 16 semanas no SMI, foi possível a aplicabilidade do projeto já supracitado, sendo necessário conceber e executar intervenções que procurassem otimizar e capacitar a pessoa a nível sensório-motor e cardiorrespiratório apontando para a maximização da independência e da autonomia da pessoa, com o foco de uma transição segura no regresso a casa. Foram realizados ao longo das semanas planos de cuidados onde as aplicações de instrumentos de avaliação foram fulcrais e em casos específicos a elaboração de estudos de casos que permitiram através de intervenções estruturadas avaliar resultados dos cuidados de ER.

Neste período destacaram-se os diagnósticos enfermagem assinalados de seguida (Tabela 2) (Tabela 3) e que se encontram parametrizados em programa informatizado no S. Clinic<sup>11</sup>, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

---

<sup>11</sup> S.Clinico insere-se na estratégia delineada pelo Ministério da Saúde para a informatização clínica do Sistema Nacional de Saúde, o que inclui padronizar os procedimentos de registo clínico para garantir a consistência das informações. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA**

Dispneia presente
Dispneia funcional presente
Expetorar Ineficaz
Limpeza das vias aéreas Ineficaz
Tossir Ineficaz
Ventilação comprometida

Tabela 2: Diagnósticos de enfermagem mais frequentes na Reabilitação Funcional Respiratória

Fonte: Elaboração própria

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
REABILITAÇÃO FUNCIONAL MOTORA**

Andar Comprometido
Comunicação comprometida
Deglutição comprometida
Equilíbrio corporal comprometido
Autocuidado: Transferir-Se diminuído/ausente
Autocuidado: Higiene e Conforto
Autocuidado: Posicionar-Se diminuído/ausente
Autocuidado: Levantar-se diminuído/ausente
Movimento muscular comprometido
Negligência unilateral presente

Tabela 3: Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes na Reabilitação Funcional Motora  
Fonte: Elaboração Própria

Neste período longo de estágio evidenciou-se que existe uma formação inadequada da família ou cuidador, contribuindo para uma atuação mais emocional que racional, não permitindo a reabilitação da pessoa em pleno. A família precisa de orientação no cuidado, desde as adequações ambientais, a rotinas diárias para facilitar a vida não só do doente mas também para quem cuida (Martins e Santos, 2020). Desta forma, foi preocupação diária abranger sempre que possível a família, solicitando a presença para torná-los parceiros dos cuidados, fazendo por os incluir nos planos e intervenções delineadas.

Os cuidados de ER no SMI, são assegurados na atualidade apenas por um EEER e face a esta realidade, para colmatar e garantir o défice de cuidados especializados, através de um projeto já presente e concebido pelos EEER do serviço, desde 2015,

denominado” **Formar para Reabilitar**”, é possível que os enfermeiros generalistas adotem intervenções nos cuidados diários passíveis de melhorar a condição do doente promovendo a sua autonomia (Tabela 4).

A participação neste âmbito incluiu a realização de uma auditoria aos novos elementos da equipa, em contexto informal dos cuidados e que possibilitou identificar as áreas mais problemáticas e lacunas sentidas na prática diária. Através da grelha de auditoria foi possível realizar, analisar e planear estratégias de melhoria com vista à aquisição de conhecimentos e melhorar a qualidade de cuidados. Da análise global resultou a elaboração de um documento com os resultados obtidos e que mostram o impacto causado pela mudança do cuidar.

Fazer parte deste projeto foi também muito revelador, no sentido que foi evidente que através da habilitação e capacitação da equipa de enfermagem, dentro das competências que lhes são definidas, é possível garantir junto dos doentes, cuidados que promovam uma melhor prestação de cuidados de saúde baseada em evidência.

PRINCÍPIOS BÁSICOS DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS PARA OS FOCOS " DISPNEIA " E " EXPETORAR"
1. Incentivar a dissociação dos tempos respiratórios
2. Posição de descanso e relaxamento
3. Posições de descanso em crise de dispneia
4. Correção da postura
5. Tosse dirigida
PRINCÍPIOS BÁSICOS DE ATIVIDADE MOTORA-POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS
1. Decúbito lateral
2. Decúbito semi-lateral
3. Decúbito dorsal
4. Padrão antispástico
5. Cumprimento do tempo de alternância de decúbitos
6. Transferência de acordo com o nível de dependência
MECÂNICA CORPORAL NA PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS

Tabela 4: Projeto Formar para reabilitar

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que concebem, utilizam e garantem a maior quantidade de informação clínica dada a natureza e especificidade das funções que desempenham. Partindo dos registos que são a base para obter uma visão geral do progresso de cada doente diariamente, é possível tomar decisões e intervenções individuais para casa doente e ajustar continuamente os cuidados prestados. Quando os registos são precisos, completos, padronizados e adequadamente mantidos, são um importante meio de melhorar a qualidade da prestação de cuidados (Pestana,2017).

Os registos dos cuidados realizados através do programa informático S. Clinic, através da CIPE®, são um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros do SMI. Através da parametrização de intervenções específicas sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, é possível não só assegurar a continuidade dos cuidados mas também calcular seu impacto e os ganhos obtidos, conduzindo ao reconhecimento do trabalho praticado.

## 5. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

### 5.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pessoa e família passam por vários processos e transições ao longo do ciclo vital, muitos dos quais podem resultar em mudanças significativas na dependência e na funcionalidade. Essas mudanças súbitas podem levar à redefinição de papéis e responsabilidades dentro da família e até mesmo alterar a dinâmica familiar (Reis et al., 2021).

Os cuidados centrados no doente são uma abordagem que reconhece que cada pessoa é única e tem necessidades e preferências individuais sendo por isso, fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os EEER desempenhem um papel crucial na promoção de uma transição segura e eficaz para o doente e família durante os momentos de vulnerabilidade, como a transição hospitalar.

Neste âmbito, para suportar teoricamente a temática do projeto foi efetuada uma pesquisa bibliográfica de estudos publicados e recuperados por meios eletrónicos com o objetivo de responder à questão de investigação, elaborada através da estratégia PICo<sup>12</sup>: **Qual a importância do EEER e dos cuidados de enfermagem de reabilitação na transição de cuidados aos doentes e família?**

Depois da elaboração da questão de investigação, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados através do motor de busca EBSCOhost utilizando palavras-chave relevantes à pesquisa, validadas pelos descritores em ciências da saúde MeSH e DeCS: “Rehabilitation”; “Nursing” e “Transitional Care”. Foram selecionados sete artigos científicos, referentes a estudos de natureza transversal que mencionam a problemática da transição hospital e cuidados de enfermagem especializados ([APÊNDICE III](#)).

O estudo de Kollbrunner et al., (2020) analisou duas opções de alta no sistema de saúde suíço: os Cuidados Transitórios Agudos (CTA) que incluía doentes que precisavam de cuidados de enfermagem, mas não de reabilitação e os cuidados de reabilitação diferenciados para doentes que requeriam especificamente. O estudo mostrou que os

---

<sup>12</sup> P – População – Doente e família  
I – Intervenção – Cuidados de reabilitação  
Co – Contexto – Importância na transição de cuidados

custos diretos associados aos cuidados de CTA eram mais altos do que os custos de cuidados de reabilitação, atribuído, em grande parte, ao fato de que os doentes sob CTA serem na sua maioria idosos e potencialmente apresentarem doenças e comorbilidades mais graves, bem como um défice cognitivo maior do que os doentes que receberam alta para reabilitação.

É apontado pelos mesmos autores que os cuidadores e membros da família desempenham um papel importante nas discussões sobre a alta do doente e os resultados desejados, levando em consideração os desejos expressos pelos mesmos, no entanto há uma percentagem de doentes que optam por não ser encaminhados para programas de reabilitação ou por razões financeiras ou porque consideram que a alta é precoce (Kollbrunner et al., 2020). É por isso, importante, que os profissionais de saúde discutam com os doentes e família os benefícios e riscos das opções de tratamento disponíveis, para que possam tomar uma decisão informada sobre o seu cuidado de saúde (Kollbrunner et al., 2020).

É destacado no estudo a falta de disponibilidade de vagas nas instituições de reabilitação que causam um atraso significativo na alta dos doentes que necessitam de reabilitação conduzindo a uma permanência desnecessária no hospital, aumentando o risco de complicações hospitalares e perda financeira para os mesmos (Kollbrunner et al., 2020). Assim sendo, é importante que sejam tomadas medidas para garantir a disponibilidade adequada de vagas em instituições de reabilitação, para que os doentes possam receber o cuidado apropriado de forma oportuna e eficiente.

Com base na revisão realizada por Kalu et al., (2019), concluíram os autores que a abordagem multidisciplinar é fundamental para garantir uma transição de cuidados segura e eficaz para os idosos. Embora a literatura não forneça evidências claras, sobre como essa abordagem deve ser implementada, a proposta da WHO para o Programa de Cuidados Integrados para Pessoas Idosas (ICOPE)<sup>13</sup> pode ser uma estratégia eficaz para promover a colaboração multidisciplinar e melhorar a qualidade dos cuidados de transição para os idosos. A implementação do programa ICOPE pode ajudar a identificar e cuidar das necessidades de saúde do idoso e melhorar a coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos na transição de cuidados (Kalu et al., 2019).

Além disso, é importante que os profissionais de reabilitação desempenhem um papel fundamental no desenvolvimento e planeamento da transição de cuidados, realizando avaliações abrangentes e criando um plano de cuidados partilhado por todos.

---

<sup>13</sup> O Programa de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para responder a necessidades e questões de saúde das populações idosas em todo o mundo. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53357>

A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde envolvidos e o envolvimento do doente e família na tomada de decisões de saúde, também são fundamentais para garantir uma transição de cuidados segura e eficaz (Kalu et al., 2019).

No contexto da transição do cuidado e do ambiente domiciliar, a utilização de protocolos pode ajudar a qualificar o cuidado prestado, apoiar a rede de assistência à população-alvo e contribuir para a sistematização do cuidado. A utilização de protocolos baseados em evidência é uma prática importante em enfermagem, especialmente em ambientes complexos, como o do domicílio. Estes protocolos fornecem orientações claras e objetivas para o cuidado de enfermagem, permitindo que os enfermeiros proporcionem cuidados consistentes e eficazes, com base nas melhores práticas disponíveis (Santos et al., 2020). Além disso, a sua utilização pode indiretamente contribuir para a redução das taxas de readmissão e da sobrecarga do cuidador, uma vez que o cuidado será mais estruturado e adaptado às necessidades do doente e da família (Santos et al., 2020).

O estudo apresentado por Santos et al., (2020) é relevante para o campo da enfermagem, fornecendo evidências importantes para a discussão e implementação de novas práticas e políticas de saúde direcionadas à assistência do cuidado à população idosa que sofreu Acidente Vascular Cerebral (AVC) e cuidadores familiares, concluíram os autores que a utilização de protocolos baseados em evidência podem contribuir para a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros e para a satisfação do doente e família.

McGilton et al., (2021) referem que a implementação de programas de cuidados de transição para doentes idosos hospitalizados é uma abordagem importante para melhorar a qualidade de vida desses doentes e reduzir a sobrecarga no sistema de saúde, estes programas podem ajudar a prevenir o declínio funcional, melhorar a capacidade funcional e reduzir o risco de complicações durante e após a hospitalização.

É importante ressaltar que os programas de cuidados de transição devem ser baseados numa abordagem multidisciplinar e integrada, envolvendo uma equipa abrangente de profissionais de saúde para garantir que todas as necessidades dos doentes sejam consideradas. Além disso, a avaliação global dos doentes e a implementação de planos de cuidados personalizados são fundamentais para obter resultados positivos. O planeamento cuidadoso e a coordenação adequada de cuidados individuais são essenciais para melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos hospitalizados e ajudá-los a voltar para casa com segurança (McGilton et al., 2021).

A revisão da literatura realizada por Pedrosa et al., (2022) expõe uma série de desafios na transição de cuidados para a população idosa, incluindo a complexidade dos

cuidados, a cronicidade de diversas patologias, a incapacidade motora, cognitiva e a polimedicação. Destaca também, a importância da coordenação e integração dos cuidadores nos diferentes níveis de cuidados para garantir o planeamento de alta seguro, bem como a participação ativa da população idosa no processo de transição de cuidados.

Para Pedrosa et al., (2022) e também supracitado por McGilton et al., (2021) a implementação de programas de transição de cuidados pode trazer benefícios significativos para os doentes, família e o sistema de saúde em geral, mas é importante que esses programas sejam liderados por enfermeiros e envolvam reuniões multidisciplinares regulares, e monitorização através de follow-up. Além disso, a coordenação e integração dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares são cruciais para garantir um sistema de saúde sustentável e de alta qualidade Pedrosa et al., (2022) McGilton et al., (2021).

É importante que os profissionais de saúde recebam formação adequada e que haja coordenação e colaboração entre os diferentes níveis de cuidados para garantir a eficácia das intervenções. A transição de cuidados é uma etapa importante no processo de cuidados de saúde, especialmente para a população idosa e é imperativo que os profissionais de saúde e os sistemas de saúde trabalhem juntos para garantir a integração adequada dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares, com vista a uma maior qualidade dos cuidados, aumento da satisfação do doente e do profissional e redução da taxa de ocupação em meio hospitalar (Pedrosa et.al 2022).

A gestão de cuidados transitórios é uma abordagem relevante, que objetiva uma adequada transição dos doentes do ambiente hospitalar para casa e comunidade após a alta hospitalar e no estudo de Gesell et al., (2019) destacou-se a importância da implementação de um modelo, o COMPASS-TC, baseado em evidência para garantir que os doentes possam receber acompanhamento e cuidados necessários para a recuperação plena do AVC e antever futuros eventos.

No entanto, a sua implementação mostrou ser desafiante e multidimensional e os resultados variaram dependendo de fatores como a organização hospitalar, o pessoal e o desempenho do local, é por isso, importante abordar estes fatores para garantir uma implementação bem-sucedida de modelos de cuidados pós-agudos Gesell et al., (2019).

Os resultados do estudo, usando a estrutura RE-AIM <sup>14</sup>, sugerem ainda que, embora os hospitais tenham em geral tido sucesso com a adoção e manutenção do

---

<sup>14</sup> RE-AIM: contribui na avaliação do impacto de programas de promoção à saúde pública através de cinco dimensões (Reach = Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação, Manutenção) <https://re-aim.org/>

modelo COMPASS-TC, a implementação e o alcance foram baixos. Isso destaca a importância de abordar os fatores que podem afetar a implementação bem-sucedida de modelos de cuidados pós-agudos, especialmente em ambientes hospitalares complexos e variados.

O artigo de Menezes et al., (2020) aborda a importância da abordagem multidisciplinar no cuidado dos idosos hospitalizados e destaca a necessidade de um cuidado de transição eficaz para reduzir os reinternamentos e custos associados. Uma das sugestões é a aplicação de um programa telefónico de cuidados de transição para auxiliar em questões e dúvidas que possam surgir em domicílio (Menezes et al., 2020). O planeamento adequado do cuidado de transição é crucial, envolvendo a elaboração de um plano de alta, avaliação da condição clínica do doente, identificação das redes de apoio disponíveis fora do hospital e ensino e capacitação para o doente e família (Menezes et al., 2020).

Os mesmos autores revelam também que a comunicação clara e eficaz entre a equipa de saúde, doente e familiares é fundamental para evitar readmissões desnecessárias, bem como o envolvimento prudente do cuidador no processo de transição. O enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental como coordenador do planeamento para a transferência do cuidado no ambiente extra-hospitalar (Menezes et al., 2020).

A implementação de um processo de transição do cuidado de forma sistematizada pode contribuir significativamente para a continuidade do cuidado à pessoa idosa, evitando erros e garantindo que as necessidades sejam atendidas adequadamente durante a transição do hospital para o domicílio. A revisão destaca a importância dos cuidados de transição para a pessoa idosa, bem como a necessidade de novas pesquisas nessa área, com foco na prática de enfermagem (Menezes et al., 2020).

Com base na análise da revisão da literatura realizada, pode-se afirmar que a transição e continuidade de cuidados é, ainda, uma temática em desenvolvimento e em permanente evolução.

Apesar de persistirem desafios como a falta de padronização na prática clínica, a necessidade de coordenação e comunicação efetiva entre os diferentes níveis de cuidado e a falta de recursos adequados para apoiar a transição dos doentes, na revisão da literatura realizada destaca-se a importância da transição e continuidade de cuidados na promoção de uma alta estruturada e segura, na redução do tempo de internamento hospitalar, na minimização de complicações pós-alta e na promoção da independência dos doentes.

A literatura destaca a importância de envolver a família na transição do doente, começando durante o internamento com a colheita de dados e compreensão das redes de apoio. A transição deve ser planeada de forma estruturada e segura, com uma avaliação holística pela equipa multidisciplinar. O envolvimento ativo do doente e da família, a comunicação efetiva e a capacitação são essenciais para uma transição saudável. O acompanhamento pós-alta em domicílio, seja presencial ou por telefone, é sugerido, assim como o uso de instrumentos para avaliar a qualidade da alta e a probabilidade de reinternamento.

No contexto da ER os artigos mencionam o papel importante do EEER na transição e continuidade de cuidados, especialmente devido ao seu papel na prestação de cuidados durante o internamento hospitalar.

Dentro do âmbito da ER, os artigos ressaltam a relevância do EEER no que se refere à transição e continuidade dos cuidados, especialmente devido ao papel central que desempenha na prestação de cuidados durante o período de internamento hospitalar.

No entanto, a evidência científica específica sobre as intervenções do EEER na transição de cuidados ainda é limitada, pondo em foco outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar. Além disso, a maioria dos artigos existentes referem-se a sistemas de saúde estrangeiros, que apresentam características diferentes do SNS.

Embora ainda haja limitações na evidência científica específica para a ER, da revisão da literatura, destaca-se a importância da transição e continuidade de cuidados na restauração dos sistemas de saúde e na promoção da independência dos doentes. É por isso fulcral, que mais estudos sejam realizados para investigar as melhores práticas de ER na transição e continuidade de cuidados, com foco nas necessidades dos doentes com múltiplas comorbilidades e dependência que requerem cuidados de enfermagem especializados.

## **5.2 REFERENCIAL TEÓRICO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: AFAF MELEIS - TEORIA DAS TRANSIÇÕES**

Compreender o processo de transição é essencial por forma a garantir que esta ocorra saudável e bem-sucedida. A definição de transição modifica-se de acordo com o contexto em que o termo é usado.

Enquanto conceito central da enfermagem, a transição, é definida por Petronilho et al. como mudança ou passagem de uma condição ou de um lugar para outro. A transição refere-se tanto ao processo, quanto ao resultado de interações complexas entre

a pessoa e o ambiente e não só, mas também, junto das pessoas que o rodeiam bem como a situação e contexto onde estão inseridas (Petronilho et.al, 2017).

Para Meleis, a transição significa uma mudança na condição de saúde, que consiste na passagem de uma condição estável, para um outro estado que requer a aquisição de conhecimentos, alteração de comportamento e mudança na definição do *self* (Meleis et.al, 2000).

A mudança é percebida e experienciada de forma diferente por cada indivíduo, mesmo que seja de natureza semelhante, as condicionantes das transições e os padrões de resposta de cada pessoa são sempre diferentes. É de suma importância, portanto, compreender as mudanças e os diversos processos de transição encarados pela pessoa e família, a fim de adaptar as intervenções de acordo com suas necessidades individuais. Para Meleis, os enfermeiros desempenham um papel privilegiado e relevante no suporte à pessoa durante essas transições (Meleis, 2010).

É essencial conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade porque estes podem facilitar ou dificultar o processo de transição saudável do indivíduo. A reformulação de identidade, o domínio de novas habilidades e a alteração de comportamentos são produtos de uma transição saudável (Guimarães e Silva, 2016; Costa, 2016).

A Teoria das Transições de Meleis serviu de alicerce à realização do presente trabalho, e encontra-se esquematizado na figura 1:

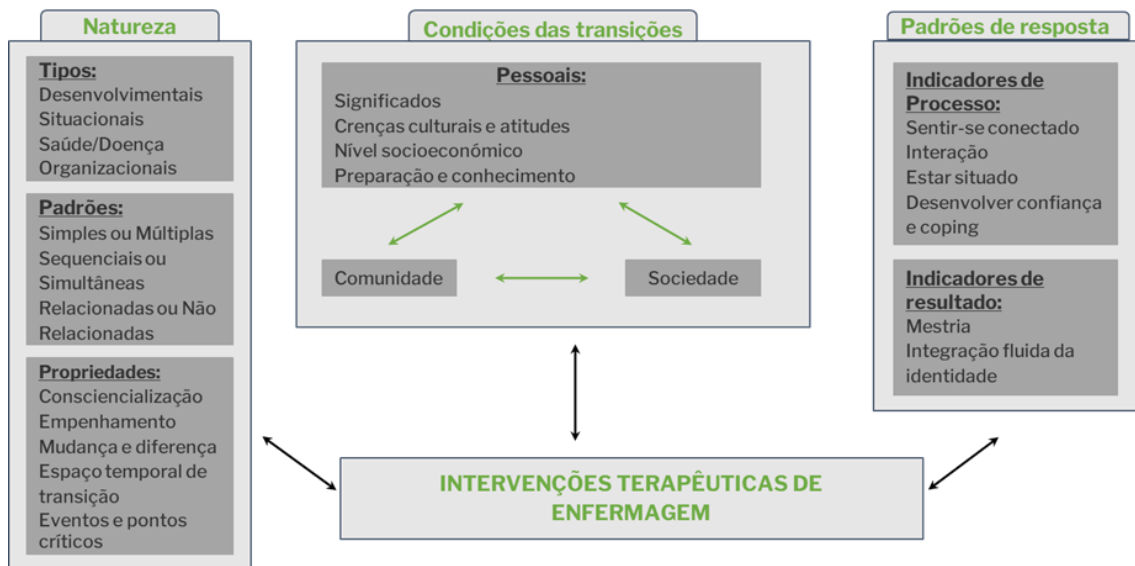


Figura 1: Teoria das Transições de Afaf Meleis: Uma teoria de médio alcance  
Fonte: Adaptado e traduzido Meleis (2010, p: 56)

A Teoria das Transições de Afaf Meleis permite o desenvolvimento de intervenções que proporcionam um cuidado eficaz em situações de mudança na vida da pessoa e família. Esta teoria considera a natureza das transições, as condicionantes das transições e os padrões de resposta salientando a importância das intervenções terapêuticas de enfermagem que fomentam uma transição saudável (Guimarães e Silva, 2016).

Quanto à sua natureza, as transições são compostas por tipos, padrões e propriedades, conseguindo ser do tipo: desenvolvimental, relacionadas com a presença de uma grande variedade de acontecimentos durante o ciclo vital; situacional que compreende acontecimentos que requerem alteração de papéis; saúde/doença em que surge a mudança do estado de bem-estar para o estado de doença e por fim a transição organizacional relacionada com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional. Quanto aos padrões é possível que sejam: simples ou múltiplos; sequenciais quando ocorrem em intervalos de tempo distintos, ou simultâneos; relacionados ou não relacionados. No que diz respeito às propriedades considera-se: a consciencialização, empenho, mudança e diferença, espaço temporal de transição e eventos e pontos críticos (Guimarães e Silva, 2016).

As condições pessoais envolvem os significados que são atribuídos aos eventos que aceleram a transição sejam eles neutros, positivos ou negativos; crenças e atitudes culturais, que na existência de estigmas associados à transição, podem influenciar a demonstração de emoções relacionadas com essa transição; o status socioeconómico quando inadequado, está associado à vulnerabilidade das pessoas e propensão de desenvolvimento de patologias do foro mental, dificultando a transição; a preparação e o conhecimento prévio, são considerados vantajosos e facilitadores para o processo de transição, pois na sua falta a pessoa pode não ter a total compreensão da mudança a que está a ser sujeita. Tão importante também, são as condições da comunidade e da sociedade que podem dificultar ou facilitar a experiência da transição (Costa, 2016).

Os padrões de resposta, constituídos por indicadores de processo e indicadores de resultado, dizem respeito ao vínculo com pessoas e família e ao domínio de novas competências, ambos fundamentais para o sucesso transicional, possibilitando enfrentar novos desafios, desenvolver confiança e mecanismos de coping, compreender os diferentes processos associados à necessidade de mudança, dominar novas competências e reformular a identidade (Guimarães e Silva, 2016).

Neste trabalho, o foco de atenção encontra-se na transição do tipo saúde/ doença, porque ocorrem mudanças súbitas de papéis resultantes da alteração de um estado de

bem-estar para uma doença aguda ou crónica, pelo que se considera que esta transição é de máxima pertinência em todo o processo de adaptação à nova condição. Para Lima et al., no processo saúde/doença em que se adquire dependência, é relevante, durante o processo de transição, valorizar os indicadores do processo que orientam para uma vida saudável ou para o caminho da vulnerabilidade e risco (Lima et al.,2016). O resultado esperado é a mestria, que representa o domínio demonstrado e aprendizagem das habilidades e comportamentos necessários para lidar com novas situações e novos ambientes (Lima et al.,2016).

### **5.3 O PLANEAMENTO DA ALTA E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO**

A Direção Geral de Saúde [DGS] define planeamento de alta como um processo de grande complexidade, que requer uma comunicação efetiva entre doente, família e equipa e que deve ter em consideração não só a necessidade de equipamentos materiais e adaptativos bem como, aspetos sociais e a conexão com a comunidade que dispõe de cuidados e serviços necessários de suporte (DGS,2004). Um planeamento de alta, bem estruturado é essencial para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões e ainda assegurar o sucesso da reintegração na família e na comunidade.

Este processo requer um acompanhamento constante, personalizado e centrado na pessoa e família, orientado por uma equipa multidisciplinar, que deve ocorrer durante o internamento com intuito da continuidade de cuidados de saúde na transição do meio hospitalar para o meio sociofamiliar (Santos 2018). Contribui para uma avaliação atempada e pormenorizada da família e contexto social da pessoa, permitindo identificar as necessidades após a alta e ativar os meios necessários para garantir a satisfação e segurança (Loureiro,2020).

Existe uma complementaridade entre os conceitos de planeamento da alta e a continuidade de cuidados focando o sucesso após a alta hospitalar e garantindo que os ganhos em saúde obtidos ao longo do internamento se mantêm e consolidam no regresso a casa e à comunidade, com a certeza de que os cuidados necessários são assegurados (Loureiro,2020). O processo de transição dos cuidados hospitalares para a comunidade surge assim como forma de garantir a continuidade dos cuidados e, para isso, requer coordenação e comunicação articulada com diferentes serviços ou unidades de saúde. As orientações do Manual do Prestador<sup>15</sup> conduzem para que o planeamento da alta

---

<sup>15</sup> Este Manual define os direitos e deveres dos utentes, que utilizam a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em qualquer dos seus enquadramentos: cuidados domiciliários, convalescença, reabilitação, manutenção e também paliativos. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf)

seja iniciado antecipadamente, de modo a permitir articular da melhor forma a alta da pessoa, contudo não define o que entende por antecipadamente. Gomes e Loureiro afirmam que deve iniciar-se o mais prematuramente possível, logo no momento da admissão, com o propósito de programar e procurar soluções que melhor se ajustem a cada situação, visando a redução dos eventuais riscos que a pessoa e família estarão sujeitos (Gomes,2018; Loureiro, 2020). O plano de alta deve ser debatido, atualizado e ajustado, priorizando uma colaboração multiprofissional com a pessoa e família, fomentando o envolvimento e a interação de todos, tendo em consideração experiências anteriores (Gomes,2018; Loureiro, 2020).

O enfermeiro tem um papel preponderante neste processo, para que este seja individualizado e vá ao encontro das necessidades da pessoa e família, dotando quem cuida, de capacidades que lhe permita cuidar a pessoa, proporcionando os cuidados adequados e maximizando o potencial de autonomia.

Temos na capacitação/ empoderamento da pessoa, o objetivo da continuidade dos cuidados na transição da alta hospitalar para casa, promovendo a segurança, o acompanhamento e a autonomia da pessoa. É esta fase, de empoderamento, que permite à pessoa o controlo e a tomada de decisão para resolver os próprios problemas, permitindo a redução das desigualdades, contribuindo para alcançar o seu potencial máximo de saúde (Melo,2020).

A doença aguda pode ter um impacto significativo na dinâmica familiar, uma vez que a condição de saúde da pessoa afetada pode exigir mudanças na rotina da família, na divisão de tarefas, na comunicação e na relação interpessoal entre os membros. Essas mudanças podem ser temporárias ou duradouras, dependendo da gravidade e da duração da doença (Reis et al.,2021). As mesmas autoras, referem que a transição para a nova situação pode ser desafiadora para a família, especialmente quando a doença é inesperada e requer uma adaptação rápida. A incerteza em relação à recuperação da pessoa afetada e a volta à normalidade pode causar ansiedade e stress na família (Reis, Bule e Martins, 2021).

Vários são os autores que realçam a proximidade do momento da alta da pessoa para o domicílio como gerador de stress para o cuidado, que ao deparar-se com eventos geradores de incapacidade sente-se inseguro e incapaz de assumir este papel, comprometendo a qualidade e a segurança dos cuidados após a alta (Gomes, Santos, 2018; Loureiro, 2020).

Devido a vários fatores, ainda se assiste a altas não programadas, onde o doente e a família se deparam com a decisão da alta no momento em que ela ocorre. Uma alta não planeada e pouco estruturada pode originar transformações graves na dinâmica familiar e na qualidade de vida da pessoa e núcleo familiar.

Em Portugal, embora o Estado tenha um papel importante no apoio às pessoas através de políticas, programas e recursos, a família é frequentemente considerada o primeiro reduto do cuidado (Reis et al.,2021). Guadalupe também destaca que a família, é também, quase sempre considerada como o principal suporte em caso de vulnerabilidade, principalmente em caso de doença, ainda que a rede de apoio inclua a família e outras áreas relacionais como amigos, vizinhos, ligações de trabalho e relações institucionais como serviços sociais e de saúde (Guadalupe,2012). A decisão de ser cuidador nem sempre é fácil, nem consensual. A assimilação deste papel pode ocorrer de forma súbita e inesperada, sem que a pessoa tenha a possibilidade de se preparar mentalmente.

A atribuição do papel de cuidador deve considerar a sua disponibilidade física, emocional, motivacional, cognitiva, relacional, habitacional e financeira da família/cuidador e não se cingir ao grau de parentesco ou afinidade com a pessoa (Loureiro,2020). A transição para cuidador impele alterações que afetam a vida familiar a nível afetivo, social e relacional. A preparação para aceitar o novo papel é essencial e deve considerar a capacidade que a própria pessoa tem se organizar e executar ações, não se limitando à área de desenvolvimento de habilidades instrumentais (Leite,2012; Gomes,2018).

A literatura admite que quem cuida sofre um desgaste e sobrecarga e na sua maioria, ignorada e descurada pelos sistemas de saúde. É importante medir o compromisso do cuidador familiar para que ele não perca o significado da sua própria vida, por deparar-se obsessivamente preso aos cuidados (Reis,2018).

A decisão sobre o destino após a alta recai sobre a subcategoria da dependência da pessoa, as condições de domicílio e o apoio socioeconómico (Gomes,2018). Existem famílias que desconhecem a existência de recursos e/ou apoios e a forma de lhes aceder e por isso compete ao ER informar sobre os recursos disponíveis na comunidade, bem como, assegurar a transição segura da pessoa para casa ou outro nível de cuidados, aumentando assim a oportunidade de se conseguir a sua efetividade após a alta (Gomes, Santos, 2018; Loureiro, 2020).

Atualmente, em Portugal o planeamento de alta é transversal a todos os doentes internados e a continuidade de cuidados é assegurada pelo Despacho nº2784/2013<sup>16</sup> que veio estruturar e uniformizar a informação a constar nas notas de alta médica e de enfermagem.

Em 2017, o Departamento de Qualidade da DGS, emitiu a norma nº1/2017 *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*, que aborda a segurança da pessoa e a transição de cuidados fazendo menção no ponto b) “são momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados” (DGS,2017).

A pessoa no processo de transição do hospital para casa, necessita de encontrar sentido na sua experiência, de mobilizar estratégias de *coping*, e de desenvolver uma capacitação emocional para lidar com o processo de saúde-doença, que é basilar no processo de participação e de mudança, que lhe permite tornar-se mais autónomo e responsável no que respeita à saúde individual (DGS,2015).

---

<sup>16</sup> Despacho n.º 2784/2013. D.R. n.º 36, Série II de 2013-02-20: Estabelece disposições relativas aos registos eletrónicos referentes às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos, nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/2784-2013-1675777>

## 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A redução do número de dias de internamento tem sido mencionada como importante estratégia para reduzir custos sem comprometer a qualidade dos cuidados. A aposta nos profissionais de saúde, na tecnologia e na reorganização dos serviços são os principais pilares de atuação de uma redução efetiva de custos sem reduzir a qualidade de cuidados (André, 2020).

Porém, num estudo realizado por Pocinho et al., conclui-se que os serviços de medicina interna acolhem doentes de grande complexidade e múltiplas comorbilidades; idosos; debilitados; dependentes e muitas vezes com problemas sociais que podem exigir um longo internamento. Idade avançada, dependência, conjunto de comorbilidades e gravidade da patologia aguda dificultam o internamento tanto do ponto de vista da pesquisa quanto do tratamento, o que leva inevitavelmente a internamentos prolongados. Esses fatores tornam os doentes mais suscetíveis a infeções hospitalares e outras complicações, levando muitas vezes à perda de autonomia e à necessidade de reabilitação (Pocinho et al., 2019).

Desta forma e também mencionado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], serviços com número elevado de idosos dependentes como o serviço de medicina, a prática de ER vê o seu papel reconhecido, intervindo nas disfunções neurológicas, respiratórias, nas deficiências e incapacidades (APER,2010).

Deste modo, o EEER pode apresentar um papel ativo ao cuidar das pessoas para aumentar o seu empoderamento, independência e qualidade de vida (Nunes, 2014). bem como desenvolver parcerias determinadas pela colaboração e responsabilidade participada para facilitar o processo de empoderamento (Menoita, 2014).

O projeto de intervenção profissional teve os seguintes objetivos:

- Potencializar/maximizar a funcionalidade da pessoa através de intervenções promotoras de uma transição segura;
- Elaborar um programa de enfermagem de reabilitação com vista ao aumento da funcionalidade da pessoa;
- Capacitar o cuidador para lidar e cuidar da pessoa no processo de transição;
- Identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na trajetória do doente;

- Contribuir para a validação da escala “Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-25©).” ([APÊNDICE I](#)) ([APÊNDICE II](#))

### **6.1 POPULAÇÃO ALVO**

Segundo Vilelas, a população refere-se a todo o grupo de indivíduos que são objeto de investigação através de determinadas características (Vilelas, 2020).

Para a realização deste projeto de intervenção foi determinada como população alvo o conjunto de pessoas que têm uma ou mais características comuns e são encontrados em espaços ou territórios conhecidos (Vilelas, 2020).

A amostra foi composta à medida que as pessoas após recorrerem à unidade hospitalar apresentaram indicação para ficarem internadas na unidade onde o estágio se realizou, participando todos os utentes no período de 19.09.2022 a 21.01.2023, que receberam cuidados de ER e que, de forma livre e esclarecida aceitaram integrar o plano de intervenção do EEER nas etapas de avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e avaliação de resultados, sob a orientação do EEER Supervisor do Estágio Final.

A seleção dos participantes foi realizada pelo princípio da conveniência, utilizando-se o conhecimento prévio da população e suas características. A escolha dos participantes foi baseada nos critérios relevantes para o projeto a ser realizado (Vilelas, 2020).

Definiram-se também, como critérios de inclusão: pessoas diagnosticadas com alterações do foro respiratório/ neurológico com alteração da capacidade funcional, bem como cuidadores disponíveis e interessados em adquirir capacitação ao longo do processo de cuidado.

Foram alvo de intervenção no projeto, um total de 14 pessoas que cumpriam critérios para o estudo, sendo que seis foram excluídas por terem tido alta sem que fosse possível realizar as avaliações preconizadas e exclusão de duas pessoas que por agravamento da condição de doença/s, careceram de transitar para uma unidade de cuidados de maior vigilância impeditivas de retomar as intervenções planeadas de ER (Figura 2).

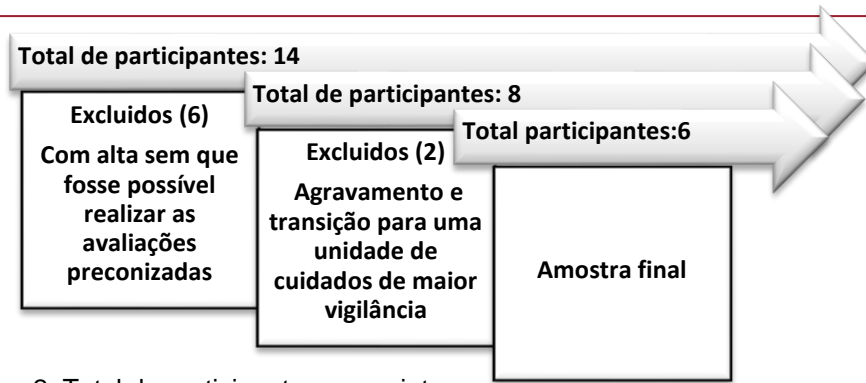


Figura 2: Total de participantes no projeto  
Fonte: Elaboração própria

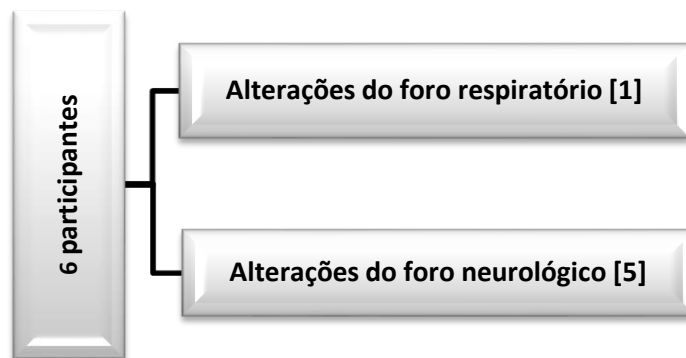


Figura 1: Participantes segundo a área de cuidados de ER  
Fonte: Elaboração própria

## 6.2 METODOLOGIA

Para conduzir o projeto e analisar os dados, adotou-se a metodologia de estudo de caso. Esta abordagem tem como vantagens a utilização de diversas fontes de evidência e a aplicação em diferentes orientações epistemológicas. Esta metodologia, representa uma ferramenta valiosa para o avanço do conhecimento em Enfermagem como ciência, permitindo a investigação em contexto real e contribuindo significativamente para o cuidado integral na prática de Enfermagem (Silva e Mercês, 2018).

Também para Carneiro a seleção de mais que um estudo de caso é uma opção viável. O objetivo não é duplicar, mas explorar possibilidades através da comparação. Examinar minuciosamente os vários casos possibilita a elaboração de juízos estruturados, permitindo gerar linhas convergentes e divergentes (Carneiro, 2018).

Conforme mencionado anteriormente, os cuidados de ER vão ser contextualizados pelo referencial teórico de Afaf Meleis, seguindo a estrutura do processo de enfermagem, com as etapas de avaliação diagnóstica (fundamentado segundo

necessidades humanas fundamentais conforme o Modelo de Virgínia Henderson); planeamento; intervenção e avaliação de resultados.

Com o objetivo de apresentar planos de intervenção mais adequados e personalizados à pessoa, foi contemplada uma recolha de dados inicial, onde se concretizou um levantamento de conhecimentos e capacidades demonstradas pela pessoa e em paralelo ao cuidador sempre que oportuno, bem como efetuadas novas reavaliações, sensivelmente a meio do percurso do internamento e antes da alta.

No que diz respeito à validação da escala “*Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-25©)*”, a metodologia para tradução e adaptação seguiu as etapas de Beaton et al., (2000). O contributo para a tradução e adaptação da escala tem em vista como objetivo a realização do processo até à etapa 2.

Assumiu-se na implementação deste projeto, ter em conta as considerações éticas e deontológicas da profissão, garantindo-se o direito à participação livre e informada, mas também o direito à recusa, em qualquer etapa do processo sem que de tal decisão resultasse dano ([APÊNDICE IV](#)). Os princípios de reserva da identidade dos participantes e das fontes foram assegurados desde a avaliação inicial (codificação alfanumérica dos casos), registo de dados em ficheiro Word e Excel encriptados, guardados pela autora até à divulgação pública dos resultados.

Todas as etapas do projeto foram previamente validadas e/ou supervisionadas pelos orientadores por forma a assegurar os princípios da beneficência e de avaliação da maleficiência (Nunes, 2020). As interações pautaram-se pelos princípios da veracidade e da confidencialidade (Nunes, 2020).

### **6.3 ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O processo de Enfermagem é um instrumento metodológico de trabalho que traz uma maneira organizada e sistemática de pensar sobre a enfermagem (Marques-Vieira & Gonçalves, 2021) com as etapas: avaliação diagnóstica; planeamento; intervenção e avaliação de resultado.

Conforme mencionado anteriormente, as transições ocorrem maioritariamente no contexto do ciclo de saúde-doença, o que confere aos enfermeiros uma posição privilegiada. Diante disso, é imperativo que eles ajustem suas intervenções de maneira estratégica, visando tornar-se agentes facilitadores dessas transições (Meleis, 2010).

O EEER, deve envolver a pessoa e cuidador e discutir em parceria os resultados esperados (Reis, 2018) e a partir desse ponto de partida traçar o planeamento e construir intervenções de ER com o intuito de alcançar a máxima funcionalidade possível.

### **Primeira Etapa Processo de Enfermagem – Avaliação**

A avaliação de enfermagem, é a primeira etapa do processo de enfermagem e assume primordial importância, porque é a base de sustentação que vai permitir a implementação de intervenções de enfermagem ajustadas à individualidade de cada doente.

A recolha de dados é a base para todas as outras fases, porque possibilita fornecer informações importantes sobre a saúde e a situação atual da pessoa, permitindo que se identifique os problemas e formule diagnósticos de enfermagem adequados (Marques-Vieira & Gonçalves, 2021). Para Vilelas, inicia-se através da construção de instrumentos de recolha de dados adaptada a cada participante, com vista à conjugação entre teoria e fatos que a investigação deve alcançar (Vilelas, 2020).

Os instrumentos são basilares porque apresentam a capacidade de quantificar os ganhos da pessoa ao longo do seu processo de reabilitação, medir a incapacidade, monitorizar a evolução, melhorar a comunicação bem como, documentar os benefícios das intervenções de reabilitação (Sousa, 2013).

A partir daí, é possível estabelecer prioridades, definir metas e objetivos e selecionar as intervenções mais apropriadas para alcançá-los, tornando-se fundamental para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados da pessoa.

A avaliação inicial de enfermagem, foi documentada através de linguagem CIPE, segundo as Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) do Modelo de Virgínia Henderson (Simões & Simões, 2007).

Esta etapa concretizou-se no primeiro contato com cada participante, que previamente aceitaram integrar e participar no projeto.

Posto isto, foram aplicados instrumentos de medida e monitorização que fossem validados, uniformizados e acreditados, através de escalas, de modo a atribuírem validade e visibilidade, aos resultados dos cuidados de ER dedicados à pessoa, dentro das quais:

- Medical Research Council Muscle Scale (MRC) ([APÊNCICE V](#))

A MRC tem como objetivo avaliar a força muscular. A avaliação da força muscular é realizada em todos os movimentos dos diferentes segmentos do corpo. A escala de força muscular classifica os níveis de força numa escala de 0 (sem contração muscular palpável ou visível) a 5 (força normal). Esta classificação é baseada na comparação com a força máxima esperada para aquele músculo, utilizando a resistência durante a mobilização ativa (OE, 2016).

- Medida de Independência Funcional (MIF) ([APÊNCICE VI](#))

A MIF tem como objetivo diagnosticar o grau de capacidade ou incapacidade da pessoa, avaliando o seu desempenho e a necessidade de cuidados para a realização de uma variedade de tarefas motoras e cognitivas relacionadas à vida diária. A avaliação da qualidade de um programa de reabilitação envolve a colheita e análise de dados objetivos e subjetivos do estado funcional dos doentes. Além disso, é importante comparar os dados relacionados à deficiência e ao nível de incapacidade funcional dos doentes antes e após as intervenções, a fim de avaliar a eficácia do programa de reabilitação (Farias e Buchalia,2005).

É dividida em dois grandes domínios: o motor e o cognitivo; que se dividem em seis dimensões com um total de 18 itens agrupados, nomeadamente: autocuidados, controlo de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social e tem como total máximo de pontuação: 126 pontos para independência total e um mínimo de 18 pontos para dependência total (OE,2016).

- Escala de Borg Modificada ([ANEXO II](#))

Dividem-se em dois, os tipos de instrumento para avaliar a dispneia: a avaliação em tempo útil e de impacto da dispneia na Atividades de vida diária (Costa, 2016). A escolha para este projeto é a escala de Borg porque permite a avaliação da dispneia em tempo útil e reflete as características do sintoma no momento exato da avaliação (Cordeiro,2021).

Permite analisar focos como a ventilação; expetorar; limpeza das vias aéreas e intolerância à atividade relacionados diretamente com os enunciados descritivos readaptação e reeducação funcional, propostos pela OE (OE,2016).

Trata-se de uma escala de 10 pontos na qual o doente expressa a intensidade da sensação de dispneia, sendo classificada por números que estão associados a uma descrição da intensidade da falta de ar. Essa escala varia de 0, que representa "nenhuma falta de ar", até 10, que indica "falta de ar máxima".

- Escala Mini Mental State Examination (MMSE) ([APÊNCICE VII](#))

Permite avaliar função cognitiva e rastreio de quadros demenciais bem como a monitorização de resposta ao tratamento (Lourenço e Veras, 2006). O MMSE é um teste de fácil e rápida aplicação, sendo o tempo de execução não cronometrado. É composto por 30 questões organizadas em seis domínios cognitivos:

- Orientação: avalia a memória recente, a atenção e a orientação temporal-espacial.

- Retenção: avalia a memória recente
- Atenção e Cálculo: avalia a capacidade de cálculo, atenção e a memória imediata
- Evocação: avalia a memória recente
- Linguagem: avalia a fala natural e espontânea, a compreensão oral, a repetição, a nomeação, a leitura e a escrita
- Capacidade Construtiva: avalia a orientação visual-espacial, programação motora e a capacidade de integrar partes representativas de um determinado símbolo/objeto.

A pontuação máxima que o teste pode obter são 30 pontos, sendo que a pontuação mais elevada indica melhor desempenho cognitivo (Santana et.al, 2016). Constitui um instrumento validado para a população portuguesa (Morgado et al., 2009).

- Escala de Barthel: ([ANEXO III](#))

A escala de Barthel é utilizada na monitorização da (in) dependência funcional dos indivíduos, baseando essa mesma avaliação na realização de dez Atividades de Vida Diárias (AVD's): comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (OE,2016).

Permite medir a capacidade que o individuo tem para ter uma vida independente através avaliação das atividades supracitadas.

A pontuação da escala varia entre 0-100 pontos, sendo que o (0) corresponde à máxima dependência da pessoa para todas as AVD's, e (100) corresponde a independência total da mesma.

- Independente: 100
- Ligeiramente dependente: 60-99
- Moderadamente dependente: 61-35
- Severamente dependente: 34-20
- Totalmente dependente: <20

Trata-se de um instrumento validado, à população portuguesa e que detém excelentes resultados de fidelidade e validade (Araújo et al., 2007).

- Escala De Equilíbrio de Berg: ([APÊNCICE IX](#))

A Escala de Berg tem como objetivos avaliar o equilíbrio funcional, tanto estático quanto dinâmico, e prever o risco de queda em adultos e idosos (OE, 2016).

A pontuação é determinada com base na habilidade de executar as tarefas de forma independente e dentro do tempo estabelecido. Essa escala abrange três dimensões: manutenção da posição, ajuste postural e execução de movimentos voluntários.

Os resultados são possíveis de obter através da realização de 14 tarefas, classificadas de 0 a 4 sendo que: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente. A pontuação máxima é de 56 pontos. Se a pontuação final obtida for entre 0 a 20 representa a diminuição do equilíbrio; entre 21 a 40: equilíbrio aceitável e entre 41 a 56: um bom equilíbrio (OE, 2016). Um valor de referência de 45 pontos é considerado um preditor de queda, enquanto um índice igual ou inferior a 36 pontos está associado a um risco de queda de 100% (Souza e Ribeiro, 2012).

- 41-56 = Baixo risco de queda / equilíbrio bom
- 21-40 = Risco de queda médio/ equilíbrio médio
- 0 - 20 = Elevado risco de queda / equilíbrio diminuído (OE, 2016).

A primeira etapa conclui-se com a definição dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação.

### **Segunda Etapa Processo de Enfermagem – Planeamento**

O planeamento é a fase do processo de enfermagem em que se traça objetivos centrados no doente (Almeida, 2011; Marques-Vieira & Gonçalves, 2021) e onde devem ser consideradas as preferências e expectativas da pessoa em relação aos cuidados, bem como a sua capacidade de participar no processo de cuidados. O plano de cuidados deve ser flexível e ajustável às mudanças nas necessidades da pessoa ao longo do tempo. O enfermeiro deve ainda estabelecer um plano de avaliação contínua para monitorizar a eficácia das intervenções e ajustar o plano de cuidados conforme necessário, com vista a alcançar os resultados desejáveis.

De seguida evidenciam-se alguns Focos e Diagnósticos que se presumiram para o protejo de intervenção, com intervenções ajustadas a cada um e resultados esperados (Tabela 5).

Foco	Diagnóstico	Intervenções terapêuticas	Resultado esperado
<b>Movimento muscular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimento muscular diminuído</li> <li>- Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular não demonstrado</li> <li>- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>- Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular não demonstrada</li> <li>- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido ou ativo resistido</li> <li>• Instruir a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos</li> <li>• Treinar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos</li> <li>• Supervisionar movimento muscular</li> <li>• Monitorizar a força através da <i>escala Medical Research Council Muscle Scale</i></li> <li>• Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>• Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>• Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>• Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>• Treinar técnicas de exercício muscular e articular</li> </ul>	<p>Movimento muscular mantido</p> <p>Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado</p> <p>Capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorada</p>
<b>Posicionar-se</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento sobre técnicas de adaptação para posicionar-se não demonstrado</li> <li>- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se</li> <li>- Capacidade para executar técnica de adaptação para posicionar-se não demonstrada</li> <li>- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de adaptação para posicionar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se</li> <li>• Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se</li> <li>• Avaliar a capacidade para executar técnica de adaptação para posicionar-se</li> <li>• Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se</li> <li>• Treinar técnica de adaptação para posicionar-se</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre técnicas de adaptação para posicionar-se melhorado</p> <p>Capacidade para executar técnica de adaptação para posicionar-se melhorada</p>

<b>Autocuidado: Higiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene não demonstrado</li> <li>- Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</li> <li>- Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene não demonstrado</li> <li>- Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</li> <li>- Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</li> <li>• Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</li> <li>• Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</li> <li>• Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</li> <li>• Instruir sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</li> <li>• Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</li> <li>• Providenciar material educativo</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, melhorado</p> <p>Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, melhorado</p> <p>Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, melhorada</p>
<b>Transferir-se</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular não demonstrado</li> <li>-Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</li> <li>- Capacidade sobre técnica adaptação para transferir-se não demonstrada</li> <li>- Potencial para a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</li> <li>• Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se</li> <li>• Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se</li> <li>• Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se</li> <li>• Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se</li> <li>• Treinar sobre técnica de adaptação para transferir-se</li> </ul>	<p>Conhecimento sobre técnica adaptação para transferir-se melhorado</p> <p>Capacidade sobre técnica adaptação para transferir-se melhorada</p>
<b>Ventilação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de Ventilação comprometida</li> <li>-Ventilação comprometida</li> <li>-Conhecimento sobre técnicas de posicionamento; posição de descanso e relaxamento e correção postural não demonstrado</li> <li>-Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de posicionamento; posição de descanso e relaxamento e correção postural não demonstrado</li> <li>- Capacidade sobre para melhorar o conhecimento sobre técnicas de posicionamento; posição de descanso e relaxamento e correção postural não demonstrada</li> <li>- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de posicionamento; posição de descanso e relaxamento e correção postural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar tórax;</li> <li>• Vigiar ventilação;</li> <li>• Monitorizar frequência respiratória, SpO2;</li> <li>• Executar cinesiterapia respiratória: abertura costal global, abertura costal seletiva direita/esquerda; exercício de rotação de rotação da escapulo umeral, técnica de percussão/ vibração/compressão ou Vibrocompressão torácica</li> <li>• Executar técnica de posicionamento: posição de descanso e relaxamento e correção postural;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias: Reeducação abdomino- diafragmática posterior/direita/esquerda; reeducação costal inferior direita/esquerda</li> <li>• Incentivar o uso de técnicas respiratórias;</li> <li>• Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório</li> <li>• Ensinar sobre técnica de posicionamento para otimizar a venti-</li> </ul>	<p>Ventilação não comprometida</p> <p>Conhecimento sobre técnicas de posicionamento; posição de descanso e relaxamento e correção postural melhorado</p> <p>Capacidade sobre técnica de posicionamento; posição de descanso e relaxamento e correção postural melhorada</p>

- lação
- Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação
  - Ensinar sobre técnica de relaxamento e correção postural
  - Providenciar material educativo
  - Instruir sobre autocontrolo do padrão respiratório
  - Instruir sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação
- 

Tabela 5: Focos, diagnósticos, intervenções e resultados esperados previstos no protejo de intervenção.

Fonte: Adaptado de versão CIPE 2015 e do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação para elaboração dos respetivos Diagnósticos de Enfermagem.

### **Terceira Etapa Processo de Enfermagem – Intervenção**

Definido o planeamento, passa-se à etapa seguinte, a intervenção é uma etapa crucial do processo de enfermagem, na qual o enfermeiro implementa as ações planeadas para ajudar o doente a alcançar os seus objetivos de saúde. É importante que as intervenções sejam individualizadas, adaptadas às necessidades do doente para garantir a eficácia e segurança do cuidado prestado.

Durante a aplicação do plano de cuidados planeado, deve ser realizada uma avaliação contínua, fornecendo os dados para a próxima e última fase: a avaliação de resultados (Almeida, 2011).

### **Quarta Etapa Processo de Enfermagem – Avaliação de resultados**

A quarta etapa do processo de enfermagem denomina-se de avaliação de resultados, onde se avalia os resultados obtidos a partir da implementação das intervenções planeadas na etapa anterior. O objetivo desta etapa é determinar se os objetivos estabelecidos foram alcançados e se as intervenções foram eficazes. A avaliação de resultados, apesar de ser a última fase do processo de enfermagem, está constantemente presente no decorrer de todo o processo enquanto se aplica o plano com as intervenções específicas para o doente e é possível rever e adequar os diagnósticos de enfermagem perante novo desenvolvimento de novas necessidades das pessoas. (Almeida, 2011).

Também é nesta fase que pode ser transitável a necessidade de encaminhamento para outros recursos e reorganizar as prioridades para ir ao encontro das alterações que requerem cuidados.

Através dos resultados gerais obtidos e atendendo à eficácia e eficiência das intervenções realizadas, são os componentes clínicos da avaliação final, que podem tornar-se basilares para a validação do processo de enfermagem e suporte da prática baseada em evidência e obter resultados sensíveis aos cuidados do EEER (Alfaro-LeFevre, 2010).

## 7. RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Este capítulo apresenta duas etapas essenciais para avaliar a eficácia do projeto de intervenção: a apresentação dos resultados obtidos durante a sua implementação e a discussão dos mesmos. A ordem de apresentação seguirá a caracterização sociodemográfica dos participantes; resultados das intervenções de ER com a análise dos estudos de caso, finalizando com a discussão sobre os resultados e suas implicações para a prática de enfermagem.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DE SAUDE E SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Para uma melhor análise dos resultados, deve fazer-se a caracterização dos participantes, importante para contextualizar os resultados e compreender a representatividade dos dados obtidos. Na análise dos resultados, serão considerados seis participantes com alterações na capacidade funcional, resultantes de diagnósticos das áreas: neurológica, respiratória e músculo-esquelética, que receberam cuidados de ER com o objetivo de alcançar melhorias em saúde.

Através de instrumentos validados para realizar a avaliação diagnóstica, o protocolo de intervenção foi elaborado com base em evidência científica e os resultados foram obtidos através da comparação entre a Avaliação Inicial e a Avaliação Final. Os ganhos em saúde obtidos analisam-se através da interpretação dos dados e discussão dos resultados em relação aos objetivos propostos, reforçando os principais resultados obtidos e sua relevância para a área de ER.

A caracterização sociodemográfica dos participantes envolve elementos como sexo, idade, escolaridade, agregado familiar, antecedentes pessoais entre outros dados relevantes. Esta caracterização é apresentada na tabela seguinte (Tabela 6):

São 6 os participantes designados, respetivamente P1 a P6.

Caso	Sexo	Idade	Escolaridade/ Profissão	Estado civil / Agregado Familiar	Antecedentes Pessoais Relevantes	Diagnóstico de admissão
P1	F	49	12º Ano Reformada Ex	Divorciada Vive com 2 filhos	- HTA - Dislipidémia - AVC isquémico esq. com	AVC hemorrágico cerebelar esquerdo

			Bibliotecária	maiores	hemiparesia dta e disartria	AVC
					- Status pós embolia da artéria central da retina - Perturbação obsessivo-compulsiva	isquémico hemisférico direito
P2	F	57	12º Ano Reformada	Casada Vive com Marido	- Epilepsia - Doença de Parkinson - Leucoencefalopatia vascular - Síndrome Ansioso-Depressivo	TEP maciço com PCR e VMI com necessidade de traqueostomia Status pós Pneumonia nosocomial
P3	F	93	4ª Classe Reformada	Viúva Vive com a filha	- HTA - Dislipidémia	AVC isquémico hemisfério esquerdo
P4	F	84	4ª Classe Reformada	Casada Vive com marido	- DM tipo 2 NIT - HTA - Dislipidémia	AVC isquémico Infeção a SARS COV2 sem IR
P5	F	68	4ª Classe Reformada	Vive com Marido Sem filhos	- Fratura Membro Superior Esquerdo - HTA - Hipertiroidismo	Status pós craniectomia por Hematoma à esqª com VMI e posterior traqueostomia PAC
P6	F	71	4ª Classe Reformada	Viúva Tem apoio da nora e filho	-DPOC - Dislipidémia - Patologia degenerativa - Registo de infeção por SARS-CoV2	Insuficiência respiratória global secundária a DPOC

Legenda: HTA – Hipertensão Arterial; DM2NIT – Diabetes Mellitus Tipo 2 Não insulino tratado; AVC – Acidente vascular cerebral; SARS-CoV2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave; PAC – Pneumonia Adquirida Comunidade DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Cronica; IR – Insuficiência respiratória; VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Tabela 6: Caracterização Sociodemográfica dos participantes  
Fonte: Elaboração própria

Com base nos dados recolhidos, foi identificado que a média de idade das participantes é de aproximadamente 70 anos, com um desvio padrão de 14,9 anos. A participante mais jovem tinha 49 anos, enquanto a mais velha tinha 93 anos. Todos os participantes do estudo eram mulheres.

As seis participantes do estudo têm níveis variados de escolaridade, com a escolaridade mínima equivalente ao 4º ano (P3, P4, P5e P6) e a escolaridade máxima o 12º ano (P1 e P2). Todas as participantes estavam na condição de reformadas, mesmo as mais jovens, facto que se explicava pelas condições de saúde (invalidez).

A presença de antecedentes pessoais de saúde, como doenças crónicas, é uma preocupação relevante na avaliação dos dados de saúde dos participantes. Sobressai que a maioria apresenta pelo menos uma situação de doença crónica, com maior representatividade para HTA (representado por P1, P3, P4 e P5) e dislipidémia (representado por P1, P3, P4 e P6).

Considerar informações adicionais, como o tipo de apoio recebido e o destino após a alta hospitalar, pode fornecer uma análise mais completa e compreensiva do cuidado pós-transicional das participantes. Esses dados podem ajudar a identificar os tipos de suporte disponíveis durante a transição hospital-casa e ser uma ferramenta valiosa na identificação de áreas de intervenção no cuidado de ER e na preparação para a alta (Tabela 7).

<b>Caso</b>	<b>Transição Hospital-Casa</b>	<b>Caracterização do Cuidador</b>	<b>Destino após alta hospitalar</b>
<b>P1</b>	<b>Cuidador informal</b>	<b>Filhos Com atividade laboral ativa Disponibilidade periódica</b>	<b>Domicílio a aguardar vaga RNCCI</b>
<b>P2</b>	<b>Cuidador informal Apoio domiciliário</b>	<b>Marido Com atividade laboral ativa Disponibilidade periódica</b>	<b>RNCCI- UMDR</b>
<b>P3</b>	<b>Cuidador informal Apoio domiciliário</b>	<b>Filha Reformada com disponibilidade 24H</b>	<b>Domicílio</b>
<b>P4</b>	<b>Cuidador informal</b>	<b>Filha e sobrinhas Disponibilidade permanente</b>	<b>Domicílio</b>
<b>P5</b>	<b>Cuidador informal</b>	<b>Marido que apresenta algumas comorbilidades Não reúne condições de suporte</b>	<b>RNCCI- UMDR</b>
<b>P6</b>	<b>Cuidador informal</b>	<b>Nora e Filho Disponibilidade permanente</b>	<b>Domicílio</b>

Legenda: RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Tabela 7: Caracterização do tipo de apoio recebido, cuidador e destino após a alta hospitalar

Fonte: Elaboração própria

### Tipo de apoio na transição Hospital-Casa

- Cuidador informal: P1, P4, P6 e P7
- Cuidador informal e apoio domiciliário: P2, P3

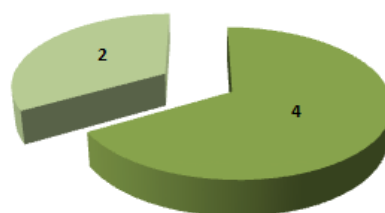


Gráfico 1: Caracterização do destino após alta hospitalar  
Fonte: Elaboração Própria

É fundamental considerar a presença ou ausência de cuidadores e redes de suporte a fim de garantir uma transição segura e eficaz com vista à promoção e continuidade dos cuidados e contribuir para o bem-estar e a recuperação dos participantes, após a alta hospitalar.

Desta forma, foram incluídos no processo de capacitar para lidar e cuidar da pessoa no processo de transição os familiares do P1, P3, P4 através de estratégias de capacitação, treino e educação visando proporcionar-lhes as habilidades e conhecimentos necessários para lidar e cuidar da pessoa em processo de transição, tendo em consideração a disponibilidade de tempo, o suporte familiar, as condições de saúde do cuidador e a disponibilidade de suporte de redes de apoio.

## 7.2 RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ESTUDOS DE CASO

Com cada participante o número de sessões foi variável (6 a 12), com uma média realizada de 8,3 (desvio padrão de 2,05). A intensidade e a frequência dos cuidados de ER variaram entre os participantes, devido aos diferentes intervalos de tempo de internamento (média de 16,5 dias de internamento, com desvio padrão aproximado de 6,67)

Os cuidados de ER realizados aos participantes do estudo, foi da responsabilidade da mestrandia, sob orientação do EEER supervisor. Contudo, também, será mencionada a importância da continuidade dos cuidados por outros profissionais de saúde, visando o melhor acompanhamento e evolução dos participantes.

## ESTUDO DE CASO 1

Participante (P1) com 52 anos, sexo feminino, divorciada. Residia com 2 filhos adultos com trabalho ativo, mas com disponibilidade para darem apoio sempre que necessário.

A P1 era acompanhada em múltiplas consultas destacando-se como doenças relevantes: HTA; AVC isquémico esquerdo com hemiparesia direita e disartria; Status pós embolia da artéria central da retina e uma perturbação obsessivo-compulsiva.

Apresentava como diagnóstico: AVC hemorrágico cerebelar esquerdo e AVC isquémico hemisférico direito onde resultaram alterações da funcionalidade, equilíbrio, força muscular e comunicação. Foram realizadas três avaliações com momentos distintos: uma avaliação de diagnóstico, uma intermédia e uma avaliação final.

Escalas	MIF	Berg	Barthel
<b>Prévia Ao Internamento</b>	<b>104</b>	<b>---</b>	<b>---</b>
<b>Inicial</b>	<b>55</b>	<b>28</b>	<b>40</b>
<b>Intermédia</b>	<b>73</b>	<b>29</b>	<b>45</b>
<b>Final</b>	<b>93</b>	<b>47</b>	<b>65</b>
<b>Ganhos</b>	<b>↗ 38</b>	<b>↗ 19</b>	<b>↗ 25</b>

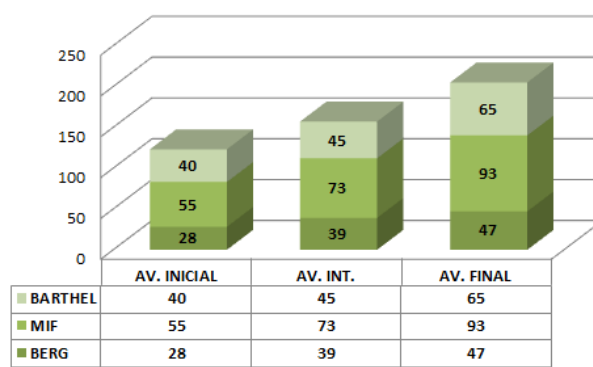


Tabela 8: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P1  
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P1

A P1 apresentava previamente uma MIF (Score 104) revelando incapacidade funcional ligeira uma vez já ter sofrido anteriormente um AVC que trouxe alterações à sua funcionalidade, os dados apresentados mostram, uma melhoria significativa do Score desde a avaliação de diagnóstico (MIF 55) e avaliação final (MIF 93).

As alterações positivas mais significativas mostraram ser no autocuidado, controlo de esfíncteres, mobilidade/transferências, locomoção e comunicação ([APÊNDICE IX](#)). Após ensino, instrução e treino de intervenções relacionadas à técnica de adaptação para o autocuidado e ajuste de estratégias adaptativas, a P1 no momento da alta necessitava apenas de supervisão

O ensino de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e o treino de micção com horários fixos e rotinas ajustadas à condição da participante foram fundamentais para alcançar ganhos finais no controle dos esfíncteres. No final da avaliação, a participante requer apenas supervisão no autocuidado ([APÊNDICE IX](#)).

As alterações da força mais evidentes localizavam-se no Membro Superior Direito (MSD) (MRC força 3/5 nos movimentos do braço e antebraço e MRC 2/5 nos movimentos do punho e dedos) e com dor presente particularmente na zona escapulo umeral à direita (ombro doloroso) (tabela 9). O plano focou-se na realização de exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativos/assistidos e ativos/resistidos), incorporando todos os segmentos articulares, atendendo ao limite da dor e do esforço. No final, foi possível melhorar e manter as amplitudes articulares e movimentos, aumentar a força e obter ganhos na motricidade fina. A P1 apresentou no final de todas as sessões aumento da força 4/5 em todos os segmentos do MSD e ausência da dor do ombro. No Membro Inferior Direito (MID) a força dos segmentos manteve-se contante (MRC 4/5) e com as alterações pré-existentes ao internamento ([APÊNDICE IX](#)).

	Av. Inicial	Av. Intermédia	Av. Final
<b>Intensidade Dor</b>	<b>5/10</b>	<b>3/10</b>	<b>0/10</b>
<b>Fatores de agravamento</b>	Mobilização articulação	Mobilização articulação	-----
<b>Fatores de alívio</b>	Analgesia SOS	Posicionamento antiálgico	-----

Legenda: 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 classificação de “Dor Máxima”

Tabela 9 – Registo da evolução da avaliação da dor P1

Fonte: Elaboração própria

Por não apresentar consciência entre a relação equilíbrio comprometido (Berg: 28) e risco de cair (Morse: 110 - Alto risco de queda) foi realizado ensino, instrução e treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e ortostático, capacitando-a a recorrer a técnicas e produtos de apoio que garantam a sua segurança. No final com o equilíbrio estático e dinâmico sentado sem alterações o equilíbrio dinâmico ortostático melhorado (Berg: 47), foi realizado treino de marcha com apoio que evoluiu para marcha autónoma e demonstrou ser capaz de subir e descer escadas com apoio de corrimão, de forma segura. As intervenções nestas atividades foram simultaneamente trabalhadas por outros profissionais (EEER, MFR).

Por apresentar disartria moderada, na comunicação obteve na avaliação inicial, dependência modificada com ajuda máxima (Score 2), através do ensino, instrução e treino de exercícios da musculatura facial e de estratégias facilitadoras para a capacidade de compreensão/expressão, a participante foi capaz de reduzir a frustração e comunicar de modo mais eficaz (Score 6: compreensão; Score 5 para a expressão na escala MIF).

No que diz respeito à capacitação do cuidador, um dos filhos da P1 mostrou interesse em participar no programa de reabilitação. Nas duas sessões (30min) em que pôde estar presente, foram esclarecidas dúvidas relativamente a estratégias adaptativas

para o autocuidado e produtos de apoio facilitadores. Foram identificados fatores de risco de queda presentes no domicílio, como a presença de tapetes em várias divisões, a ausência de barra de apoio e banco de duche no chuveiro. Desta forma foram realizados ensinamentos acerca da importância do ambiente seguro e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de acidentes.

Durante o plano de cuidados, foi evidente o empenho da P1 e os ganhos obtidos. Foram visíveis e sensíveis aos cuidados de ER, em particular nos autocuidados: higiene pessoal; vestir-se despir-se; alimentar-se; comunicação e controlo de esfíncteres.

## **ESTUDO DE CASO 2**

Participante (P2) com 57 anos, do sexo feminino. Casada e a residir em casa própria com o marido. Não tinha filhos e o marido ainda trabalhava ativamente por turnos. Apresentava os seguintes problemas prévios: epilepsia; doença de Parkinson; leucoencefalopatia vascular e síndrome ansioso-depressiva. Reformada por invalidez devido ao parkinsonismo.

Os diagnósticos relevantes e de entrada no SMI foram: Status pós tromboembolismo pulmonar maciço com paragem cárdio-respiratória. Assistida com ventilação mecânica invasiva e pneumonia nosocomial, com necessidade de traqueostomia. A P2 teve internamento longo, de 96 dias, após várias complicações com necessidade de vários níveis de cuidados. A avaliação de diagnóstico foi realizada ao 71º de internamento, com alterações na funcionalidade, equilíbrio, força muscular, ventilação e deglutição (pré-existente).

A P2 iniciou programa de reabilitação, instituído precocemente, na unidade de cuidados intensivos e apesar da restrição ao leito por dias prolongados salienta-se que a P2 não apresenta úlcera por pressão, nem anquilose presente. O plano de reabilitação respiratório e sensório-motor instituído teve como ponto de partida o programa até então realizado, objetivando continuidade aos cuidados especializados.

Escalas	MIF	Berg
<b>Prévia Ao Internamento</b>	<b>107</b>	<b>---</b>
<b>Inicial</b>	<b>25</b>	<b>11</b>
<b>Intermédia</b>	<b>32</b>	<b>13</b>
<b>Final</b>	<b>43</b>	<b>24</b>
<b>Ganhos</b>	<b>↗ 18</b>	<b>↗ 13</b>

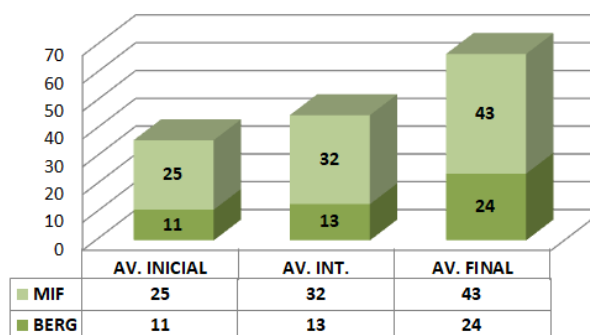


Tabela 10: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P2

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 3: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P2

funcionalidade após a análise dos dados apresentados as alterações que mais se evidenciaram após cuidados de ER foram as áreas do autocuidado, mobilidade/transferências e comunicação. Antes do internamento, a P2 já apresentava limitações e alterações nos autocuidados; mobilidade/transferências e locomoção (MIF 107) devido ao parkinsonismo, necessitando de dispositivos de apoio que a mantinham independente nas Atividades Vida Diária [AVD's].

Foram delineadas intervenções para as alterações da funcionalidade avaliadas (MIF 25). Ao longo das sessões, as intervenções foram ajustadas de acordo com a resposta positiva obtida pela P2, considerando o progresso funcional e necessidades individuais ([APÊNDICE X](#)).

Para o autocuidado específico na higiene e no vestir, foram realizados ensinamentos, instrução e treino com o auxílio de equipamentos adaptativos de apoio. Essas intervenções resultaram em melhorias significativas, permitindo que a P2 que antes não era capaz de as realizar, voltasse a ser participativa no seu cuidado pessoal ([APÊNDICE XI](#)).

Devido à diminuição da força nos movimentos da cabeça e pescoço (MRC 3/5), Membros Superiores (MS) (MRC 3/5) e Membros Inferiores (MI) (MRC 4/5), foram planeadas intervenções específicas, que incluíram a realização de exercícios musculares articulares, com foco na tonificação da musculatura cervical e da musculatura orofacial. Além disso, foram realizadas mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos articulares dos quatro membros, com progressão para exercícios ativos-assistidos e, posteriormente, introdução de resistência progressiva com faixa elástica.

Com as intervenções realizadas, houve uma evolução progressiva da força, alcançando um Score final de 4/5 (MRC) nos segmentos articulares dos MS e 5/5 (MRC) nos MI ([APÊNDICE X](#)). No entanto, devido aos tremores de parkinsonismo, alguns exercícios foram desafiantes para a P2, resultando em frustração e desânimo. Portanto, foi fundamental oferecer reforço positivo e motivacional durante as sessões, visando incentivar e encorajar a P2 a persistir nos exercícios apesar das dificuldades impostas pelos tremores. O suporte emocional e motivacional desempenhou um papel importante para manter a P2 motivada no programa de reabilitação.

A P2 apresentava alterações significativas no equilíbrio, tanto sentado (dinâmico) quanto em pé (estático e dinâmico). No entanto, com o aumento da força e a implementação de ensino, instrução e treino do equilíbrio, técnica de levantar e correção postural, a participante demonstrou melhorias no equilíbrio sentado, tanto estático quanto dinâmico. Além disso, com o auxílio de dispositivo de apoio (andarrilho) foi possível manter o equilíbrio estático em pé, no entanto, manteve-se com alterações no equilíbrio dinâmico em pé.

Nesta participante, os cuidados de ER incidiram-se também na ventilação, através de um plano estruturado de RFR com objetivo de melhorar a capacidade respiratória e otimização da ventilação. A intensidade e o ritmo dos exercícios foram adaptados de acordo com a tolerância da participante, priorizando a conservação de energia e diminuição do uso da musculatura acessória ([APÊNDICE X](#)).

A progressão positiva foi visível ao longo das sessões e já com cânula fenestrada e com O2 suplementar por ON, conseguiu permanecer por mais de 48h em ventilação espontânea e com cânula ocluída. Por apresentar um conjunto de pressupostos preditores de sucesso para a descanulação, realizou-se uma reunião de decisão multidisciplinar (com ORL, equipa médica de medicina e ER) e após 19 dias de internamento no SMI foi possível proceder à descanulação da participante. A continuidade das intervenções realizadas por profissionais de diversas áreas, como ER, fisioterapia e terapia da fala, foi um fator determinante para o sucesso do processo de descanulação. Uma abordagem multidisciplinar permitiu um cuidado mais completo e efetivo à P2. Consequentemente a comunicação, que até então era realizada por meio de uma válvula fonatória, passou a ser feita de forma independente, trazendo um significativo avanço na qualidade de vida da participante, ao poder voltar a expressar-se de forma independente.

Esta conquista representa a eficácia do plano de reabilitação evidenciando resultados sensíveis ao cuidado especializado pelo ER. É, também, relevante ressaltar que, devido aos avanços obtidos na funcionalidade, a P2 passou de uma transição planeada para a RNCCI – UMDL, para RNCCI – UMDR. Esta mudança na tipologia de cuidados evidencia não só os ganhos alcançados no seu estado de saúde, mas também os resultados dos cuidados especializados realizados.

Durante todo o período de internamento, o marido da P2 esteve presente ativamente nas visitas, demonstrando interesse em aprender sobre a nova condição que a esposa apresentava. No entanto, devido ao planeamento da transferência para a rede de cuidados, não foram fornecidos ensinamentos de forma programada. Contudo, em momentos informais e não planeados, questões como apoio e redes de suporte disponíveis fora do hospital foram abordadas. Ao expressar dificuldades na reestruturação para o retorno ao lar, o marido foi encaminhado para a assistente social, que pôde fornecer suporte adequado nesse sentido.

### **ESTUDO DE CASO 3**

A participante (P3) tinha 93 anos e vivia com a filha, frequentou a escola até à 4ª classe e era reformada. Viúva, vivia há vários anos com a filha após morte do marido. Era

acompanhada na consulta de HTA e dislipidémia. Apresentava como diagnóstico AVC isquémico no hemisfério esquerdo onde resultou hemiparésia no hemicorpo direito.

As alterações resultantes do diagnóstico foram alterações da funcionalidade, equilíbrio, força muscular e comunicação.

Escalas	MIF	Berg
<b>Prévia Ao Internamento</b>	<b>72</b>	<b>---</b>
<b>Inicial</b>	<b>24</b>	<b>2</b>
<b>Intermédia</b>	<b>33</b>	<b>3</b>
<b>Final</b>	<b>40</b>	<b>4</b>
<b>Ganhos</b>	<b>↗ 14</b>	<b>↗ 2</b>

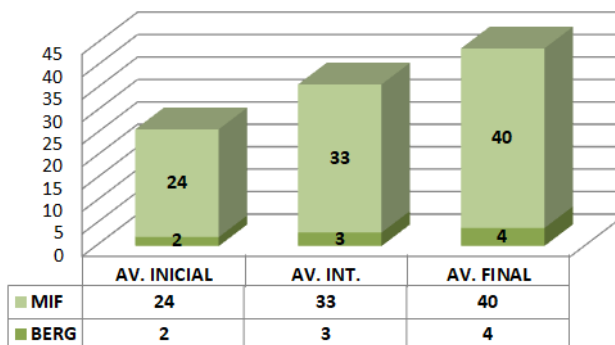


Tabela 11: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P3  
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 4 : Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P3

Como é possível observar pelos dados acima revelados, a doente já apresentava previamente funcionalidade comprometida (MIF 72), associada ao processo de envelhecimento. No global apresentava uma dependência modificada, salientando-se a necessidade de ajuda moderada nos autocuidados e ajuda total no controlo de esfíncteres (bexiga) bem como alterações na locomoção. Após ser acometida por AVC apresenta uma dependência total em todos os domínios (MIF 24).

A P3 apresentava disartria moderada, o que afetou sua capacidade de comunicação (Score de 2 na escala MIF). Foram implementadas estratégias diárias para facilitar a comunicação e promover a compreensão, incluindo exercícios de reeducação dos músculos da face e treino e incentivo à comunicação. Como resultado dessas intervenções, houve uma melhoria significativa na disartria e o discurso tornou-se no global compreensível, com um Score de 4 na expressão na escala MIF ([APÊNDICE XI](#)).

Após a identificação de alterações na força pré-existentes, mencionadas pela filha, e considerando as alterações resultantes do AVC, foi realizada uma avaliação tendo em conta essas informações. Com base na avaliação da força nos segmentos articulares MSD e MID (MRC de 0/5) e dos segmentos articulares do MSE e MIE com força 3/5 na escala MRC, com exceção da articulação de punho e dedos (MRC 4/5) foi elaborado um plano de intervenção que incluiu exercícios musculares e articulares (passivos, ativos/assistidos, ativos/resistidos e auto-mobilizações) considerando o limite de esforço e a presença de dor na zona escápulo- umeral direita (ombro doloroso) (Tabela 12).

Nas primeiras sessões a P3, apresentou dificuldade em realizar os exercícios propostos, por mostrar distração fácil. Com um ambiente propício à concentração e

metas claras e realistas, foi possível concentrar-se e comprometer-se com a conclusão das tarefas alcançando uma evolução significativa da força do MSD (movimentos ombro (MRC 1/5); movimentos braço (MRC 2/5) e nos movimentos do antebraço, punho e dedos (MRC 3/5), com dor controlada. No entanto, nos segmento articulares do MID, não apresentou alterações (MRC 0/5), bem como no MIE ([APÊNDICE XI](#)).

	<b>Av. inicial</b>	<b>Av. intermédia</b>	<b>Av. Final</b>
<b>Intensidade Dor</b>	<b>6/10</b>	<b>4/10</b>	<b>1/10</b>
<b>Fatores de agravamento</b>	Posicionamento Mobilização articulação	Mobilizações	-----
<b>Fatores de alívio</b>	Analgesia SOS	Posicionamento antiálgico	Posicionamento antiálgico

Legenda: 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 classificação de “Dor Máxima

Tabela 12 – Registo da evolução da avaliação da dor P3

Fonte: Elaboração própria

A P3 não apresentava equilíbrio estático e dinâmico adequado tanto na posição sentada quanto em pé (Berg: 2). Além disso, não tinha consciência da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda (Morse:70), o que aumentava a sua vulnerabilidade a acidentes como quedas. Face à parésia marcada à direita e aos poucos ganhos de força no MID as intervenções passaram por trabalhar o equilíbrio sentado. Foi observada uma melhoria significativa no equilíbrio estático e dinâmico sentado, o que indicou uma maior estabilidade e controle postural. Além disso, a consciencialização da relação entre o equilíbrio e o risco de queda também foi adquirida, o que aumentou a percepção da P3 sobre a importância de manter um equilíbrio adequado para prevenir acidentes e lesões.

Apesar de desempenhar já um papel fundamental no cuidado à mãe, durante as sessões iniciais, ficou evidente que a filha não possuía o conhecimento e a capacidade necessários para executar as intervenções corretamente (Tabela 13).

Deste modo, os cuidados de ER à P3 foram planeados levando em consideração a presença e participação da filha, adaptando as estratégias de cuidado de acordo com as necessidades específicas avaliadas visando a transição hospitalar e um cuidar consistente e contínuo. Foram planeadas 4 sessões (45/60 min) onde se trabalhou em estreita colaboração com a filha da P3, fornecendo apoio e orientações sobre os cuidados necessários que garantissem transição segura.

SESSÃO	1.º	2.º	3.º	4.º
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>				
Conhecimento do prestador de cuidados para promover o autocuidado	ND	D	D	D
Capacidade Para Promover o autocuidado	ND	D	D	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre otimizar a comunicação	ND	ND	D	D
Capacidade do prestador de cuidados para otimizar a comunicação	ND	ND	D	D
Conhecimento do prestador de cuidados no levantar-se	ND	D	D	D
Capacidade do prestador de cuidados no levantar-se	ND	ND	D	D
Conhecimento do prestador de cuidados no transferir-se	ND	D	D	D
Capacidade do prestador de cuidados no transferir-se	ND	ND	D	D
Conhecimento do prestador de cuidados para assistir no uso de cadeira de rodas	ND	ND	D	D
Capacidade do prestador de cuidados para assistir no uso de cadeira de rodas	ND	ND	ND	D
Conhecimento sobre Prevenir Complicações da Parésia	ND	ND	ND	D
Capacidade do Prestador de Cuidados Para Prevenir Complicações da Parésia	ND	ND	ND	D

Legenda: ND – Não Demonstrado, D – Demonstrado

Tabela 13 – Avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem do cuidador da P3  
Fonte: Elaboração própria

A participação ativa da filha da P3 foi valorizada e considerada essencial para garantir uma continuidade adequada dos cuidados após a alta hospitalar.

#### **ESTUDO CASO 4**

P4 tinha 84 anos de idade, sexo feminino. Era reformada e vivia com o marido, que dependia dela para todas as tarefas domésticas. Tinha duas filhas: uma emigrada e outra que trabalhava, mas que prestava apoio permanente e sempre que solicitada. Apresentava sobrinhas muito presentes e preocupadas com a situação atual da doente, disponíveis para ajudar na transição.

Internada por AVC isquémico (com paresia MSD) e Infeção a SARS-CoV-2., tinha como antecedentes relevantes: DM tipo 2 NIT e HTA. Evidenciaram-se alterações, na funcionalidade, equilíbrio e força muscular durante avaliação de diagnóstico, que foi basilar para a construção do plano de intervenções.

Escalas	MIF	Berg
<b>Prévia Ao Internamento</b>	<b>123</b>	<b>---</b>
<b>Inicial</b>	<b>78</b>	<b>37</b>
<b>Intermédia</b>	<b>97</b>	<b>43</b>
<b>Final</b>	<b>113</b>	<b>48</b>
<b>Ganhos</b>	<b>↗ 35</b>	<b>↗ 11</b>

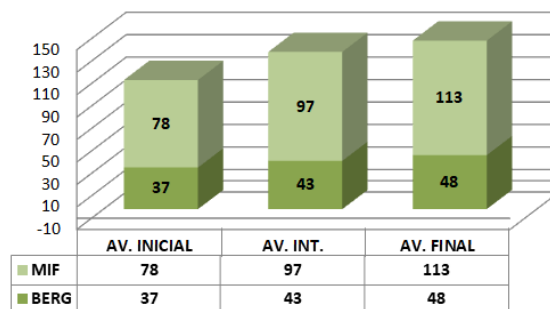


Tabela 14: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P4  
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 5: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P4

A análise dos dados indica que a P3 teve uma redução na capacidade funcional (MIF 78) em comparação com a condição prévia ao internamento (MIF 123) com alterações a incidirem-se sobretudo no autocuidado, mobilidade e locomoção.

O plano de reabilitação incidiu no ensino, instrução e treino para o autocuidado com uso de produtos de apoio para higiene, uso do sanitário e alimentação, associado a estratégias adaptativas de conservação de energia, considerando a sua condição de saúde ([APÊNDICE XII](#)).

Durante as primeiras sessões, apresentou pouca confiança e baixa autoestima devido à sua condição de saúde e à impossibilidade de receber visitas devido à infeção por SARS-CoV-2. No entanto, foi aplicado reforço positivo diário e utilização de tecnologias para permitir o contato com a família e acompanhar a sua evolução, que permitam motivá-la e proporcionar suporte emocional. Um Score MIF 113 final indica uma recuperação funcional significativa da P3, que evoluiu de uma dependência moderada com ajuda, para uma independência na realização de autocuidados com o uso de dispositivos de apoio.

Com base na avaliação inicial, foi identificado que a P4 apresentava alto risco de queda (Morse 95), devido a alterações no equilíbrio dinâmico ortostático e ao histórico de queda em casa, resultando em edema e dor na articulação tibiotársica, ainda presente (Tabela 15).

	Av. inicial	Av. intermédia	Av. Final
<b>Intensidade Dor</b>	<b>7/10</b>	<b>4/10</b>	<b>1/10</b>
<b>Fatores de agravamento</b>	Posicionamento Mobilização articulação	Carga na articulação Mobilização articulação	Marcha
<b>Fatores de alívio</b>	Analgesia SOS Crioterapia	Crioterapia Repouso	Repouso

Legenda: 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 classificação de “Dor Máxima”

Tabela 15 – Registo da evolução da avaliação da dor P4

Fonte: Elaboração própria

A dor e o edema foram identificados como fatores que poderiam interferir, e até mesmo impossibilitar, o processo de reabilitação da P4. Por isso, a prioridade foi dada ao tratamento desses sintomas, visando melhorar a participação da participante no processo de reabilitação. Foi programada a aplicação de compressas geladas por aproximadamente 15 a 20 minutos em vários momentos do dia, sobretudo antes das sessões de reabilitação, resultando na diminuição da intensidade da dor e redução gradual do edema.

Como resultado, a P4 passou a colaborar de forma mais efetiva no plano de intervenções, possibilitando a execução das atividades de reabilitação de forma mais adequada, que visavam melhorar o equilíbrio, manter a força muscular e preservar a capacidade de andar na P4.

Com a melhoria do equilíbrio dinâmico ortostático e com capacidade de executar exercícios de treino de equilíbrio, iniciou-se o treino de marcha, oferecendo orientações para garantir a segurança durante a marcha e acautelar quedas. Durante a marcha, foi observado que a P4 era capaz de andar por distâncias curtas, mas ainda necessitava de apoio do corrimão ou de apoio unilateral para se sentir segura em distâncias maiores. À data de alta a P4 tinha adquirido conhecimento sobre técnicas de adaptação para melhorar a habilidade de andar permitindo ser mais funcional.

A P4 apresentava dificuldade na mobilização do cotovelo e dos dedos MSD durante a extensão e flexão, com diminuição da força muscular (MRC 3/5). Com a execução de exercícios músculo articulares (ativos-assistidos e ativos-resistidos, utilizando faixas elásticas) com foco no MSD, apresentou melhoria na força (MRC 4/5) e no movimento muscular durante a mobilização do cotovelo e dos dedos, em comparação à avaliação inicial. No final do plano conseguiu executar exercícios articulares e musculares de forma autónoma, e apresentou ganhos no movimento corporal do MSD ([APÊNDICE XII](#)).

Apesar de não ter sido possível garantir um plano de sessões participativas para capacitação à família por a P4 estar em isolamento, foi agendada uma reunião com a filha e o marido que permitiu esclarecimento de dúvidas, falar de recursos e medidas de apoio disponíveis, assim como elucidar sobre a relação entre o processo patológico e aquisição e alteração de hábitos de vida mais adequados e saudáveis. Foram abordadas questões de segurança como a relação de equilíbrio e risco de queda e identificação de fatores que pudessem predispor a acidentes e tornar o ambiente pouco seguro e acessível no regresso a casa.

Apesar de ter ocorrido apenas um encontro com a família, foi estabelecido um momento de confiança e suporte emocional e motivacional. Reforçou a importância da família como parte integrante da equipe de cuidados e o papel fundamental que representa na adaptação à nova condição de saúde da pessoa como elo na continuidade do processo de recuperação.

### **ESTUDO CASO 5**

Participante (P5) do sexo feminino, 68 anos, previamente autónoma nas AVD's. Reformada. Residia em casa própria com o marido também reformado, mas com Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) que o limitava já nalgumas atividades diárias.

Assumiram-se como antecedentes relevantes para o estudo: Fratura MSE operado; HTA e Hipertireoidismo.

Após internamento noutra unidade hospitalar, ao 16º dia foi transferida para o SMI com Status pós craniectomia por hematoma à esquerda com VMI e posterior traqueostomia.

Escalas	MIF	Berg
<b>Prévia Ao Internamento</b>	<b>126</b>	<b>---</b>
<b>Inicial</b>	<b>20</b>	<b>2</b>
<b>Intermédia</b>	<b>29</b>	<b>3</b>
<b>Final</b>	<b>36</b>	<b>4</b>
<b>Ganhos</b>	<b>↗ 16</b>	<b>↗ 2</b>

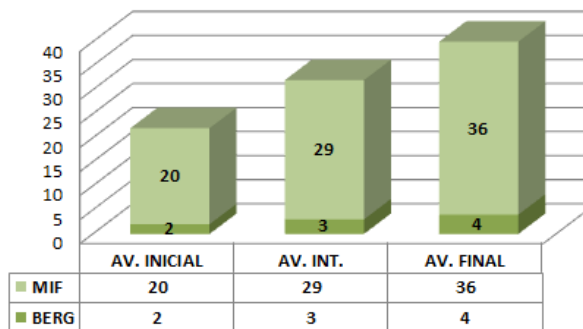


Tabela 16: Avaliações da Funcionalidade e Equilíbrio P5

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 6: Evolução da Funcionalidade e Equilíbrio P5

Com base na análise breve, fica claro que a P5 sofreu uma mudança significativa na sua dependência funcional. Antes do diagnóstico atual, era completamente independente (MIF 126), mas na avaliação diagnóstica, apresentou alterações em todos os parâmetros passando a requerer de ajuda total para realizar todas as atividades (MIF 20).

A P5 já tinha iniciado plano de reabilitação orientada pela equipa de MFR do hospital onde se encontrava, vindo com anotações que já tolerava levantar, durante curtos períodos de tempo. Considerando as alterações acentuadas na força muscular, equilíbrio e ventilação da P5, foi necessário ajustar o plano de reabilitação com frequência, face aos resultados das avaliações. A P5 apresentava alterações da força significativas nos movimentos da cabeça e pescoço (MRC 2/5), hemiplegia à esquerda (MRC 0/5) e com força alterada no hemicorpo direito, com maior comprometimento nos movimentos do antebraço e braço (MRC 3/5).

Objetivando a recuperação da amplitude de movimento e ganho da força muscular foi traçado um plano com exercícios articulares e musculares utilizando técnicas de mobilizações passivas (hemicorpo esquerdo); ativas assistidas e ativas resistidas no hemicorpo direito e tonificação da musculatura cervical e da musculatura orofacial. Não foram visíveis sinais de recuperação de força à esquerda (0/5 MRC), porém as intervenções realizadas puderam traduzir ganhos no MSD (braço e antebraço com 4/5 MRC) e na cabeça- pescoço com força 4/5 na flexão, flexão lateral e rotação do pescoço ([APÊNDICE XIII](#)).

A participante P5 mostrou alterações significativas no equilíbrio estático e dinâmico tanto na posição sentada, quanto na posição em pé. No entanto, após o ganho de força no hemitorço direito e na musculatura da cabeça e do pescoço, combinado com a implementação de treino de equilíbrio, técnica de levante e correção postural, foi observada uma melhoria no equilíbrio na posição sentada, mas não na posição dinâmica. As alterações no equilíbrio estático e dinâmico na posição em pé ainda persistiram.

Nesta participante, não se perspetivava o encerramento da traqueostomia, não havendo consenso por parte da equipa multidisciplinar perante o diagnóstico da doente e alterações consideráveis na sua funcionalidade e ventilação. No entanto, tanto a enfermeira tutora quanto a mestranda acreditavam que a P5 apresentava potencial para que o encerramento da traqueostomia ocorresse.

Perante o desafio, os cuidados de ER foram direcionados para um plano estruturado de RFR com o propósito de melhorar a dispneia, a capacidade de tossir e expetorar, visando melhorar a capacidade respiratória e otimizar a ventilação pulmonar, com vista a obter um conjunto de pressupostos preditores de sucesso para a descanulação. A intensidade e o ritmo dos exercícios foram ajustados de acordo com a tolerância da participante, priorizando a economia de energia e diminuição do uso da musculatura acessória.

A P5 apresentava dispneia presente a pequenos/ médios esforços intensificando-se na transição da posição de deitado para sentado e com a otimização da respiração através da dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdomino-diafragmática a P5 foi capaz de melhorar a tolerância ao esforço nas transferências.

Com o ensino, instrução e treino da técnica de tossir e complementaridade de cinesiterapia respiratória com recurso a manobras acessórias, a P5 que inicialmente apresentava tosse ineficaz com necessidade de aspiração de secreções brônquicas ao longo do internamento, permitiram obter uma tosse mais eficaz e mobilização e expulsão das secreções pela traqueostomia. À medida que os ganhos na força muscular eram evidentes, o reflexo de tosse levou a que a aspiração de secreções fosse realizada apenas em SOS.

Reunidas condições como: secreções respiratórias em quantidade reduzida, a P5 ser capaz de apresentar tosse eficaz com capacidade de expetorar, a P5 foi encaminhada para observação pela ORL e ao 14º dia de internamento, possuiu condições para remoção da cânula de traqueotomia, procedimento que decorreu sem intercorrência e com sucesso. Após a descanulação manteve-se eupneica sem sinais de dificuldade respiratória, tolerando suspensão de oxigenioterapia

Apesar de não ser visível ganhos substanciais na funcionalidade da participante, deve destacar-se o trabalho focado com vista à descanulação e que evidenciou o

trabalho de persistência realizado pelo ER. À semelhança da P2 perante a evolução positiva, a P5 passou de critérios de referenciação para RNCCI de tipologia ULDR para tipologia de UMDR.

### **ESTUDO CASO 6**

Participante (P6) do sexo feminino, 71 anos, previamente autónoma nas AVD's. Reformada, mas ainda tinha atividade laboral moderada no campo. Residia em casa própria com o marido reformado, junto com a nora e filho que viviam numa moradia junto da dela.

De antecedentes relevantes para o estudo assumiram-se: fratura no MSE operada, HTA, fumadora até ao episódio de internamento e hipertireoidismo

Apresentava como diagnóstico de entrada: DPOC agudizada por infeção respiratória baixa; Pneumonia basal direita adquirida na comunidade; Insuficiência respiratória global secundária a DPOC e HTA mal controlada. Pela avaliação inicial validaram-se os diagnósticos: dispneia funcional; expetorar ineficaz, em grau moderado, tossir comprometido e conservação de energia comprometida. Tomando como ponto de partida a alteração traçou-se um plano no sentido de restabelecer e melhorar o padrão respiratório da P6.

Ao longo de todo o programa de ER ([APÊNDICE XIV](#)), observou-se estabilidade hemodinâmica. Apenas na primeira sessão, a participante apresentou um aumento na frequência respiratória e relatou dificuldade em cumprir o plano proposto. Nas ademais sessões, foi observada uma melhoria na saturação periférica de oxigénio ao final de cada sessão em comparação com o valor inicial (Gráfico 7). Não houve um aumento significativo nos valores de tensão arterial ou frequência cardíaca nas sessões posteriores, indicando uma boa tolerância ao esforço por parte da P6.

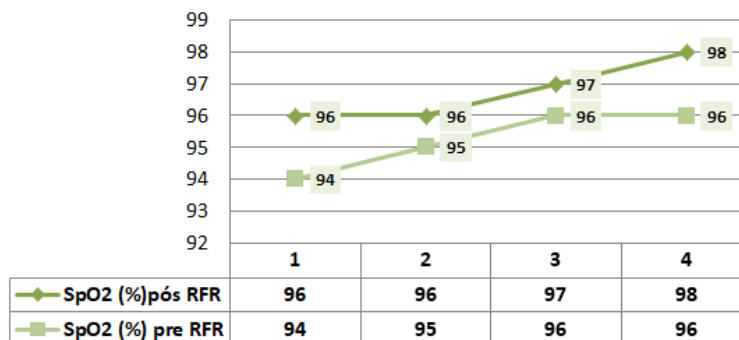


Gráfico 7: Evolução da oximetria antes e após RFR P6

Fonte: Elaboração própria

A doente não apresentava assimetria torácica ou deformidades. Durante a primeira e segunda sessão, observou-se o uso dos músculos acessórios, com diminuição da amplitude respiratória e respiração mista e irregular.

Verificou-se presença de secreções mucopurulentas que a doente mobilizava, mas não conseguia expelir, na última sessão tinha expetoração com secreções fluidas. Após ensino, treino e instrução sobre a técnica de tosse, a P6 apresentou tosse eficaz no final da sessão.

Nas duas primeiras sessões, a palpação pelo método do frémito toraco-vocal não foi realizada, no entanto, nas últimas duas sessões, essa técnica foi realizada e mantida. O mesmo se passou com a avaliação da percussão, mas avaliações realizadas na segunda e quarta sessões, foi observado som pulmonar claro em todo o tórax, com exceção das bases pulmonares, onde foi identificado um discreto som maciço. Condição que podia ser atribuída à presença provável de secreções. (APÊNDICE XIV).

Durante a auscultação pulmonar na primeira sessão, foi observado murmúrio vesicular globalmente diminuído, com a presença de sibilos dispersos e roncos mais pronunciados nas bases pulmonares. No decorrer das sessões, houve uma melhoria progressiva, e na última sessão foi constatado murmúrio vesicular mantido, sem a presença de sons adventícios.

De forma geral, a P6 apresentou boa tolerância aos exercícios respiratórios realizados (Gráfico 8). É importante ressaltar que, nas últimas sessões, após a realização dos exercícios planeados e ao final do treino de marcha, a P6 atribuiu uma pontuação de 2 na escala de Borg, indicando uma tolerância significativa após o esforço físico.

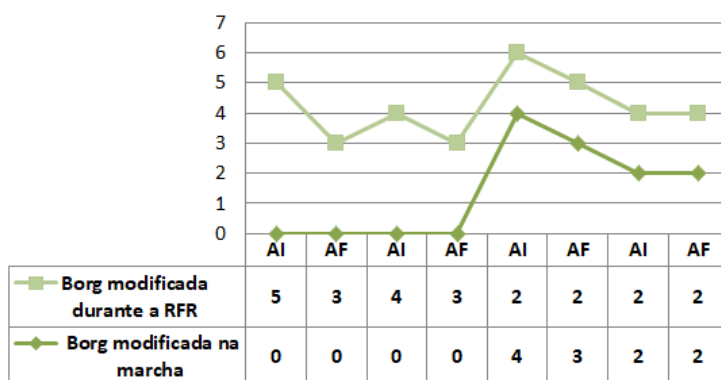


Gráfico 8: Evolução da Dispneia pela escala de Borg P6  
Fonte: Elaboração própria

Inicialmente, a P6 apresentava uma dependência em grau moderado devido à intolerância à atividade, necessitando de assistência nas atividades de higiene pessoal, vestuário e transferência do leito para o cadeirão. No entanto, através da aplicação de técnicas de descanso e relaxamento, a tolerância em relação à atividade foi melhorando

progressivamente. Na avaliação final alcançou uma pontuação de 90 na Escala de Barthel, o que representou independência para todos os autocuidados (Gráfico 9).

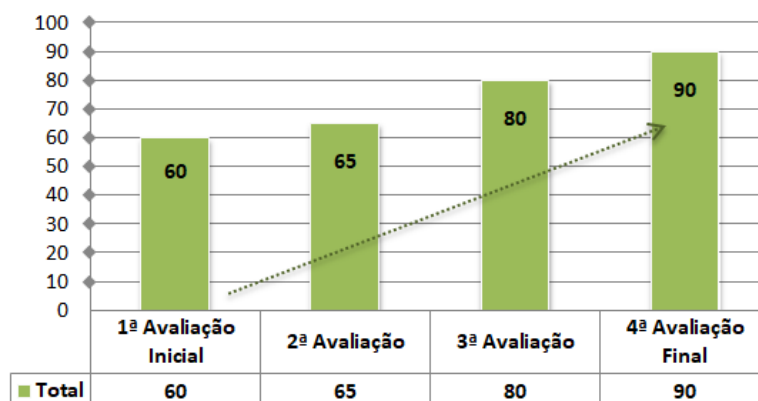


Gráfico 9: Evolução da dependência pela escala de Barthel P6  
Fonte: Elaboração própria

Ao longo da aplicação do plano de cuidados, a capacitação da doente foi foco prioritário. A participante teve alta com dimensões de conhecimento e aprendizagem demonstradas (Tabela 17).

Sessão	1.º	2.º	3.º	4.º
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>				
Conhecimento sobre dispneia	ND	D	D	D
Capacidade para otimizar dispneia	ND	D	D	D
Conhecimento sobre técnica da tosse	ND	D	D	D
Capacidade para usar técnica da tosse	ND	ND	D	D
Conhecimento sobre inaloterapia	ND	ND	D	D
Capacidade para usar inaloterapia	ND	ND	D	D
Conhecimento sobre técnica de conservação de energia	ND	D	D	D
Capacidade para usar técnica de conservação de energia	ND	ND	D	D

Legenda: ND – Não Demonstrado, D – Demonstrado

Tabela 17: Avaliação das dimensões de conhecimento e capacidade da P6  
Fonte: Elaboração própria

Foram notórios os ganhos obtidos e a doente reconheceu o benefício nos exercícios de RFR realizados, ensinados, instruídos e treinados, que numa última fase do internamento realizava de forma autónoma. É importante ressaltar a atitude proativa de suspender o uso de tabaco, demonstrando iniciativa e capacidade de tomar decisões

positivas. Foi encaminhada para consulta de cessação tabágica e iniciou o uso de penso transdérmico de nicotina como terapia de substituição.

### **7.3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

As participantes no projeto apresentaram características em comum, sendo todas mulheres, reformadas, escolaridade mínima e com uma média de idade de 70 anos. Além disso, tinham antecedentes preditores para doenças neurológicas e respiratórias. A maioria os cuidadores eram familiares próximos e cônjuges que assumiram disponibilidade para a aprendizagem e ser parceiro de cuidados.

A representatividade do sexo feminino no contexto do envelhecimento, vai ao encontro nas informações descritas no relatório do ENEAS que aponta para uma realidade em que as mulheres têm uma expectativa de vida mais longa, mas perante uma pior qualidade de saúde ao longo do tempo, em comparação com os homens (ENEAS, 2017).

O estudo realizado por Pedro e Escoval, salienta que pessoas com 65 anos ou mais e com baixa escolaridade constituem um grupo vulnerável (Pedro & Escoval, 2016). A deficiente literacia em saúde pode ter um impacto, alterando a compreensão de informações médicas, tomada de decisões informadas, autogestão da saúde e comunicação com a equipa (Pedro & Escoval, 2016). As participantes na sua maioria apresentavam escolaridade mínima (4º ano) e apenas duas tinham concluído o 12º ano. Kollbrunner et al., concluíram que a informação e a comunicação sobre saúde eficaz é essencial para a tomada de decisão das pessoas na adesão aos cuidados e na mudança de hábitos e comportamentos (Kollbrunner et al. 2020).

Deste modo, foi fundamental desenvolver estratégias adequadas para garantir o acesso a informações de saúde compreensíveis e uma participação ativa no cuidado da pessoa e da sua própria saúde, através de uma linguagem clara e simples bem como recurso a materiais de leitura acessíveis e adaptados às necessidades de cada pessoa

Os antecedentes predominantes entre os participantes foram a HTA e a dislipidémia. No entanto, a presença de múltiplas comorbilidades também gerou maior complexidade no tratamento e cuidado, exigindo de uma abordagem mais abrangente e multidisciplinar, em consonância com o estudo de Kalu et.al (Kalu et.al 2019).

Dada a complexidade das doenças mais prevalentes da população idosa, em particular as que dizem respeito ao cluster das doenças cardiometabólicas, os enfermeiros devem assumir uma abordagem proativa no cuidado de saúde, utilizando os recursos disponíveis, estabelecendo ligações com a comunidade e procurando atualização técnica e científica constante para proporcionar um cuidado de qualidade aos doentes (Loureiro e Miranda, 2021).

Os resultados provisórios dos Censos 2021<sup>17</sup> indicam que o número de pessoas a viver sozinhas tem aumentado e a dimensão média dos agregados domésticos privados tem diminuído. As participantes no projeto viviam maioritariamente num agregado familiar reduzido constituído pelo cônjuge e com apoio de descendentes. O inquérito realizado, em Portugal, pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (MCCI, 2021) a 1133 cuidadores informais, revela que a maioria cuida dos seus pais (51,4%), seguidos daqueles que cuidam dos cônjuges (18%) e dos filhos (12,7%) (MCCI, 2021). Estes dados sugerem que há uma mudança demográfica em curso, com um aumento do número de pessoas que vivem sozinhas e, conseqüentemente, uma necessidade maior de cuidados por parte de familiares próximos.

As intervenções definidas de acordo com o diagnóstico de enfermagem, tiveram como base a avaliação do doente e a utilização de instrumentos adequados no sentido de ser possível definir planos de cuidados, implementá-los e avaliá-los.

Para implementar um plano de cuidados de reabilitação foi crucial ter a consciência de que cada indivíduo é singular, autónomo e com capacidade para gerenciar seu próprio processo de saúde-doença. A eficácia do plano de cuidados dependeu da participação ativa da pessoa, sendo fundamental que ela fosse vista como parceira no processo de cuidado. Através da sua participação ativa, foi possível capacitar a pessoa para o desenvolvimento da sua autonomia e independência. Os resultados obtidos foram ao encontro dos resultados do estudo de McGilton et.al (McGilton et.al 2021).

A abordagem terapêutica utilizada procurou maximizar a recuperação da pessoa. Isso foi evidenciado nos estudos de caso analisados, nos quais foram observados ganhos significativos em relação à funcionalidade. A promoção do autocuidado foi uma das estratégias dedicadas, resultando em maior independência, qualidade de vida e, conseqüentemente uma redução no tempo de internamento e transição mais segura (Santos et al., 2019).

Os resultados indicam que houve um aumento significativo da funcionalidade entre a avaliação inicial e avaliação final após intervenções de ER verificaram-se ganhos em todas as participantes (P1 a P5) no entanto as com maior destaque foram a P1 e P4 que apresentaram capacidade funcional próximo do score anterior ao internamento. As participantes 1 e 4 tiveram um aumento significativo na MIF, passando para

---

<sup>17</sup> Os Censos fazem parte de um sistema estatístico nacional português que pode ser complementado por outros recenseamentos, inquéritos e arquivos administrativos. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

independência completa/modificada, enquanto as participantes 2, 3 e 5 tiveram um aumento menos expressivo passando de dependência completa para dependência modificada. A P6 entre a primeira e última avaliação (escala de Barthel) indicou uma recuperação quase completa da capacidade funcional.

No que diz respeito ao equilíbrio, na avaliação inicial, as participantes na sua maioria apresentavam equilíbrio diminuído, aumentando a predisposição para acidentes como a queda. Na avaliação final, as participantes P1 e P2 apresentaram maior tradução no score de equilíbrio, indicando uma melhoria significativa e, conseqüentemente, uma redução nos riscos associados à queda. Apesar dos números não serem muito expressivos, a maioria das participantes obteve melhorias significativas, permitindo a continuidade de cuidados especializados.

É importante destacar que, devido aos avanços obtidos na funcionalidade, duas das participantes (P2 e P5) puderam mudar de tipologia de cuidados da RNCCI - ULDR para RNCCI - UMDR. Essa mudança na tipologia de cuidados evidenciou não só os ganhos alcançados no estado de saúde das participantes, mas também a efetividade das intervenções realizadas pelo ER, que foram contributo fundamental para as conquistas na funcionalidade.

As cinco participantes, na avaliação de diagnóstico apresentavam alterações na força, essencial para a realização de atividades diárias e manutenção da independência funcional. Um plano ajustado e individualizado de RFM foi fundamental para a melhoria da força, impactando positivamente na capacidade funcional. No caso da P1 apresentou aumento da força em todos os segmentos do MSD e ausência da dor do ombro ao final das sessões. Na P2, houve uma evolução progressiva da força nos segmentos articulares dos MS e MI. A P3 conseguiu apresentar uma evolução significativa da força do com dor controlada. No caso da P4 apresentando ganhos na força e movimento corporal do MSD, em comparação com a avaliação inicial. Na P5 Não foram visíveis sinais de recuperação de força à esquerda, porém as intervenções realizadas puderam traduzir alguns ganhos no MSD. Para obter o sucesso do plano de intervenção, foi essencial, um ambiente propício à concentração, metas claras, realistas, bem como reforço positivo e motivacional durante as sessões.

A P6 que inicialmente apresentava dependência em grau moderado por apresentar intolerância à atividade, na avaliação final mostrou-se independente para a realização das AVD's.

Da análise global e com os ganhos obtidos na força muscular, equilíbrio e funcionalidade na participantes, os dados corroboram com o supracitado por McGilton et al., que sublinham que através de um planeamento cuidadoso e uma coordenação adequada dos cuidados individuais, bem com a aplicação de programas de cuidados de

transição, podem prevenir o declínio funcional, melhorar a capacidade funcional e reduzir o risco de complicações durante e após a hospitalização garantindo uma transição segura (McGilton et al., 2021).

Para garantir uma transição de cuidados bem-sucedida, é fundamental haver comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e a participação ativa do doente e da família nas decisões de saúde, conforme destacado por Kalu et al., (2019). Ao garantir cuidados de acompanhamento adequados após a alta hospitalar, esses programas podem ajudar a reduzir a necessidade de reinternamento e melhorar os resultados de saúde a longo prazo (McGilton et al., 2021).

É fulcral que os profissionais de saúde discutam com os doentes e família as opções de tratamento disponíveis para que possam tomar decisões informadas sobre sua saúde. De acordo com Kollbrunner et al., (2020), os cuidadores e membros da família têm um papel crucial nas discussões sobre a alta do doente e nos resultados desejados, levando em consideração os desejos expressos pelos mesmos (Kollbrunner et al., 2020).

As intervenções de ensino, treino e capacitação foram uma parte essencial do trabalho realizado diariamente com todos os participantes envolvidos no processo de cuidados (doente e família). Através da capacitação para o autocuidado, ajudando a desenvolver habilidades e conhecimentos para a utilização de produtos de apoio e outros dispositivos foi possível garantir o uso correto desses produtos, evitando expor-se a lesões ou risco de acidente como quedas.

A capacitação ao cuidador dos familiares da P1, P3 e P4, também foi materializada através de ensino e treino, para que o familiar pudesse oferecer os cuidados necessários à pessoa em casa. Essa capacitação foi essencial para garantir uma prestação de cuidados adequados em casa e que continuação da promoção de autonomia e independência à pessoa, além de aumentar a confiança e a segurança do cuidador familiar na prestação de cuidados em casa.

Estas intervenções são corroboradas por Pedrosa et al., que enfatizam a importância da coordenação e integração dos cuidadores em diferentes níveis de cuidados para garantir uma transição segura dos cuidados e uma participação ativa da população idosa nesse processo (Pedrosa et al., 2022).

A intervenção de um programa de reabilitação organizado e direcionado aos participantes resultou na diminuição da dependência funcional dos mesmos, permitindo alterações e ganhos em saúde o que indica que a intervenção e capacitação dos participantes foi efetiva potenciando no geral maior autonomia e independência.

## 8. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PATH-25©

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa para os EEER um desafio na capacitação do familiar/cuidador com vista à continuidade de cuidados e à prevenção das complicações que decorrem da imobilidade e da interrupção ou mesmo suspensão dos cuidados dirigidos ao controlo da espasticidade e ao treino das AVD. A transição dos cuidados hospitalares para o domicílio reveste-se de uma complexidade que alia a resposta em cuidados com os recursos no contexto domiciliário e familiar e as acessibilidades ao envolvente social.

Objetivou-se traduzir, adaptar culturalmente e validar para Português Europeu o instrumento para avaliação da preparação para a transição para casa após o Acidente Vascular Cerebral PATH-25©.

O instrumento PATH-25© foi desenvolvido por Michelle Camicia e Bárbara Lutz em resposta ao White Paper da ARN<sup>18</sup>, "O papel essencial do enfermeiro de reabilitação na facilitação das transições de cuidados" (Camicia et al., 2014). Foi desenvolvido a partir do modelo teórico "Melhorar o Modelo de capacitação do Cuidador de AVC" (Lutz et al., 2017).

O instrumento é constituído por 25 itens que avaliam a capacitação do cuidador para assistir o doente no domicílio, aplicado antes da alta e permitindo aos profissionais de saúde identificarem as deficiências na preparação do cuidador para o desempenho do papel que vai assumir (Camicia et al., 2020). De acordo com Camicia, Lutz, Harvath e Joseph (2021), foi identificado que o PATH-25© pode ser uma ferramenta útil para auxiliar os cuidadores a reconhecer questões e preocupações potenciais relacionadas ao papel de cuidador antes da alta.

Existem duas formas de classificação que podem ser usadas para avaliar o nível de preparação do cuidador: soma (1-100) ou média (1-4) dos itens. Após o cuidador concluir o questionário PATH-25©, é recomendado que um profissional de saúde, como um enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social ou outro clínico, reveja cada item individualmente. Se o cuidador obtiver uma pontuação igual ou inferior a 2 em qualquer item, isso pode indicar a necessidade de intervenção específica nessa área.

---

<sup>18</sup> A Associação de Enfermeiros de Reabilitação (ARN) foi fundada em 1974 por Susan Novak, com o apoio do Hospital Lutheran General em Park Ridge, Illinois. Em 1976, a ARN foi reconhecida como uma organização de enfermagem especializada pela Associação Americana de Enfermeiros (ANA)

As intervenções devem ser adaptadas para abordar os itens em que o cuidador pontuou 2 pontos ou menos. Isso significa que é necessário fornecer suporte e recursos adicionais para ajudar o cuidador a aprimorar suas habilidades nessas áreas identificadas como necessitando de intervenção.

O PATH-s já tem tradução para os idiomas: chinês, indonésio, italiano e vietnamita. Em Portugal, são poucos os instrumentos que avaliam a capacitação do cuidador para a transição de cuidados para o domicílio e, em particular no caso de um doente com AVC, não estão disponíveis recursos.

A metodologia para tradução e de adaptação deve assegurar a validade de conteúdo do instrumento (Beaton et al., 2000) e, em conformidade com o autor, serão seguidas as etapas que define:

- Etapa 1 – Realização de duas traduções diretas para português, realizadas de forma independente por tradutores bilingues (Português língua materna). Um tradutor (T1) preferencialmente com formação em ciências da saúde, recebe informação sobre os conceitos do instrumento. O segundo tradutor (T2) não tem qualquer formação clínica e desconhece os conceitos do instrumento. Os requisitos dos tradutores visam melhorar a confiabilidade e a linguagem da tradução, respetivamente (Beaton et al., 2000). ([APÊNDICE II](#))

- Etapa 2 – A síntese das traduções é realizada em presença com os tradutores e as investigadoras. As discrepâncias são consensualizadas e originam a versão traduzida (T1,2) (Beaton et al., 2000). O relatório da síntese é elaborado pelas investigadoras.

- Etapa 3 – A retrotradução da versão T1,2 é realizada por dois tradutores independentes (R1 e R2), sem formação em ciências da saúde, sem informação sobre os conceitos do instrumento e que têm o Inglês como língua materna (Beaton et al., 2000).

- Etapa 4 – A validação por grupo de especialistas é realizada com a presença dos tradutores (T1, T2, R1, R2), dois especialistas na área e um especialista em metodologia que analisarão todas as traduções e o instrumento original (Beaton et al., 2000). O grupo de especialista consensualiza a versão pré-final que será devolvida às autoras.

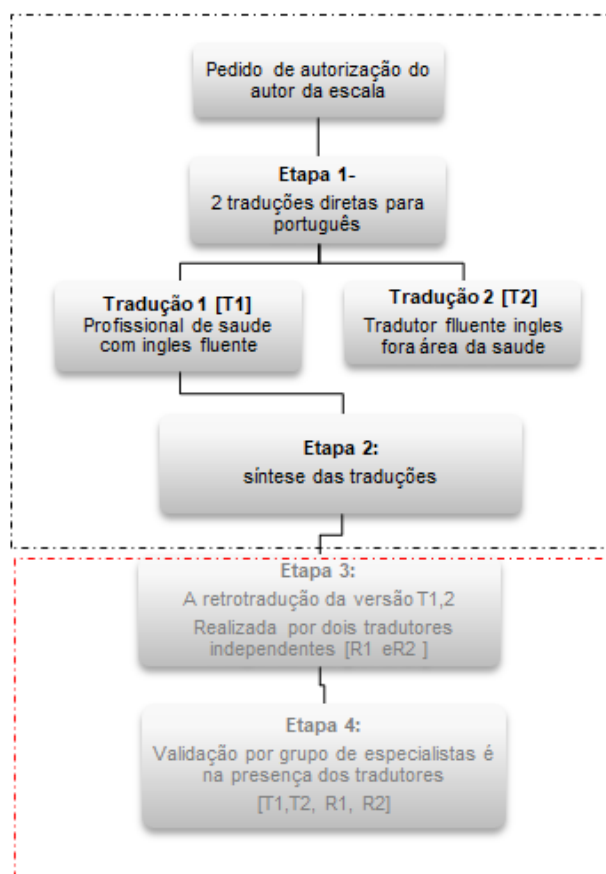
- Etapa 5 – O teste da versão pré-final deve ser realizar-se com a aplicação de 30-40 instrumentos (Beaton et al., 2000).

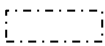

As considerações éticas devem guiar todo o processo de tradução, adaptação e utilização das escalas. Ao obter autorização das autoras para a tradução, adaptação cultural e validação do PATH-25© para o português europeu, demonstra-se um compromisso com as considerações éticas que devem nortear todo o processo ([ANEXO III](#)). O projeto para desenvolvimento do estudo será apresentado para aprovação na Comissão de Ética da Universidade de Évora e nas Comissões de éticas das Instituições

de cuidados onde se pretende realizar a aplicação do instrumento para validação, Hospital do Espírito Santo de Évora e Centro Hospitalar de Setúbal.

O PATH-25© (Camicia et al., 2020) é um recurso importante para o exercício profissional e para investigação na área de especialidade (Camicia et al., 2014).

Conforme mencionado anteriormente, o contributo para a tradução e adaptação da escala visava como objetivo a realização do processo até à etapa 2 (Fluxograma 1).



Legenda:  Etapas realizadas  
 Etapas não realizadas

Fluxograma 1: Etapas para concretização da tradução e adaptação da escala

Na etapa 1, foram realizadas duas traduções do instrumento: T1 efetuada por um profissional de saúde bilingue sendo o Português a língua nativa e T2 cujos atributos foram semelhantes, com exceção da não pertença à área da saúde.

A análise comparativa de T1 e T2 revelou os resultados seguintes:

- Existência de divergências em todas as asserções do instrumento;
- Uso da terceira pessoa do singular nas asserções (T1) versus a segunda pessoa do singular (T2);
- Divergências semânticas e.g. “não tenho conhecimento” e “não compreendo”; “conhecimento” e “entendimento”; “conduzir” e “dirigir”; “deslocar” e “ir”, entre outros.

- Qualificadores das asserções: “Tenho alguma certeza” (T1) e “estou certo” (T2), com igual pontuação na escala.

Com base nas diferenças identificadas nas traduções, conclui-se que as discrepâncias são relevantes e requerem uma discussão mais aprofundada. Para garantir uma versão final consensual e precisa, é necessário agendar uma reunião de consensualização da versão T1,2 envolvendo todos os interessados

Também, em fase de preparação está a elaboração do projeto do estudo, para aprovação em Comissão de ética e candidatura a fonte de financiamento para prossecução e divulgação dos resultados.

## **9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Foi no ambiente prático, através do trabalho desenvolvido ao longo dos estágios e planeamento de intervenções concretizadas que foi possível desenvolver o autoconhecimento e autoconsciência, basilares para a aquisição e desenvolvimento de competências de EEER e competências de Mestre.

Assente no desenvolvimento de competências do enfermeiro deve entender-se que, não só o conhecimento teórico seja a base da construção das mesmas. Portanto é através das aprendizagens em diversos contextos, que estas se desenvolvem promovendo e cultivando a reflexão e o pensamento crítico (Fernandes e Sá, 2021).

### **9.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019, publicado em Diário da República, II série – nº26, de 6 de fevereiro de 2019, define competências comuns, como competências transversais a qualquer área de especialidade e que são objetiváveis pela capacidade de executar, gerir e supervisionar cuidados no âmbito do exercício da Enfermagem especializada, bem como o contributo para a formação, pesquisa e assessoria.

As competências comuns englobam 4 domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O exercício de enfermagem requer escolhas do foro ético frequentes, senão mesmo diárias, independentemente dos contextos onde se desenrolam. Neste âmbito, a função da ética em enfermagem é orientar a prática do enfermeiro em direção ao suposto bem-estar do doente, tendo em vista que as decisões tomadas pela enfermagem têm um impacto significativo na vida das pessoas, tanto no presente quanto no futuro (Nunes, 2004).

Durante a concretização dos estágios, para o desenvolvimento das competências foi fundamental, durante a prática diária, o cuidado no que diz respeito à promoção e proteção dos direitos humanos; promovendo a privacidade, segurança e dignidade da pessoa, atendendo sempre aos seus valores, costumes e crenças.

Durante este percurso a pessoa foi sempre o centro no processo de cuidar, tendo sido parte constituinte no planeamento de intervenções e estratégias objetivando a reso-

lução dos problemas identificados, procurando torná-la parceira na construção do plano de cuidados dando liberdade de escolha e tomada de decisão. Sempre que não foi possível por parte do interveniente colaborar, foi fundamental o envolvimento da família, possibilitando a aquisição de informação pertinente e necessária para a construção de um plano individualizado e que respeitasse os seus valores.

Durante todo o Estágio Final, houve um compromisso constante em respeitar a dignidade, privacidade e anonimato das pessoas envolvidas. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o projeto, permitindo que sua participação fosse uma escolha voluntária.

Durante o Estágio de Reabilitação, na UVM devido à organização da própria instituição foi necessário um consentimento prévio e assinado pelo doente ou responsável legal, assumindo que a observação e consulta de informação do processo clínico e individual do doente deviam ser circunscritas aos profissionais abrangidos com o dever de sigilo. Foi neste contexto de estágio que me confrontei com circunstâncias difíceis de lidar e de maior vulnerabilidade para a pessoa. Na sua maioria, os doentes que acompanhei estavam numa situação inesperada e que as colocava numa posição de grande ansiedade e incerteza relativamente ao seu projeto de vida. Sendo, sem dúvida um dos maiores desafios na trajetória profissional.

O enfermeiro, ao respeitar a autonomia do outro, confere poder à pessoa, dotando-a de ferramentas que possibilitam a participação efetiva no planeamento dos seus cuidados (Neves & Pacheco, 2004), tal como a capacidade para o exercício dos seus direitos.

Perante o desafio e assente no princípio do respeito pela autonomia da pessoa foi possível que o planeamento das atividades fosse orientado junto do doente, que tem a capacidade de tomar decisões de forma livre, sobre si próprio, relativamente ao seu projeto de saúde, permitindo desta forma reduzir incertezas e insegurança pessoal sentidas, bem como do doente e dos familiares.

O enfermeiro na sua prática diária deve dotar-se de saber respeitando a individualidade de cada pessoa, e assim conduzir a uma prestação otimizada dos cuidados proporcionando uma conduta profissional segura, justa e moralmente adequada.

A enfermagem como profissão tem por filosofia oferecer cuidados que visem à promoção do bem-estar da pessoa, levando em conta os "projetos de saúde que cada indivíduo vive e persegue" (OE, 2002, p:11). É possível afirmar que existe uma ética específica para a enfermagem, onde a ação dos enfermeiros é desenvolvida e a tomada de decisões éticas é concretizada (Nunes, 2011).

Para o desenvolvimento da competência da melhoria contínua da qualidade foi necessário um suporte de saberes que foi desenvolvido e aprofundado com o objetivo de

melhores práticas na conduta diária. A recolha de dados através de pesquisa bibliográfica, protocolos e normas de serviço foram orientadores para estudar a dinâmica dos diferentes locais de aprendizagem que, em conjunto com a observação da estrutura organizacional no seu todo contribuíram para a minha integração na organização dos serviços.

Na UVM perante a especificidade dos doentes e intervenções que são implícitas, foi necessária uma procura diária de saber, com o objetivo de uma prática sustentada, dotada de conhecimentos, constituindo uma mais-valia para a construção do meu desenvolvimento.

No SMI existem diversas ações de melhoria contínua da qualidade, dentro das quais o Projeto:” Formar para Reabilitar” que se destaca por promover a segurança não só do doente, mas também do profissional que cuida. Este projeto foi desenvolvido e implementado pelos EEER do serviço com vista à melhoria da prestação de cuidados de saúde, promoção da segurança do enfermeiro bem como a uniformização de cuidados à pessoa internada, através um processo de aprendizagem e capacitação dos elementos da equipa do serviço.

A equipa tem disponível, sob a forma de três procedimentos toda a informação basilar e anualmente concretiza-se uma auditoria com o intuito de informar, sensibilizar e corrigir práticas menos corretas, bem como a análise das intervenções observadas que vai ser elementar para a construção de estratégias de melhoria futuras. Com o desígnio de obter resultados realizou-se a análise da auditoria, onde se destacou, o não cumprimento do tempo de alternância de decúbito contemplado na norma, muito devido à mobilização de elementos entre unidades e integração de novos elementos condicionando o número dos mesmos por turno que permitisse a realização do recomendado e portanto um dos pontos a definir como estratégia de melhoria. A participação no projeto constituiu um momento reflexão e partilha essencial para a melhoria de cuidados ([APÊNDICE XV](#)).

No SMI é, também, uma preocupação durante o internamento a realização de ensinamentos ao doente/família na tentativa garantir uma transição e preparação para alta mais segura. Através de material educativo presente no serviço é possível consolidar e garantir a continuidade de cuidados. No âmbito do projeto de intervenção profissional sentiu-se a necessidade de elaborar um desdobrável como ponto de partida com a questão: Vou ter alta e agora? e a revisão de outros dois com o mesmo layout gráfico, por forma a garantir uniformização de informação ([APÊNDICE XVI](#)). A participação nas Jornadas de Medicina do CH com a temática: O Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Processo de Transição do Hospital para Casa constituiu também um ponto importante durante este percurso. Para além da possibilidade de divulgar o projeto de intervenção desenvolvido no serviço de medicina, foi possível um debate muito interessante por parte dos moderadores e restante assistência acerca da transição e alta do doente segura ([APÊNDICE XVII](#)).

O regresso a casa representa um momento difícil e de grande complexidade para a pessoa e família que se depara com uma dependência diferente à habitual. O processo de transição deve apresentar-se como um foco central no exercício dos EEER, reforçando o seu papel como um recurso de saúde fundamental (Meleis et.al, 2000).

Nesta palestra demonstrou-se o quão importante e emergente é desenvolver um processo de preparação do regresso a casa sistematizado, fomentando a qualidade dos cuidados, tendo como principal propósito a capacitação da pessoa para a alteração do seu estado de dependência, bem como o empoderamento de quem cuida, permitindo, desta forma, uma adaptação aos novos desafios de saúde.

Partilhar o conhecimento é relevante para a sua validação e, nesta atividade destaca-se a mais-valia dos contributos recebidos no debate mas também o reconhecimento Institucional da importância deste projeto e o desafio para o implementar e desenvolver após terminar o ciclo de estudos.

As integrações nos ambientes diferentes foram muito gratificantes na sua globalidade e sem dúvida a multiplicidade de experiências vividas contribuíram para o crescimento no domínio da Gestão dos cuidados.

No primeiro momento de aprendizagem, surgiu uma nova realidade e um contexto totalmente fora da aérea de conforto, pelas características da sua especificidade. Mas consciente das capacidades pessoais e experiência profissional foi no desafio que emergiu a oportunidade de crescimento e desenvolvimento. No global a integração acabou por ser muito gratificante e uma experiência cheia de saberes e oportunidades face à riqueza deste campo de aprendizagem. Já no segundo contexto de estágio, a integração foi mais facilitadora, destacando que em dado momento foi muito gratificante o reconhecimento pelos restantes elementos da equipa, como um elo importante e de referência enquanto membro da equipa de reabilitação.

Ao longo deste percurso a articulação entre a equipa multidisciplinar foi parte integrante e necessária para garantir uma avaliação adequada das necessidades da pessoa/família, para posteriormente ser possível efetivar uma boa resposta e um planeamento individualizado, respeitando sempre a sua autonomia da pessoa.

O processo de transição dos cuidados hospitalares para a comunidade surge assim como forma de garantir a continuidade dos cuidados e, para isso, requer coordenação e comunicação articulada com diferentes serviços ou unidades de saúde (Weber et.al, 2017).

No SMI foi possível a participação nas reuniões semanais da equipa multidisciplinar, que tem como intenção a transmissão de informação das necessidades da cada pessoa, tanto por parte da equipa de ER quer pela parte médica possibilitando, com esta informação, estabelecer um plano de intervenção junto das assistentes sociais e equipa

de gestão de altas hospitalar nas situações em que se considera relevante a articulação com a RNCCI.

Por conseguinte, é fundamental o desenvolvimento desta competência no sentido de ajudar a pessoa no processo de transição e que tanto necessita de encontrar propósito na sua experiência, de mobilizar estratégias de coping, e de desenvolver uma capacitação emocional para lidar com o processo de saúde-doença e que lhe vai permitir tornar-se mais autónomo e responsável no que respeita à saúde individual (DGS,2020).

Durante todo o percurso foram necessárias novas aprendizagens e habilidades, um procurar de saber sempre baseado em evidência científica, respeitando sempre a especificidade de cada caso e individualidade da pessoa. De acordo com Fernandes & Sá, a formação e atualização de conhecimento do enfermeiro é um compromisso individual e que deve dar continuidade no caminho que é a construção pessoal e profissional assente na aquisição de competências (Fernandes & Sá, 2021).

## **9.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A Ordem dos Enfermeiros determina as competências dos EEER em 3 principais domínios: “ Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, p:13566).

Nos diferentes contextos de estágio foi realizada uma avaliação individualizada, tendo em vista a singularidade de cada pessoa e a necessidade de planeamento de intervenções específicas para a recuperação da mesma. A parceria entre o EEER e a pessoa foi essencial para que as intervenções fossem mais efetivas, uma vez que a pessoa se sentia envolvida no processo de reabilitação e consequentemente mais motivada.

Sendo a avaliação inicial uma etapa fundamental nos cuidados de enfermagem, esta foi realizada de acordo com o Modelo de Virgínia Henderson com a participação ativa da pessoa e, sempre que possível, da família, de modo a obter uma visão completa das necessidades e dos recursos disponíveis, sendo que desta forma foi possível definir e implementar planos de intervenção personalizados e individualizados. Ao tratar-se de um processo contínuo, a avaliação, sempre que necessária foi refletida para avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem e ajuste do plano de intervenção. A importância da individualidade e da personalização do cuidado, permitiu que o doente beneficiasse uma experiência de reabilitação mais completa e satisfatória.

A utilização de instrumentos de avaliação validados e uniformizados, foram fulcrais para identificar alterações na funcionalidade e incapacidade na pessoa tanto com patologia respiratória, neurológica e motora. Com a implementação de programas de RFR e RFM, foi possível realizar intervenções que promoveram o desenvolvimento e aprimoramento das capacidades funcionais da pessoa. Essas intervenções foram conduzidas de forma holística e individualizada, com o objetivo de reabilitar e recuperar a pessoa, além de promover a sua independência e autonomia. Os resultados obtidos validam e tornam visíveis a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

Durante o processo de reabilitação, a preparação para a transição foi um tema central. Para isso, a inclusão e colaboração do doente e da família foram fundamentais. Além disso, promover o ensino e treino específicos foi essencial para garantir que o estado de saúde fosse restabelecido o mais próximo possível do seu estado anterior e que a transição ocorresse com êxito. Foi visível o aumento da confiança e a autonomia do doente e família, que se mostraram mais organizados durante o processo de transição, garantindo que fossem capazes de enfrentar as mudanças de forma adequada.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa desenvolver habilidades e competências para capacitar a pessoa a lidar com desafios decorrentes de processos de transição. Isso envolve a transmissão de conhecimentos e aprendizagem de habilidades específicas, incentivando a pessoa a tomar decisões informadas e tornar-se mais ativa e independente no processo de reabilitação. O empoderamento promove uma maior participação e responsabilidade na gestão da saúde, enquanto a melhoria da autoestima proporciona uma sensação de capacitação e confiança. (Sousa et al., 2020)

A capacitação está intrinsecamente relacionada com o tema de projeto da preparação de transição de cuidados, por isso, ao longo do percurso, nos planos de cuidados elaborados foram incluídos e implementadas intervenções cujo objetivo tinha o empoderamento e capacitação da pessoa e família. Através de ensino, instrução e treino dos de AVD's fortalecimento muscular, equilíbrio corporal e marcha e a utilização de dispositivos de apoio quando necessário, objetivou-se a maximização da independência.

Considerando que as alterações consequentes do processo de envelhecimento podem trazer alterações do foro cardiorrespiratório, também foram realizados ensinamentos e treinos de gestão da tolerância ao esforço à pessoa, para melhor gerência do seu estado de saúde atual e prevenção atuação em agudizações futuras.

Foi levado em consideração a importância da avaliação do ambiente e da envolvência do indivíduo e a forma como podia condicionar a transição. Ao identificar obstáculos no ambiente foi possível alertar, não só o doente mas a família, sobre a necessidade de ajustes para uma melhor acessibilidade e prevenção de acidentes. Deve salientar-se que foi observado que a pessoa e família perante as novas condições de

saúde apresentavam-se apreensivas, e com receio de não serem capazes de responder adequadamente, mas simultaneamente mostraram-se muito recetivas no querer saber e fazer. A experiência de ter de assumir uma nova condição de saúde e o papel de cuidador de forma súbita e sem preparação antecipada foi uma situação que mereceu sempre reconhecimento e compreensão.

### **9.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

O artigo 15 do Capítulo III, do Decreto-Lei nº 65/2018, publicado em Diário da República n.º 157/2018, I Série- nº157 de 16 de agosto de 2018, estabelece que, para a obtenção do grau de mestre numa especialização de natureza profissional, o estudante deve realizar pesquisa baseada na prática. O decreto também lista outras habilidades incluindo a capacidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos; resolver problemas e lidar com situações complexas; comunicar de forma clara conclusões, conhecimentos e raciocínio e ter competências para aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma.

A aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação foram fundamentais para o desenvolvimento de competências necessárias para obtenção do grau de mestre. A sua aquisição aliada ao conhecimento teórico e prático adquirido durante o processo de aprendizagem, permitiu que desenvolvesse habilidades específicas para fornecer cuidados de ER independentes e abrangentes, considerando as necessidades do doente através de uma abordagem baseada em evidência.

O contato com a prática desempenhou um papel fundamental no processo de aprendizagem e produção de conhecimento, bem como na resolução de problemas e tomada de decisão, o que contribuiu para o desenvolvimento de habilidades críticas e analíticas.

Refletir sobre as competências e conhecimentos adquiridos foi fundamental para adotar uma postura crítica em relação à prática profissional. Identificar habilidades e limitações permitiu desenvolver estratégias e aprimorar constantemente a prática profissional.

A reflexão e compreensão diária, aliada ao respeito pela dignidade e valores éticos e deontológicos dos doentes e família, foram fundamentais para a criação de uma relação terapêutica eficaz e para a melhoria dos resultados de saúde.

Conclui-se, portanto, que a aquisição de competências específicas do EEER e de mestre foram adquiridas com êxito e de forma abrangente. A aquisição de competências foi fundamental para orientação do exercício profissional, assegurando a adoção de

práticas baseadas em evidência científica e cuidados de enfermagem especializados de qualidade.

## **10. CONCLUSÃO**

O aumento do envelhecimento populacional representa na atualidade, um dos maiores desafios da saúde. À medida que as pessoas envelhecem, as suas necessidades em cuidados de saúde tendem a aumentar devido à complexidade face ao declínio funcional e maior dependência que apresentam. Com o aumento da expectativa de vida e mudanças repentinas na condição de saúde/doença a que frequentemente estão sujeitos, há que repensar cada vez mais como efetivar a mudança, em particular, no que diz respeito à transição de cuidados.

A pessoa tanto quanto possível ao longo do ciclo de vida deveria ser responsável pela sua própria saúde, mas para tal impõe-se que obtenha conhecimento e desenvolva competências que possibilite obter os melhores resultados.

Através das suas competências, o enfermeiro de reabilitação, tem a função de intervir junto à pessoa para capacitar, no que se refere à saúde, pode e deve ser o veículo de promoção e implementação de estratégias, através das quais a pessoa possa tornar-se mais habilitada e independente em relação à sua própria saúde.

A elaboração do projeto perspetivava a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na preparação da transição de cuidados.

Durante a trajetória percorrida, nos diferentes campos de estágio, foi possível consolidar a relevância da temática. Os resultados obtidos através do projeto desenvolvido, mediante uma avaliação global da pessoa, construção de um plano de cuidados refletido e individualizado, compartilhado e participado por todos, contribuíram para a valorização da atuação do EEER e para ganhos visíveis em saúde, como o aumento da funcionalidade e, conseqüentemente, da independência das participantes.

Estes resultados evidenciam, também, a necessidade de investimento na área de reabilitação, a fim de proporcionar um cuidado mais efetivo e integrado com vista à continuidade do cuidado para uma transição segura. Durante o processo de reconstrução da autonomia, a família apresentou-se como fator facilitador neste percurso, evidenciando importância no envolvimento durante o processo de reabilitação.

Não obstante os esforços realizados, existe ainda um longo caminho a percorrer no que respeita à transição dos cuidados, sendo muitas, as limitações para uma transição segura dentro das quais a comunicação entre entidades, os tempos de espera, condições físicas e socioeconómicas. Ainda assim diariamente na nossa prática, devemos manter a perseverança em unir esforços e gerar a mudança.

A transição de cuidados é uma temática, recetiva e sensível aos cuidados de enfermagem, na qual o foco do EEER contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento da profissão.

Por ser uma temática muito recente, ainda existe muito por pesquisar e todos os contributos serão válidos para fundamentar a prática e ultrapassar as adversidades impostas enquanto profissionais de saúde, na tentativa de se alcançarem cuidados de excelência, que respondam às necessidades sociais e acompanhem a evolução demográfica.

O fortalecimento de competências nesta área aplicou-se através da prática baseada em evidência, tornando o processo como uma prática comum e valorizável sempre com a pessoa no centro do processo de mudança.

A realização de estágios em locais distintos da área de atuação pessoal, constituíram um desafio no saber e no ser, que indiscutivelmente foram essenciais para a ampliação da estrutura pessoal. A participação em projetos de melhoria contínua e participação no congresso de medicina mostrou que o enfermeiro pode evidenciar-se nos cuidados à pessoa, salientando a importância da atuação interdisciplinar e da continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

É inegável que o percurso percorrido contribuiu significativamente para o crescimento pessoal, permitindo a produção de conhecimento e a evolução tanto da própria entidade quanto da profissão.

Perspetivando o futuro, é desejo que com o contributo das devidas estratégias e práticas seguras na transição do doente entre cuidados, possa gerar-se uma mudança conduzindo a melhor qualidade na continuidade de cuidados.

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-LeFreve, R. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico*. Artmed.
- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., & Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF>
- Almeida, F. L. T. D. (2011). *A essência do processo de enfermagem*. [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde]. Porto. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG\\_17068.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf)
- Alves, J. M. R. (2015). *Cuidados de enfermagem de reabilitação especializados à pessoa com lesão vertebro medular por acidente de trabalho*. [Master's thesis, Universidade do Minho]. Braga. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16421>
- American Psychological Association. (2022). APA style blog. <https://apastyle.apa.org/blog>
- André, S. M. M. (2020). *Desafios da gestão em saúde: custos vs. qualidade: o caso do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e do East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust* [Doctoral dissertation, Universidade Católica Viseu, Faculdade de Economia]. Repositório Institucional da Universidade Católica de Viseu. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31803/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado-Sara%20Andr%c3%a9.pdf>
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Health Literacy Action Plan Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Barroso, C. (2014). *Necessidades do lesionado vertebro medular sensíveis aos cuidados do enfermeiro de reabilitação* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem

- de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Branco P. (2017). Equipa de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. M. A., & Sousa, L. M. M. (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Camicia, M., Black, T., Ferrell, J., Waites, K., Wirt, S. Lutz, B. and with the Association of Rehabilitation Nurses Task Force (2014). The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: A white paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 3-15. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/rnj.135>
- Camicia, M., Lutz, B., Kim, K., Harvath, T., Drake, C., & Joseph, J. (2020). Development of an Instrument to Assess Stroke Caregivers' Readiness for the Transition Home. *Rehabilitation Nursing*, 45(5), 287-298. [https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/Abstract/2020/09000/Development\\_of\\_an\\_Instrument\\_to\\_Assess\\_Stroke.8.aspx](https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/Abstract/2020/09000/Development_of_an_Instrument_to_Assess_Stroke.8.aspx)
- Camicia, M., Lutz, B.J., Harvath, T., & Joseph, J. (2021). Using the Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke instrument to identify stroke caregiver concerns pre-discharge: Uncertainty, anticipation, and cues to action. *Rehabilitation Nursing*. 46(1), 33-42. [https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/Citation/2021/01000/Using\\_the\\_Preparedness\\_Assessment\\_for\\_the.5.aspx](https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/Citation/2021/01000/Using_the_Preparedness_Assessment_for_the.5.aspx)
- Camicia, M.E. Lutz, B.J., Joseph, J.G., Harvath, T.A., Drake, C.M., Theodore, B.R., & Kim, K.K. (2021) Psychometric properties of the preparedness assessment for the transition Home after stroke instrument. *Rehabilitation Nursing*. 46(2), 113-121. [https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/Fulltext/2021/03000/Psychometric\\_Properties\\_of\\_the\\_Preparedness.8.aspx](https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/Fulltext/2021/03000/Psychometric_Properties_of_the_Preparedness.8.aspx)
- Cardoso, A. F., Felizardo, H., & Januário, J. C. (2012). *O enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa*. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Eds.), *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (1 ed., pp. 75-91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

- Carneiro, C. (2018). O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. *Psicologia USP*, 29, 314-321. <https://www.scielo.br/j/pusp/a/7qFBf3bL9XnZn5JnxdChXNH/?format=pdf&lang=pt>
- Cordeiro, C. (2021). *Efeito da estimulação transcraniana por corrente contínua na pressão arterial em indivíduos pré-hipertensos em um teste incremental máximo*. [Master's thesis, Universidade Estadual de Ponta Grossa] <http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/3579>
- Cordeiro, M.C.O. (2021). *DPOC: abordagem a 360 do hospital para o domicílio*. Lusodidacta.
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>
- Costa, M. A. (2016). *A intervenção dos enfermeiros no controlo da dispneia* [Master's thesis, Universidade de Viana do castelo]. Repositório Científico I.P.V.C. <http://62.28.241.119/handle/20.500.11960/1668>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: I série, n.º157. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho n.º 12427/2016. (2016). Diário da República, II Série, n.º 199. 30783- 30784. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/12427-2016-75533168?ts=1648771200044>
- Despacho n.º 2784/2013. (2013). Diário da República, II Série, n.º 36. 6908 – 6909. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/2784-2013-1675777>
- Despacho nº 12427/2016. (2017). Direção-Geral da Saúde. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2016-2025. (ENEAS). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral De Saúde. (2016) Norma 011/2016: *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf>
- Direção Geral De Saúde. (2017) Norma 007/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. <https://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. [https://www.academia.edu/21502281/ILS\\_PT\\_Inqu%C3%A9rito\\_%C3%A0\\_Literacia\\_em\\_Sa%C3%BAde\\_Portugal](https://www.academia.edu/21502281/ILS_PT_Inqu%C3%A9rito_%C3%A0_Literacia_em_Sa%C3%BAde_Portugal)

Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8, 187-193.

Fernandes, J. & Sá, M. (2021). *Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. (1ed.). Papa-Letras

Freitas, L. (2017). *Reabilitação e a eficiência que faz a diferença*. Seção Regional da Região Autónoma da Madeira. Ordem dos Enfermeiros. Funchal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/média/4958/art-enf-luis-freitas-revelvio-artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o>

Galvão, A. M. (2021). *Literacia em saúde e autocuidados: evidências que projetam a prática clínica*. (1ªed.).Euromédice, Edições Médicas.

Gesell, S. B., Bushnell, C. D., Jones, S. B., Coleman, S. W., Levy, S. M., Xenakis, J. G., & Duncan, P. W. (2019). Implementation of a billable transitional care model for stroke patients: the COMPASS study. *BMC health services research*, 19, 1-14. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-019-4771-0>

Girão, A., & Guerreiro, I. (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa. UMCCI. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf)

Girão, A., & Guerreiro, I. (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI]. Lisboa. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf)

Gomes, A. M. D. M. (2018). *Processo de planeamento da alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2064>

- Gomes, B. T., Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. R. (2021). *Transição segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda*. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1 ed.) (963-975). Sabooks Editora
- Guadalupe, S. (2012). A intervenção do serviço social na saúde com famílias e em redes de suporte social. *Serviço social na saúde*, 183-217.
- Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Rio de Janeiro*. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Henriques, F.M.D.; Fumincelli, L.. (2017). *A pessoa com lesão medular*. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 433-450. Lusodidacta
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023d). *Estatísticas Demográficas - 2021*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2)
- Kalu, M. E., Maximos, M., Sengiadi, S., & Dal Bello-Haas, V. (2019). The role of rehabilitation professionals in care transitions for older adults: a scoping review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 37(3), 123-150. <https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1621418>
- Kollbrunner, L., Rost, M., Koné, I., Zimmermann, B., Padrutt, Y., Wangmo, T., & Elger, B. (2020). Acute and transitional care or rehabilitation? Retrospective analysis of discharge planning from a municipal hospital in Switzerland. *BMC health services research*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05547-1>
- Leite, P. A. (2012). *Avaliação da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Enfermagem do Porto].Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9336>
- Lima, C. F. D. M., Santos, J. L. G. D., Magalhães, A. L. P., Caldas, C. P., Erdmann, A. L., & Santos, I. D. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, e19870-e19870. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-997627>

- Loureiro, A. B. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação e o planeamento da alta hospitalar ligação* [Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/35449>
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2021). *Promover a Saúde Dos fundamentos à ação*. (3.<sup>a</sup> Edição Revista e Atualizada). Edições Almedina SA.
- Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. M. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40, 712-719.
- Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home. *The Gerontologist*, 57(5), 880-889. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5881730/pdf/gnw135.pdf>
- Maia, A. C. (2014). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da transição para o papel de cuidador da pessoa dependente no autocuidado*. [Master's thesis Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16238>
- Marques. A, Figueiredo D, Jacomé C, Cruz J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e agora?*. Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. S. M. (2021). *A tomada de decisão em enfermagem*. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1 ed., pp. 51-60). Sabooks Editora.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42-48. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/96>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação*, 1(2), 43. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/96>

- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- McGilton, K. S., Vellani, S., Krassikova, A., Robertson, S., Irwin, C., Cumal, A., & Sidani, S. (2021). Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC geriatrics*, 21 (1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9>
- Medeiros, G. C. D., Sassi, F. C., Lirani-Silva, C., & Andrade, C. R. F. D. (2019, December). Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. In *CoDAS* 31 (6). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company. [https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-PT&as\\_sdt=0%2C5&q=Transitions+Theory+midle+range+and+situation+specific+theories+in+nursing+research+and+practice.&btnG=20midle%20range%20and%20situation%20specific%20theories%20in%20nursing%20research%20and%20practice.&f=false](https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Transitions+Theory+midle+range+and+situation+specific+theories+in+nursing+research+and+practice.&btnG=20midle%20range%20and%20situation%20specific%20theories%20in%20nursing%20research%20and%20practice.&f=false)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>. DOI:10.1097/00012272-200009000-00006
- Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (1.<sup>a</sup> ed.). Lidel.
- Menezes, T. M. D. O., Oliveira, A. L. B. D., Santos, L. B., Freitas, R. A. D., Pedreira, L. C., & Veras, S. M. C. B. (2019). Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 294-301.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Morais, J. P. (2010). *Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar*. [Master's thesis, Instituto de Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/9210>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination New Normative Values of Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 10-16.

- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais [MCCI] (2021). O que é ser Cuidador Informal em Portugal? [https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais\\_infografia\\_2021\\_A4.pdf](https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf)
- Napolitano, F., Napolitano, P., Garofalo, L., Recupito, M., & Angelillo, I. F. (2016). Assessment of continuity of care among patients with multiple chronic conditions in Italy. *PLoS One*, 11(5), 35-43. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154940>
- Neves, M. P.; Pacheco, S. (2004). *Ética, moral, deontologia e bioética: conceitos que pensam a acção*. Gráfica de Coimbra.
- Nunes, L. (2013). Desenvolvimento humano e enfermagem: horizontes da [nossa] ação. <http://hdl.handle.net/10400.26/4914>
- Nunes, L. (2014). *Promoção da Cidadania através do cuidar em Enfermagem*. Coimbra. In 1º Congresso Internacional de Literacia em Saúde Mental. <https://web.esenfc.pt/conteudos/downloadArtigo>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Nunes, L. (2020). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*, 1(10). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, Transferências e treino de Deambulação. Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*, 1(7). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Browser CIPE Versão 2015*. OE. [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Organização das Nações Unidas (2020), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2019*. ONU <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Pedro, A. R. Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34 (3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pedrosa, A. R. C., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. S. L. (2022). Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
- Pedroso, E., Nunes, V., Jacinto, A.R. (2021). *Regulamento interno de Serviço de Medicina Interna*. (versão 2). CHS
- Pereira, I. C. (2011). *Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/9353>
- Pessoa, C. M. M. (2021). *Recorrer à gamificação para a capacitação do cuidador do Lesionado Vertebro-medular: Contributos para a enfermagem de reabilitação*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39509>
- Pestana, H. (2017). *Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 77–88. Lusodidacta.
- Petronilho, F. A. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa <http://hdl.handle.net/10451/10572>

- Petronilho, F., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. D. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V. D., & Machado, M. M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 14. 39-48. <https://hdl.handle.net/1822/53844>
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. P. (2014). Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*. 8 .35-43. <http://hdl.handle.net/1822/32397>
- Pocinho, R., Jardim, S., Antunes, L., Duarte, T. I., Baptista, I., & Almeida, J. (2019). Internamentos prolongados numa enfermaria de medicina interna. *Medicina Interna*, 26(3), 200-207. Disponível em: [https://www.spmi.pt/revista/vol26/vol26\\_n3\\_2019\\_200\\_207.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol26/vol26_n3_2019_200_207.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, nº26. 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II Série, n.º119. 16655-16660. <https://dre.pt/application/conteudo/67552234>
- Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II Série. N.º85 13565-13568 .<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Regulamento nº 743/2019 (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, II Série, nº 184, 128-155. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reis, G. (2018). O Adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio. In Sotto Mayor, M.; Sequeira, C.; Reis, G. (Eds.). *Visita Domiciliária* (pp.119-140). Edição de autor. <http://hdl.handle.net/10174/25074>
- Reis, G., Bule, M. J., & Martins, M. M. (2021). *Refletir sobre os cuidados às famílias em situação de doença aguda*. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1 ed., pp. 183-194). Lusodidacta.

- Reis, G., Bule, M. J., (2018). *Capacitação e atividade de vida*. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 57-66). Lusodidacta.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação, conceções e práticas*. LIDEL
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-mental state examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Santos, Â. M. V. G. D. (2020). *Preparação da família e pessoa em situação crítica para um regresso a casa: uma intervenção especializada de enfermagem*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/37313>
- Santos, Â. M. V. G. D. (2020). *Preparação da família e pessoa em situação crítica para um regresso a casa: uma intervenção especializada de enfermagem*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/37313>
- Santos, M. J. C. (2018). *Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais-Elos de ligação* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/23537>
- Santos, N. O. D., Predebon, M. L., Bierhals, C. C. B. K., Day, C. B., Machado, D. D. O., & Paskulin, L. M. G. (2020). Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894>
- Silva, L. A. G. P. D., & Mercês, N. N. A. D. (2018). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1194-1197. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos Do Referencial Teórico De Afaf Meleis Para Enfermagem De Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35-44 [https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-5/publication/337313131\\_Contributos\\_do\\_referencial\\_teorico\\_de\\_Afaf\\_Meleis\\_para\\_a\\_Enferm](https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-5/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enferm)

[agem de Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf](https://www.repositorio.ulb.pt/handle/10400.26/36859)

- Simões, C. M. A. R., & Simões, J. F. F. L. (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(4), 9-23. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239951001.pdf>
- Sistema Nacional de Saúde. (2017). *Unidade Vértebro-Medular do CHLC Certificada Internacionalmente*. <https://www.chlc.min-saude.pt/noticias/unidade-vertebro-medular-do-chlc-certificada-internacionalmente/>
- Sotto Mayor, M.; Reis, G. (2018). Visita Domiciliária das pessoas mais velhas com doença mental. In Sotto Mayor, M.; Sequeira, C.; Reis, G. (coord) *Visita Domiciliária*, pp. 183-211. SC: Edição de autor <http://hdl.handle.net/10174/25074>
- Sousa, L. M. (2013). Propriedades métricas dos instrumentos de medida em enfermagem de reabilitação: validade, reprodutibilidade e responsividade. <http://hdl.handle.net/10884/1005>
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68. <http://hdl.handle.net/10198/22732>
- Souza, A. B. D. S., & Ribeiro, D. D. S. (2012). Análise de escalas funcionais para classificação do risco de quedas em idosos. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, 1(1), 1-6. [http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/rbraf\\_old/article/view/8590](http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/rbraf_old/article/view/8590)
- Teixeira, M. I. (2012). *Planeamento integrado de alta hospitalar no idoso* [Master's thesis. Faculdade de Ciências Médicas]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/9087>
- Tomé, S. M. C. C. (2020). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur, no regresso a casa* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/36859>
- Vaz, E., Silva, I., & Nunes, L. (2011). Pareceres – Refletir o Agir. *Análise complexa de um caso. Revista Percursos*, 21.

- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Sílabo.
- Weber, L. A. F., Lima, M. A. D. D. S., Acosta, A. M., & Marques, G. Q. (2017). Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare enfermagem*. Curitiba. Vol. 22, n. 3 (2017), p. e47615. <http://hdl.handle.net/10183/173925>
- Werner, N. E., Tong, M., Borkenhagen, A., & Holden, R. J. (2019). Performance-shaping factors affecting older adults' hospital-to-home transition success: a systems approach. *The Gerontologist*, 59(2), 303-314. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/59/2/303/4788294>
- World Health Organization (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>
- World Health Organization (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE III- Revisão da Literatura**

## REVISÃO DA LITERATURA

Vários são os processos e transições que a pessoa e família vivenciam, ao longo do ciclo vital. Diagnósticos que sujeitam a pessoa a alteração da dependência e funcionalidade subitamente, levam a redefinição de papéis não só do doente mas também de quem cuida. Perante esta fase de vulnerabilidade a transição hospitalar passa a constituir uma fonte de preocupação para o doente e família. Através de cuidados centrados no doente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode intervir facilitando o processo, promovendo uma transição segura.

De modo a compreender a importância do EEER durante a transição e continuidade de cuidados foi realizada uma revisão da literatura sobre a presente temática.

Com o objetivo de identificar as forças (S), fraquezas (W), oportunidades (O), e ameaças (T) relacionadas com a temática, elaborou-se uma análise SWOT. A força do tema consiste na atualidade e importância do tema, a fraqueza consiste na abrangência da temática, as oportunidades do tema proporcionam um diferente modelo de pensamento da prestação de cuidados e a ameaça consiste na restrita evidência científica baseada na prática.

Inicialmente, para a pesquisa bibliográfica, foi formulada a questão de investigação, utilizando a metodologia PICO: Qual a importância do EEER e dos cuidados de enfermagem de reabilitação na transição de cuidados dos doentes e família? (Tabela 1)

Acrónimo	Definição	Descrição
P	População / Problema em Estudo Fenómeno de	Doente e família
I	Interesse	Cuidados de Reabilitação
Co	Contexto	Transição de Cuidados

Tabela 1 - Metodologia PICO  
Fonte: Elaboração própria

Posteriormente foram definidos os Descritores de Saúde essenciais para a pesquisa nas bases de dados. Todos os descritores selecionados encontram-se descritos de seguida e foram validados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): Rehabilitation AND Nursing AND Transitional Care. A pesquisa foi realizada através do motor de busca EBSCOhost nas bases de dados CINAHL,

MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.

Os critérios de inclusão definidos são: artigos *full text* analisados por pares, publicados entre 2017 e 2022 inclusivamente, população idosa e redigidos em português, espanhol ou inglês. Após a definição destes critérios procedemos à introdução dos descritores de saúde no motor de busca EBSCO, tendo obtido 357 artigos. Foram eliminados 163 artigos por não se encontrarem de acordo com os anos de pesquisa selecionados. 219 foram eliminados por não possuírem texto integral, e 14 artigos foram eliminados por não estarem revistos pelos pares, ficando assim com um total de 48 artigos. 7 Artigos foram removidos por estarem duplicados, perfazendo um total de 41 artigos que seguidamente foram selecionados pelo título, removendo assim, 18 artigos.

Posteriormente foram analisados os textos integrais dos 23 artigos restantes, tendo sido selecionados 7 artigos para a revisão. Os critérios de escolha dos artigos passaram pela diversidade de metodologia dos estudos selecionados o que permitiu posteriormente a avaliação crítica dos mesmos, através da aplicação das várias. O processo de seleção dos artigos encontra-se esquematizado no fluxograma (Figura 1).

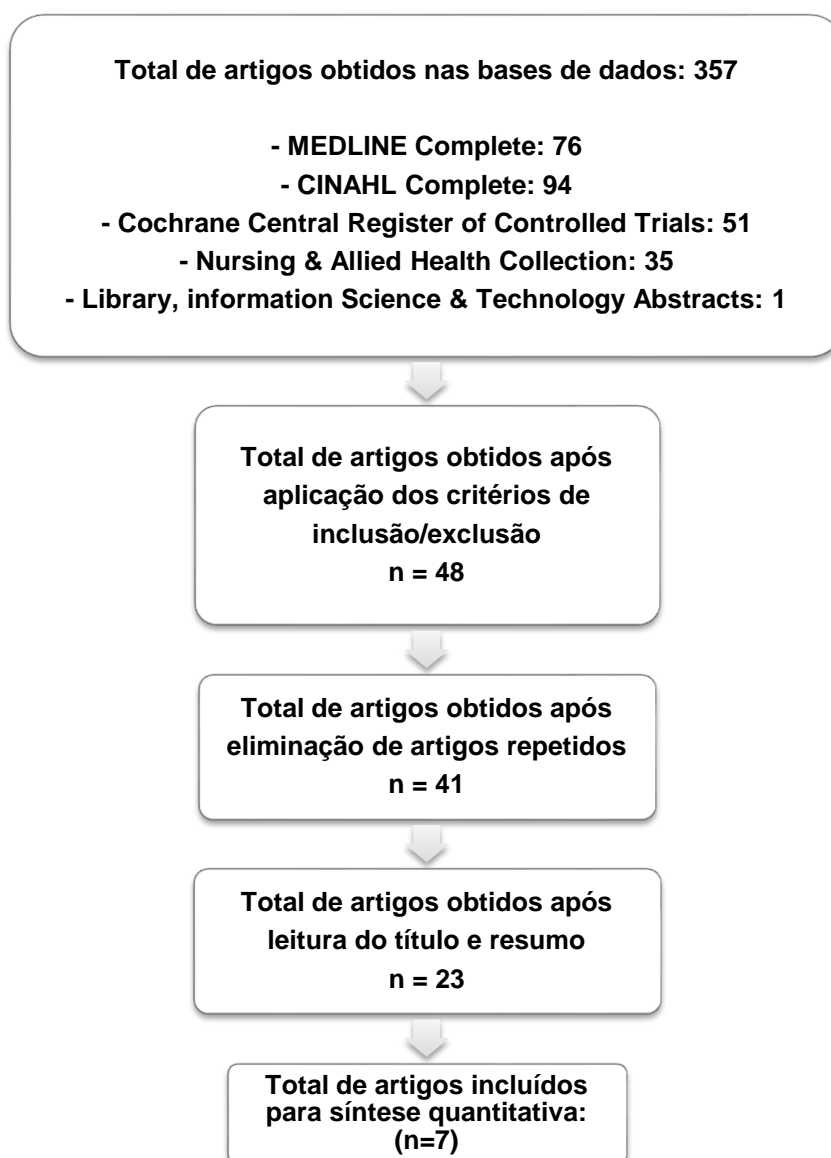


Figura 1 – Fluxograma  
Fonte: Elaboração própria

Após a análise dos artigos selecionados foram extraídos os dados dos mesmos, e esquematizados conforme se evidencia na Tabela 2:

Título do estudo/Artigo Autores/Ano	Objetivos do estudo/Artigo	Metodologia de Estudo/artigo Palavra /chave	Conclusões dos autores
<p><b>(E1) Acute and transitional care or rehabilitation? Retrospective analysis of discharge planning from a municipal hospital in Switzerland (2020)</b></p> <p>Cuidados agudos e transitórios ou reabilitação? Análise retrospectiva do planeamento de alta de um hospital municipal na Suíça</p> <p>Lara Kollbrunner, Michael Rost, Insa Koné , Bettina Zimmermann , Yvonne Padrutt , Tenzin Wangmo and Bernice Elger</p>	<p>Investigar como os assistentes sociais coordenam a alta do doente à luz da nova opção de alta ATC (cuidados de transição e agudos) comparando assim a nova opção de alta com a opção de reabilitação já existente.</p>	<p>Os dados foram colhidos de 423 processos de doentes internados no hospital municipal de Zurique, Triemli, com alta para ATC ou reabilitação, em 2016.</p> <p>Comparação dos dois grupos através de estatística e análise qualitativa das declarações escritas dos assistentes sociais.</p> <p><b>Palavras-chave: Planeamento de alta, DRG, Doentes idosos, ATC, Reabilitação, Suíça, Análise retrospectiva de dado</b></p>	<p>Resultados demonstram a importância dos assistentes sociais em fornecer informações aos doentes sobre as diferentes opções de alta.</p> <p>Apenas uma pequena fração dos doentes discordou do local de alta, principalmente por motivos financeiros.</p>
<p><b>(E2) The Role of Rehabilitation Professionals in Care Transitions for Older Adults: A Scoping Review as an advanced nursing practice (2019)</b></p> <p>O Papel dos Profissionais de Reabilitação nos Cuidado de Transição a Idosos: uma <i>scoping review</i> de uma prática de enfermagem avançada</p> <p>Michael E. Kalua, Melody Maximosa, Sirirat Sengjada and Vanina Dal Bello-Haasb</p>	<p>Identificar teorias e modelos conceptuais existentes que transmitam as intervenções de transição de cuidados e explorar se o papel dos profissionais de reabilitação é explicitamente identificado ou está implícito nessas teorias e modelos.</p>	<p>Pesquisa de diversas bases de dados e artigos publicados de 2000 a 2018, que mencionem transições de cuidados de idosos (&gt; 65 anos) de um nível de cuidados para outro.</p> <p><b>Palavras-chave: Transições de cuidados; profissionais de reabilitação; idosos; teorias; modelos conceituais</b></p>	<p>Foram identificadas duas teorias e seis modelos conceptuais, no entanto apenas um dos modelos conceptuais num artigo de opinião ilustra o papel do fisioterapeuta na transição de cuidados.</p> <p>Grande parte dos modelos e teorias que abordam as intervenções da transição de cuidados não explicitam o papel dos profissionais de reabilitação</p>

**(E3) Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke (2019)**

Desenvolvimento e validação de um protocolo de cuidados de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral

Naiana Santos, Mariane Predebon, Carla Bierhals, Carolina Baltar Day, Diani de Oliveira Machado and Lisiane Paskulin

Construir e validar o conteúdo de um protocolo de cuidados de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral.

Estudo metodológico conduzido em três etapas: (1) construção do protocolo através de revisão da literatura; (2) pré-teste com a equipa multiprofissional, analisado com articulação da literatura; (3) validação do protocolo pela Técnica Delphi.

**Palavras-chave: Acidente Cerebral Vascular; Idoso; Cuidadores; Estudos de Validação; Assistência Domiciliar.**

O protocolo foi estruturado nos seguintes domínios: Orientações sobre a doença; Suporte emocional; Utilização da rede de atenção à saúde; Alimentação; Vias aéreas; Medicamentos; Higiene; Cuidados com a pele; Eliminações; Vestir/Despir; Posicionamento e Transferência; Prevenção de Quedas. No pré-teste, oito especialistas avaliaram a clareza e o conteúdo do protocolo. O protocolo validado foi composto por 12 domínios contendo 42 itens e 240 orientações de cuidados. O protocolo qualifica a transição do cuidado após alta hospitalar, auxiliando os enfermeiros na prática assistencial no domicílio.

**(E4) Understanding transitional care program (TCP) for older adults who experience delayed discharge: a scoping review (2021)**

Compreender o programa de transição de cuidados (PTC) para idosos que apresentam alta adiada: uma *scoping review*

Katherine S. McGilton, Shirin Vellani, Alexandra Krassikova, Sheryl Robertson, Constance Irwin, Alexia Cumal, Jennifer Bethell, Elaine Burr, Margaret Keatings, Sandra McKay, Kathryn Nichol, Martine Puts, Anita Singhand Souraya Sidani

A revisão de escopo pretende descrever os fatores de contexto, as componentes essenciais e os resultados utilizados para avaliar PTC's, mais especificamente:

- 1) Quais são as características sociodemográficas e clínicas dos doentes idosos do programa de transição de cuidados;
- 2) Quais são os principais componentes fornecidos pelo PTC;
- 3) Quais são os resultados obtidos dos doentes, cuidadores e sistemas de saúde neste programa? Quais são as alterações dos resultados que foram relatadas para os PCT's?

A *scoping review* foi realizada com seis etapas e a lista de verificação PRISMA. Os estudos incluídos apresentam modelos de PTC e a sua avaliação em idosos (65+) na comunidade, com ou em risco de alta tardia.

**Palavras-chave: Transitional care programs, Delayed discharge, Aged, Scoping review, Structure, Components, Outcomes**

Os PCT podem influenciar os resultados nos idosos, incluindo o retorno para casa. Estes programas devem ser projetados incorporando equipas multidisciplinares, admitir aqueles que se encontram em risco de alta tardia e atuar junto das pessoas com comprometimento cognitivo e envolver parceiros de cuidados. Estudos adicionais são necessários para investigar os contributos dos PCT integrados nos sistemas de saúde.

<p><b>(E5) Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice (2021)</b></p>	<p>Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem</p>	<p>Analisar as necessidades, elementos facilitadores e dificultadores, de cuidados transicionais de reabilitação</p>	<p>Revisão integrativa da literatura para responder à questão “Quais as intervenções de enfermagem que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/idosa dependente no regresso a casa, após hospitalização?”.</p>	<p><b>Palavras-chave: Cuidado Transicional; Continuidade da Assistência ao Doente; Prática Avançada de Enfermagem; Hospitalização; Alta do Doente.</b></p>	<p>Os estudos sobre o cuidado transicional de reabilitação são escassos, e os existentes apenas identificam riscos, não avaliando a efetividade das intervenções de reabilitação. É fundamental garantir formação, acompanhamento e coordenação entre níveis de cuidados. A integração de cuidados pode reduzir o tempo de internamento e as complicações pós-alta. O cuidado transicional contribui para um sistema de saúde sustentável, o incremento da qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes.</p>
<p><b>(E6) Implementation of a billable transitional care model for stroke patients: the COMPASS study (2019)</b></p>	<p>Implementação de um modelo rentável de cuidados transitórios para doentes com AVC: o estudo COMPASS</p>	<p>Comparar a eficácia dos cuidados transicionais abrangentes (COMPASS-TC) versus os cuidados usuais entre doentes com AVC e acidente isquémico transitório (AIT) que receberam alta hospitalar de hospitais da Carolina do Norte. Avaliar a implementação do COMPASS-TC em 20 hospitais aleatoriamente selecionados para a intervenção</p>	<p>Alcance do doente (atender aos requisitos de gerenciamento de cuidados transitórios de acompanhamento por telefone e presencial em tempo hábil); Implementação usando medidas de qualidade hospitalar (inscrição simultânea, acompanhamento telefónico de dois dias, agendamento de visita clínica de 14 dias); e sustentabilidade em nível hospitalar (Manutenção). A eficácia comparou a função física de 90 dias (<i>Stroke Impact Scale-16</i>), entre doentes que receberam COMPASS-TC versus não. As associações entre as características do hospital e do doente com as medidas de implementação e Alcance foram estimadas com modelos de regressão logística mista.</p>	<p><b>Palavras-chave: Ciência de Implementação, AVC, Acidente vascular Isquémico Transitório, Cuidados Transitórios, Mecanismos de Reembolso</b></p>	<p>A implementação do COMPASS-TC variou muito. O maior desafio foi alcançar os doentes devido às dificuldades do sistema em manter a entrega consistente de consultas de acompanhamento e as preferências dos doentes para procurar cuidados alternativos pós-agudos. Receber o COMPASS-TC foi associado a uma melhoria do estado funcional.</p>

**(E7) Hospital transition care for the elderly: an integrative review (2020)**

Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa

Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMC

Identificar evidências da produção científica sobre os cuidados de transição hospitalar prestado à pessoa idosa

Revisão integrativa, com pesquisa nas bases de dados: MEDLINE, PubMed, LILACS, BDNF, Index Psicologia e SciELO, com as palavras-chave e Mesh: idoso, hospitalização, alta do doente, saúde do idoso e cuidado transicional, entre 2013 e 2017, nos idiomas inglês, português e espanhol. A análise dos 14 artigos selecionados realizou-se através da leitura exploratória e crítica dos títulos, resumos e dos resultados das pesquisas.

**Palavras-chave: Idoso; Saúde do Idoso; Hospitalização; Cuidado Transicional; Alta do Doente.**

Os cuidados de transição implicam uma melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, sendo necessários profissionais de saúde habilitados e que envolvam a família através de comunicação acessível.

---

Tabela 2 - Resumo dos Artigos Analisados  
Fonte: Elaboração Própria

**(E1) Acute and transitional care or rehabilitation? Retrospective analysis of discharge planning from a municipal hospital in Switzerland**

Cuidados agudos e transitórios ou reabilitação? Análise retrospectiva do planeamento de alta de um hospital municipal na Suíça

Kollbrunner, L., Rost, M., Koné, I., Zimmermann, B., Padrutt, Y., Wangmo, T., & Elger, B. (2020). Acute and transitional care or rehabilitation? Retrospective analysis of discharge planning from a municipal hospital in Switzerland. *BMC health services research*, 20, 1-8.

**2020**

Kollbrunner et al., no estudo E1 analisaram duas opções de alta no sistema de saúde Suíço que se aplicava em dois grupos distintos: um em que os Cuidados Transitórios Agudos (CTA) se aplicavam a doentes que apesar de não necessitarem de reabilitação, precisavam de cuidados de enfermagem temporários e outro grupo com necessidade de cuidados de reabilitação diferenciados.

Foi percecionado que nos CTA estavam associados custos diretos mais altos do que na reabilitação. Muito provavelmente devido ao grupo de doentes ser maioritariamente idoso e potencialmente com doenças e comorbilidades mais graves e com maior défice cognitivo em comparação com os doentes com alta para Reabilitação.

Os doentes e família mostraram um duplo interesse em solicitar o programa de reabilitação por incluir menos custos e face ao período de espera, os doentes permaneciam internados no hospital por mais tempo.

Dos resultados destaca-se também, o importante papel dos cuidadores ou membros da família por desempenharem um papel participativo nas discussões sobre a alta e os resultados pretendidos, procurando sempre ter em consideração os desejos expressos dos doentes, que em alguma percentagem manifestaram não querer ser encaminhados para estas opções quer por razões financeira quer por acharem a alta precoce.

Os autores também chegaram à conclusão que doentes com necessidade de reabilitação experimentaram quase o dobro do atraso na alta relativamente aos doentes para CTA, face à indisponibilidade de vagas nas instituições de reabilitação. Como resultado, os doentes para além de permanecerem desnecessariamente no hospital até obterem um local disponível nos centros de reabilitação (contrário ao objetivo do SwissDRG <sup>19</sup>), estavam mais expostos ao risco de complicações intra-hospitalares para além de potenciar perda financeira para o hospital.

---

<sup>19</sup> SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) é um sistema tarifário para serviços de internamento hospitalares agudos que, de acordo com a última revisão da Lei de Seguro de Saúde, regula o reembolso de acordo com taxas fixas em toda a Suíça. A introdução do SwissDRG em toda a Suíça, está em vigor desde 1 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://www.swissdrg.org/de>

## **(E2) The Role of Rehabilitation Professionals in Care Transitions for Older Adults: A Scoping Review as an advanced nursing practice**

O Papel dos Profissionais de Reabilitação no Cuidado na Transição de adultos mais velhos: uma scoping review como uma prática de enfermagem avançada

Kalu, M. E., Maximos, M., Sengiad, S., & Dal Bello-Haas, V. (2019). The role of rehabilitation professionals in care transitions for older adults: a scoping review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 37 (3), 123-150.

### **2019**

Kalu et.al com o E2 objetivaram identificar teorias e modelos conceituais existentes que transmitissem as intervenções de transição de cuidados e explorar se o papel dos profissionais de reabilitação (PR) é claramente revelado ou subentendido nessas teorias e modelos.

A grande maioria das teorias e modelos conceituais que citaram as transições das intervenções de cuidado são fundamentadas na ciência da enfermagem ou na disciplina de enfermagem. Alguns desses modelos e teorias identificam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para as transições de cuidados, mas não descrevem nenhuma evidência pragmática sobre como e quando aplicar uma abordagem multidisciplinar.

Os PR são importantes membros da equipa de saúde que podem participar diretamente no desenvolvimento e planeamento da transição do cuidado, junto e com a colaboração de outros membros da equipa para realizar avaliações abrangentes, garantir a otimização da capacidade funcional e desenvolver um plano de cuidados compartilhado por todos.

A abordagem multidisciplinar para a transição de cuidados de doentes idosos é fundamental para garantir que suas necessidades complexas de saúde sejam atendidas em diferentes cenários.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma abordagem proativa para detetar mudanças na capacidade interna dos idosos, usando a experiência de todos os profissionais dos cuidados primários e da comunidade através de uma abordagem multidisciplinar, trabalhando em conjunto para garantir uma transição de cuidados eficaz e segura para doentes idosos. Uma abordagem multidisciplinar pode ajudar a garantir que todas as necessidades de saúde sejam abordadas e que haja comunicação eficaz entre todos os envolvidos.

A literatura revisada não apresentou evidências claras sobre os papéis e a abordagem multidisciplinar na transição de cuidados para idosos. Embora uma das estruturas tenha defendido a descrição clara do papel de cada membro da equipa, isso não ficou evidente na intervenção de transição de cuidados. No entanto, as evidências

relacionam o declínio funcional como um preditor independente de readmissão hospitalar em idosos, e é possível que a adoção das três recomendações centrais da ICOPE (Programa de Cuidados Integrados para Pessoas Idosas) da OMS - uma avaliação, uma meta e um plano de cuidados - possa promover o uso prático de elementos já estabelecidos de transições de cuidados, com a inclusão de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

**(E3) Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke**

Construção e validação de um protocolo de cuidados de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral

Naiana Santos, Mariane Predebon, Carla Bierhals, Carolina Baltar Day, Diani de Oliveira Machado and Lisiane Paskulin

**2019**

A utilização de um protocolo específico pode trazer diversos benefícios para o cuidado de enfermagem no ambiente domiciliar, incluindo a qualificação do cuidado prestado, o apoio à transição do cuidado no gerenciamento da rede de assistência à população-alvo, a contribuição para a sistematização do cuidado e a criação de futuros protocolos multidimensionais. Além disso, pode ajudar indiretamente na redução das taxas de reinternamento e na sobrecarga do cuidador, já que o cuidado prestado será mais bem estruturado e adaptado às necessidades do doente e da família.

Os protocolos baseados em evidência fornecem diretrizes claras e objetivas para o cuidado de enfermagem, permitindo que os enfermeiros forneçam cuidados consistentes e eficazes, com base nas melhores práticas disponíveis. Isso é particularmente importante no contexto das intervenções educativas, pois as informações e orientações fornecidas pelos enfermeiros podem ter um impacto significativo na saúde e bem-estar do doente e família.

Além disso, os protocolos baseados em evidência podem ajudar os enfermeiros a avaliar a eficácia de suas intervenções educativas, permitindo que façam ajustes no plano de cuidados, para garantir melhores resultados. O que pode contribuir para a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros e para a satisfação do doente e família com o cuidado recebido.

A utilização de protocolos como auxílio de enfermagem é uma prática importante que visa garantir a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos doentes. No contexto domiciliar e da transição do cuidado, os protocolos tornam-se ainda mais

relevantes, uma vez que o enfermeiro muitas vezes atua num ambiente complexo e com múltiplos desafios.

No caso específico do protocolo mencionado, que aborda as necessidades de idosos com AVC e os cuidadores familiares, a proposta de intervenções educativas baseadas em referenciais teóricos e na opinião de especialistas é um diferencial importante. Isto porque a abordagem integrada, não considera apenas as necessidades do doente, mas também as do cuidador e do ambiente domiciliar que podem contribuir significativamente para a efetividade das intervenções.

O estudo apresentado contribui significativamente para o campo da enfermagem, fornecendo evidências importantes para a discussão e implementação de novas práticas e políticas de saúde direcionadas à assistência do cuidado à população idosa que sofreu AVC e cuidadores familiares.

Fornece um instrumento prático e específico para os profissionais de enfermagem, com orientações padronizadas para a educação e cuidados domiciliares desse grupo, melhorando a qualidade dos cuidados, a transição do cuidado e a estruturação de uma rede de apoio para a pessoa e família.

#### **(E4) Understanding transitional care program (TCP) for older adults who experience delayed discharge: a scoping review**

Compreender o programa de cuidados de transição (PCT) para idosos que apresentam alta atrasada: uma Scoping Review

Katherine S. McGilton, Shirin Vellani, Alexandra Krassikova, Sheryl Robertson, Constance Irwin, Alexia Cumal, Jennifer Bethell, Elaine Burr, Margaret Keatings, Sandra McKay, Kathryn Nichol, Martine Puts, Anita Singhand Souraya Sidani

**2021**

Altas tardias são um importante problema de saúde que pode ter impacto significativo tanto a nível individual como do sistema de saúde. É comum que as pessoas mais velhas hospitalizadas apresentem declínio funcional durante o período de internamento. Além disso, a falta de suporte no domicílio adequado antes da admissão e após a alta hospitalar pode contribuir para o declínio funcional e para a necessidade de transferência para uma instituição de cuidados de longa duração.

Podem sentir-se socialmente isolados, o que pode levar a um aumento dos sintomas depressivos, de ansiedade e stress e ainda encontrarem-se mais propensos a desenvolver complicações durante a hospitalização, como má nutrição, confusão e infeções.

Os sistemas de saúde em todo o mundo têm implementado programas para fornecer cuidados principalmente restabelecedores para doentes idosos que estão passar

por ou em risco de alta tardia. Estes programas podem incluir intervenções multidisciplinares, como a fisioterapia para melhorar a mobilidade e a força muscular, a terapia ocupacional para ajudar os doentes a realizar as atividades da vida diária. Podem, também, incluir a coordenação do cuidado após a alta hospitalar, incluindo a implementação de planos de cuidados individualizados e a oferta de suporte adequado para o domicílio.

Os profissionais de saúde mais citados nos programas de cuidados de transição para doentes são fisioterapeutas e enfermeiros, uma vez que esses profissionais têm habilidades e conhecimentos específicos para ajudar os doentes a melhorar a mobilidade, prevenir complicações e oferecer suporte emocional. No entanto, a revisão dos modelos intermediários de cuidados sugere que os cuidados devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar dentro de um sistema integrado de saúde e assistência social.

Os programas de cuidados de transição podem influenciar positivamente os resultados de idosos hospitalizados, ajudando-os a voltar para casa e manter ou melhorar a sua capacidade funcional.

Os médicos, administradores e políticos devem colaborar para estabelecer programas de cuidados de transição que podem envolver a identificação precoce de doentes em risco de alta tardia, avaliação abrangente de suas necessidades e planos de cuidados personalizados que abordem todas as suas necessidades médicas, funcionais e psicossociais, com foco na otimização da capacidade funcional e que incluam planeamento e coordenação de cuidados individualizados.

### **(E5) Transitional rehabilitation care and patient care continuity**

Cuidados transitórios de reabilitação e continuidade do cuidado ao doente como uma prática de enfermagem avançada

Ana Rita Cardoso Pedrosal, Óscar Ramos Ferreira, Cristina Rosa Baixinho

**2021**

A revisão da literatura destaca os cuidados transicionais de reabilitação e a importância da interação, coordenação e integração entre os prestadores de cuidados em diferentes níveis para garantir o planeamento de alta e o acompanhamento seguro. A cronicidade de diversas patologias, a incapacidade motora e cognitiva e a polimedicação são fatores que contribuem para cuidados complexos e a necessidade de a pessoa adulta/idosa ser acompanhada em diferentes níveis de cuidados. A participação, a tomada de decisão e a autonomia são temas identificados como fundamentais para a pessoa em processo de transição.

Já a família envolvida no processo de transição destaca a importância da preparação, a dificuldade em colocar questões sobre a situação e nos cuidados a prestar, considerando tardia a realização de orientações e a ausência de informação escrita. Os cuidadores familiares e informais também enfrentam desafios na transição para o papel de cuidador informal, como o aumento da incidência de doenças e necessidades económicas, sociais e comunitárias. Os profissionais apontam como dificuldades no processo de transição a falta de tempo da equipa, a complexidade da saúde da pessoa e dos cuidados pós-alta.

Embora não exista uma conclusão clara sobre a relação direta entre a integração de cuidados transicionais e a redução das taxas de readmissão e mortalidade, a maioria dos estudos sugere que a implementação de programas de transição de cuidados pode trazer benefícios significativos para os doentes, família e o sistema de saúde em geral. A eficácia desses programas pode ser melhorada com intervenções específicas que envolvam um profissional designado para fazer a transição entre o hospital e o domicílio.

Da revisão realizada retira-se que a participação da população idosa na transição de cuidados é frequentemente limitada, e que a integração dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares ainda é um desafio. No entanto, foram identificadas várias estratégias e ferramentas que podem ajudar a promover a participação da população idosa na transição de cuidados e a reduzir o risco de fragmentação de cuidados.

Os programas liderados por enfermeiros, as reuniões multidisciplinares regulares, a existência de uma checklist de preparação para a alta e a monitorização através de follow-up são exemplos de estratégias que podem ajudar a melhorar a transição de cuidados. Além disso, a coordenação e integração dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares são cruciais para garantir um sistema de saúde sustentável e de alta qualidade.

No entanto, a implementação dessas estratégias e ferramentas requer coordenação e colaboração entre os diferentes níveis de cuidados. É importante garantir a formação adequada dos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento e a coordenação contínuos para garantir a eficácia das intervenções.

Desta forma, a transição de cuidados revela-se uma etapa importante no processo de cuidados de saúde, especialmente para a população idosa. É imperativo que os profissionais de saúde e os sistemas de saúde trabalhem juntos para garantir a integração adequada dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares e promovam a participação ativa da população idosa no processo de transição de cuidados. Isso pode melhorar a qualidade dos cuidados, aumentar a satisfação do doente e do profissional e reduzir a taxa de ocupação em meio hospitalar.

**(E6)Implementation of a billable transitional care model for stroke patients:  
theCOMPASS study**

Implementação de um modelo de cuidados transitórios faturáveis para doentes com AVC:  
o estudo COMPASS

Sabina B. Gesell, Cheryl D. Bushnell, Sara B. Jones, Sylvia W. Coleman, Samantha M. Levy, James G. Xenakis, Barbara J. Lutz, Janet Prvu Bettger, Janet Freburger, Jacqueline R. Halladay, Anna M. Johnson, Anna M. Kucharska-Newton, Laurie H. Mettam, Amy M. Pastva, Matthew A. Psioda, Meghan D. Radman, Wayne D. Rosamond, Mysha E. Sissine, Joanne Halls and Pamela W. Duncan

**2019**

A gestão de cuidados transitórios (TCM) é uma abordagem que visa melhorar a transição dos doentes do ambiente hospitalar para casa e comunidade após a alta hospitalar, que inclui a coordenação dos cuidados pós-agudos, garantindo que o doente receba o acompanhamento e o tratamento necessários para se recuperar completamente do AVC e prevenir futuros eventos.

Nos EUA, a faturação dos TCM continua subutilizada, com apenas 7% dos doentes com AVC a receber esses serviços em 2015. Os cuidados pós-agudos para doentes com AVC que receberam alta para casa são fragmentados, mal coordenados e carecem de continuidade.

É necessário estabelecer um padrão de atendimento para doentes com AVC que recebem alta para casa, que inclua a gestão de cuidados transitórios, para garantir que esses doentes recebam o acompanhamento e o tratamento adequados.

O estudo descreve um estudo pragmático randomizado por cluster, que analisou a implementação do modelo COMPASS-TC (COMPrehensive Post-Acute Stroke Services- Transicional Care), um modelo de cuidados pós-agudos baseados em evidências para doentes que sofreram um acidente vascular cerebral (AVC).

Os resultados indicaram que a implementação foi desafiante, multidimensional e inesperada devido a fatores tanto por parte do doente como por parte do sistema. A infraestrutura hospitalar, o pessoal, desempenho do local e variedade dos ambientes em que a intervenção foi realizada variaram significativamente, e a oferta do modelo assistencial em hospitais da zona rural e com maior prontidão organizacional foi associada ao sucesso da implantação.

Os resultados mostraram também que o modelo COMPASS-TC teve um efeito clinicamente significativo na função física quando recebido de acordo com os padrões de faturação do modelo de cuidados transicionais em comparação com o não recebimento. O estudo aplicou várias estratégias exclusivas para aperfeiçoar o uso do COMPASS-TC, incluindo a colaboração com uma vasta série de grupos de interessados, uso de

infraestrutura e pessoal dos hospitais para realizar a intervenção, monitorização de métricas de qualidade e entrega de relatórios mensais para ajudar os hospitais nos esforços de melhoria contínua da qualidade.

O estudo obteve resultados usando a estrutura RE-AIM<sup>20</sup> que indicou que, embora os hospitais em geral tenham tido sucesso com a adoção e manutenção do modelo COMPASS-TC, a implementação e o alcance foram baixos. De acordo com o estudo mencionado, os fatores individuais dos doentes tiveram um impacto significativo na sua participação na intervenção, e muitos preferiam continuar a ser tratados pelos profissionais de saúde com os quais já tinham um relacionamento estabelecido. Essa preferência pode ter levado à não participação dos doentes na intervenção, o que pode ter afetado negativamente seus resultados de saúde.

### **(E7) Hospital transition care for the elderly: an integrative review**

Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa

Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMC

**2020**

No artigo é discutida a importância da abordagem multidisciplinar no cuidado dos idosos hospitalizados, bem como a necessidade de um cuidado de transição eficaz para reduzir re-hospitalizações e custos com internamentos.

Um dos artigos da revisão sugere a implementação de um programa telefónico de cuidados de transição para auxiliar nos problemas e dúvidas que surgem em domicílio, reduzindo a necessidade constante de serviços hospitalares. O retorno da pessoa idosa ao ambiente hospitalar pode ser evitado através da identificação de fatores de risco, como a falta de continuidade do tratamento ou a ausência às consultas pós-alta. O cuidado de transição deve começar antes do doente sair do hospital e continuar após a alta, com ações ocorrendo em três etapas distintas.

Sobressai, também, a importância do planeamento e da execução adequados do cuidado de transição de doentes idosos após a alta hospitalar, através da elaboração de um plano de alta que avalie o doente e suas condições clínicas, a identificação das redes de apoio disponíveis fora do hospital, ensino e capacitação para o doente e família sobre o uso de terapêutica e monitorização de sinais de alarme.

<sup>20</sup> RE-AIM: contribui na avaliação do impacto de programas de promoção à saúde pública através de cinco dimensões (Reach = Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação, Manutenção) disponível em: <https://re-aim.org/>

Os resultados indicam a importância de intervenções mais efetivas por parte dos profissionais de saúde durante a transição do cuidado à pessoa idosa, incluindo a participação ativa do doente e da família nesse processo. O enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental como coordenador do planeamento para transferência do cuidado no ambiente extra-hospitalar, promovendo uma comunicação clara entre os envolvidos no processo terapêutico e monitorizando constantemente a efetividade da transição do cuidado.

Implementar um processo de transição do cuidado de forma sistematizada pode contribuir significativamente para a continuidade do cuidado à pessoa idosa, evitando erros e garantindo que as necessidades de cuidado sejam atendidas adequadamente durante a transição do hospital para o domicílio. Essas evidências científicas podem ser usadas para planejar políticas públicas de saúde voltadas para esse grupo populacional, visando melhorar a qualidade do cuidado e prevenir problemas durante a transição do cuidado.

A análise do trabalho destaca a importância dos cuidados de transição para a pessoa idosa, que podem reduzir a incidência de novas hospitalizações e otimizar o processo saúde-doença. É necessário que os profissionais de saúde estejam qualificados para planejar e direcionar os cuidados de transição, estabelecendo uma comunicação efetiva entre o profissional, pessoa idosa e cuidador. Além disso, é essencial incluir formalmente o cuidador/familiar nesse contexto de cuidado de transição, de forma participativa.

A revisão aponta para a escassez de estudos nacionais sobre cuidado transicional na Gerontologia e Geriatria, o que sugere a necessidade de novas pesquisas nessa área. É importante que os estudos futuros se concentrem na prática de enfermeiros e enfermeiras, a fim de aprimorar o cuidado de transição e promover a eficácia terapêutica para a população idosa.

## **CONCLUSÃO**

Com base na análise da revisão da literatura realizada, pode-se afirmar que a transição e continuidade de cuidados é, ainda, uma temática em desenvolvimento e em permanente evolução.

Apesar de persistirem desafios como a falta de padronização na prática clínica, a necessidade de coordenação e comunicação efetiva entre os diferentes níveis de cuidado e a falta de recursos adequados para apoiar a transição dos doentes, na revisão da literatura realizada destaca-se a importância da transição e continuidade de cuidados na promoção de uma alta estruturada e segura, na redução do tempo de internamento

hospitalar, na minimização de complicações pós-alta e na promoção da independência dos doentes.

A literatura destaca a importância de envolver a família na transição do doente, começando durante o internamento com a colheita de dados e compreensão das redes de apoio. A transição deve ser planeada de forma estruturada e segura, com uma avaliação holística pela equipa multidisciplinar. O envolvimento ativo do doente e da família, a comunicação efetiva e a capacitação são essenciais para uma transição saudável. O acompanhamento pós-alta em domicílio, seja presencial ou por telefone, é sugerido, assim como o uso de instrumentos para avaliar a qualidade da alta e a probabilidade de reinternamento.

No contexto da ER os artigos mencionam o papel importante do EEER na transição e continuidade de cuidados, especialmente devido ao seu papel na prestação de cuidados durante o internamento hospitalar. No entanto, a evidência científica específica sobre as intervenções do EEER na transição de cuidados ainda é limitada, pondo em foco outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar. Além disso, a maioria dos artigos existentes referem-se a sistemas de saúde estrangeiros, que apresentam características diferentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Embora ainda haja limitações na evidência científica específica para a ER, da revisão da literatura destaca -se a importância da transição e continuidade de cuidados na restauração dos sistemas de saúde e na promoção da independência dos doentes. É por isso fulcral, que mais estudos sejam realizados para investigar as melhores práticas de ER na transição e continuidade de cuidados, com foco nas necessidades dos doentes com múltiplas comorbilidades e dependências que requerem cuidados de enfermagem especializados.

**APÊNDICE IV – Consentimento informado, livre e esclarecido, para participar em investigação de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR EM  
INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A  
CONVENÇÃO DE OVIEDO**

Participante Nº \_\_\_\_\_

Eu, Ana Sofia Pratas Romão, Enfermeira, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º \_\_\_\_\_, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de setúbal, encontro-me a realizar o Estágio Final, no qual desenvolvo o Projeto de intervenção com o tema “*Cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da transição de cuidados do doente*”.

O projeto tem como objetivos: potencializar/maximizar a funcionalidade da pessoa através de intervenções promotoras de uma transição segura; elaborar um programa de enfermagem de reabilitação com vista ao aumento da funcionalidade da pessoa; capacitar o cuidador para lidar e cuidar da pessoa no processo de transição e contribuir para a validação da escala “Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-s) Instrument©2018” e consiste na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação: avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e avaliação de resultados. A intervenção terapêutica, decorre do plano de cuidados personalizado, fundamentado, com base em evidências e/ou recomendações de Comissões científicas, validado pelos supervisores e orientadores e é realizado com supervisão de enfermeiro especialista.

A participação no presente projeto é livre e voluntária, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo e caso pretenda pode cessar a participação em qualquer etapa do procedimento sem que essa decisão lhe cause qualquer dano.

Disponibilizo-me para prestar todos os esclarecimentos que entenda necessários. No caso de se encontrar totalmente esclarecido e concordar com o proposto, queira por favor assinar este documento.

Grata pela sua disponibilidade para colaborar no projeto de intervenção. Disponibilizo os meus dados e contactos, bem como da Professora Orientadora do Projeto:

Mestranda: Ana Sofia Pratas Romão Contactos: anaspromao@gmail.com, 914525261

Orientadora: Professora Maria José Bule Contactos: mjosebule@uevora.pt, 266730300

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que:

- Li e compreendi tudo o descrito no presente documento;
- Foi-me garantida a confidencialidade dos meus dados, sendo que este é o único documento onde consta a minha identificação;
- Foi-me dada a possibilidade de, em qualquer altura, desistir da participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências.
- Aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária e esclarecida forneço, para serem utilizados neste projeto de investigação.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caso não seja o próprio interveniente a assinar (por exemplo, por incapacidade). Solicita-se que seja indicado o tipo de ligação com o participante ou tipo de representação:

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE V- Medical Research Council Muscle Scale (MRC)**

### Escala MRC

0	Não há movimento;
1	Observa-se contração muscular, mas não há movimento;
2	O músculo move a articulação, mas não contra a gravidade;
3	O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade
4	O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada
5	<b>Força normal</b>

Segmentos		1ªAv.		2ª Av.		3ª Av.		4ªAv.	
MEMBRO SUPERIOR		D	E	D	E	D	E	D	E
Escapulo- umeral	Flexão								
	Extensão								
	Adução								
	Abdução								
	Rotação externa								
	Rotação interna								
Cotovelo	Flexão								
	Extensão								
Antebraço	Flexão								
	Extensão								
	Pronação								
	Supinação								
Punho	Flexão								
	Extensão								
Dedos	Flexão/extensão								
	Adução/abdução								
<b>MEMBRO INFERIOR</b>									
Coxo- Femoral	Flexão								
	Extensão								
	Adução								
	Abdução								
Joelho	Flexão								
	Extensão								
Tíbio- társica	Flexão plantar								
	Flexão dorsal								
Dedos	Flexão/extensão								
	Adução/abdução								

Fonte: Adaptado do Documento: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em ER. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

## **APÊNDICE VI- Medida de Independência Funcional**

**Medida de Independência Funcional (MIF)**

<b>Avaliação</b>	<b>1.º</b>	<b>2º</b>	<b>3.º</b>
<b>Autocuidados</b>			
<b>A – Alimentação</b>			
<b>B- Higiene Pessoal</b>			
<b>C – Banho (lavar o corpo)</b>			
<b>D – Vestir a metade superior</b>			
<b>E- Vestir a metade inferior</b>			
<b>F- Utilização da sanita</b>			
<b>Controlo de esfíncteres</b>			
<b>G - Bexiga</b>			
<b>H – Intestinal</b>			
<b>Mobilidade/transferências</b>			
<b>I – Leito, Cadeira, Cadeira de rodas</b>			
<b>J – Sanita</b>			
<b>K -Duche/banheira</b>			
<b>Locomoção</b>			
<b>L – Marcha / cadeira de Rodas</b>			
<b>M - Escadas</b>			
<b>Comunicação</b>			
<b>N – Compreensão (auditiva/visual)</b>			
<b>O – Expressão (vocal/ não vocal)</b>			
<b>Cognição Social</b>			
<b>P – Interação Social</b>			
<b>Q – Resolução de Problemas</b>			
<b>R - Memória</b>			
<b>Total</b>			
<b>NÍVEIS</b>	<b>7 – Independência completa (em segurança e em tempo normal)</b> <b>6 – Independência modificadas (recurso a dispositivo)</b>		<b>Sem ajuda</b>
	<b>Dependência modificada</b> <b>5 – Supervisão</b> <b>4 – Ajuda mínima (a pessoa realiza 75% ou mais)</b> <b>3 – Ajuda moderada (a pessoa realiza entre 50% a 75%)</b> <b>Dependência completa</b> <b>2 – Ajuda máxima (a pessoa realiza entre 25% a 50%)</b> <b>1 – Ajuda total (a pessoa realiza menos que 25%)</b>		<b>Com ajuda</b>

Fonte: Adaptado do Documento: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em ER.

Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

**APÊNDICE VII- Escala Mini Mental State Examination (MMSE)**

## Escala Mini Mental State Examination (MMSE)

### I. Orientação

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta.)

1. Em que ano estamos?
2. Em que mês estamos?
3. Em que dia do mês estamos? (Quanto são hoje?)
4. Em que estação do ano estamos?
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?)
6. Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?)
7. Em que distrito vive?
8. Em que terra vive?
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?)
10. Em que andar estamos?

### II. Retenção

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras. **Pera, gato, bola.** Repita as três palavras.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta.)

### III. Atenção e Cálculo

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair corretamente a partir do erro conta-se como um único erro.)

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faz-se em alternativa, uma outra: “Vou dizer-lhe” uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio. A palavra é **PORTA.**” (Dar 1 ponto por cada letra corretamente repetida.)

### IV. Evocação

(só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova da retenção.)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta.)

### V. Linguagem (Dar 1 ponto por cada resposta correta.)

1. Mostrar o relógio de pulso. “Como se chama isto?”
2. Mostrar o lápis. “Como se chama isto?”

3. Repetir a frase: “O RATO ROEU A ROLHA”.

4. “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”. (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_ Dobra ao meio \_\_\_\_\_ Coloca onde deve \_\_\_\_\_

5. Mostrar cartão com frase “FECHE OS OLHOS” (se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase). “Leia e cumpra o que diz neste cartão.”

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

6. “Escreva uma frase”. (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

Frase: \_\_\_\_\_

**VI. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta) Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia: TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos  $\geq 15$  pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade  $\geq 22$  pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade  $\geq 27$  pontos

Adaptado do Documento: Norma nº 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

**APÊNDICE XIII-Escala de equilíbrio de Berg**

### Escala de Equilíbrio de Berg

Parâmetros a avaliar	Avaliação		
Da posição sentado ---- para a posição de pé			
Ficar em pé sem apoio			
Sentado sem apoio			
Da posição de pé para a posição de sentado			
Transferências			
Ficar em pé com os olhos fechados			
Ficar em pé com os pés juntos			
Inclinar-se para a frente com o braço esticado			
Apanhar um objeto do chão			
Virar-se para olhar para trás			
Dar uma volta de 360 graus			
Colocar os pés alternadamente num degrau			
Ficar em pé com um pé à frente do outro			
Ficar em pé sobre uma perna			
<b>TOTAL</b>			

Adaptado de: Teixeira, S. P. (2014). Adaptação para a População Portuguesa da Escala de Avaliação Trunk Impairment Scale (TIS). Dissertação, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto - Instituto Politécnico do Porto, Vila Nova de Gaia Disponível em: [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4725/1/DM\\_SofiaTeixeira\\_2014.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4725/1/DM_SofiaTeixeira_2014.pdf)

### 1. Da posição de sentado para a posição de pé

*Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga.*

- 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

---

### 2. Ficar em pé sem apoio

*Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar. Se sentir dificuldade, diga*

- 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

Se a pessoa conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deve registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

---

### 3. Senta-se com as costas desapoiasadas mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco

*Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos. Se sentir dificuldade, diga.*

- 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

---

### 4. Da posição de pé para a posição de sentado

*Instruções: Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos*

- 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- 0 Necessita de ajuda para se sentar

---

### 5. Transferências

*Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot". Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga.*

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa

- 0** **Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança**

---

**6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados**

*Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga.*

- 4** **Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos**  
 **3** **Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão**  
 **2** **Consegue manter-se em pé durante 3 segundos**  
 **1** **Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável**  
 **0** **Necessita de ajuda para evitar a queda**

---

**7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos**

*Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga*

- 4** **Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto**  
 **3** **Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão**  
 **2** **Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos**  
 **1** **Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos**  
 **0** **Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos**

---

**8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé**

*Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O ER coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o pessoa está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao pessoa que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)*

- 4** **Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)**  
 **3** **Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)**  
 **2** **Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)**  
 **1** **Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão**  
 **0** **Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo**

---

**9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé**

*Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.*

- 4** **Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança**  
 **3** **Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão**  
 **2** **Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma**

- 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

---

#### 10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé

*Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O ER pode pegar num objeto para o doente olhar e colocá-lo atrás do pessoa para encorajá-lo a realizar a rotação.*

- 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- 1 Necessita de supervisão ao virar
- 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

---

#### 11. Dar uma volta de 360 graus

*Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga*

- 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

---

#### 12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio

*Instruções: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco 4 vezes. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga*

- 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

---

#### 13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro

*Instruções: (DEMOSTRAR À PESSOA) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga*

- 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 2 Consegue dar um pequeno passo, independentemente. e permanecer por 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos

**0 Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé**

Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do doente deverá aproximar-se da sua passada normal

**14. Permanecer em pé sobre uma perna**

*Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga*

- 4 Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos**
- 3 Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos**
- 2 Consegue de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos**
- 1 Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente**
- 0 Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair**

**Score Total (Máximo = 56 pontos)**

---

**APÊNDICE IX- Instrumentos de Avaliação e Plano de cuidados P1**

## Instrumentos de Avaliação P1

### Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria periférica

Avaliação	1.º		2.º		3.º		4º		5º	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
<b>Tensão Arterial (mmhg)</b>	128/ 79	131/ 77	141/ 72	149/ 79	130/ 70	146/ 78	152/ 92	149/ 88	147/ 89	137/ 78
<b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>	46	57	53	58	42	53	51	60	48	54
<b>Frequência respiratória (rpm)</b>	18	18	16	18	14	18	14	17	NA	NA
<b>Temperatura (°C)</b>	36	NA	36	NA	35,5	NA	36,9	NA	36,1	NA
<b>SpO2 (%)</b>	100	100	100	100	100	100	100	99	99	NA

Legenda: NA- Não Avaliado

Tabela 1- Registo de avaliação de sinais vitais e Oximetria periférica P1

### Avaliação da dor pela Escala Visual Numérica (EVN)

Avaliação	1ª	2ª	3ª	4ª
<b>Intensidade</b>	<b>5/10</b>	<b>4/10</b>	<b>3/10</b>	<b>0/10</b>
<b>Localização</b>	Escapulo umeral á direita	Escapulo umeral á direita	Escapulo umeral á direita	NO
<b>Fatores de agravamento</b>	Mobilizações	Mobilizações	Mobilizações	-----
<b>Fatores de alívio</b>	Repouso + terapêutica analgésica SOS	Repouso Posicionamento antiálgico	Repouso Posicionamento antiálgico	-----

Legenda: NA- Não Avaliado NO- Não Observado

0 Corresponde a classificação "Sem Dor" e 10 classificação de "Dor Máxima

Tabela 2 – Registo da avaliação da dor P1

### Escala MRC-Medical Research Council Muscle Scale

Segmentos		1ª Av.		2ª Av.		3ª Av.	
MEMBRO SUPERIOR		D	E	D	E	D	E
<b>Escapulo- umeral</b>	Flexão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Adução	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Abdução	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Rotação externa	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Rotação interna	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Antebraço</b>	Pronação	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Supinação	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Punho</b>	Flexão	2/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	2/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	2/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
	Adução/abdução	2/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
<b>MEMBRO INFERIOR</b>							
<b>Coxo- Femoral</b>	Flexão	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Adução	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Joelho</b>	Flexão	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Tíbio- társica</b>	Flexão plantar	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Flexão dorsal	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Adução/abdução	4/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5

Tabela 3- Avaliação da força muscular pela Escala MRC P1

### Índice de Barthel

Autocuidados		1ªAv.	2ª Av.	3ª Av.
<b>Higiene Pessoal</b>	0 – Necessita de ajuda 5 – Independente	0	0	5
<b>Ir à casa de banho</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	5	5	5
<b>Alimentação</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	5	5	10
<b>Transferência</b>	0 – Dependente 5 – Ajuda maior 10 – Ajuda menor 15 – Independente	5	5	10
<b>Mobilidade</b>	0 – Impossível 5 – Independente em cadeira de rodas 10 – Marcha com ajuda de uma pessoa 15 - Independente	10	10	10
<b>Vestir</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	5	5	10
<b>Escadas</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	5	5	5
<b>Banho</b>	0 – Dependente 5 – Independente	0	5	5
<b>Evacuar</b>	0 – Incontinente 5 – Acidente ocasional 10 - Continente	5	5	5
<b>Urinar</b>	0 – Incontinente ou algaliado 5 – Acidente ocasional 10 – Continente	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>45</b>	<b>65</b>

Tabela 4 – Registo da dependência pela escala de Barthel P1

### **Escala de Berg**

Parâmetros a avaliar	Avaliações		
	1ª	2ª	3ª
Da posição sentado para a posição de pé;	3	3	3
Ficar em pé sem apoio;	3	3	4
Sentado sem apoio;	3	3	4
Da posição de pé para a posição de sentado;	2	3	3
Transferências;	2	3	3
Ficar em pé com os olhos fechados;	2	3	4
Ficar em pé com os pés juntos;	2	3	4
Inclinar-se para a frente com o braço esticado;	2	3	3
Apanhar um objeto do chão;	2	3	4
Virar-se para olhar para trás;	2	3	3
Dar uma volta de 360 graus;	1	2	3
Colocar os pés alternadamente num degrau;	1	2	3
Ficar em pé com um pé à frente do outro;	2	3	3
Ficar me pé sobre uma perna;	1	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>28/56</b>	<b>39/56</b>	<b>47/56</b>

Tabela 5 – Registo da avaliação do Equilíbrio pela Escala de Berg P1

**Medida de Independência Funcional (MIF)**

<b>Avaliação</b>	<b>1.º</b>	<b>2.º</b>	<b>3-º</b>
<b>Autocuidados</b>			
A – Alimentação	4	5	6
B – Higiene Pessoal	3	4	5
C – Banho (lavar o corpo)	3	4	5
D – Vestir a metade superior	3	4	5
E - Vestir a metade inferior	3	4	5
F- Utilização da sanita	3	4	5
Controlo de esfínteres			
G - Bexiga	3	4	5
H – Intestinal	3	3	5
<b>Mobilidade/transferências</b>			
I – Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	3	4	5
J – Sanita	3	4	5
<b>K -Duche/banheira</b>	3	4	5
<b>Locomoção</b>			
L – Marcha / cadeira de Rodas	3	4	6
M - Escadas	---	4	5
<b>Comunicação</b>			
N – Compreensão (auditiva/visual)	5	5	6
O – Expressão (vocal/ não vocal)	2	3	4
<b>Cognição Social</b>			
P – Interação Social	4	5	6
Q – Resolução de Problemas	2	3	4
R - Memória	5	5	6
<b>Total</b>	<b>55/126</b>	<b>73/126</b>	<b>93/126</b>

7 – Independência completa (em segurança e em tempo normal)

6 – Independência modificadas (recurso a dispositivo)

Sem ajuda

NÍVEIS

**Dependência modificada**

**5 – Supervisão**

**4 – Ajuda mínima (a pessoa realiza 75% ou mais)**

**3 – Ajuda moderada (a pessoa realiza entre 50% a 75%)**

**Dependência completa**

**2 – Ajuda máxima (a pessoa realiza entre 25% a 50%)**

**1 – Ajuda total (a pessoa realiza menos que 25%)**

**Com ajuda**

Tabela 6 – Registo da avaliação da MIF P1

## Plano de Cuidados

### FOCO: EQUILÍBRIO CORPORAL

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<b>Equilíbrio corporal comprometido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equilíbrio estático melhorado;</li> <li>Equilíbrio dinâmico melhorado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar o doente dos procedimentos e a sua finalidade</li> <li>Promover um ambiente seguro, calmo e facilitador durante os exercícios</li> <li>Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé recorrendo à Escala de Equilíbrio de Berg.</li> </ul>	<p><b>Avaliação inicial</b> <b>Escala de Berg: 28</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado.</li> <li>Realizou levante utilizando o apoio dos membros superiores.</li> <li>Mostrou equilíbrio estático ortostático</li> <li>Equilíbrio dinâmico ortostático alterado para: alternância unipodal; contorno de obstáculos, mudança direção</li> <li>Necessitou de apoio do corrimão durante os exercícios de alternância de carga nos membros inferiores</li> <li>Não apresenta consciência entre a relação equilíbrio comprometido e risco de cair</li> </ul>
<b>Potencial para melhorar a consciência da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de cair</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar, instruir e treinar a utilização de calçado adequado, fechado, com sola antiderrapante para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança.</li> <li>Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair</li> <li>Ensinar, instruir e treinar a técnica de levante.</li> </ul>	
<b>Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios para treino de equilíbrio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento sobre exercícios para treino de equilíbrio melhorado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de treino de equilíbrio:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Alternância de carga nos membros superiores (faixas elásticas);</li> <li>→ Alternância de carga nos membros inferiores;</li> <li>→ Apoio unipodal;</li> <li>→ Contorno de obstáculos (carro de pensos e terapêutica);</li> </ul> </li> <li>Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e ortostático.</li> </ul>	<p><b>Avaliação intermedia</b> <b>Escala de Berg: 39</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado</li> <li>Equilíbrio estático ortostático sem alterações</li> <li>Equilíbrio dinâmico ortostático melhorado</li> <li>Executou exercícios de alternância de carga nos membros inferiores sem necessidade de apoio.</li> <li>Subiu escadas com apoio do corrimão</li> </ul>

<b>Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios para treino de equilíbrio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio melhorada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio recorrendo a produtos de apoio:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Corrimão.</li> </ul> </li> <li>Incentivar a treinar o equilíbrio corporal.</li> <li>Ensinar, instruir e treinar a técnica de correção postural.</li> <li>Reforçar positivamente o esforço realizado pelo doente durante os exercícios</li> <li>Realizar registos de ER.</li> </ul>	<p><b>Avaliação final</b>  <b>Escala de Berg: 47</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático sem alterações</li> <li>Equilíbrio Dinâmico ortostático melhorado.</li> <li>Tomou consciência entre a relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair</li> <li>Tem conhecimento sobre os exercícios para treino de equilíbrio/</li> <li>É capaz executar os exercícios para treino de equilíbrio</li> </ul>
---	--	---	--

**FOCO: MOVIMENTO MUSCULAR**

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<b>Movimento muscular comprometido, em grau moderado [M. Superior Direito]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar o movimento muscular.</li> <li>Preservar a flexibilidade.</li> <li>Manter a integridade das estruturas articulares.</li> <li>Aumentar a força muscular.</li> <li>Prevenir a instalação de espasticidade e as suas complicações.</li> <li>Reeducar o mecanismo do reflexo postural.</li> <li>Reeducar a imagem psicossensorial e psico-motora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar da força muscular recorrendo à Escala de Força Muscular Medical Research Council.</li> <li>Observar e Avaliar o processo clínico: historial de saúde e exames complementares de diagnóstico;</li> <li>Informar o doente dos procedimentos e a sua finalidade</li> <li>Promoção de uma ambiente seguro, calmo e facilitador durante os exercícios</li> <li>Executar técnica de exercícios musculares e articulares (Exercícios Passivos, Ativos/Assistidos E Ativos/Resistidos) incorporando todos os segmentos articulares dos membros superiores, atendendo o limite da dor e esforço, incluindo:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilizações Passivas do ombro bilateral: <u>2 séries</u></li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Avaliação inicial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizou as atividades terapêuticas com assistência em grau reduzido.</li> <li>Mostrou dificuldade na mobilização do cotovelo durante a extensão e flexão.</li> <li>Apresentou dificuldade a realizar a extensão e flexão dos dedos.</li> <li>Demonstrou potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</li> <li>Mostrou algum desinteresse e dificuldade em focar-se perante a distrações que a rodeiam, durante os ensinamentos acerca dos diferentes tipos de exercícios musculares articulares que pode realizar.</li> </ul>

de 5 repetições:

- Mobilizações Ativas/Assistidas e Ativas/ Resistidas: 2 séries de 5 repetições:
  - Articulação ombro: extensão / flexão / adução / abdução /Rotação Lateral / Rotação medial
  - Articulação do cotovelo: Extensão /Flexão
  - Articulação do antebraço: Pronação/supinação
  - Articulação punho: Flexão / Extensão
  - Articulação dedos: Flexão / Extensão/ Adução / Abdução/ Oponência polegar
- Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos: Auto -mobilizações
- Incentivar a realização de atividades terapêuticas:
  - Auto mobilizações;
  - Ponte;
  - Rotação controlada da anca;
  - Rolar.
- Executar a realização de atividades terapêuticas.
- Executar técnicas de exercitação músculo articular através do uso de dispositivos.
- Realizar o movimento respeitando o alinhamento corporal e as amplitudes máximas adequadas à sua situação clínica
- Executar técnica de exercitação músculo articular ativa-resistida com recurso a faixas elásticas.

· **Avaliação Intermedia\_1**

- Executou técnica de exercitação músculo articular ativa-assistida e ativa-resistida, com maior foco sobre o membro superior direito.
  - Mostrou dificuldade na mobilização do cotovelo durante a extensão e flexão.
  - Apresentou dificuldade a realizar a extensão e flexão dos dedos.
  - Realizou auto mobilizações planeadas
  - Cumpriu plano estabelecido inicialmente, sem mostrar desinteresse
  - Aceitou quando foi feita correção do modo como realizar os exercícios.
- 

**Avaliação Intermedia\_2**

- Foi capaz de realizar exercícios músculo articulares ativo-resistidos com recurso a faixas elásticas
  - Melhorou força e movimento muscular durante a mobilização do cotovelo durante a extensão e flexão
  - Melhorou força e movimento muscular durante exercícios de extensão e flexão dos dedos.
  - Executou exercícios articulares e musculares de forma autónoma
-

**Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.**

- Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.

- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.
- Ensinar sobre exercícios músculo- articulares.
- Ensinar sobre técnica de posicionamento.
- Instruir exercícios musculares.
- Instruir a exercitação músculo- articular.
- Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício músculo - articular.
- Ensinar sobre o processo patológico:
  - Complicações;
  - Controlo da HTA;
  - Regime farmacológico.
- Ensinar sobre estilos de vida saudáveis:
  - Alimentação;
  - Atividade física.

**Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.**

- Melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.

- Avaliar potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
- Instruir exercícios musculares.
- Instruir a exercitação músculo -articular.
- Instruir a posicionar-se.
- Treinar a técnica de exercitação músculo- articular.
- Treinar a posicionar-se.
- Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.

**Avaliação final**

- Tem conhecimento e é capaz de realizar exercícios musculares e articulares no membro superior autonomamente
- Movimento corporal melhorado no M. Superior direito

FOCO: AUTOCUIDADO			
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Autocuidado dependente, em grau moderado: Higiene</b></p> <p><b>Potencial para melhorar a capacidade para tomar banho;</b></p> <p><b>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para tomar banho;</b></p> <p><b>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para tomar banho;</b></p> <p><b>Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo de apoio para tomar banho;</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover higiene, conforto e sensação de bem-estar da pessoa.</li> <li>▪ Promover a reeducação funcional sensório motora.</li> <li>▪ Aumentar a autoestima e confiança da pessoa.</li> <li>▪ Capacidade para tomar banho melhorada;</li> <li>▪ Conhecimento sobre técnica de adaptação para tomar banho melhorado;</li> <li>▪ Capacidade para usar técnica de adaptação para tomar banho melhorada;</li> <li>▪ Conhecimento sobre dispositivo de apoio para tomar banho melhorado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para realizar o autocuidado recorrendo a escala MIF.</li> <li>- Incentivar a enumerar e reunir o material necessário para a realização do autocuidado- higiene</li> <li>- Incentivar a facilitação cruzada.</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar o autocuidado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Higiene</li> </ul> </li> <li>- Incentivar o autocuidado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Higiene</li> </ul> </li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Barras de apoio no duche;</li> <li>→ Banco de duche;</li> </ul> </li> <li>- Incentivar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Barras de apoio no poliban;</li> <li>→ Banco de duche;</li> </ul> </li> <li>- Incentivar a família a trazer roupa, calçado e objetos pessoais de higiene próprios.</li> <li>- Incentivar a utilização dos seus objetos e produtos de higiene pessoal.</li> </ul>	<p><b>Avaliação inicial</b></p> <p><b>MIF – 55</b> dependência modificada (assistência até 50% da tarefa);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrou não ser capaz de Reunir todo o material necessário de higiene.</li> <li>• Necessitou de ajuda para lavar o terço inferior dos membros inferiores e zona dorsal.</li> <li>• Treinou a utilização de produtos de apoio com barra de apoio e banco de duche.</li> <li>• Demonstrou pouca confiança e baixa autoestima durante o autocuidado</li> </ul> <hr/> <p><b>Avaliação Intermedia_1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessitou apenas de ajuda para lavar zona dorsal.</li> <li>• Apresentou maior habilidade para o uso dos dispositivos de apoio</li> <li>• Mostrou maior motivação para realização do autocuidado</li> </ul> <hr/> <p><b>Avaliação Intermedia_2</b></p> <p><b>MIF-73</b> dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrou já ser capaz de reunir todo o material necessário para a higiene.</li> <li>• Tomou banho sozinha com apoio de cadeira de banho e barras de apoio</li> </ul>

<p><b>Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho;</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho melhorada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar positivamente o esforço realizado pelo doente durante a higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentou motivação para aprender mais habilidades e técnicas</li> <li>• Demonstrou vontade na realização da higiene oral e pentear o cabelo.</li> </ul>
<p><b>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para tomar banho</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhecimento sobre adaptação do domicílio para tomar banho melhorado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas de conservação de energia:             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Estabelecer um plano com o doente sobre as tarefas que vão ser realizadas</li> <li>→ Adotar técnicas de descanso e relaxamento:</li> <li>→ Assistir a pessoa a adotar técnicas de descanso e relaxamento</li> <li>→ Incentivar a correção postural;</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Avaliação Final</b></p> <p><b>MIF- 93</b> dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorou capacidade para tomar banho             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomou banho sozinha com apoio de cadeira de banho e barras de apoio</li> <li>- Reuniu material de higiene para o autocuidado de forma autónoma</li> </ul> </li> <li>• Melhorou Conhecimento e é capaz sobre de usar técnica de adaptação para tomar banho</li> <li>• Melhorou Conhecimento e utiliza dispositivo de apoio para tomar banho</li> </ul>

**FOCO: ANDAR**

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Capacidade para Andar comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhorar a capacidade para andar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar da força muscular recorrendo à Escala de Força Muscular Medical Research Council.</li> <li>- Avaliar o andar.</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a técnica de marcha.</li> </ul>	<p><b>Avaliação inicial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrou ser capaz andar por distâncias curtas (5m)</li> <li>• Em grandes distâncias necessitou de apoio do corrimão para se sentir segura ou apoio unilateral.</li> <li>• Dificuldade em identificar/evitar obstáculos.</li> </ul>

<b>Potencial para melhorar a capacidade para andar</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar a andar.</li><li>- Assistir no andar.</li><li>- Ensinar, instruir e treinar o subir e descer escadas com apoio do corrimão.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizou treino de marcha assistida por distância aproximada de 30m (15 + 15 com pausa para descanso).</li><li>• Utilizou pontos de descanso (parede) e apoio (cadeira) para descanso por apresentar esforço respiratório moderado</li></ul>
<b>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para andar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Conhecimento sobre técnica de adaptação para andar melhorado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas de conservação de energia:<ul style="list-style-type: none"><li>→ Estabelecer a distância a percorrer;</li><li>→ Definir pontos de repouso ao longo do percurso;</li><li>→ Assumir as posições de descanso e relaxamento.</li></ul></li><li>- Treinar o contorno de obstáculos.</li></ul>	<b>Avaliação intermédia_1</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Demonstrou maior confiança e capacidade para andar sem apoio.</li><li>• Foi capaz de percorrer uma distância aproximada de 30m com pausa para descanso.</li><li>• Subiu e desceu ate metade do lance de escadas (6 degraus) com apoio do corrimão, demonstrou insegurança.</li><li>• Otimizou a ventilação através das técnicas aprendidas</li></ul>
<b>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para andar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Capacidade para usar técnica de adaptação para andar melhorado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Treinar a tolerância ao esforço:<ul style="list-style-type: none"><li>→ Marcha a 30m;</li><li>→ Marcha a 60m;</li><li>→ Subida e descida de escadas.</li></ul></li><li>- Ensinar a técnica respiratória.</li><li>- Ensinar, instruir e treinar a correção postural.</li><li>- Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado<ul style="list-style-type: none"><li>→ Roupas ajustadas ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente.</li><li>→ O calçado deve ser fechado e com antiderrapante.</li></ul></li></ul>	<b>Avaliação intermédia_2</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conseguiu realizar uma distância aproximada de 60m (30 + 30 com pausa para descanso)</li><li>• Otimizou a ventilação através das técnicas aprendidas</li><li>• Apresentou postura correta</li><li>• Foi capaz de reconhecer e contornar obstáculos no percurso</li><li>• Demonstrou capacidade para tolerar o esforço e capacidade para executar técnica respiratória associada a períodos de descanso.</li></ul> <b>Avaliação Final</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidade para andar melhorada</li><li>• Melhorou conhecimento e é capaz de usar técnica de adaptação para andar.</li></ul>

FOCO: QUEDA			
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<b>Risco de queda, em grau elevado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Diminuir o risco de queda.</li> <li>· Prevenir a ocorrência de queda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o risco de queda, utilizando Escala de Quedas de Morse</li> <li>- Promover a utilização da placa identificativa do Alto risco de Queda, de acordo com norma em vigor no SMI.</li> <li>- Identificar os fatores de risco para a ocorrência de queda:               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Alteração do campo visual;</li> <li>→ Alteração do equilíbrio corporal;</li> <li>→ Diminuição da capacidade para realizar o autocuidado higiene em segurança;</li> <li>→ Alteração da marcha.</li> </ul> </li> <li>- Estabelecer estratégias que permitam eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco de queda identificados</li> <li>- Otimizar ambiente físico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Disponibilizar a campainha e objetos de maior necessidade perto da pessoa, de modo a que, quando sejam necessários, estejam facilmente acessíveis.</li> <li>→ Garantir que as rodas da cama e do cadeirão se encontram travadas sempre que as utiliza.</li> <li>→ Manter o plano da cama baixo ao mínimo, de modo a facilitar o levantar e transferência de forma</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Avaliação inicial</b> <b>Escala de Quedas de Morse:110</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Identificado alto risco de queda, procedeu-se de acordo com Norma em vigor no SMI.</li> <li>· Foram identificados fatores de risco para a queda:           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Equilíbrio corporal comprometido,</li> <li>→ Capacidade para realizar o autocuidado higiene alterado</li> <li>→ Andar comprometido</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p><b>Avaliação intermédia_1</b> <b>Escala de Quedas de Morse:110</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Doente faz levantar e transferência com necessidade de apoio dos M. Superiores.</li> <li>· Utilizou Barras de apoio e banco de duche para realizar o banho em segurança.</li> <li>· Utilizou calçado fechado, com sola antiderrapante.</li> <li>· Realizou marcha com necessidade de apoio unilateral.</li> <li>· Não teve ocorrência de queda.</li> </ul>

- segura.
- Manter o corredor de passagem livre de obstruções que limitem ou impossibilitem o andar.
  - Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado
    - Roupas ajustadas ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente.
    - O calçado deve ser fechado e com antiderrapante.
  - Assistir a pessoa no levantar e transferência.
  - Assistir no andar.
  - Incentivar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado:
    - Barras de apoio no polibanco e sanitário;
    - Banco de duche;
  - Solicitar informações acerca do ambiente domiciliário de modo a identificar fatores de risco de queda.
  - Ensinar acerca da importância do ambiente seguro e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de acidentes.
  - Incentivar a pessoa a realizar levantar e transferência.
  - Incentivar a andar.
  - Supervisionar o andar.
  - Ensinar a família sobre o risco de queda e a sua prevenção.
  - Ensinar a família acerca das medidas de segurança para a prevenção de quedas a adotar na alta

#### **Avaliação intermédia\_2**

##### **Escala de Quedas de Morse:70**

- Mantém alto risco de queda, procedeu-se de acordo com Norma em vigor no SMI.
  - Identificou fatores de risco para a queda a nível do domicílio (presença de tapetes em muitas das divisões de casa, ausência de barra de apoio e banco de duche no chuveiro)
  - Realizou marcha em segurança identificando obstáculos e barreiras existentes
  - Não teve ocorrência de queda.
- 

#### **Avaliação Final**

##### **Escala de Quedas de Morse:70**

- Nomeou e validou a importância do ambiente seguro e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de acidentes.
- Melhorou conhecimento e é capaz de identificar fatores de risco de queda.
- Alta sem registo de queda

FOCO: DOR			
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<b>Dor Presente em grau moderado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Reduzir a Dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Observar e avaliar o processo clínico: historial de saúde e exames complementares de diagnóstico</li> <li>. Avaliação da dor através da Escala Visual Numérica (EVN)</li> <li>. Promover um ambiente seguro e calmo</li> <li>. Identificar fatores desencadeantes da dor</li> <li>. Executar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaxamento muscular através:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Aplicação de frio e aplicação de calor</li> <li>→ Massagem</li> </ul> </li> <li>- Técnica de imaginação guiada</li> <li>- Técnica de distração</li> <li>- Toque terapêutico</li> </ul> </li> <li>. Gerir analgesia               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Realizar registos de ER</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Avaliação Inicial</b>  <b>Dor avaliada na EVN- 5/10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Apresentou dor durante a realização dos exercícios musculares e articulares em particularmente na zona escapulo umeral á direita com pouca tolerância á realização dos mesmos.</li> <li>· Realizou analgesia em SOS</li> </ul> <hr/> <p><b>Avaliação intermédia_1</b>  <b>Dor avaliada na EVN- 4/10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Apresentou queixas álgicas apenas no final dos exercícios que tinham sido estabelecidos</li> <li>· Tolerou melhores exercícios musculares e articulares durante a RFM</li> </ul> <hr/> <p><b>Avaliação intermédia_2</b>  <b>Dor avaliada na EVN- 3/10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Redução de dor durante a mobilização nos exercícios musculares e articulares durante a RFM</li> </ul> <hr/> <p><b>Avaliação Final</b>  <b>Dor avaliada na EVN- 0/10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Doente tem alta com dor controlada</li> </ul>

(Fonte: Adaptado de versão CIPE 2015; Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação para elaboração dos respetivos Diagnósticos de Enfermagem e Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Praticas)

## **APÊNDICE X- Instrumentos de Avaliação P2**

## Instrumentos de Avaliação P2

### Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria periférica

Avaliação	1.º		2.º		3.º		4º		5º	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Fim
<b>Tensão Arterial (mmhg)</b>	98/ 59	101/ 61	100/ 52	109/ 59	100/ 50	106/ 58	102/ 53	109/ 60	107/ 59	107/ 58
<b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>	66	87	63	78	60	73	61	70	68	74
<b>Frequência respiratória (rpm)</b>	17	22	18	23	17	20	17	18	15	18
<b>Temperatura (°C)</b>	36,1	NA	36,4	NA	36,5	NA	36,9	NA	36,3	NA
<b>SpO2 (%)</b>	95	97	94	97	95	97	96	97	96	97

Legenda: NA- Não Avaliado

Tabela 1- Registo de avaliação de sinais vitais e Oximetria periférica P2

### Avaliação da dor pela Escala Visual Numérica (EVN)

Avaliação	1ª	2ª	3ª
<b>Intensidade</b>	<b>0/10</b>	<b>0/10</b>	<b>0/10</b>
<b>Localização</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>
<b>Fatores de agravamento</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>
<b>Fatores de alívio</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>

Legenda: NA- Não Avaliado NO- Não Observado

0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 classificação de “Dor Máxima

Tabela 2 – Registo da avaliação da dor P2

### **Escala MRC-Medical Research Council Muscle Scale**

		Avaliações					
Segmentos		1ª		2ª		3ª	
	Flexão	3/5		4/5		4/5	
	Extensão	2/5		4/5		4/5	
<b>Pescoço</b>	Flexão lateral	3/5		4/5		5/5	
	Rotação lateral	3/5		4/5		5/5	
		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>MEMBRO SUPERIOR</b>							
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Extensão	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Adução	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Abdução	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Rotação externa	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
	Rotação interna	3/5	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	4/5
	Extensão	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	4/5
<b>Antebraço</b>	Flexão	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	4/5
	Extensão	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	4/5
	Pronação	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	4/5
	Supinação	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	4/5
<b>Punho</b>	Flexão	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	3/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	3/5
	Adução/abdução	3/5	3/5	4/5	3/5	4/5	3/5
		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>MEMBRO INFERIOR</b>							
<b>Coxo-Femoral</b>	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
<b>Joelho</b>	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
<b>Tíbio-társica</b>	Flexão plantar	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Flexão dorsal	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Adução/abdução	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5

Tabela 3- Avaliação da força muscular pela Escala MRC P2

### Escala de Berg

Parâmetros a avaliar	Avaliações					
	1 <sup>a</sup>		2 <sup>a</sup>		3 <sup>a</sup>	
Da posição sentado para a posição de pé;	1		1		2	
Ficar em pé sem apoio;	1		1		2	
Sentado sem apoio;	3		3		4	
Da posição de pé para a posição de sentado;	0		0		1	
Transferências;	0		1		1	
Ficar em pé com os olhos fechados;	1		2		3	
Ficar em pé com os pés juntos;	1		1		2	
Inclinar-se para a frente com o braço esticado;	2		2		3	
Apanhar um objeto do chão;	1		1		2	
Virar-se para olhar para trás;	0		0		1	
Dar uma volta de 360 graus;	1		1		1	
Colocar os pés alternadamente num degrau;	0		0		0	
Ficar em pé com um pé à frente do outro;	0		0		1	
Ficar me pé sobre uma perna;	0		0		1	
<b>TOTAL</b>	<b>11/56</b>		<b>13/56</b>		<b>24/56</b>	

Tabela 5 – Registo da avaliação do Equilíbrio pela Escala de Berg da P2

### Medida de Independência Funcional (MIF)

Avaliação	1.º	2.º	3.º
<b>Autocuidados</b>			
A – Alimentação	4	5	6
B – Higiene Pessoal	3	4	5
C – Banho (lavar o corpo)	3	4	5
D – Vestir a metade superior	3	4	5
E - Vestir a metade inferior	3	4	5
F- Utilização da sanita	3	4	5
<b>Controlo de esfínteres</b>			
G - Bexiga	3	4	5
H – Intestinal	3	3	5
<b>Mobilidade/transferências</b>			
I – Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	3	4	5
J – Sanita	3	4	5
K -Duche/banheira	3	4	5
<b>Locomoção</b>			
L – Marcha / cadeira de Rodas	3	4	6
M - Escadas	---	4	5
<b>Comunicação</b>			
N – Compreensão (auditiva/visual)	5	5	6
O – Expressão (vocal/ não vocal)	2	3	4
<b>Cognição Social</b>			
P – Interação Social	4	5	6
Q – Resolução de Problemas	2	3	4
R - Memória	5	5	6
<b>Total</b>	<b>55/126</b>	<b>73/126</b>	<b>93/126</b>

7 – Independência completa (em segurança e em tempo normal)

6 – Independência modificadas (recurso a dispositivo)

Sem ajuda

NÍVEIS	<b>Dependência modificada</b> <b>5 – Supervisão</b> <b>4 – Ajuda mínima (a pessoa realiza 75% ou mais)</b> <b>3 – Ajuda moderada (a pessoa realiza entre 50% a 75%)</b> <b>Dependência completa</b> <b>2 – Ajuda máxima (a pessoa realiza entre 25% a 50%)</b> <b>1 – Ajuda total (a pessoa realiza menos que 25%)</b>	<b>Com ajuda</b>

Tabela 6 – Registo da avaliação da MIF P2

**APÊNDICE XI- Instrumentos de Avaliação P3**

## Instrumentos de Avaliação P3

### Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria periférica

Avaliações	1ª		2ª		3ª		4ª	
	Inicial	Fim	Inicial	Fim	Inicial	Fim	Inicial	Final
<b>Tensão Arterial (mmhg)</b>	120/ 57	138/ 68	116/ 61	146/ 65	130 /61	148/ 66	133/ 64	140/ 67
<b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>	66	75	72	88	66	90	62	67
<b>Frequência respiratória (rpm)</b>	16	---	15	---	16	---	17	---
<b>Temperatura (°C)</b>	36	--	36	--	37,4	37	36,2	--
<b>SpO2 (%)</b>	99	97	100	98	100	99	100	99

Tabela 1- Registo de avaliação de sinais vitais e Oximetria periférica P3

### Avaliação da dor pela Escala Visual Numérica (EVN)

Avaliação	1ª	2ª	3ª	4ª
<b>Intensidade</b>	<b>6/10</b>	<b>5/10</b>	<b>4/10</b>	<b>1/10</b>
<b>Localização</b>	Escapulo umeral á direita	Escapulo umeral á direita	Escapulo umeral á direita	Escapulo umeral á direita
<b>Fatores de agravamento</b>	Posicionamento Mobilização articulação	Mobilização articulação	Mobilização articulação	Mobilização articulação
<b>Fatores de alívio</b>	Analgesia SOS	Posicionamento antiálgico	Posicionamento antiálgico	Posicionamento antiálgico

Legenda: 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 classificação de “Dor Máxima”  
Tabela 2 – Registo da avaliação da dor P3

### Escala MRC-Medical Research Council Muscle Scale

Segmentos		1ª Av.		2ª Av.		3ª Av.		4ª Av.	
MEMBRO SUPERIOR		D	E	D	E	D	E	D	E
<b>Escapulo- umeral</b>	Flexão	0/5	3/5	0/5	3/5	1/5	3/5	1/5	3/5
	Extensão	0/5	3/5	0/5	3/5	1/5	3/5	1/5	3/5
	Adução	0/5	3/5	0/5	3/5	1/5	3/5	1/5	3/5
	Abdução	0/5	3/5	0/5	3/5	1/5	3/5	1/5	3/5
	Rotação externa	0/5	3/5	0/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5
	Rotação interna	0/5	3/5	0/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	0/5	3/5	1/5	3/5	1/5	3/5	2/5	3/5
	Extensão	0/5	3/5	1/5	3/5	1/5	3/5	2/5	3/5
<b>Antebraço</b>	Flexão	0/5	3/5	1/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5
	Extensão	0/5	3/5	1/5	3/5	2/5	3/5	2/5	3/5
	Pronação	0/5	3/5	1/5	3/5	2/5	3/5	3/5	3/5
	Supinação	0/5	3/5	1/5	3/5	2/5	3/5	3/5	3/5
<b>Punho</b>	Flexão	0/5	4/5	1/5	4/5	2/5	4/5	3/5	4/5
	Extensão	0/5	4/5	1/5	4/5	2/5	4/5	3/5	4/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	0/5	4/5	1/5	4/5	2/5	4/5	3/5	4/5
	Adução/abdução	0/5	4/5	1/5	4/5	2/5	4/5	3/5	4/5
<b>MEMBRO INFERIOR</b>									
<b>Coxo- Femoral</b>	Flexão	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5
	Extensão	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5
	Adução	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5
	Abdução	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5
<b>Joelho</b>	Flexão	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5
	Extensão	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5
<b>Tíbio- társica</b>	Flexão plantar	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5
	Flexão dorsal	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5
	Adução/abdução	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5

Tabela 3- Avaliação da força muscular pela Escala MRC P3

**Medida de Independência Funcional (MIF)**

Avaliação	1.º	2.º	3.º
<b>Autocuidados</b>			
A – Alimentação	1	2	2
B – Higiene Pessoal	1	2	3
C – Banho (lavar o corpo)	1	1	2
D – Vestir a metade superior	1	2	2
E - Vestir a metade inferior	1	1	1
F- Utilização da sanita	1	1	1
<b>Controlo de esfíncteres</b>			
G - Bexiga	1	1	1
H – Intestinal	1	1	1
<b>Mobilidade/transferências</b>			
I – Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	1	1	2
J – Sanita	1	1	2
K -Duche/banheira	1	1	2
<b>Locomoção</b>			
L – Marcha / cadeira de Rodas	1	1	1
M - Escadas	1	1	1
<b>Comunicação</b>			
N – Compreensão (auditiva/visual)	2	2	3
O – Expressão (vocal/ não vocal)	2	3	4
<b>Cognição Social</b>			
P – Interação Social	4	6	6
Q – Resolução de Problemas	1	2	2
R - Memória	2	4	4
<b>Total</b>	<b>24/126</b>	<b>33/126</b>	<b>40/126</b>

7 – Independência completa (em segurança e em tempo normal)

6 – Independência modificadas (recurso a dispositivo)

Sem ajuda

NÍVEIS	Dependência modificada 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (a pessoa realiza 75% ou mais) 3 – Ajuda moderada (a pessoa realiza entre 50% a 75%) Dependência completa 2 – Ajuda máxima (a pessoa realiza entre 25% a 50%) 1 – Ajuda total (a pessoa realiza menos que 25%)	Com ajuda

Tabela 4– Registo da avaliação da MIF P3

### Índice de Barthel

Autocuidados		1ªAv.	2ª Av.	3ª Av.
<b>Higiene Pessoal</b>	0 – Necessita de ajuda 5 – Independente	0	0	5
<b>Ir à casa de banho</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	0	0
<b>Alimentação</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	5	5
<b>Transferência</b>	0 – Dependente 5 – Ajuda maior 10 – Ajuda menor 15 – Independente	0	5	5
<b>Mobilidade</b>	0 – Impossível 5 – Independente em cadeira de rodas 10 – Marcha com ajuda de uma pessoa 15 - Independente	0	0	0
<b>Vestir</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	0	5
<b>Escadas</b>	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	0	0
<b>Banho</b>	0 – Dependente 5 – Independente	0	0	0
<b>Evacuar</b>	0 – Incontinente 5 – Acidente ocasional 10 - Continente	0	0	0
<b>Urinar</b>	0 – Incontinente ou algaliado 5 – Acidente ocasional 10 – Continente	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>10</b>	<b>15</b>

Tabela 5 – Registo da dependência pela escala de Barthel P3

### Escala de Berg

Parâmetros a avaliar	Avaliações			
	1ªAv.	2ª Av.	3ª Av.	4ªAv.
<b>Da posição sentado para a posição de pé;</b>	0	0	0	0
<b>Ficar em pé sem apoio;</b>	0	0	0	0
<b>Sentado sem apoio;</b>	2	2	3	4
<b>Da posição de pé para a posição de sentado;</b>	0	0	0	0
<b>Transferências;</b>	0	0	0	0
<b>Ficar em pé com os olhos fechados;</b>	0	0	0	0
<b>Ficar em pé com os pés juntos;</b>	0	0	0	0
<b>Inclinar-se para a frente com o braço esticado;</b>	0	0	0	0
<b>Apanhar um objeto do chão;</b>	0	0	0	0
<b>Virar-se para olhar para trás;</b>	0	0	0	0
<b>Dar uma volta de 360 graus;</b>	0	0	0	0
<b>Colocar os pés alternadamente num degrau;</b>	0	0	0	0
<b>Ficar em pé com um pé à frente do outro;</b>	0	0	0	0
<b>Ficar me pé sobre uma perna;</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2/56</b>	<b>2/56</b>	<b>3/56</b>	<b>4/56</b>

Tabela 6 – Registo da avaliação do Equilíbrio pela Escala de Berg P3

## **APÊNDICE XII- Instrumentos de Avaliação P4**

## Instrumentos de Avaliação P4

### Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria periférica

Avaliações	1.º		2.º		3.º		4.º		5.º	
	Inicial	Fim	Inicial	Fim	Inicial	Fim	Inicial	Fim	Inicial	Fim
Tensão Arterial (mmhg)	140/ 67	148/ 68	146/ 61	156/ 68	143 /72	148/ 81	152/ 73	149/ 76	136/ 61	135/ 68
Frequência Cardíaca (bpm)	66	75	72	88	66	90	62	67	66	75
Frequência respiratória (rpm)	16	18	---	---	15	17	---	---	15	16
Temperatura (°C)	37,4	37,3	36,9	---	37,2	37	36,3	---	36,2	---
SpO2 (%)	98	97	98	98	98	99	99	99	100	99

Tabela 1- Registo de avaliação de sinais vitais e Oximetria periférica P4

### Avaliação da dor pela Escala Visual Numérica (EVN)

Avaliação	1ª	2ª	3ª
<b>Intensidade</b>	<b>7/10</b>	<b>4/10</b>	<b>1/10</b>
<b>Localização</b>	Articulação tibiotársica	Articulação tibiotársica	Articulação tibiotársica
<b>Fatores de agravamento</b>	Posicionamento Mobilização articulação	Carga na articulação Mobilização articulação	Marcha
<b>Fatores de alívio</b>	Analgesia SOS Crioterapia	Crioterapia Repouso	Repouso

Legenda: 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 classificação de “Dor Máxima

Tabela 2 – Registo da avaliação da dor P4

### Escala MRC-Medical Research Council Muscle Scale

Segmentos		1ªAv.		2ªAv.		3ªAv.	
<b>MEMBRO SUPERIOR</b>							
		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>Escapulo- umeral</b>	Flexão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Adução	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Abdução	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Rotação externa	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Rotação interna	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Antebraço</b>	Pronação	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
	Supinação	3/5	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
<b>Punho</b>	Flexão	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
	Adução/abdução	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
<b>MEMBRO INFERIOR</b>							
<b>Coxo- Femoral</b>	Flexão	4/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	4/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5
<b>Joelho</b>	Flexão	4/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5
<b>Tíbio- társica</b>	Flexão plantar	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
	Flexão dorsal	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5
	Adução/abdução	3/5	5/5	3/5	5/5	4/5	5/5

Tabela 3- Avaliação da força muscular pela Escala MRC P4

### **Medida de Independência Funcional (MIF)**

Avaliação	1.º	2.º	3.º
Autocuidados			
A – Alimentação	4	5	7
B – Higiene Pessoal	4	5	6
C – Banho (lavar o corpo)	4	5	6
D – Vestir a metade superior	3	5	6
E – Vestir a metade inferior	3	4	5
F- Utilização da sanita	3	5	6
Controlo de esfínteres			
G – Bexiga	4	6	7
H – Intestinal	4	5	7
Mobilidade/transferências			
I – Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	4	5	6
J – Sanita	4	5	6
K -Duche/banheira	3	5	6
Locomoção			
L – Marcha / cadeira de Rodas	3	4	6
M - Escadas	3	4	5
Comunicação			
N – Compreensão (auditiva/visual)	7	7	7
O – Expressão (vocal/ não vocal)	7	7	7
Cognição Social			
P – Interação Social	7	7	7
Q – Resolução de Problemas	5	6	6
R - Memória	6	7	7
<b>Total</b>	<b>78/126</b>	<b>97/126</b>	<b>113/126</b>

7 – Independência completa (em segurança e em tempo normal)  
 6 – Independência modificadas (recurso a dispositivo)

Sem ajuda

NÍVEIS	<b>Dependência modificada</b> <b>5 – Supervisão</b> <b>4 – Ajuda mínima (a pessoa realiza 75% ou mais)</b> <b>3 – Ajuda moderada (a pessoa realiza entre 50% a 75%)</b> <b>Dependência completa</b> <b>2 – Ajuda máxima (a pessoa realiza entre 25% a 50%)</b> <b>1 – Ajuda total (a pessoa realiza menos que 25%)</b>	Com ajuda

Tabela 4 – Registo da avaliação da MIF P4

### Escala de Berg

Parâmetros a avaliar	Avaliações					
	1 <sup>a</sup>		2 <sup>a</sup>		3 <sup>a</sup>	
Da posição sentado para a posição de pé;	3		3		4	
Ficar em pé sem apoio;	3		3		4	
Sentado sem apoio;	4		4		4	
Da posição de pé para a posição de sentado;	3		4		4	
Transferências;	3		3		4	
Ficar em pé com os olhos fechados;	4		4		4	
Ficar em pé com os pés juntos;	4		4		4	
Inclinar-se para a frente com o braço esticado;	2		3		3	
Apanhar um objeto do chão;	2		3		3	
Virar-se para olhar para trás;	2		2		3	
Dar uma volta de 360 graus;	3		3		3	
Colocar os pés alternadamente num degrau;	1		2		3	
Ficar em pé com um pé à frente do outro;	2		3		3	
Ficar me pé sobre uma perna;	1		2		2	
<b>TOTAL</b>	<b>37/56</b>	<b>NA</b>	<b>43/56</b>	<b>NA</b>	<b>48/56</b>	<b>NA</b>

Tabela 5 – Registo da avaliação do Equilíbrio pela Escala de Berg P4

## **APÊNDICE XIII- Instrumentos de Avaliação P5**

## Instrumentos de Avaliação P5

### Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria periférica

Avaliação	1.º		2.º		3.º		4.º	
Data	12/12		13/12		14/12		16/12	
	Inicial	Fim	Inicial	Fim	Inicial	Fim	Inicial	Fim
<b>Tensão Arterial (mmhg)</b>	107/ 68	112/ 60	102/ 65	116/ 67	114/ 74	118/ 80	103/ 69	118 /85
<b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>	100	105	88	95	95	105	83	89
<b>Frequência respiratória (rpm)</b>	17	21	18	22	18	23	17	19
<b>Temperatura (°C)</b>	36,0	---	36,2	---	36,7	---	35,9	---
<b>SpO2 (%)</b>	95	95	94	97	95	97	96	98

Tabela 1- Registo de avaliação de sinais vitais e Oximetria periférica P5

### Avaliação da dor pela Escala Visual Numérica (EVN)

Avaliações	1ª	2ª	3ª	4ª
<b>Intensidade</b>	0	0	0	0
<b>Localização</b>	---	---	---	---
<b>Fatores de agravamento</b>	---	---	---	---
<b>Fatores de alívio</b>	---	---	---	---

Legenda: 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 classificação de “Dor Máxima

Tabela 2 – Registo da avaliação da dor P5

### Escala MRC-Medical Research Council Muscle Scale

		Avaliações					
Segmentos		1ª		2ª		3ª	
	Flexão	2/5		3/5		4/5	
	Extensão	2/5		2/5		3/5	
<b>Pescoço</b>	Flexão lateral	2/5		3/5		4/5	
	Rotação lateral	2/5		3/5		4/5	
		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>MEMBRO SUPERIOR</b>							
<b>Escapulo- umeral</b>	Flexão	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5	0/5
	Adução	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5	0/5
	Abdução	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5	0/5
	Rotação externa	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5	0/5
	Rotação interna	3/5	0/5	3/5	0/5	4/5	0/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	3/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
<b>Antebraço</b>	Flexão	3/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Pronação	3/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Supinação	3/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
<b>Punho</b>	Flexão	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Adução/abdução	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>MEMBRO INFERIOR</b>							
<b>Coxo- Femoral</b>	Flexão	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5
	Adução	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5
	Abdução	3/5	0/5	3/5	0/5	3/5	0/5
<b>Joelho</b>	Flexão	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
<b>Tíbio- társica</b>	Flexão plantar	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Flexão dorsal	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
<b>Dedos</b>	Flexão/extensão	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5
	Adução/abdução	4/5	0/5	4/5	0/5	4/5	0/5

Tabela 3- Avaliação da força muscular pela Escala MRC P5

### Medida de Independência Funcional (MIF)

Avaliação	1.º	2.º	3.º
<b>Autocuidados</b>			
<b>A – Alimentação</b>	1	1	1
<b>B – Higiene Pessoal</b>	1	1	1
<b>C – Banho (lavar o corpo)</b>	1	1	1
<b>D – Vestir a metade superior</b>	1	1	1
<b>E - Vestir a metade inferior</b>	1	1	1
<b>F- Utilização da sanita</b>	1	1	1
<b>Controlo de esfíncteres</b>			
<b>G - Bexiga</b>	1	1	1
<b>H – Intestinal</b>	1	1	1
<b>Mobilidade/transferências</b>			
<b>I – Leito, Cadeira, Cadeira de rodas</b>	1	1	1
<b>J – Sanita</b>	1	1	1
<b>K -Duche/banheira</b>	1	1	1
<b>Locomoção</b>			
<b>L – Marcha / cadeira de Rodas</b>	1	1	1
<b>M - Escadas</b>	1	1	1
<b>Comunicação</b>			
<b>N – Compreensão (auditiva/visual)</b>	2	4	5
<b>O – Expressão (vocal/ não vocal)</b>	2	4	5
<b>Cognição Social</b>			
<b>P – Interação Social</b>	1	3	5
<b>Q – Resolução de Problemas</b>	1	2	3
<b>R - Memória</b>	1	3	5
<b>Total</b>	<b>20/126</b>	<b>29/126</b>	<b>36/126</b>

7 – Independência completa (em segurança e em tempo normal)

6 – Independência modificadas (recurso a dispositivo)

Sem ajuda

NÍVEIS

**Dependência modificada**

**5 – Supervisão**

**4 – Ajuda mínima (a pessoa realiza 75% ou mais)**

**3 – Ajuda moderada (a pessoa realiza entre 50% a 75%)**

**Dependência completa**

**2 – Ajuda máxima (a pessoa realiza entre 25% a 50%)**

**1 – Ajuda total (a pessoa realiza menos que 25%)**

Com ajuda

Tabela 4 – Registo da avaliação da MIF P5

### **Escala de Berg**

Parâmetros a avaliar	Avaliações		
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
Da posição sentado para a posição de pé;	0	0	0
Ficar em pé sem apoio;	0	0	0
Sentado sem apoio;	2	3	4
Da posição de pé para a posição de sentado;	0	0	0
Transferências;	0	0	0
Ficar em pé com os olhos fechados;	0	0	0
Ficar em pé com os pés juntos;	0	0	0
Inclinar-se para a frente com o braço esticado;	0	0	0
Apanhar um objeto do chão;	0	0	0
Virar-se para olhar para trás;	0	0	0
Dar uma volta de 360 graus;	0	0	0
Colocar os pés alternadamente num degrau;	0	0	0
Ficar em pé com um pé à frente do outro;	0	0	0
Ficar me pé sobre uma perna;	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2/56</b>	<b>3/56</b>	<b>4/56</b>

Tabela 5 – Registo da avaliação do Equilíbrio pela Escala de Berg P5

**APÊNDICE XIV- Instrumentos de Avaliação e Plano de cuidados P6**

## Instrumentos de Avaliação P6

**Resultados da avaliação pela escala de Barthel**

Avaliação		1ª	2ª	3ª	4ª
<b>Alimentação</b>	0 – Dependente 5 – Precisa de alguma ajuda (por ex. para cortar alimentos) 10 – Independente	10	10	10	10
<b>Transferência</b>	0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado 5 – Precisa de alguma ajuda 10 – Precisa de alguma ajuda 15 – Independente	10	10	15	15
<b>Toalete</b>	0 – Dependente, necessita de ajuda 5 – Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	0	5	5	5
<b>Utilizar o WC</b>	0 – Dependente 5 – Precisa de alguma ajuda 10 – Independente	5	5	0	0
<b>Banho</b>	0 – Dependente, necessita de alguma ajuda 5 – Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	0	0	5	5
<b>Mobilidade</b>	0 – Imóvel 5 – Independente em cadeira de rodas 10 – Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão	10	10	10	15
<b>Subir e descer Escadas</b>	0 – Dependente 5 – Precisa de ajuda 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas	0	0	5	10
<b>Vestir</b>	0 – Impossível 5 – Com de ajuda 10 – Independente	5	5	10	10
<b>Controlo Intestinal</b>	0 – Incontinente ou precisa de clisteres 5 – Acidente ocasional 10 – Controla perfeitamente, sem acidentes	10	10	10	10
<b>Controlo Urinário</b>	0 – Incontinente ou algaliado e incapaz de manejar a algália sozinho 5 – Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) 10 – Continente ou algaliado, capaz de manejar a algália sozinho	10	10	10	10
<b>Total</b>		<b>60</b>	<b>65</b>	<b>80</b>	<b>90</b>

Tabela 1 – Resultados da Avaliação pela Escala de Barthel P6

### **Avaliação de Sinais Vitais e Oximetrias periféricas**

Avaliação	1.º		2.º		3.º		4.º	
	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
<b>Tensão Arterial</b>	172/82	164/79	157/80	155/80	142/69	148/62	142/60	139/78
<b>Frequência Cardíaca</b>	57	61	58	64	59	68	57	61
<b>Frequência respiratória</b>	20	22	19	18	16	18	16	16
<b>Temperatura</b>	36,7		36,8		36,1		36,4	
<b>Dor</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SpO2</b>	94	96	95	96	96	97	96	98

Tabela 2 – Avaliação de Sinais Vitais e Oximetrias Periféricas P6

### **Resultados da Avaliação por Inspeção**

Avaliação	1.º		2.º		3.º		4.º	
	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
<b>Aporte de Oxigénio (L/min)</b>	2	1	1	1	0,5	AA	AA	AA
<b>Aerossolterapia</b>	N	N	N	N	N	N	N	N
<b>Simetria Torácica</b>	S	S	S	S	S	S	S	S
<b>Deformações do Tórax</b>	N	N	N	N	N	N	N	N
<b>Tipo de Respiração</b>	M	M	M	AD	AD	AD	AD	AD
<b>Ritmo</b>	I	I	I	I	R	R	R	R
<b>Amplitude</b>	D	D	D	D	NO	NO	NO	NO
<b>Musculatura acessória</b>	S	S	S	S	N	N	N	N
<b>Tosse</b>	IN/P	IN/P	IN/P	EF	EF	EF	EF	EF
<b>Secreções</b>	MP	MP	MP	MC	MC	MC	MC	MC
<b>Viscosidade</b>	ES	ES	ES	SF	SF	F	F	F

Legenda: AA- Ar ambiente; S - Sim; N - Não; NO - Normal, D - Diminuído; R - Regular; I - Irregular; M - Mista; AD – Abdomino-diafragmática; MP – Mucopurulenta, MC-Mucosas; ES – Espessa; SF- Semifluidas, F- Fluidas; IN - Ineficaz; EF - Eficaz; P - Produtiva; SE - Seca; AU – ausente;

Tabela 3 – Resultados da Avaliação por Inspeção P6

**Resultados da Avaliação por Palpação**

	Avaliação	1.º		2.º		3.º		4.º	
		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
Face Anterior do Tórax	Traqueia Centralizada	S	S	S	-	S	S	S	S
	Elasticidade	M	M	M	-	M	M	M	M
	FRÉMITO TÓRACO-VOCAL								
	1/3 Superior Direito	-	-	-	-	M	M	M	M
	1/3 Médio Direito	-	-	-	-	M	M	M	M
	1/3 Inferior Direito	-	-	-	-	M	M	M	M
	1/3 Superior Esquerdo	-	-	-	-	M	M	M	M
Face Posterior do Tórax	1/3 Médio Esquerdo	-	-	-	-	M	M	M	M
	1/3 Inferior Esquerdo	-	-	-	-	M	M	M	M
	FRÉMITO TÓRACO-VOCAL								
	1/3 Superior Direito	-	-	-	-	M	M	M	M
	1/3 Médio Direito	-	-	-	-	M	M	M	M
	1/3 Inferior Direito	-	-	-	-	M	M	M	M
	1/3 Superior Esquerdo	-	-	-	-	M	M	M	M
1/3 Médio Esquerdo	-	-	-	-	M	M	M	M	
1/3 Inferior Esquerdo	-	-	-	-	M	M	M	M	

Legenda: S - Sim; N - Não; M – Mantido A- Aumentado D - Diminuído; AU – ausente;  
Tabela 4 – Resultados da Avaliação por Palpação P6

**Resultados da Avaliação por Percussão**

Avaliação	1.º		2.º		3.º		4.º	
	Início	Fim	Início	Final	Início	Fim	Início	Fim
<b>Percussão torácica digito-digital</b>								
<b>– Face anterior do tórax</b>								
1/3 Superior Direito	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Médio Direito	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Inferior Direito	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Superior Esquerdo	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Médio Esquerdo	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Inferior Esquerdo	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
<b>Percussão torácica digito-digital</b>								
<b>– Face posterior do tórax</b>								
1/3 Superior Direito	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Médio Direito	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Inferior Direito	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Superior Esquerdo	-	-	SP	SP	SP	SP	-	-
1/3 Médio Esquerdo	-	-	M	M	SP	SP	-	-
1/3 Inferior Esquerdo	-	-	M	M	SP	SP	-	-

Legenda: SP – Som Claro Pulmonar; M – Maciço; HO – Hiposonoridade; HE- Hipersonoridade

Tabela 5 – Resultados da Avaliação por Percussão P6

**Resultados da Avaliação por Auscultação Pulmonar**

Avaliação		1.º		2.º		3.º		4.º									
		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim								
<b>AUSCULTAÇÃO ANTERIOR</b>																	
Lateralidade		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
<b>Murmúrio Vesicular</b>	1/3 Superior	M	M	M	M	M	M	-	-	M	M	M	M	M	M	M	M
	1/3 Médio	M	M	M	M	M	M	-	-	M	M	M	M	M	M	M	M
	1/3 Inferior	D	D	D	D	D	D	-	-	M	M	M	M	M	M	M	M
<b>Ruídos adventícios</b>	1/3 Superior	A	A	A	A	A	A	-	-	A	A	A	A	A	A	A	A
	1/3 Médio	S	S	S	S	A	A	-	-	A	A	A	A	A	A	A	A
	1/3 Inferior	R	R	R	R	D	D	-	-	A	A	A	A	A	A	A	A

Legenda: M – Mantido; D – Diminuído; A – Ausente; FC – Fervores Crepitantes; R - Roncos; S - Sibilos

Tabela 6 – Resultados da Avaliação por Auscultação Pulmonar – Auscultação Anterior

**Resultados da Avaliação por Auscultação Pulmonar**

Avaliação		1.º		2.º		3.º		4.º									
<b>AUSCUTAÇÃO POSTERIOR</b>																	
Lateralidade		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
<b>Murmúrio Vesicular</b>	1/3 Superior	M	M	M	M	M	M	-	-	M	M	M	M	M	M	M	M
	1/3 Médio	M	M	M	M	M	M	-	-	M	M	M	M	M	M	M	M
	1/3 Inferior	D	D	D	D	D	D	-	-	M	M	M	M	M	M	M	M
<b>Ruídos adventí-cios</b>	1/3 Superior	A	A	A	A	A	A	-	-	A	A	A	A	A	A	A	A
	1/3 Médio	A	A	A	A	A	A	-	-	A	A	A	A	A	A	A	A
	1/3 Inferior	S	S	S	S	A	A	-	-	A	A	A	A	A	A	A	A

Legenda: M – Mantido; D – Diminuído; A – Ausente; FC – Fervores Crepitantes; R - Roncos; S – Sibilos  
 Tabela 7 – Resultados da Avaliação por Auscultação Pulmonar – Auscultação Posterior

**Resultados da avaliação pela escala de Borg Modificada**

Avaliação	1.º		2.º		3.º		4.º	
	I	F	I	F	I	F	I	F
<b>Score escala de Borg modificada durante a RFR</b>	5	3	4	3	2	2	2	2
<b>Score escala de Borg modificada na marcha</b>	-	-	-	-	4	3	2	2

Legenda: 0 – Nenhuma; 0,5 – Muito, muito leve; 1 – Muito leve; 2 – Leve; 3 – Moderada; 4 – Pouco intensa; 5- Intensa; 7- Muito Intensa; 9 – Muito, muito intensa; 10 – Máxima

Tabela 8 – Resultados da Avaliação pela Escala de Borg Modificada

## Plano cuidados

### FOCO: DISPNEIA

Diagnóstico de Enfermagem: Dispneia funcional

Resultado de Enfermagem Esperado: Dispneia funcional melhorada

#### Objetivos

- ◆ Assegurar a permeabilidade das vias aéreas;
- ◆ Restabelecer um padrão respiratório eficaz;
- ◆ Redução da tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular;
- ◆ Prevenção e correção dos defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar;
- ◆ Melhorar a performance dos músculos respiratórios;
- ◆ Melhorar a tolerância ao esforço;
- ◆ Prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas;
- ◆ Melhorar a autonomia e o desempenho nas atividades de vida diária.

#### Intervenções:

- ◆ Consultar a informação clínica da pessoa incluindo os exames complementares de diagnóstico (Raio x de tórax, gasometria arterial, etc.).
- ◆ Avaliar os sinais vitais antes e depois da aplicação do programa de reeducação funcional respiratória.
- ◆ Avaliar o padrão respiratório (amplitude, ritmo e frequência).
- ◆ Avaliar e monitorizar a presença de sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, adejo nasal, utilização da musculatura acessória, etc.).
- ◆ Monitorizar saturação periférica de oxigénio antes e depois da aplicação do programa de reeducação funcional respiratória.
- ◆ Utilizar a escala de Borg Modificada, antes e depois do programa de reeducação funcional respiratória para avaliar a dispneia.
- ◆ Proceder à auscultação pulmonar antes e depois do programa de reeducação funcional respiratória.
- ◆ Ensinar, instruir e treinar as técnicas de reeducação funcional respiratória:
  - Posição de descanso e relaxamento.
  - Controlo da respiração através da consciencialização e dissociação dos tempos respi-

#### Avaliação Inicial: Borg:5

- ◆ Realiza oxigenioterapia por ON a 2L/min. Apresenta antes da RFR: FR – 20c/min, amplitude diminuída, ritmo irregular, padrão respiratório mista. SpO2: 94%, FC- 57ppm
- ◆ Á Auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído, simétrico.
- ◆ A pequenos /médios esforços (autocuidados higiene) apresenta cansaço, com aumento das FR 24c/min, SpO2 90% e FC 61ppm.
- ◆ Demonstrou interesse em participar nos exercícios propostos:
  - Controlo da respiração através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios.
  - Respiração abdomino-diafragmática.
- ◆ Apresenta dificuldade no controlo da respiração

- ratórios.
- **Respiração abdomino-diafragmática.**
  - **Reeducação diafragmática com resistência.**
  - **Reeducação costal seletiva.**
  - **Reeducação costal global com bastão.**
- ♦ **Realizar exercícios de correção postural e incentivar a pessoa a autocorriger os defeitos posturais, melhorando a ventilação.**
  - ♦ **Vigiar sinais de cansaço e realizar pausas entre exercícios.**
  - ♦ **Otimizar a ventilação através da administração de oxigenioterapia.**
  - ♦ **Gerir a oxigenioterapia.**
  - ♦ **Incentivar o reforço hídrico.**
  - ♦ **Registar as atividades realizadas, o grau de tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da pessoa**

- ♦ Não apresenta correta postura, com elevação de região escapular
- ♦ No final dos exercícios de RFR fica com FR 22c/min, SpO2 96% e FC 61ppm.

#### **Av. Intermedia 1: Borg: 4**

- ♦ Realiza oxigenioterapia por ON a 1L/min. Apresenta antes da RFR: FR – 19c/min, amplitude diminuída, ritmo irregular, padrão respiratório misto. SpO2: 95%, FC- 58ppm
- ♦ Á Auscultação pulmonar mantém murmúrio vesicular diminuído, simétrico.
- ♦ Treina as técnicas de reeducação funcional respiratória:
  - Posição de descanso e relaxamento.
  - Controlo da respiração através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios.
  - Respiração abdomino-diafragmática
- ♦ Capaz de realizar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios de forma autónoma
- ♦ Apresenta melhor correção postural na escapulo-umeral
- ♦ Mostra motivação em participar e na aprendizagem dos exercícios.
- ♦ No final dos exercícios apresenta cansaço a médios esforços, mas sem repercussão nas FR 18c/min, SpO2 96% e FC 64ppm.

#### **Av. Intermedia 2: Borg:2**

- ♦ A realizar oxigenioterapia por óculos nasais a

0,5l/m. Apresenta antes da RFR: FR – 16c/min, amplitude normal, ritmo regular, padrão respiratório abdomino-diafragmático. SpO2: 96%, FC-59ppm

- ◆ Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido, simétrico. Não se identificam outros ruídos.
- ◆ Eupneica em repouso com ritmo normal.
- ◆ Cumpre os exercícios estabelecidos de forma autónoma e após avaliação gasimétrica suspen- de O2. FR – 18c/min, amplitude normal, ritmo regular, padrão respiratório misto. SpO2: 95%, FC-58ppm

**Avaliação Final: Borg:2**

- ◆ Alta clínica sem oxigénio
- ◆ Apresenta correção postural adequada
- ◆ Tem alta autónoma na realização exercícios de:
  - Controlo da respiração através da consciencia- lização e dissociação dos tempos respiratórios.
  - Respiração abdomino-diafragmática
- ◆ Sabe reconhecer sinais de cansaço e adotar as posições de descanso e relaxamento

**Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a prevenção de dispneia funcional.**

**Resultado esperado: Melhorar o conhecimento sobre a prevenção e controlo da dispneia funcional.**

**Intervenções:**

- ◆ **Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre a dispneia e o controlo respiratório.**

**Avaliação Inicial:**

- ◆ Tem pouco conhecimento sobre dispneia mas mostra interesse no assunto, coloca questões

- ♦ **Ensinar sobre o processo patológico.**
- ♦ **Ensinar sobre as complicações do processo patológico.**
- ♦ **Ensinar a pessoa a colocar-se em posição de descanso e relaxamento:**
  - **Posição de descanso e relaxamento no leito**
  - **Posição de cocheiro sentado**
  - **Posição de cocheiro em pé**
- ♦ **Ensinar o controlo da respiração através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios.**
- ♦ **Ensinar a respiração abdomino-diafragmática.**
- ♦ **Ensinar exercícios de correção postural incentivando a pessoa a autocorriger os defeitos posturais, melhorando a ventilação.**
- ♦ **Ensinar a planear as atividades/autocuidados com alternância de períodos de repouso.**
- ♦ **Ensinar a administração correta da terapêutica inalatória, com o uso da câmara expansora, de forma a tornar a pessoa o mais autónoma possível no seu tratamento.**
- ♦ **Ensinar acerca dos sinais e sintomas de cansaço e realizar pausas entre atividades.**
- ♦ **Ensinar acerca da importância do reforço hídrico.**
- ♦ **Validar com a pessoa os ensinamentos realizados demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios.**
- ♦ **Registar as atividades realizadas, as potencialidades e cooperação da pessoa.**

acerca da informação fornecida.

- ♦ **Associa informação acerca da patologia à sua experiência.**
- ♦ **Não demonstra conhecimento sobre a prevenção da dispneia funcional.**
- ♦ **Não administra de forma correta a terapêutica inalatória com câmara expansora**

#### **Av. Intermedia 1:**

- ♦ **Muito interessada e participativa durante a realização dos exercícios.**
- ♦ **Demonstra ter assimilado conhecimentos acerca da dissociação e controlo dos tempos respiratórios.**
- ♦ **Descreve as posições de descanso e relaxamento.**
- ♦ **Na realização da inaloterapia necessário relembrar aspetos como: contagem entre inaladores e importância de ingestão de água.**

#### **Av. Intermedia 2:**

- ♦ **Possui conhecimentos que permitem realizar de forma independente a terapêutica inalatória com câmara expansora.**
- ♦ **É capaz de realizar o inspirometro de incentivo.**

#### **Avaliação Final**

- ♦ **Alta clínica. Validados ensinamentos realizados em sessões anteriores.**
- ♦ **Reforçado ensino acerca de estilos de vida saudáveis.**

**Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração.**

**Resultado esperado: Melhorar a capacidade que permita a otimização da respiração.**

**Intervenções:**

- ◆ Explicar o procedimento à pessoa, solicitando o seu consentimento e colaboração.
- ◆ Proporcionar um ambiente calmo e seguro que favoreça a concentração da pessoa nas atividades.
- ◆ Avaliar potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração.
- ◆ Instruir e treinar o assumir das posições de descanso e relaxamento.
  - Posição de descanso e relaxamento no leito
  - Posição de cocheiro sentado
  - Posição de cocheiro em pé
- ◆ Instruir e treinar o controlo da respiração através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios.
- ◆ Instruir e treinar a respiração abdomino-diafragmática.
- ◆ Instruir e treinar a correção postural em frente ao espelho.
- ◆ Instruir e treinar o planeamento das atividades/autocuidados com alternância de períodos de repouso.
- ◆ Instruir e treinar a administração correta da terapêutica inalatória, com o uso da câmara expansora.
- ◆ Registrar as atividades realizadas, o grau de tolerância, limitações, potencialidades e cooperação da pessoa.

**Avaliação Inicial**

- ◆ Não Demonstra capacidade para otimizar a respiração.
- ◆ Efetua o controlo da respiração através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios de forma pouco eficaz
- ◆ Descreve e treina as posições de descanso e relaxamento.
- ◆ Não apresenta postura correta quando esta sentado no cadeira e no leito.

**Av. Intermedia 1:**

- ◆ Executa os exercícios planeados apenas com supervisão.
- ◆ Muito interessada e participativa na sessão de RFR.
- ◆ Já mostra atenção sobre postura correta quando esta sentada

**Av. Intermedia 2:**

- ◆ Efetua de forma autónoma os exercícios de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; respiração abdomino-diafragmática
- ◆ Faz corretamente a terapêutica inalatória, com o uso da câmara expansora

**Avaliação Final**

- ◆ Alta clínica com capacidade para otimizar a respiração
- ◆ É capaz de realizar autonomamente os exercícios consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdomino-diafragmática
- ◆ Reconhece sinais de cansaço e as posições de descanso e relaxamento a adotar

## FOCO:EXPETORAR

Diagnóstico de Enfermagem: Expetorar ineficaz, em grau moderado

Resultado esperado: Expetorar eficaz

### Intervenções:

- ◆ Auscultar tórax;
- ◆ Vigiar respiração;
- ◆ Avaliar o reflexo de tosse:
- ◆ Estimular a tossir
- ◆ Incentivar a tossir;
- ◆ Estimular o reflexo de tosse:
- ◆ Assistir a tossir:
  - Tosse assistida
  - Tosse Dirigida (é aplicada pressão externa a nível da caixa torácica ou região epigástrica, coordenada com uma expiração forçada).
- ◆ Executar cinesiterapia respiratória:
  - Inspirometria de incentivo
- ◆ Executar inaloterapia através de inalador;
- ◆ Incentivar ingestão de líquidos;
- ◆ Incentivar a expetorar;
- ◆ Vigiar expetoração;

### Avaliação Inicial

- ◆ Apresenta reflexo de tosse mas expetorar ineficaz.
- ◆ Treina com inspirómetro de incentivo, mas mostra pouca tolerância. (volume Max 1000nml)
- ◆ No final da sessão mobiliza secreções mas não expele
- ◆ Não faz ingestão de água adequada.

### Av. Intermedia 1:

- ◆ Apresenta maior tolerância nos exercícios com inspirometro, e atinge volumes mais elevados (2500 ml)
- ◆ Realiza a técnica da tosse assistida e dirigida expetorando secreções mucosas, esbranquiçadas, semi-espessas em moderada quantidade.

### Av. Intermedia 2:

- ◆ Apresenta expetorar eficaz, secreções mucosas, fluidas e esbranquiçadas.
- ◆ Faz inspirometria de incentivo de forma autónoma.
- ◆ Já é capaz de expelir secreções mucosas, esbranquiçadas, fluidas em pequena quantidade.

### Av. final:

- ◆ Alta clinica com expetorar eficaz.

<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento para promover o expetorar.</b>	
<b>Resultado esperado: Potencial para melhorar o conhecimento para promover o expetorar eficaz.</b>	
	<b>Avaliação</b>
<b>Intervenções:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre expetorar.</li><li>♦ Ensinar a técnica da tosse dirigida.</li><li>♦ Ensinar a técnica de expiração forçada.</li><li>♦ Ensinar acerca da importância do reforço hídrico.</li><li>♦ Validar com a pessoa os ensinamentos realizados demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios.</li><li>♦ Registrar as atividades realizadas, as potencialidades e cooperação da pessoa.</li></ul>	<b><u>Avaliação Inicial</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Mostra potencial para melhorar o conhecimento</li></ul> <b><u>Av. Intermedia :</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Validou os ensinamentos realizados em sessões anteriores.</li><li>♦ Mostra algumas dúvidas que tenta esclarecer.</li></ul> <b><u>Av. Final:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Demonstra conhecimentos para promover o expetorar eficaz.</li></ul>
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para promover o expetorar.</b>	
<b>Resultado esperado: Melhorar a capacidade de expetorar</b>	
<b>Intervenções:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Avaliar potencial para melhorar a capacidade de expetorar.</li><li>♦ Instruir e treinar a técnica da tosse dirigida.</li><li>♦ Instruir e treinar a técnica de expiração forçada.</li><li>♦ Registrar as atividades realizadas, o grau de tolerância, limitações, potencialidades e cooperação da pessoa.</li></ul>	<b><u>Avaliação Inicial:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Apresenta potencial para melhorar a capacidade para expetorar.</li></ul> <b><u>Av. Final:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Consegue demonstrar um expetorar eficaz.</li><li>♦ Expetorou secreções mucosas, esbranquiçadas, fluidas em pequena quantidade.</li></ul>

## FOCO:TOSSIR

Diagnóstico de Enfermagem: Tossir comprometido.

Resultado esperado: Tossir comprometido

### Intervenções:

- ♦ Avaliar o tossir.
- ♦ Ensinar, instruir e treinar a técnica da tosse.
  - Tosse assistida;
  - Tosse dirigida.
- ♦ Estimular o tossir.
- ♦ Incentivar o tossir.
- ♦ Vigiar o reflexo de tosse.
- ♦ Executar cinesiterapia respiratória:
  - Espirometria de incentivo
- ♦ Registrar as atividades realizadas, o grau de tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da pessoa.

### Avaliação Inicial:

- ♦ Apresenta tosse ineficaz.
- ♦ Reflexo da tosse presente.
- ♦ Treina com inspirómetro de incentivo, mas com pouca eficácia.
- ♦ Treinou técnica de tosse assistida e dirigida ainda pouco eficiente.

### Av. Intermedia 1:

- ♦ Realiza a técnica da tosse assistida e dirigida, consegue expelir secreções mucosas, esbranquiçadas, semi-espessas em moderada quantidade
- ♦ Realiza espirometria de incentivo com maior tolerância e maiores volumes.

### Av. Intermedia 2: Apresenta tosse eficaz.

- ♦ Realiza de forma autónoma a técnica da tosse
- ♦ Autónoma na realização dos exercícios com o inspirómetro.

### Av. Final:

- ♦ Alta clínica com tosse eficaz.

<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre tossir.</b>	
<b>Resultado esperado: Melhorar o conhecimento sobre tossir.</b>	
<p><b>Intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre tossir.</li> <li>◆ Ensinar a técnica da tosse dirigida.</li> <li>◆ Ensinar a técnica de expiração forçada.</li> <li>◆ Ensinar acerca da importância do reforço hídrico.</li> <li>◆ Registrar as atividades realizadas, as potencialidades e cooperação da pessoa.</li> </ul>	<p><b><u>Avaliação Inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Mostra potencial para melhorar o conhecimento sobre tossir.</li> </ul> <p><b><u>Av. Intermedia 1:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Após sessão RFR demonstrou conhecimento para executar a técnica da tosse.</li> </ul> <p><b><u>Av. Intermedia 2:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ É capaz de explicar a técnica da tosse (assistida e dirigida)</li> <li>◆ Refere a importância da ingestão de água</li> </ul> <p><b><u>Av. Final:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Conhecimento sobre tossir melhorado</li> </ul>
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica da tosse</b>	
<b>Resultado esperado: Capacidade para usar a técnica da tosse, demonstrada</b>	
<p><b>Intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Avaliar potencial para melhorar a capacidade para usar técnica da tosse</li> <li>◆ Instruir e treinar a técnica da tosse dirigida.</li> <li>◆ Instruir e treinar a técnica de expiração forçada.</li> <li>◆ Registrar as atividades realizadas, o grau de tolerância, limitações, potencialidades e cooperação da pessoa.</li> </ul>	<p><b><u>Avaliação Inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Potencial para melhorar a capacidade de usar técnica da tosse</li> </ul> <p><b><u>Av. Intermedia</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ É capaz de realizar a técnica da tosse (assistida e dirigida)</li> </ul> <p><b><u>Av. Final:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Capacidade para usar a técnica da tosse, demonstrada</li> </ul>

<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre inaloterapia</b>	
<b>Resultado esperado: Conhecimento sobre inaloterapia, demonstrado</b>	
<b>Intervenções:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar o conhecimento sobre inaloterapia;</li><li>- Ensinar sobre inaloterapia;</li><li>- Ensinar sobre dispositivos respiratórios: camara expansora;</li></ul>	<b><u>Avaliação Inicial:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Conhecimento sobre inaloterapia, não demonstrado</li></ul> <b><u>Av. Intermedia 1:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Conhece dispositivos como a camara expansora mas precisa ainda de alguma ajuda para realizar inaloterapia</li><li>♦ Reconhece a importância de ingestão de água.</li></ul> <b><u>Av. Intermedia 2:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Possui conhecimentos que permitem realizar de forma independente a terapêutica inalatória com câmara expansora.</li></ul> <b><u>Av. Final:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Conhecimento sobre inaloterapia, demonstrado</li></ul>
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para usar inaloterapia</b>	
<b>Resultado esperado: Capacidade para usar inaloterapia, demonstrada</b>	
<b>Intervenções:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a capacidade para usar inaloterapia;</li><li>- Instruir sobre inaloterapia;</li><li>- Instruir sobre dispositivos respiratórios: camara expansora;</li><li>- Treinar uso de dispositivos respiratórios: camara expansora;</li></ul>	<b><u>Avaliação Inicial:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Capacidade para usar inaloterapia, não demonstrada</li></ul> <b><u>Av. Final:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Demonstra capacidade para usar camara expansora como recurso para fazer inaloterapia</li></ul>

<b>FOCO: INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</b>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Intolerância à atividade</b>	
<b>Resultado esperado: Intolerância à atividade presente</b>	
<b>Intervenções:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ <b>Avaliar Intolerância à atividade;</b></li><li>♦ <b>Gerir Atividade física</b></li><li>♦ <b>Informar sobre equipamento adaptativo para realização das atividades</b></li><li>♦ <b>Negociar atividade física</b></li><li>♦ <b>Planear atividade física</b></li><li>♦ <b>Planear o repouso</b></li><li>♦ <b>Providenciar equipamento para realização das atividades</b></li><li>♦ <b>Supervisionar resposta ao exercício</b></li><li>♦ <b>Ensinar sobre Autogestão da doença</b></li><li>♦ <b>Ensinar estratégias para a gestão das exacerbações</b><ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Identificar de alarme: febre, aumento da dispneia e cansaço;</b></li><li>→ <b>Identificar as características/alterações da expetoração (quantidade, cor, viscosidade);</b></li><li>→ <b>Resguardar-se de temperaturas extremas;</b></li><li>→ <b>Evitar exposição a fatores de risco (fumo do tabaco, poeiras, gases, odores fortes: detergentes/perfumes).</b></li></ul></li></ul>	<b>Avaliação</b>  <b><u>Av. Inicial:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Apresenta intolerância a atividade a esforços pequenos</li><li>♦ Não tem o hábito de planear as tarefas diárias</li><li>♦ Não sabe identificar sinais de possível exacerbação</li></ul> <b><u>Av. Intermedia</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Mantem intolerância para médios esforços</li><li>♦ Planeia as atividades a realizar com o ER</li><li>♦ Prepara material e equipamento necessário para os autocuidados.</li></ul> <b><u>Av. Final:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Alta clinica com intolerância a atividade diminuída</li><li>♦ É capaz de nomear fatores que possam desencadear exacerbações</li></ul>

**Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia**

**Resultado esperado: Conhecimento sobre técnica de conservação de energia, melhorado**

**Intervenções:**

- ♦ **Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia**
- ♦ **Ensinar sobre técnica de conservação de energia:**
  - **Tomar banho: Preparar antecipadamente o material; tomar banho sentado;**
  - **Vestir-se: dispor previamente toda a roupa necessária, pela ordem que vai vestir; vestir primeiro a metade inferior do corpo preferencialmente sentado, depois a metade superior;**
  - **Andar: andar a um ritmo controlado e controlar a respiração;**
  - **Subir escadas: subir a um ritmo controlado e controlar a respiração;**
  - **Posição para recuperação após o esforço:**
    - **Posição de cocheiro sentado numa cadeira/leito, inclinando o tronco para a frente, com os braços relaxados sobre as pernas,**
    - **Posição de cocheiro em pé inclinado ligeiramente para a frente com mãos apoiadas numa superfície (por exemplo corrimão das escadas) ou apoiando a região dorsal numa parede ou numa superfície;**

**Av. Inicial:**

- ♦ Conhecimento sobre técnica de conservação de energia não demonstrado
- ♦ Dificuldade no controlo respiração durante as atividades nos autocuidados planeados
- ♦ Não sabe posições de descanso e relaxamento

**Av. Final:**

- ♦ Conhecimento sobre técnica de conservação de energia demonstrado

**Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia**

**Resultado esperado: Capacidade para usar técnica de conservação de energia, demonstrada**

**Intervenções:**

- ♦ **Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia;**
- ♦ **Instruir sobre técnica de conservação de energia;**
- ♦ **Treinar sobre técnica de conservação de energia:**
  - **Tomar banho: Preparar antecipadamente o material; tomar banho sentado;**
  - **Vestir-se: dispor previamente toda a roupa necessária, pela ordem que vai vestir; vestir primeiro a metade inferior do corpo preferencialmente sentado, depois a meta-**

**Av. Inicial:**

- ♦ Capacidade para usar técnica de conservação de energia não demonstrada

**Av. Intermedia 1:**

- ♦ Treina técnicas de conservação de energia e mostra interesse em aprender estratégias adaptativas para diminuir o esforço

<p>de superior;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Andar:</b> andar a um ritmo controlado e controlar a respiração;</li> <li>• <b>Subir escadas:</b> subir a um ritmo controlado e controlar a respiração;</li> <li>• <b>Posição para recuperação após o esforço:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Posição de cocheiro sentado numa cadeira/leito, inclinando o tronco para a frente, com os braços relaxados sobre as pernas, Posição de cocheiro em pé inclinado ligeiramente para a frente com mãos apoiadas numa superfície (por exemplo corrimão das escadas) ou apoiando a região dorsal numa parede ou numa superfície;</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Av. Intermedia 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Já é capaz de organizar as atividades e gerir esforço durante as mesmas</li> </ul> <p><b>Av. Final:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Alta clinica com capacidade para usar técnica de conservação de energia demonstrada</li> </ul>
--	--

### FOCO:GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Diagnóstico de Enfermagem: Gestão do regime terapêutico comprometida

Resultado esperado: gestão do regime terapêutico comprometida

<p><b>Intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Assistir na gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz;</li> <li>- Ensinar sobre padrão alimentar;</li> <li>- Ensinar sobre padrão de exercício;</li> <li>- Incentivar adesão ao regime terapêutico;</li> <li>- Instruir a inaloterapia;</li> <li>- Ensinar sobre abuso do tabaco</li> <li>- Ensinar sobre consequências, necessidade de evicção tabágica, estratégias de cessação tabágica</li> </ul>	<p><b>Av. Inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Gestão do regime terapêutico comprometida</li> <li>♦ Doente não tem padrão alimentar correto</li> <li>♦ Não faz adequada gestão dos medicamentos</li> <li>♦ Fumadora há 40 anos mas sem nunca tentar a cessação tabágica</li> </ul> <p><b>Av. Intermédia 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Verbaliza interesse na cessação tabágica</li> <li>♦ Reconhece a importância de uma adequada gestão de medicamentos correta e as complicações que podem ocorrer</li> </ul>
--	--

**- Incentivar á cessação tabágica**

**Av. Intermédia 2:**

- ♦ Demonstra ser capaz de realizar inaloterapia com camara expansora

**Av. Final:**

- ♦ Sem gestão do regime terapêutico comprometida
- ♦ Toma a decisão de suspender os hábitos tabágicos: fica com pedido de consulta de cessação tabágica e inicia penso transdermico de Nicotina.

(Fonte: Adaptado de versão CIPE 2015; Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação para elaboração dos respetivos Diagnósticos de Enfermagem e Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Praticas)

	AV. I	AV. INT_1	AV. INT_2	AV. FINAL
♦ Ensinar sobre Dispneia e complicações da mesma	X			
♦ Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração: 2 series de 10 repetições	X	X		
♦ Reeducação diafragmática posterior: 2 series de 5 repetições; ♦ Reeducação diafragmática posterior com resistência: 2 series de 5 repetições;	X	X		
♦ Abertura costal global com bastão: 2 series de 5 repetições			X	
♦ Abertura costal seletiva à direita e esquerda: 2 series de 5 repetições cada lado			X	
♦ Ensinar sobre exercícios respiratórios;	X	X	X	
♦ Ensinar sobre dispositivos respiratórios: camara expansora; ♦ Ensinar sobre terapêutica inalatória;			X	X
♦ Instruir sobre exercícios respiratórios, Instruir técnica respiratória; ♦ Treinar a otimização da ventilação através de técnica respiratória; ♦ Treinar a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: Dissociação tempos respiratórios ♦ Treinar a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: Respiração abdomino diafragmática;	X	X		
♦ Ensinar sobre expetoração, ensinar sobre técnica de tossir, instruir a técnica de tossir; ♦ Treinar técnica de tossir	X			
♦ Instruir sobre inaloterapia, treinar a técnica de inalação através de inalador;			X	X
♦ Ensinar sobre técnica de conservação de energia;		X	X	X
♦ Instruir sobre técnica de conservação de energia; ♦ Treinar sobre técnica de conservação de energia;		X	X	X
♦ Treino de marcha			X	X

Tabela10: Aplicação do Plano de Cuidados por dias  
Fonte: Elaboração Própria

**APÊNDICE XV- Para Reabilitar: Auditorias e Análise de Resultados Projeto Formar**

## Auditoria Interna - Projeto “ Formar para Reabilitar”- [REDACTED]



[REDACTED]	<i>Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos "Dispneia" e "Expetorar"</i> Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDI.006

[REDACTED]	<i>Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências</i> Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDI.008

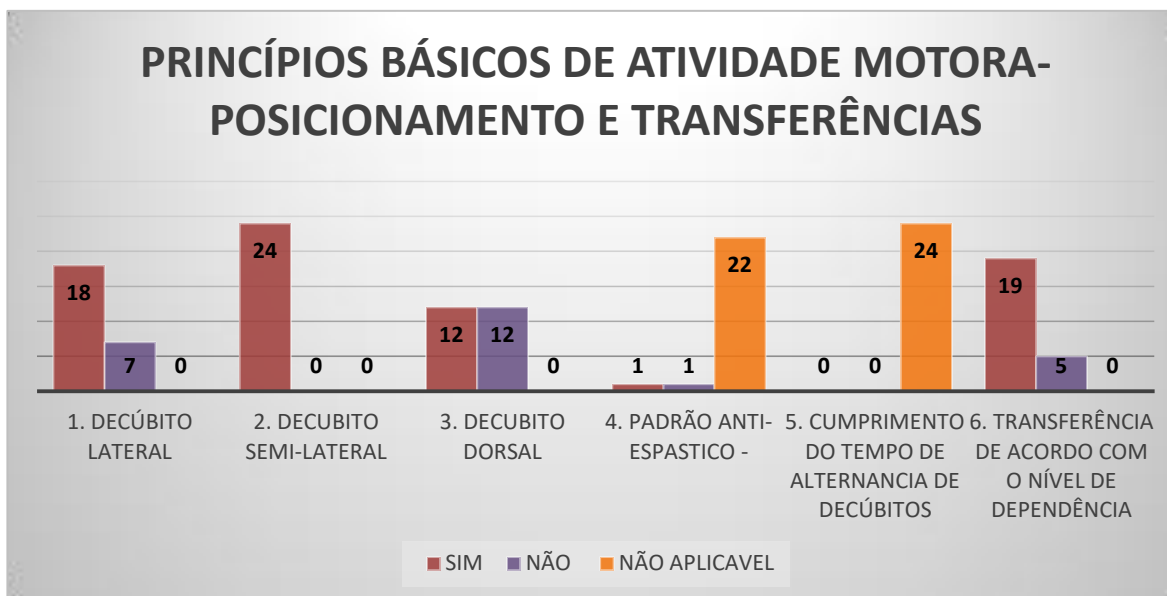
[REDACTED]	<i>Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas</i> Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDI.027

<b>PRINCIPIOS BASICOS DE EXERCICIOS RESPIRATORIOS PARA OS FOCOS " DISPNEIA " E " EXPETORAR"</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO APLICAVEL</b>
1. Incentivar a dissociação dos tempos respiratórios	24	0	0
2. Posição de descanso e relaxamento	17	7	0
3. Posições de descanso em crise de dispneia	18	6	0
4. Correção da postura	22	2	0
5. Tosse dirigida	14	10	0
<b>PRINCIPIOS BASICOS DE ATIVIDADE MOTORA-POSICIONAMENTO E TRANSFERENCIAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO APLICAVEL</b>
1. Decúbito lateral	18	7	0
2. Decubito semi-lateral	24	0	0
3. Decubito dorsal	12	12	0
4. Padrão anti-espástico -	1	1	22 a)
5. Cumprimento do tempo de alternancia de decúbitos	0	0	24 b)
6. Transferência de acordo com o nível de dependência	19	5	0
<b>MECANICA CORPORAL NA PREVENÇÃO DE LESOES MUSCULO ESQUELETICAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO APLICAVEL</b>
1. Planeia as tarefas (evita esforços desnecessários)	14	10	0
2. Avalia o grau de colaboração do doente e auxilia em consonância	10	14	0
3. Utiliza ajudas técnicas	17	7	0
4. Adopta uma base de sustentação ampla (pés afastados)	10	14	0
5. Baixa o centro de gravidade (flete os joelhos)	13	11	0
6. Coordena os elementos para uma maior conjugação de movimento	7	17	0
7. Orienta com a cabeça a direção da acção	10	14	0
8. Prepara a acção contraindo os músculos	9	15	0
9. Utiliza a gravidade a favor da deslocação de uma carga	11	13	0
10. Reduz o atito na movimentação de uma carga (uiliza o resguardo)	22	2	0
11. Mantem o alinhamento do tronco (movimento do tronco em bloco)	16	8	0
12. Refere fadiga relacionada com o trabalho	10	14	0

PRINCÍPIOS BÁSICOS DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS PARA OS FOCOS " DISPNEIA " E " EXPETORAR "	SIM	NÃO	NÃO APLICAVEL
1. Incentivar a dissociação dos tempos respiratórios	24	0	0
2. Posição de descanso e relaxamento	17	7	0
3. Posições de descanso em crise de dispneia	18	6	0
4. Correção da postura	22	2	0
5. Tosse dirigida	14	10	0



PRINCÍPIOS BÁSICOS DE ATIVIDADE MOTORA-POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS	SIM	NÃO	NÃO APLICAVEL
1. Decúbito lateral	18	7	0
2. Decúbito semi-lateral	24	0	0
3. Decúbito dorsal	12	12	0
4. Padrão anti-espástico	1	1	22 a)
5. Cumprimento do tempo de alternância de decúbitos	0	0	24 b)
6. Transferência de acordo com o nível de dependência	19	5	0

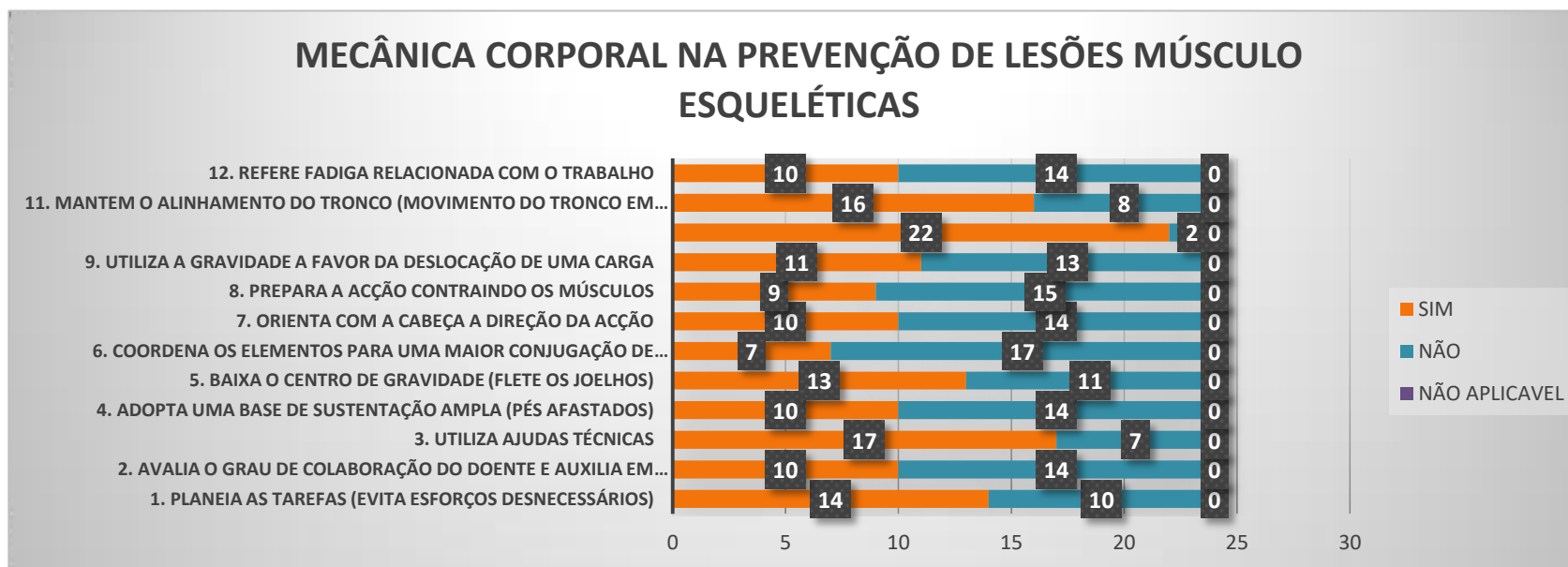


**Anotações Importantes:**

a) Padrão anti-espástico no período das auditorias não foi aplicável por inexistência de doente com patologia neurológica- AVC, onde fosse possível a sua aplicabilidade.

b) Detetou-se que no critério de alternância de decúbitos na atividade motora, que a equipa não aplica o cumprimento do tempo de alternância de decúbito completado na norma, isto possivelmente pela mobilização de elementos entre unidades, rescisão de contrato e integração de novos elementos. É um dos pontos a definir como estratégia de melhoria, uma vez que está a ser efetuado apenas 1x turno.

MECÂNICA CORPORAL NA PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	SIM	NÃO	NÃO APLICAVEL
1. Planeia as tarefas (evita esforços desnecessários)	14	10	0
2. Avalia o grau de colaboração do doente e auxilia em consonância	10	14	0
3. Utiliza ajudas técnicas	17	7	0
4. Adopta uma base de sustentação ampla (pés afastados)	10	14	0
5. Baixa o centro de gravidade (flete os joelhos)	13	11	0
6. Coordena os elementos para uma maior conjugação de movimento	7	17	0
7. Orienta com a cabeça a direção da acção	10	14	0
8. Prepara a acção contraindo os músculos	9	15	0
9. Utiliza a gravidade a favor da deslocação de uma carga	11	13	0
10. Reduz o atito na movimentação de uma carga (uiliza o resguardo)	22	2	0
11. Mantem o alinhamento do tronco (movimento do tronco em bloco)	16	8	0
12. Refere fadiga relacionada com o trabalho	10	14	0



**APÊNDICE XVI- Folhetos elaborados contexto estágio: *Vou ter alta e Agora?***

## VOU TER ALTA E AGORA?

### TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA (TCE)



SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

#### QUAL A FINALIDADE DAS TCE?

Tarefas diárias simples como andar, tomar banho ou cozinhar, exigem um esforço físico maior e podem demorar o dobro do tempo a ser executadas devido à crescente fadiga e sensação de falta de ar.

As técnicas de conservação de energia vão aumentar a sua tolerância ao esforço levando a uma maior autonomia nas Atividades de Vida Diárias (AVD's).

#### RESPIRAÇÃO COM LÁBIOS SEMI CERRADOS

1. Relaxe os músculos do pescoço e dos ombros;
2. Inspire lentamente pelo nariz contando até 2 e mantendo a boca fechada;
3. Coloque os lábios como se fosse soprar uma vela (lábios semicerrados);
4. Expire lentamente através dos lábios semicerrados contando até 4.



**RESPIRAR DE FORMA CORRETA PROMOVE UMA BOA OXIGENAÇÃO E VAI BENEFICIAR TODO O ORGANISMO!**

#### ANTES DE FAZER AS SUAS TAREFAS...



- ♦ **ORGANIZE O SEU TEMPO**, de forma a alternar as tarefas leves com as mais cansativas;
- ♦ Realize as atividades que exigem mais esforço, no período do dia, em que se sente com mais energia;

- ♦ **SE ESTIVER CANSADO** durante uma tarefa ou atividade, **PAUSE E DESCANSE**;
- ♦ Não tenha vergonha e **PEÇA AJUDA SE NECESSÁRIO**. Partilhe as tarefas com os familiares e amigos.

#### ANDAR/SUBIR ESCADAS

- ♦ **CONTROLE A RESPIRAÇÃO** enquanto caminha. Abrace o passo se se sentir cansado. Inspire primeiro e dê alguns passos enquanto expira lentamente;
- ♦ **PLANEIE** previamente o **TRAJETO** e escolha o caminho mais curto e sem subidas;



- ♦ Quando **sobe escadas**:
  - Inspire lentamente parado;
  - Suba alguns degraus, enquanto expira lentamente;
- Se necessário, desça e suba degrau a degrau.

### IR AS COMPRAS E TRANSPORTAR OBJETOS

- ♦ **ORGANIZE A LISTA DE COMPRAS**, para não percorrer um corredor, mais do que uma vez;
- ♦ **UTILIZE UM CARRINHO DE APOIO** para transportar os objetos. Quando estiver cansado pare e apoie-se no carrinho;
- ♦ Transporte os objetos junto ao corpo e divida o seu peso pelas duas mãos;



<https://www.romberlight.com.br/>



- ♦ Eleve os pesos dobrando os joelhos, mantendo as costas direitas enquanto inspira; após elevar o objeto com as duas mãos transporte-o junto ao corpo, enquanto expira lentamente.

### CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL: BANHO

- ♦ **PREPARE O MATERIAL NECESSÁRIO** ao banho e coloque-o próximo de si (champô, sabão, toalha etc);
- ♦ **TOME BANHO SENTADO** num banco ou cadeira apropriada;
- ♦ Use uma esponja com cabo longo para lavar as costas e os pés;



<https://bjornes.pt/>

- ♦ Escove os dentes, penteie-se ou barbeie-se sentado e com os cotovelos apoiados no lavatório.

### CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL: VESTIR E DESPIR

- ♦ **ORGANIZE A ROUPA** colocando-a pela ordem em que a vai vestir;
- ♦ **PREFIRA ROUPAS LARGAS** com aberturas folgadas e **CALÇADO ANTIDERRAPANTE** e sem atacadores;
- ♦ **VISTA-SE E DESPIA-SE SENTADO**, vista primeiro a metade inferior do corpo e depois a metade superior;
- ♦ Calce as meias e sapatos com o pé em cima da perna oposta e/ou use uma calçadeira de cabo longo;



<https://bjornes.pt/>

### LIMPEZA DA CASA

- ♦ **EVITE** fazer todas as limpezas da casa de uma só vez.
- ♦ **USE UTENSÍLIOS DE CABO LONGO** como vassouras, esfregonas, espanadores e aspirador;
- ♦ aspire o pó:
  - Inspirando enquanto afasta o aspirador
  - Expirando enquanto o aproxima;
- ♦ **ATENÇÃO NA ESCOLHA DE PRODUTOS DE LIMPEZA**, pois alguns podem ter substâncias tóxicas/nocivas para o sistema respiratório;
- ♦ Faça a cama primeiro de um dos lados e depois do outro e em vez de curvar-se dobre os joelhos e mantenha a coluna direita.





## VOU TER ALTA E AGORA?

### APRENDER A RESPIRAR MELHOR

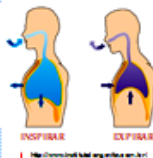


SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

#### EM QUE CONSISTE RESPIRAR?

**RESPIRAR** é um ato fisiológico com o fim de se efetuarem trocas gasosas entre o nosso organismo e o ar atmosférico. Consiste em dois movimentos:

Respiratórios distintos:



- **INSPIRAÇÃO** (entrada de ar pelo nariz)
- **EXPIRAÇÃO** (saída de ar pela boca)

**RESPIRAR DE FORMA CORRETA PROMOVE UMA BOA OXIGENAÇÃO E VAI BENEFICIAR TODO O ORGANISMO!**

#### RESPIRAÇÃO COM OS LÁBIOS SEMICERRADOS

Pode ser usada quando sentir falta de ar e/ou ao realizar atividades que exigem algum esforço, como carregar um peso ou subir escadas.

1. Relaxe os músculos do pescoço e dos ombros;
2. Inspire lentamente pelo nariz contando até 2 e mantendo a boca fechada;
3. Coloque os lábios como se fosse soprar uma vela (lábios semicerrados);
4. Expire lentamente através dos lábios semicerrados contando até 4.



#### RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Permite uma melhor dinâmica e eficácia da respiração e previne futuras infecções das vias aéreas.



1. Coloque as mãos junto à barriga e inspire o ar pelo nariz, e sinta com a mão o movimento da barriga a encher (barriga para fora).


2. Expire o ar pela boca e sinta com a mão o movimento da barriga a esvaziar (barriga para dentro)

#### POSIÇÕES DE DESCANSO E RELAXAMENTO

São **POSIÇÕES** confortáveis que ajudam a relaxar o peito e os braços e facilitam a respiração, causando sensação de alívio.


Todas estas posições exigem uma ligeira inclinação do tronco à frente, pois desta forma os músculos responsáveis pela respiração conseguem trabalhar melhor e, portanto, a sensação de falta de ar diminui.

**POSIÇÃO 1**




- Incline-se ligeiramente à frente;  
- Apoie os cotovelos no parapeito de uma janela;  
- Relaxe a cabeça e o pescoço

**POSIÇÃO 2**




- Encoste as suas costas a uma parede;  
- Incline-se ligeiramente à frente;  
- Relaxe os ombros e os braços, deixe-os cair;  
- Relaxe a cabeça e o pescoço.

**POSIÇÃO 3**




- De lado, encoste-se a uma parede;  
- Incline-se ligeiramente à frente;  
- Relaxe a cabeça e o pescoço.

**POSIÇÃO 4**




- Sente-se numa cadeira;  
- Incline-se ligeiramente à frente;  
- Apoie os cotovelos nas suas coxas;  
- Relaxe a cabeça e o pescoço.

**POSIÇÃO 5**



- Sente-se numa cadeira, tendo uma mesa à sua frente com uma almofada;  
- Incline-se à frente, apoiando-se sobre a almofada;  
- Relaxe a cabeça e o pescoço;  
- Rode a cabeça para o lado mais confortável.

**POSIÇÃO 6**



- De lado na cama, incline o tronco ligeiramente à frente e coloque uma almofada acima do ombro;  
- Coloque outra almofada à frente do peito;  
- O pescoço deve estar inclinado para a frente ligeiramente;  
- Relaxe a cabeça e o pescoço.



**APÊNDICE XVII- Participação Jornadas de Medicina**



25 e 26 novembro 2022

XXIX  
JORNADAS MEDICINA INTERNA  
Sinergias

Medicina Interna e  
Medicina Geral e Familiar

**Programa / Dia 25**

09h00 | Abertura do secretariado

09h30 | Conferência de abertura  
Investigação e Clínica – Compatíveis?  
Presidente: Dra. Ermelinda Pedroso<sup>1</sup>  
Conferencista: Dr. Filipe Seixo<sup>2</sup>

10h00 | Coffee break

10h15 | Mesa-Redonda › Sinergias no Rim  
Moderadores: Dr. Mário Pasreira<sup>1</sup>, Dra. Raquel Andrade<sup>3</sup>  
Sedimento urinário  
Dra. Ana Natário<sup>4</sup>  
Nefrotoxicidade  
Dr. Pedro Cruz<sup>5</sup>  
Cistites  
Dra. Catarina Oliveira<sup>6</sup>

11h30 | Simpósio › Sinergias na DPOC  
Novos broncodilatadores inalados  
Dra. Vânia Caldeira<sup>7</sup>

12h15 | Sessão de abertura

12h30 | Almoço

14h00 | Mesa-Redonda › Economia em Saúde  
Moderadores: Dra. Ermelinda Pedroso<sup>1</sup>, Dra. Paula Alves da Silva<sup>8</sup>  
Centros de responsabilidade integrada  
Dra. Maria Eugénia André<sup>9</sup>, Dra. Sara Gaspar<sup>6</sup>  
Modelo "convencional" de gestão hospitalar  
Dra. Susana Marques<sup>7</sup>, Dra. Filipa Serra<sup>8</sup>  
Modelo USF B  
Dra. Ana Mafalda Cunha<sup>9</sup>

15h30 | Coffee break

15h45 | Casos Clínicos  
Moderadores: Dra. Daniela Brigas<sup>1</sup>, Dra. Filipa Silva<sup>2</sup>, Dra. Mafalda Figueira<sup>3</sup>, Dra. Margarida Madeira<sup>4</sup>, Dra. Rita Nascimento<sup>5</sup>

18h00 | Encerramento do dia

**Programa / Dia 26**

09h00 | Abertura do secretariado

09h30 | Mesa-Redonda › Sinergias em Enfermagem  
Moderadores: Enf. Susana Ribeiro<sup>1</sup>  
Identificação precoce do síndrome confusional agudo em ambiente hospitalar  
Enf. Carla Custódio<sup>2</sup>  
Literacia em saúde – Transição da alta hospitalar em ambiente seguro  
Enf. Rosa Machado<sup>3</sup>  
O enfermeiro especialista em reabilitação no processo de transição do hospital para o domicílio – apresentação de um projeto  
Enf. Ana Sofia Romão<sup>4</sup>

10h40 | Coffee break

11h00 | Mesa-Redonda › Sinergias na Grávida  
Moderadores: Dra. Cristina Costa<sup>5</sup>, Dra. Catarina Godinho<sup>6</sup>  
Dispneia, Cefaleia, Vômitos e Convulsões  
Dra. Inês Palma dos Reis<sup>7</sup>  
Tromboembolismo Venoso  
Dra. Daniela Brigas<sup>8</sup>  
Planeamento  
Dr. Pedro Batista<sup>9</sup>

12h15 | Entrega do Prémio Dr. João Silva Duarte e Sessão de encerramento



### SUMÁRIO

- Enquadramento Teórico
- Planeamento da Alta
- Papel do EEER no Processo de Transição
- Considerações Finais

XXIX JORNADAS MEDICINA INTERNA



### PLANEAMENTO DA ALTA

\* Um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários" (DGS, 2004, p.4).



Tempo de internamento  
Número de readmissões


X X I X  
JORNADAS  
MEDICINA  
INTERNA

### PLANEAMENTO DA ALTA



X X I X  
JORNADAS  
MEDICINA  
INTERNA

### PLANEAMENTO DA ALTA



- Despacho n.º 2764/2013** → Estrutura e uniformiza a informação a constar nas notas de alta médica e de enfermagem.
- Norma n.º 2/2017** → Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que aborda a segurança da pessoa e a transição de cuidados fazendo menção no ponto b) (...) os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados".
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes** → Artigo 3.º "o doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos".

X X I X  
JORNADAS  
MEDICINA  
INTERNA

### PLANEAMENTO DA ALTA

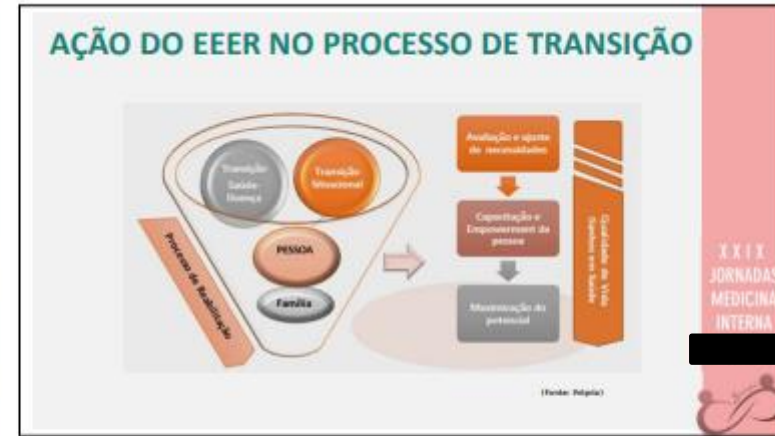
**QUANDO INICIAR O PLANEAMENTO DA ALTA?**  
O mais precocemente possível, logo no momento da admissão (Loureiro, 2020, Gomes 2018).

**QUAIS AS CONDICIONANTES?**  
O destino após a alta é condicionado pelo grau de dependência da pessoa, as condições de domicílio e o apoio socioeconómico (Gomes, 2018).

**PORQUÊ PLANEAR A ALTA?**  
Permite avaliação atempada e pormenorizada da família e contexto social da pessoa, permitindo identificar as necessidades após a alta e ativar os meios necessários para garantir a satisfação e segurança e garantir o sucesso na reintegração na sociedade (Loureiro, 2020).



X X I X  
JORNADAS  
MEDICINA  
INTERNA



### ESTRATÉGIAS DO EEER NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO HOSPITAL-CASA

ETAPAS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
<b>1</b> AVALIAR/PLANEAR 1. Avaliar e planejar intervenções de acordo com as características e necessidades de cada pessoa. 2. Avaliar o processo de transição entre cuidados em ambiente hospitalar e cuidados de saúde primária através de planificação informacional. Agir a nível do indivíduo. 3. Identificar e aplicar estratégias autónomas respeitadas a individualidade de cada pessoa. 4. Desenvolver e aplicar intervenções autónomas respeitadas a individualidade de cada pessoa. 5. Desenvolver estratégias que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa com DCV. 6. Exercer o papel de guia.	Avaliar e planejar intervenções de acordo com as características e necessidades de cada pessoa. Avaliar o processo de transição entre cuidados em ambiente hospitalar e cuidados de saúde primária através de planificação informacional. Agir a nível do indivíduo. Identificar e aplicar estratégias autónomas respeitadas a individualidade de cada pessoa. Desenvolver e aplicar intervenções autónomas respeitadas a individualidade de cada pessoa. Desenvolver estratégias que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa com DCV. Exercer o papel de guia.
<b>2</b> DESENVOLVER/IMPLEMENTAR 1. Realizar o plano de cuidados de saúde primária através de uma planificação digital (Excel, Word, etc.) para transição informacional. 2. Realizar o plano de cuidados de saúde primária através de uma planificação digital (Excel, Word, etc.) para transição informacional.	Realizar o plano de cuidados de saúde primária através de uma planificação digital (Excel, Word, etc.) para transição informacional. Realizar o plano de cuidados de saúde primária através de uma planificação digital (Excel, Word, etc.) para transição informacional.
<b>3</b> TRANSIÇÃO 1. Manter vigilância e realizar acompanhamento de pessoa através follow up telefónico, ou seja, "chá após alta, como apoio". 2. Nota de alta de enfermagem hospitalar. 3. Instrumentos de avaliação para realizar follow up. 4. Preparação e envio de documentação. 5. Identificar recursos e acompanhar pessoa e família na adaptação à doença. 6. Acompanhamento contínuo de acompanhamento.	Manter vigilância e realizar acompanhamento de pessoa através follow up telefónico, ou seja, "chá após alta, como apoio". Nota de alta de enfermagem hospitalar. Instrumentos de avaliação para realizar follow up. Preparação e envio de documentação. Identificar recursos e acompanhar pessoa e família na adaptação à doença. Acompanhamento contínuo de acompanhamento.
<b>4</b> VALIDAR 1. Manter vigilância e realizar acompanhamento de pessoa através follow up telefónico, ou seja, "chá após alta, como apoio". 2. Nota de alta de enfermagem hospitalar. 3. Instrumentos de avaliação para realizar follow up. 4. Preparação e envio de documentação. 5. Identificar recursos e acompanhar pessoa e família na adaptação à doença. 6. Acompanhamento contínuo de acompanhamento.	Manter vigilância e realizar acompanhamento de pessoa através follow up telefónico, ou seja, "chá após alta, como apoio". Nota de alta de enfermagem hospitalar. Instrumentos de avaliação para realizar follow up. Preparação e envio de documentação. Identificar recursos e acompanhar pessoa e família na adaptação à doença. Acompanhamento contínuo de acompanhamento.
<b>5</b> PROMOVER CUIDADOS 1. Manter vigilância e realizar acompanhamento de pessoa através follow up telefónico, ou seja, "chá após alta, como apoio". 2. Nota de alta de enfermagem hospitalar. 3. Instrumentos de avaliação para realizar follow up. 4. Preparação e envio de documentação. 5. Identificar recursos e acompanhar pessoa e família na adaptação à doença. 6. Acompanhamento contínuo de acompanhamento.	Manter vigilância e realizar acompanhamento de pessoa através follow up telefónico, ou seja, "chá após alta, como apoio". Nota de alta de enfermagem hospitalar. Instrumentos de avaliação para realizar follow up. Preparação e envio de documentação. Identificar recursos e acompanhar pessoa e família na adaptação à doença. Acompanhamento contínuo de acompanhamento.

XXIX JORNADAS MEDICINA INTERNA

### DA EXPETATIVA PARA A REALIDADE ...



Não obstante os esforços das entidades competentes, existe ainda um longo caminho a percorrer no que respeita à transição dos cuidados hospitalares para a comunidade.

Muitas são as limitações para uma transição saudável, sejam elas a comunicação entre entidades, os tempos de espera, condições físicas e sócio-económicas.

O défice no atendimento sistematizado e o número inadequado de profissionais de saúde a prestar cuidados, não permite uma preparação da alta eficiente, com repercussões no número de reinternamentos.

### NO SERVIÇO DE MEDICINA ...

XXIX JORNADAS MEDICINA INTERNA

### CONSIDERAÇÕES FINAIS



O EEER tem um papel ativo e preponderante na identificação da necessidade de continuidade de cuidados e na implementação de estratégias de transição segura com vista aos melhores resultados.

Sempre que possível é efetuada avaliação das condições sociais, económicas, psicológicas e físicas da pessoa/família/cuidador, com vista a preservar o equilíbrio familiar e a qualidade dos cuidados.

O EEER desenvolve um conjunto de intervenções, com vista a uma adequada transição de cuidados, desenvolvendo e aprimorando novas competências.

Coordenação e comunicação entre a equipa multidisciplinar e pessoa/família/cuidador e com os diferentes serviços ou unidades de saúde.

XXIX JORNADAS MEDICINA INTERNA

### NO SERVIÇO DE MEDICINA ...



XXIX JORNADAS MEDICINA INTERNA



**ANEXO I- Escala de Barthel**

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

Fonte: Direção Geral de Saúde (2011) Norma 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

### Escala de Barthel – Instruções

#### GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas\*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

#### ESPECÍFICAS

##### Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" \*.

Ocasional \* = uma vez por semana.

##### Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como "continente".

##### Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

##### Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa\*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho\*.

##### Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

##### Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

##### Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho\*

##### Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

##### Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "Independente" se sem supervisão/sem auxílio\*.

\*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Fonte: Direção Geral de Saúde (2011) Norma: 054/201: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

### **Índice de Barthel – Instruções**

#### **Intestinos**

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contigente

#### **Bexiga**

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contigente (há mais de 7 dias)

#### **Higiene Pessoal**

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

#### **Uso da sanita**

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

#### **Alimentação**

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

#### **Transferências**

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

#### **Mobilidade**

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

#### **Vestir**

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

#### **Escadas**

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

#### **Banho**

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

**TOTAL: (0 – 100)**

Fonte: Direção Geral de Saúde (2011) Norma 054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

**ANEXO II - Escala de Borg**

Escore	Nível da percepção da dispnéia (cansaço) ou fadiga muscular	Crítérios a serem observados
0	Nenhuma	REPOUSO: Condição esperada
0,5	Muito, muito, leve	
1	Muito leve	
2	Leve	Esforço: de leve a moderado Indicação: cardiopata/pneumopata
3	Moderada	Em repouso: Restrição com esforço
4	Um pouco forte	Esforço: um pouco pesado Indicação: pacientes com fatores de riscos CV estabilizados/ assintomáticos
5	Forte	Em repouso: Esforço contra-indicado
6	Muito forte	Esforço: treinos pesados
7		Indicação: pacientes saudáveis Em repouso: Esforço contra-indicado
8	Muito, muito, forte	Esforço: treinos muito pesados
9		Indicação: atletas
10	Máxima	Esforço: treinos com exaustão Indicação: atletas profissionais de alto rendimento

Fonte: <https://docero.com.br/doc/5s5n000>

**ANEXO III - Autorização das autoras para a tradução, adaptação cultural e validação do PATH-25© para português europeu**



UNIVERSIDADE  
DE ÉVORA

Maria Bule <mjosebule@uevora.pt>

---

**Re: Permission to use Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-s) Instrument (c)2018 for the purpose of translating, culturally adapting and validating for European Portuguese.**

Michelle Camicia <mecamicia@gmail.com>

10 de maio de 2023 às 04:37

Para: Maria Bule <mjosebule@uevora.pt>

Cc: CL PATH2Caregiving <path2caregiving@gmail.com>

Dear Dr. Bule,

I am excited that you would like to translate and validate the PATH-s in European Portuguese!

My good friend, Dr. Anita Catlin lives in Porto. She is friends with Lourdes Combo at Coimbra and a lot of the Coimbra research unit nurses. They are all members of the Phi Xi Chapter of Sigma Theta Tau International. I visited Anita in Porto and the surrounding areas last year and I greatly enjoyed Portugal.

Please go to the website <https://www.path2caregiving.org/> and click on "Access PATH assessment tool". Please indicate if you would like the PATH-s (for caregivers of stroke patients) or the PATH (for the general population). I will send you the tool(s) when complete.

I look forward to hearing about your project. Please let me know if I can help in any way.

Warm regards,

Michelle Camicia, PhD CRRN FAAN  
415-601-2621

On May 9, 2023, at 4:52 AM, Maria Bule <mjosebule@uevora.pt> wrote:

I'm Maria José Bule, Rehabilitation nurse and professor at the University of Évora - Nursing school.

I am contacting you to request permission to use **Preparedness Assessment for the Transition Home after Stroke (PATH-s) Instrument ©2018 for the purpose of translating, culturally adapting and validating for European Portuguese.**

The study will be presented to the Ethics Committee of the University of Évora and to the Ethics Committees of the health services where the validation will be carried out.

References to the authors appear throughout the study registration process and publication of results.

Thank you for your attention, I await your response.  
Best regards

Maria José Bule

