



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação com a
Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal**

**Rehabilitation Nursing Interventions for People with
Intestinal Elimination Ostomy**

Ana Luís Medeiros de Azevedo

Almada

2026



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

Rehabilitation Nursing Interventions for People with Intestinal Elimination Ostomy

Ana Luís Medeiros de Azevedo

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada

2026

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão
pública

AGRADECIMENTOS

A conquista de uma etapa académica representa também uma etapa de crescimento pessoal e profissional que não se alcança sozinha. Constrói-se com o apoio de várias pessoas e, por isso, expresso os meus sinceros agradecimentos.

Ao Professor Doutor Júlio Belo Fernandes pela orientação, disponibilidade, apoio e estímulo.

Aos Senhores Enfermeiros orientadores pelo contributo na minha formação académica e profissional, dedicação, partilha e, sobretudo, pelo exemplo da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação de qualidade.

Aos colegas de curso que deram voz ao companheirismo e entreaajuda nos momentos mais desafiantes, permitindo que este percurso se tornasse mais leve.

Aos amigos que permitiram o desabafo, que encorajaram e contribuíram para o essencial equilíbrio entre a vida académica e a pessoal.

Um obrigado especial ao Sr. Ilídio e D. Isabel. Não só pelo amor em forma de marmitas, mas particularmente, pela preocupação e sentido de família que aconchegaram e deram conforto.

A ti, Luís! Ao homem da minha vida, o abraço de todos os dias, o colo, o pilar de todas as fases. Por mais que ensaie palavras, faltam-me as suficientes para agradecer o quanto me apoias, incentivas, dás cor aos meus dias, me fazes sentir eu e feliz!

A todos vós, o meu sincero obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CCR – Cancro colorretal

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

LMERT – Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

PTA – Prótese total da Anca

PTJ – Prótese total do Joelho

RFC – Reabilitação da função cardíaca

RFM – Reabilitação da função motora

RFR – Reabilitação da função respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UPP – Úlcera por Pressão

RESUMO

No âmbito da unidade curricular de Estágio e Relatório, integrada no 2º Ano do Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi desenvolvido o presente relatório de estágio.

Sustentado nos descritores de *Dublin* e nos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, este relatório tem como objetivo a descrição crítica e reflexiva das intervenções realizadas nos diferentes contextos de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências necessárias à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Para o efeito, foi elaborado um projeto de estágio centrado na área de interesse “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação com a pessoa com ostomia de eliminação intestinal”. A pertinência deste tema decorre do aumento do número de pessoas com ostomia e da necessidade de uma abordagem de reabilitação que vá além do procedimento cirúrgico, integrando a prevenção de complicações e a articulação entre dimensões física, psicológica, social, cultural, laboral e sexual, no contexto de uma equipa multidisciplinar.

A fundamentação teórica baseia-se na Teoria da Adaptação de Callista Roy, que sustenta uma abordagem holística do cuidado, posicionando o enfermeiro como facilitador do processo de adaptação e promotor da saúde.

O percurso desenvolvido permitiu consolidar competências essenciais em Enfermagem de Reabilitação, sustentadas numa prática crítica, reflexiva e baseada na evidência. A intervenção centrada na pessoa com ostomia de eliminação intestinal evidenciou a importância de abordagens integradas e individualizadas, contribuindo para a promoção da autonomia, adaptação à condição de saúde e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Ostomia de Eliminação Intestinal, Reabilitação, Intervenções, Enfermagem

ABSTRACT

Within the scope of the course unit Internship and Report, part of the second year of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at Egas Moniz School of Health & Science, this internship report was developed.

Grounded in the *Dublin* descriptors and the regulations of the Portuguese Order of Nurses, this report aims to provide a critical and reflective analysis of interventions across different clinical settings, with a view to developing the competencies required to obtain the title of Nurse Specialist in Rehabilitation. To this end, an internship project was designed focusing on the area of interest "Rehabilitation nursing interventions for individuals with intestinal ostomies." The relevance of this topic stems from the increasing number of individuals living with ostomies and the need for a rehabilitation approach that extends beyond the surgical procedure, integrating complication prevention and addressing physical, psychological, social, cultural, occupational, and sexual dimensions within a multidisciplinary context. The theoretical framework is based on Callista Roy's Adaptation Theory, which supports a holistic approach to care, positioning the nurse as a facilitator of the adaptation process and a promoter of health.

This pathway enabled the consolidation of essential competencies in Rehabilitation Nursing, grounded in critical, reflective, and evidence-based practice. The person-centred intervention highlighted the importance of integrated and individualised approaches, promoting autonomy, adaptation to the health condition, and improving quality of life.

Keywords: Ostomy, Rehabilitation, Interventions, Nursing

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	12
1.2. FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS.....	13
1.3. ADAPTAÇÃO BIOPSISSOCIAL, AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA.....	15
1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL.....	16
1.4.1. Educação para a saúde.....	17
1.4.2. Fortalecimento e reeducação do pavimento pélvico	19
1.4.3. Mobilidade precoce.....	20
1.4.4. Relaxamento muscular progressivo.....	20
1.4.5. Hidratação e nutrição	21
1.5. TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY	22
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES.....	25
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	25
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	28
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	32
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	33
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	36
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	37
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	46
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	51
CONCLUSÃO	55

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PLANO DE ATIVIDADES

APÊNDICE 2 – PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING*

APÊNDICE 3 – ESTUDO DE CASO I

APÊNDICE 4 – ESTUDO DE CASO II

APÊNDICE 5 – POSTER PÁRE, ALONGUE E PREVINA! ERGONOMIA E PREVENÇÃO DE LMERT

APÊNDICE 6 – SESSÃO DE FORMAÇÃO: CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE - POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

APÊNDICE 7 – SESSÃO DE FORMAÇÃO “DEFINIÇÃO DE ENSINO PARA O ENFERMEIRO ESPECIALISTA”

APÊNDICE 8 – SESSÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIO FÍSICO: CONSIGO, POR UMA MELHOR CONDIÇÃO FÍSICA

APÊNDICE 9 – SINALÉTICA DE IDENTIFICAÇÃO: ALERTA DISFAGIA

APÊNDICE 10 – POSTER DE SESSÃO DE FORMAÇÃO: DIFICULDADE EM DEGLUTIR? ATENÇÃO À DISFAGIA!

APÊNDICE 11 – FOLHETO: POSICIONAMENTO DA PESSOA APÓS AVC - PARA CUIDADORES E FAMILIARES

APÊNDICE 12 – FOLHETO: ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO

APÊNDICE 13 – GUIA DE EXERCÍCIOS - SAIBA COMO PREVENIR: HÉRNIAS PARAESTOMIAIS NAS OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

APÊNDICE 14 – ESTRATÉGIA ADAPTATIVA PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO À OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

APÊNDICE 15 – POSTER “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: UMA REVISÃO *SCOPING* DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS”

APÊNDICE 16 – ANÁLISE *SWOT*

ANEXOS

ANEXO 1 - CERTIFICADO DE PRESENÇA WEBINAR: “REABILITAÇÃO NO DOENTE CIRÚRGICO”

ANEXO 2 - CERTIFICADO DE PRESENÇA WEBINAR: “DA EMERGÊNCIA À RECUPERAÇÃO: ATUAÇÃO INTEGRADA DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA EM PROCESSO CIRÚRGICO”

ANEXO 3 - CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS JORNADAS: "A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO"

ANEXO 4 - CERTIFICADO DE PRESENÇA WEBINAR: "NEURORREABILITAÇÃO: FOCO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO"

ANEXO 5 - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO NACIONAL DE ESTOMATERAPIA 2026

ANEXO 6 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM O POSTER "INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: UMA REVISÃO DE *SCOPING* DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS", APRESENTADO NO CONGRESSO NACIONAL DE ESTOMATERAPIA 2026

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio intitulado “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (ER) com a Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal (OEI)” foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da *Egas Moniz School of Health & Science* – Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Enquanto produto académico de natureza reflexiva, o relatório resulta da experiência formativa em contexto de estágio, tendo como propósito organizar, sistematizar e interpretar criticamente as atividades desenvolvidas. A sua elaboração assenta numa análise reflexiva da prática profissional, sustentada por um referencial teórico de enfermagem e orientada para a progressiva construção e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista, conforme preconizado pelos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Neste enquadramento, o relatório tem como finalidade apresentar a descrição, análise e reflexão das intervenções de ER realizadas ao longo do estágio, evidenciando o desenvolvimento das competências necessárias à obtenção do grau de Mestre. Este percurso formativo encontra-se alinhado com os descritores de *Dublin* aplicáveis ao segundo ciclo de estudos, bem como com o quadro de competências comuns e específicas definido pela OE para o reconhecimento do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de acordo com os regulamentos supramencionados.

A escolha do tema prende-se com o facto de a intervenção do EEER assumir um papel determinante enquanto elemento facilitador do processo de adaptação e promotor da saúde da pessoa com OEI. A literatura evidencia um crescimento global do número de pessoas com OEI, associado, entre outros fatores, ao aumento da incidência de patologia oncológica e à doença inflamatória intestinal (Silva et al., 2020a). Neste contexto, os cuidados à pessoa com OEI devem ser entendidos para além do procedimento cirúrgico ou da seleção e adaptação do material de ostomia, exigindo uma abordagem integrada, contínua e multidisciplinar, orientada para a prevenção de complicações e para a promoção da autonomia, do autocuidado e da qualidade de vida (Chirco et al., 2024; Sasaki et al., 2021).

A intervenção desenvolvida ao longo do estágio foi orientada pela Teoria da Adaptação de Callista Roy, por oferecer um enquadramento útil para estruturar a avaliação e a intervenção do EEER com a pessoa com OEI. A OEI pode implicar alterações significativas nos processos de eliminação, na integridade cutânea periestomal, na mobilidade e tolerância ao esforço, na gestão de sintomas e na participação nas atividades de vida diária (AVD), na forma como a pessoa se expressa e relaciona com os demais, exigindo uma abordagem integrada e personalizada (Heydari et al., 2023). Neste sentido, a

intervenção do EEER procurou favorecer a adaptação à nova condição, capacitar para o autocuidado, prevenir complicações e apoiar a integração da ostomia no quotidiano e no projeto de vida da pessoa.

Com o objetivo de orientar de forma estruturada o desenvolvimento de competências ao longo do estágio, foi elaborado um Plano de atividades de Estágio (Apêndice 1), no qual foram delineados como objetivos: desenvolver competências do EEER nas áreas motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; e desenvolver competências do EEER para intervir junto da pessoa com OEI e da sua família/cuidador.

Para a operacionalização do projeto foram realizados estágios ao longo de dois semestres, entre 19 de maio e 27 de julho de 2025, e 2 de setembro de 2025 a 19 de janeiro de 2026, abrangendo diferentes contextos da prática clínica. Estes incluíram a Unidade de Cuidados na Comunidade – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI); e, em contexto hospitalar, os Serviços de Cirurgia, Ortopedia e Especialidades Médicas – Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esta diversidade de contextos permitiu uma visão abrangente e integrada da intervenção do EEER ao longo de um continuum de cuidados.

Em termos estruturais, o presente relatório organiza-se em quatro partes principais. Após a introdução, apresenta-se o enquadramento conceptual do tema, no qual são explicitados os principais conceitos mobilizados, incluindo a caracterização da OEI face aos dados epidemiológicos, os fatores de risco e complicações associadas, bem como o impacto da ostomia na adaptação biopsicossocial, no autocuidado e na qualidade de vida da pessoa. Neste capítulo é igualmente abordada a intervenção do EEER desde o período pré ao pós-operatório, culminando numa contextualização fundamentada na Teoria da Adaptação de Callista Roy.

Segue-se a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em estágio, evidenciando as intervenções realizadas e a forma como estas contribuíram para a aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER. Posteriormente, apresenta-se a conclusão, onde é efetuada uma análise crítica do percurso formativo realizado, recorrendo à análise *SWOT*, e onde são tecidas as considerações finais relativas ao desenvolvimento profissional, às aprendizagens significativas e às perspetivas futuras.

O relatório encerra com as referências bibliográficas, seguidas dos apêndices e anexos, que complementam e documentam o trabalho desenvolvido. A redação do presente documento respeita as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e segue as normas de referência da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O termo “ostomia” vem do grego “estoma” e significa “boca”. Refere-se a uma abertura criada cirurgicamente de um órgão oco na superfície do corpo, zona visível, idealmente construído no local que melhor se adapte à constituição física da pessoa e que permita o seu autocuidado da forma mais independente possível (Ambe et al., 2018).

Relativamente às OEI, estas classificam-se de acordo com o segmento intestinal exteriorizado para a superfície corporal: ileostomias, quando o estoma é construído a partir do íleo, e colostomias, quando é construído a partir do cólon. No caso das colostomias, é ainda possível subdividir em ascendentes, transversas, descendentes ou sigmoideias, conforme o segmento do cólon envolvido (Mena-Jiménez et al., 2024).

As ileostomias são, preferencialmente, realizadas no quadrante inferior direito do abdómen, apresentando fezes líquidas a pastosas, e geralmente, os gases e odor resultantes do processo digestivo tendem a ser menos evidentes. Por sua vez, as colostomias localizam-se mais frequentemente no quadrante inferior esquerdo, caracterizando-se por fezes pastosas a sólidas, associando-se, em regra, a maior produção de gases (Babakhanlou et al., 2022).

As OEI podem resultar de cirurgias eletivas ou não eletivas e serem, também, classificadas quanto à duração, designadamente, como temporárias ou definitivas (Babakhanlou et al., 2022).

O aumento da prevalência das OEI relaciona-se, sobretudo, com a crescente incidência de cancro colorretal (CCR) (Tan et al., 2024). Apesar de, nas últimas décadas, as taxas de sobrevivência no CCR terem melhorado, em parte devido aos avanços terapêuticos e às estratégias de deteção precoce, o percurso vivido pela pessoa com este diagnóstico continua marcado por desafios complexos, particularmente quando a condição implica a construção de uma OEI (Tan et al., 2024).

Prevê-se que o crescimento demográfico, o envelhecimento populacional e a maior incidência de CCR, descrita como três a quatro vezes mais frequente em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, contribuam para o aumento do número de pessoas com OEI (Dias et al., 2024). De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (2020), estima-se que a carga global do CCR aumente cerca de 60% até 2040. Atualmente, o CCR é o terceiro cancro mais frequente a nível mundial, com aproximadamente 1,9 milhões de novos casos/ano, configurando um problema relevante de saúde pública (Tan et al., 2024).

A prevalência do CCR encontra-se fortemente associada a fatores relacionados com o estilo de vida, nomeadamente alimentação, tabagismo, sedentarismo e obesidade (Silva et al., 2020b). Ainda assim, importa considerar outros determinantes, como a idade igual ou superior a 50 anos, fatores

genéticos e hereditários e exposição ocupacional (Silva et al., 2020b). Além do aumento do risco com o avançar da idade, destacam-se ainda condições específicas associadas a maior probabilidade de CCR, como a polipose adenomatosa familiar e a doença inflamatória intestinal (Silva et al., 2020b).

Em Portugal, persistem lacunas na produção científica sobre a prevalência e incidência de pessoas com OEI. Ainda assim, com base no estudo de Dias et al. (2024), é possível inferir que: a maioria das pessoas com um ou mais estomas em Portugal apresenta uma OEI; a colostomia constitui a OEI mais frequente; e, em termos sociodemográficos, é superior no sexo masculino, em pessoas com 70 ou mais anos e com residência em regiões do interior do país.

As opções terapêuticas para o CCR são multifatoriais e incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapêuticas biológicas direcionadas, sendo selecionadas de acordo com o estadiamento da doença, a localização tumoral e o estado geral de saúde da pessoa (Tan et al., 2024).

A cirurgia é considerada o tratamento de primeira linha no CCR, envolvendo, na maioria dos casos, a ressecção tumoral e a realização de anastomose com margens de segurança, procurando manter a eliminação intestinal por via anal. Contudo, quando se trata de neoplasias malignas (estadiamento III e IV) e localizadas nas porções do reto médio e baixo, não é possível a realização de uma anastomose, tornando necessária a construção cirúrgica de uma OEI (Sasaki et al., 2021).

Segundo a Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2016), a construção de uma OEI em adultos deve ser ponderada em função da situação clínica, designadamente: desvio do trânsito intestinal (por neoplasias, doença inflamatória intestinal ou bridas); redução do risco de deiscência de anastomose (por exemplo, após cirurgia do CCR em contexto de radioterapia neoadjuvante); perfuração intestinal (traumática ou não); e proteção em situações como fístulas retovaginais ou lesões perineais extensas.

1.2. FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Um fator de risco refere-se a uma variável associada de forma significativa ao desenvolvimento de um determinado problema. Para uma compreensão integrada dos riscos associados à cirurgia abdominal e à construção de uma OEI, torna-se essencial distinguir e analisar a interação entre variáveis cirúrgicas e variáveis inerentes à pessoa.

Entendem-se por complicações cirúrgicas no período pós-operatório todas aquelas que interferem negativamente com o processo de recuperação, comprometem a qualidade de vida e podem prolongar o internamento hospitalar (Carli et al., 2020; Watanabe et al., 2020). Estas complicações resultam frequentemente da interação entre fatores relacionados com a pessoa (como a idade, estado nutricional, fraqueza muscular, sedentarismo, tabagismo, presença de doença pulmonar prévia e défices funcionais) e os fatores associados ao procedimento cirúrgico

(nomeadamente: o procedimento anestésico, ventilação mecânica, alterações da pressão toracoabdominal, estratégias analgésicas e intensidade da dor) (Assouline et al., 2021; Carli et al., 2020; Chandler et al., 2020; OE, 2018).

A cirurgia abdominal pode originar uma redução da capacidade funcional entre 20% e 40%, aumentando o risco de complicações no pós-operatório e comprometendo a realização das AVD (Watanabe et al., 2020). Em particular, a cirurgia colorretal está associada a taxas mais elevadas de morbilidade e mortalidade quando comparada com outras especialidades cirúrgicas (Tevis & Kennedy, 2016).

No período pós-operatório, destacam-se como principais complicações respiratórias a pneumonia, broncospasmo, insuficiência respiratória, atelectasias, hipoventilação, hipoxemia e infeções respiratórias (OE, 2018). Estas complicações podem resultar da inibição reflexa do nervo frénico, com consequente parésia diafragmática, da diminuição da eficácia dos músculos respiratórios, bem como da redução da mobilidade e da expansão torácica induzidas pela dor (Assouline et al., 2021; Boden et al., 2018; OE, 2018).

Importa salientar que o risco de desenvolvimento de complicações pulmonares pode ser avaliado no período pré-operatório e mitigado através de intervenções direcionadas (Chandler et al., 2020), nomeadamente no âmbito da ER (Topa et al., 2025).

Podem ainda ocorrer alterações posturais, complicações tromboembólicas e outras complicações específicas, como derrame pleural, pneumotórax, hemotórax, enfisema subcutâneo e fístula brônquica (OE, 2018).

A dor pós-operatória e a presença de sistemas de drenagem na parede abdominal, como drenos cirúrgicos e dispositivos de ostomia, favorecem frequentemente a adoção de posturas de defesa e períodos prolongados de imobilidade (Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Tevis & Kennedy, 2016). Estas condições contribuem para o aumento do catabolismo e para o risco acrescido de complicações associadas à imobilidade, incluindo diminuição da amplitude respiratória, alterações da relação ventilação/perfusão e comprometimento do mecanismo da tosse (OE, 2018).

No que respeita à cirurgia abdominal, as complicações mais frequentes incluem infeção da ferida cirúrgica, infeção sistémica, deiscência da anastomose, alterações da motilidade gastrointestinal, complicações cardiorrespiratórias, hemorragia, complicações urinárias e trombose venosa profunda (Awasthi et al., 2019; Tevis & Kennedy, 2016).

A realização de uma cirurgia abdominal com construção de estoma envolve riscos específicos ao nível da musculatura e fisiologia abdominal, podendo originar trauma local, atrofia da parede abdominal, enfraquecimento dos músculos retos, alterações da inervação e compromisso da capacidade funcional e da atividade física (Khadar & Ramalingam, 2024). Estas alterações podem ainda comprometer a força muscular, aumentando o risco de complicações como a hérnia paraestomal e

queixas posturais (Correia et al., 2021). Neste contexto, a evidência recomenda a implementação de programas de fortalecimento muscular, como estratégia preventiva e reabilitadora no pós-operatório (Andersen et al., 2020; Russell, 2017).

No que respeita às complicações associadas às OEI, a literatura descreve uma incidência variável entre 10% e 70%, podendo estas ser classificadas em imediatas (até 24 horas), precoces (até 30 dias) e tardias (após 30 dias) (Ambe et al., 2018; Babakhanlou et al., 2022; Chirco et al., 2024; Qassim et al., 2023). Importa salientar que o risco de desenvolvimento de complicações é vitalício, embora a sua ocorrência seja mais frequente nos primeiros cinco anos após a cirurgia (Babakhanlou et al., 2022).

As complicações precoces, geralmente passíveis de resolução conservadora, incluem hemorragia, hematoma, edema da ostomia, deiscência mucocutânea, hipergranulação, irritação cutânea com possível maceração, bem como isquemia e necrose da ostomia. A necrose requer revisão cirúrgica apenas quando compromete a função da ostomia (Ambe et al., 2018; Chirco et al., 2024).

O posicionamento inadequado da ostomia constitui uma das principais causas de complicações precoces, sendo que a evidência demonstra que a marcação pré-operatória do estoma permite reduzir de forma significativa a sua ocorrência, ao favorecer a funcionalidade da ostomia e a adaptação da pessoa ao autocuidado (Ambe et al., 2018; DGS, 2016; Qassim et al., 2023; Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2018).

As complicações tardias mais frequentemente descritas incluem prolapso, retração, estenose e hérnia paraestomal. Embora muitas possam ser geridas de forma conservadora, a persistência dos sintomas ou o comprometimento funcional da ostomia constituem indicação para revisão cirúrgica (Ambe et al., 2018).

1.3. ADAPTAÇÃO BIOPSISSOCIAL, AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA

Urge que a reabilitação da pessoa com OEI seja planeada não apenas com enfoque na prevenção de complicações como as referidas no tópico anterior, mas também de modo a integrar, de forma sistemática, os domínios psicológico, cultural, laboral, social e sexual, articulando-os com o cuidado físico (Chirco et al., 2024; Sasaki et al., 2021). É frequente que a pessoa com OEI experiencie medo, ansiedade, depressão, estigma e tenda para o isolamento social, bem como alterações na imagem corporal e na intimidade, com impacto no autoconceito e na autoconfiança (Henbrey, 2021; Tan et al., 2024). Estes fatores influenciam negativamente a capacidade para o autocuidado e, por isso, devem ser considerados como necessidades relevantes em saúde, a par das dimensões clínicas e técnicas do cuidado à ostomia (Chirco et al., 2024).

A presença de um novo estoma pode afetar o bem-estar físico e emocional e condicionar a capacidade de adaptação, independentemente de se tratar de uma ostomia temporária ou definitiva (Chirco et al., 2024). Nas OEI temporárias, são comuns sentimentos de indefinição, incerteza e perda de controlo sobre a vida diária e a autoimagem; nas OEI permanentes, o processo de adaptação tende a ser mais exigente e prolongado, exigindo reajustes sustentados a curto e longo prazo (Tan et al., 2024). Quando a cirurgia ocorre em contexto agudo/emergente, a preparação mental e física para a presença e gestão da ostomia é muitas vezes insuficiente ou inexistente, o que pode agravar o impacto inicial e dificultar o processo adaptativo (Lindholm et al., 2013).

A qualidade de vida corresponde à percepção do estado de saúde considerando dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Assim, a perda involuntária de fezes e gases, e as suas repercussões na vida quotidiana, nas relações sociais e na intimidade (incluindo a dimensão sexual), podem comprometer a qualidade de vida percebida, interferindo com a adaptação e, consequentemente, com o processo de reabilitação (Heydari et al., 2023).

Tanto a pessoa com OEI como a família/cuidador são confrontados com a necessidade de desenvolver competências específicas de cuidado, incluindo a gestão do material de ostomia, a higiene adequada e a vigilância de complicações; contudo, embora estes aspetos técnicos sejam indispensáveis, constituem apenas uma parte do processo de adaptação, o qual resulta de uma interação complexa de desafios físicos, psicológicos e sociais.

1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

A pessoa submetida a cirurgia abdominal, como é o caso da pessoa com OEI, enfrenta múltiplas mudanças e, com elas, a possibilidade de complicações associadas ao procedimento cirúrgico (Topa et al., 2025), conforme anteriormente descrito.

A implementação de um programa de reabilitação específico para esta população, iniciado no período pré-operatório, é fundamental, pois favorece a recuperação funcional, promove uma adaptação mais eficaz da pessoa e contribui para a redução de custos para o sistema de saúde (Watanabe et al., 2020).

Para identificar as intervenções de reabilitação com a pessoa com OEI, foi realizada uma revisão *scoping* (Apêndice 2). As intervenções identificadas foram agrupadas em seis categorias.

1.4.1. Educação para a saúde

A educação para a saúde assume um papel central na promoção do autocuidado da pessoa com OEI, sendo a comunicação um elemento estruturante das intervenções educativas. Diversos estudos demonstram que programas educativos estruturados, individualizados e sustentados em estratégias pedagógicas adequadas contribuem para a melhoria da autoeficácia, da capacidade de autocuidado, da qualidade de vida e da adaptação à situação de saúde.

No contexto da reeducação funcional do pavimento pélvico após cirurgia colorretal, Sacomori et al. (2021) propuseram uma intervenção estruturada em duas fases — pré-habilitação e reabilitação — com o objetivo de restaurar a função máxima do pavimento pélvico e prevenir os sintomas da síndrome da ressecção anterior baixa do reto. Na fase de pré-habilitação, os participantes realizaram uma sessão educativa de 40 minutos centrada na correta contração do pavimento pélvico, treino muscular e exercícios específicos. Esta etapa integrou educação para a saúde sobre estratégias para evacuar, hábitos intestinais, autocuidado e orientações dietéticas. Foi fornecido material educativo escrito e implementado acompanhamento digital através de um grupo de *WhatsApp*, no qual o terapeuta reforçava as instruções por mensagens e áudios, promovendo a adesão, a autoeficácia e a continuidade do treino no domicílio. Os participantes dispunham ainda de um diário de registo para monitorizar a realização dos exercícios.

Com o objetivo de avaliar a melhoria dos comportamentos de autocuidado, Iovino et al. (2024) avaliaram a eficácia de uma intervenção em telessaúde. Para tal, desenvolveram um programa composto por quatro sessões remotas de 45 minutos, realizadas por videochamada, dirigido a pessoas com OEI após a alta clínica. As sessões abordaram cuidados com a ostomia, eliminação, nutrição, potenciais complicações e identificação de sinais e sintomas que exigem contacto imediato com profissionais de saúde, bem como cuidados de rotina com o estoma e com a pele periestomal, esvaziamento e substituição do material de ostomia, práticas de autogestão, interpretação das características do efluente, gestão do peso corporal e avaliação da integridade cutânea. Todas as sessões foram adaptadas às necessidades educacionais dos participantes.

No estudo de Khalilzadeh et al. (2019), o grupo de intervenção participou numa sessão educativa única, com duração de duas horas. Durante esta sessão foram fornecidas informações orais e demonstrações práticas sobre o autocuidado à ostomia, com esclarecimento de dúvidas e avaliação da aprendizagem através de questões diretas. No final, os participantes receberam um manual educativo com conteúdos relativos aos cuidados com a ostomia, dieta, sexualidade, viagens, atividade física, utilização do material de ostomia e gestão de complicações. A sessão incluiu ainda informação sobre as características de uma pele saudável e os cuidados necessários à sua manutenção.

Krouse et al. (2016) desenvolveram uma intervenção composta por cinco sessões estruturadas. As sessões incidiram sobre a autogestão e as preocupações imediatas relacionadas com

a ostomia, o bem-estar social e a imagem corporal, a promoção de um estilo de vida saudável e uma sessão final de reforço. As estratégias pedagógicas privilegiaram princípios de educação de adultos, com sessões interativas e práticas, incluindo a simulação de situações sociais potencialmente embaraçosas, favorecendo a expansão da zona de conforto e a adaptação progressiva às exigências diárias

A utilização da simulação como estratégia educativa foi explorada por Pouresmail et al. (2019), que defendem que o treino com simuladores físicos de estoma pode reduzir o constrangimento associado ao contacto com o efluente, frequentemente influenciado por fatores culturais ou religiosos. Os autores desenvolveram um programa educativo composto por quatro sessões: educação teórica precoce no pós-operatório, treino prático com simulador para substituição do material de ostomia e cuidados com a pele periestomal, prática autónoma supervisionada e sessão final de esclarecimento de complicações e discussão em grupo.

Seo (2019) implementou o programa *Ostomy Management Reinforcement Education*, aplicado de forma progressiva após a cirurgia. O programa promoveu a prática independente da substituição do material de ostomia, com feedback e reforço positivo, além de assegurar educação contínua sobre cuidados de vida diária, prevenção de complicações e gestão do autocuidado.

Por sua vez, Yan et al. (2024) avaliaram a eficácia do *Ahmadi Continuing Nursing Model*. Este modelo estrutura-se em quatro fases, *orientation stage* (com início no pré-operatório), *sensitive stage* (do momento da alta até à quarta semana), *control* e *evaluation*. Enfatiza cuidados personalizados, treino contínuo de competências, educação com recursos multimédia, acompanhamento psicológico, cuidados à pele periestomal, treino intestinal e envolvimento ativo da pessoa com OEI e dos cuidadores.

Por fim, Bona et al. (2014) utilizaram como estratégia educativa no pós-operatório a entrega de uma agenda de atividades diárias, associada a um questionário para registo e monitorização de sintomas, promovendo o envolvimento ativo dos participantes no seu processo de recuperação.

Em síntese, os estudos analisados evidenciam que intervenções educativas estruturadas, individualizadas e suportadas por estratégias pedagógicas ativas, incluindo telessaúde, simulação, reforço progressivo e modelos de cuidados continuados, potenciam o desenvolvimento de competências de autocuidado e favorecem a adaptação da pessoa com OEI à sua nova condição de saúde.

1.4.2. Fortalecimento e reeducação do pavimento pélvico

O fortalecimento e a reeducação do pavimento pélvico constituem componentes fundamentais na reabilitação da pessoa com OEI, tanto na prevenção de complicações pós-operatórias como na otimização da funcionalidade, da adaptação corporal e da qualidade de vida. A evidência científica aponta para a eficácia de programas estruturados de exercício, iniciados no período pré-operatório e mantidos de forma continuada no pós-operatório.

López-Callejón et al. (2025) avaliaram o impacto de um programa de exercícios de fortalecimento da parede abdominal, realizados nos períodos pré e pós-operatório, na prevenção da hérnia parastomal. O treino iniciou-se pelo menos seis semanas antes da cirurgia e manteve-se com monitorização por um período mínimo de 12 meses após o procedimento cirúrgico. Dos sete exercícios propostos, os participantes eram instruídos a realizar pelo menos quatro, com uma série mínima de 10 repetições cada. O programa incluía exercícios de ativação do core e do pavimento pélvico, mobilização pélvica, treino de estabilidade, força funcional e propriocepção, envolvendo a musculatura abdominal profunda, músculos oblíquos, reto abdominal, psoas-íliaco, quadríceps, glúteos e eretores do tronco. De forma integrada, estes exercícios visavam melhorar o controlo postural, a estabilidade do tronco e a distribuição da pressão intra-abdominal, fatores determinantes na prevenção da hérnia parastomal.

No contexto da reeducação funcional do pavimento pélvico após cirurgia colorretal, Sacomori et al. (2021) propuseram uma intervenção estruturada em duas fases — pré-habilitação e reabilitação — com o objetivo de restaurar a função máxima do pavimento pélvico e prevenir os sintomas da síndrome da ressecção anterior baixa do reto. Na fase de pré-habilitação, os participantes realizaram uma sessão educativa, conforme anteriormente descrito. A fase de reabilitação integrou sessões estruturadas antes e após o encerramento do estoma. Embora a função anorretal não seja exigida durante a fase de ileostomia, foram implementados exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e treino sensorial e capacitativo, visando a reeducação funcional e a prevenção da incontinência fecal após a reversão da ostomia. O programa incluiu contrações lentas e rápidas, treino antecipatório para situações de aumento da pressão intra-abdominal, prática diária no domicílio e sessões supervisionadas. Complementarmente, recorreu-se ao *biofeedback* eletromiográfico (*Enraf-Nonius Myomed 632X®*) e ao treino sensorial com balão retal, promovendo a percepção retal, o controlo esfinteriano e a coordenação neuromuscular. Ambos os grupos beneficiaram ainda de um programa multimodal perioperatório, integrando exercício aeróbico, treino de resistência e suporte nutricional.

Taylor et al. (2023) avaliaram o efeito de um programa de exercícios clínicos baseados em pilates em adultos com ileostomia ou colostomia. O programa integrou três componentes principais: um manual de exercícios desenvolvido pela equipa de investigação, vídeos instrutivos disponibilizados

numa plataforma privada e sessões online individuais com um instrutor de exercício clínico, realizadas semanalmente ao longo de 12 semanas.

Em síntese, os estudos analisados indicam que programas estruturados de fortalecimento abdominal e de reeducação do pavimento pélvico, iniciados precocemente e individualizados, constituem intervenções relevantes para a prevenção de complicações, para a recuperação funcional e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com OEI.

1.4.3. Mobilidade precoce

A mobilidade precoce no pós-operatório é reconhecida como um elemento central na recuperação funcional da pessoa com OEI.

Bona et al. (2014) estudaram a implementação de um programa *Enhanced Recovery After Surgery* e recomendam que, no pós-operatório imediato, a mobilização seja realizada pelo menos de duas em duas horas. No primeiro dia pós-operatório, é preconizado o incentivo à permanência fora da cama por um período mínimo de oito horas e a deambulação de, pelo menos, 250 metros, com vista à alta clínica ao 3.º dia. Como suporte ao processo de recuperação, os participantes receberam um diário com uma agenda diária de atividades e um instrumento para registo da evolução e de sintomas persistentes.

De forma semelhante, Lee et al. (2013) propuseram uma progressão estruturada da mobilização, recomendando que, no dia da cirurgia, os participantes se sentassem numa cadeira por pelo menos uma hora; no primeiro dia pós-operatório, permanecessem sentados cerca de três horas e deambulassem mais de 400 metros; no segundo dia, caminhassem mais de 600 metros; e, no terceiro dia, se procedesse à remoção de dispositivos médicos.

Em conjunto, estes estudos reforçam que protocolos estruturados de mobilização precoce favorecem a recuperação funcional, a autonomia e a preparação segura para a alta hospitalar.

1.4.4. Relaxamento muscular progressivo

O treino de relaxamento progressivo proposto por Cheung et al. (2003) consistiu na contração e relaxamento sequencial de diferentes grupos musculares, associados à respiração profunda, durante um período de 20 minutos. Os autores incluíram dez grandes grupos musculares, excluindo os músculos da parede abdominal, com o objetivo de minimizar a pressão intra-abdominal e reduzir o risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal após a cirurgia. Adicionalmente, os participantes foram ensinados a utilizar um padrão respiratório controlado, incluindo dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática e a prevenir a ocorrência da manobra de Valsalva durante o

relaxamento progressivo. Para facilitar a prática e assegurar a padronização do programa, as sequências de relaxamento muscular progressivo foram gravadas em áudio e disponibilizadas aos participantes. O áudio continha instruções para a contração e relaxamento sistemático dos grupos musculares, bem como sugestões para o relaxamento global. Foram trabalhados os seguintes grupos musculares: mão e braço direitos, mão e braço esquerdos, testa, mandíbula e pescoço, costas e ombros, coxas e nádegas, gêmeo direito, gêmeo esquerdo, pé direito e pé esquerdo. Para além do áudio, foi fornecido um manual de treino escrito, acompanhado de imagens demonstrativas do terapeuta.

Pelo exposto, esta intervenção estruturada de relaxamento progressivo, aliada ao controlo respiratório e à educação da pessoa com OEI, constitui uma estratégia para promover o bem-estar físico e psicológico da pessoa ao mesmo tempo que contribui para a prevenção de complicações.

1.4.5. Hidratação e nutrição

Bona et al. (2014) defendem a eliminação do jejum pré-operatório prolongado, recomendando a manutenção de dieta sólida até seis horas e ingestão de líquidos claros até duas horas antes da cirurgia. A preparação intestinal não é indicada, exceto em procedimentos que envolvam a ressecção do cólon esquerdo e do reto. No intraoperatório, preconiza-se uma administração restritiva de fluidos, associada a profilaxia antiemética, sendo a sonda nasogástrica retirada no pós-operatório imediato. Os autores recomendam o reinício da ingestão oral precoce, com dieta líquida duas horas após a cirurgia e suplementação proteica oral às quatro horas, evoluindo para dieta semissólida no próprio dia, dieta livre no primeiro dia pós-operatório e alimentação sólida aquando da alta.

Na mesma linha, Lee et al. (2013), desaconselham o uso de sonda nasogástrica e propõem uma progressão gradual da ingestão oral: pequenos volumes de água no dia da cirurgia, dieta semilíquida no primeiro dia pós-operatório e dieta ligeira ou geral no segundo dia.

Complementarmente, Sacomori et al. (2021) integram a educação nutricional nos programas de reabilitação, recomendando, para pessoas com ileostomia, uma alimentação rica em fibras e pobre em gordura, com restrição de alimentos picantes e estimulantes, como adoçantes artificiais, chá, refrigerantes e chocolate.

Em suma, estas recomendações baseadas na evidência promovem uma abordagem nutricional individualizada, que favorece a recuperação gastrointestinal, reduz complicações no momento pós-operatório e potencia a autonomia e adaptação da pessoa com OEI à nova condição.

1.5. TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Os modelos teóricos de enfermagem assumem um papel central ao fornecerem uma estrutura conceptual que orienta a prática clínica, sustenta a tomada de decisão e reforça uma intervenção centrada na pessoa. Estes modelos facilitam o processo de enfermagem e permitem identificar, descrever e prever a forma como a pessoa alvo de cuidados responde aos problemas de saúde, contribuindo para a determinação dos aspetos que requerem a intervenção do EEER (Ribeiro et al., 2021).

Para nortear a intervenção com a pessoa com OEI, foi selecionado como referencial teórico o Modelo de Adaptação, por centrar a sua abordagem na capacidade adaptativa da pessoa face a estímulos internos e externos. Desenvolvida por Callista Roy, esta teoria conceptualiza a pessoa como um sistema adaptativo em constante interação com o ambiente, sendo a adaptação o processo central que sustenta a saúde (Wills, 2014).

À luz do metaparadigma de enfermagem este modelo oferece uma estrutura integradora que permite compreender a complexidade das respostas humanas. O conceito de Pessoa é definido como um ser holístico que, ao interagir com estímulos ambientais, desencadeia respostas adaptativas (Öztepe, 2023). A pessoa constitui, assim, um sistema adaptativo humano, entendido como um todo organizado cujas partes funcionam de forma integrada e orientada para um propósito comum, podendo incluir indivíduos, grupos, organizações ou comunidades (Wills, 2014).

O Ambiente integra todos os estímulos capazes de desencadear uma resposta adaptativa, correspondendo às condições, circunstâncias e influências que afetam o desenvolvimento e o comportamento dos sistemas humanos (Wills, 2014). Estes estímulos podem emergir do ambiente interno ou externo e classificam-se em focais, contextuais e residuais (Öztepe, 2023). O estímulo focal confronta a pessoa de forma imediata e mobiliza a sua atenção e energia; os estímulos contextuais contribuem para o efeito do estímulo focal, podendo influenciar positiva ou negativamente a situação; e os estímulos residuais correspondem a fatores cujo impacto requer maior clarificação (Diniz et al., 2022).

Perante estes estímulos, a pessoa mobiliza mecanismos de *coping*, inatos ou adquiridos, que determinam a eficácia das respostas adaptativas. Estas respostas podem ser consideradas eficazes ou ineficazes, consoante promovam ou comprometam a integração do sistema humano (Diniz et al., 2022; Öztepe, 2023).

No Modelo de adaptação, a Enfermagem tem como finalidade promover respostas adaptativas eficazes, intervindo em quatro modos de adaptação: fisiológico, autoconceito, função/desempenho de papel e interdependência (Öztepe, 2023).

O modo fisiológico centra-se na integridade biológica e nas respostas físicas e químicas do organismo, incluindo dimensões como oxigenação, eliminação, nutrição, atividade e repouso, proteção, sentidos, equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base, bem como funções endócrinas e neurológicas (Öztepe, 2023). A necessidade subjacente é a integridade fisiológica, é a forma pela qual os sistemas humanos manifestam adaptação a recursos operacionais básicos (Wills, 2014).

O modo do autoconceito relaciona-se com a integridade psicológica e espiritual, integrando crenças, sentimentos e percepções que a pessoa tem sobre si própria. Inclui duas dimensões: o eu físico, que abrange aparência, sexualidade e percepção do estado de saúde, e o eu pessoal, que envolve autoconsciência, eu ideal e dimensão ético-espiritual (Monteiro et al., 2016; Öztepe, 2023).

O modo de adaptação da função/desempenho de papel está relacionado com os papéis assumidos na sociedade e inclui papéis informais que visam proteger a integridade social (Öztepe, 2023).

O modo de adaptação interdependência inclui comportamentos relacionados com a adequação afetiva e aos sistemas de suporte, comportamentos recetivos e comportamentos de retribuição desenvolvidos a partir das relações estreitas entre as pessoas, pessoas significativas e grupos (Monteiro et al., 2016). A Pessoa concentra-se em dar e receber valor, amor e respeito, na interação com os outros. A necessidade básica deste modo é criar integridade, desenvolver relações e criar um sentimento de confiança (Öztepe, 2023).

Estes quatro modos de adaptação interagem dinamicamente, sendo que alterações num deles podem repercutir-se nos restantes. Por exemplo, uma condição crónica que afete o modo fisiológico poderá desencadear mudanças no autoconceito, no desempenho de papéis e nas relações de interdependência (Monteiro et al., 2016).

Roy descreve ainda dois subsistemas de *coping* que sustentam a adaptação: o regulador, responsável por respostas automáticas mediadas por vias neurais, químicas e endócrinas, e o cognitor, de natureza cognitivo-emocional, que envolve processamento de informação, aprendizagem, julgamento e emoção. Estes subsistemas atuam de forma complementar, articulando respostas fisiológicas automáticas com processos interpretativos conscientes (Wills, 2014).

Neste enquadramento, a Saúde é entendida como um estado e um processo de ser e tornar-se integrado e adaptado, refletindo a eficácia das respostas adaptativas da pessoa face às mudanças (Monteiro et al., 2016; Wills, 2014).

Assim, ao delinear o processo de enfermagem com base neste modelo, torna-se essencial que o enfermeiro desenvolva competências que ultrapassem a dimensão técnica, permitindo compreender as necessidades biológicas, psicossociais, psicoespirituais, familiares e ambientais da pessoa com OEI, com vista à promoção da adaptação e da integridade (Monteiro et al., 2016). Na

prática clínica, onde os processos adaptativos são frequentemente complexos, a utilização de instrumentos de avaliação da adaptação assume particular relevância.

A enfermagem constitui, deste modo, um agente facilitador central da adaptação da pessoa a stressores multidimensionais, sobretudo quando sustentada numa perspetiva aberta, integrada e holística, promotora de reabilitação, autonomia, exercício da cidadania e dignidade humana (Diniz et al., 2022; Rogers & Keller, 2009 e Xavier et al., 2024).

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DE ATIVIDADES

O presente capítulo visa apresentar, de forma analítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEER, conforme os referenciais definidos pela OE (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019). Este percurso é igualmente enquadrado pelos descritores de *Dublin* aplicáveis ao 2.º ciclo de estudos, no âmbito da obtenção do grau de Mestre.

Assim, com vista ao desenvolvimento destas competências, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências do EEER nas áreas motora, cardíaca, respiratória, sensorial e cognitiva, bem como nos domínios da alimentação, eliminação e sexualidade;
2. Desenvolver competências do EEER para intervir junto da pessoa com OEI e da sua família/cuidador.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Definiu-se como objetivo específico para esta competência, “Desenvolver uma prática profissional norteada por princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência”.

A Enfermagem é simultaneamente uma disciplina e uma profissão que, no exercício quotidiano, coloca o enfermeiro perante desafios técnicos e humanos com implicações éticas, exigindo decisões fundamentadas, responsáveis e coerentes com os princípios consagrados no Código Deontológico (OE, 2015).

No âmbito da ER, esta exigência mantém-se e adquire particular relevância, uma vez que se reafirma o direito à informação, o dever de sigilo profissional, a necessidade de equidade no acesso aos cuidados e a gestão criteriosa dos recursos disponíveis, orientando a intervenção do EEER para a melhoria da função, a promoção da independência e a preservação da autoestima, com vista à máxima satisfação da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Ao longo do estágio, as situações vivenciadas constituíram oportunidades de consolidação de uma tomada de decisão ética e fundamentada. Contribuíram para tal a relação estabelecida com a equipa de enfermagem e multidisciplinar, a relação terapêutica com a pessoa e família, os recursos existentes e o desenvolvimento progressivo de competências no domínio da decisão clínica. Esta

tomada de decisão foi sustentada por uma postura integrada e responsável, alicerçada em conhecimento técnico-científico atualizado e discutido com os EEER orientadores e professor orientador, numa lógica de aprendizagem contínua, em consonância com o dever de excelência profissional previsto no artigo 88.º do Código Deontológico (OE, 2015).

O respeito pela dignidade e pelos direitos da pessoa constitui um eixo estruturante da prática do EEER. Neste âmbito, destacam-se duas situações observadas em contexto de ECCI.

Na primeira, identificou-se exaustão do papel de cuidador no esposo de uma pessoa de 75 anos, após internamento prolongado por AVC, no momento de regresso ao domicílio. Perante a expressão de fadiga emocional e isolamento do Sr. A.C., foi prestada informação sobre o estatuto do cuidador informal, a possibilidade de requerer apoio social e a importância de períodos de descanso. Após esclarecimento e consentimento, procedeu-se à articulação com o médico de família e com a assistente social da Unidade de Cuidados na Comunidade, com sinalização formal da situação.

Na segunda situação, verificou-se que a Sra. F.M. (estudo de caso apresentado no Apêndice 3) desconhecia os direitos associados à condição de pessoa com ostomia e não tinha sido referenciada para consulta de estomaterapia, conforme recomendado pela DGS (2016) após a alta hospitalar. Foi realizada educação à pessoa e família sobre os direitos e apoios disponíveis, incluindo o acesso ao material de ostomia e acompanhamento especializado e, após consentimento, efetuou-se a referência interna para consulta de estomaterapia na respetiva Unidade Local de Saúde.

Estas situações evidenciam o papel do EEER como garantia do acesso equitativo à informação, defesa dos direitos da pessoa e da articulação interprofissional, materializando os princípios éticos da beneficência, da justiça e do respeito pela dignidade humana.

A reabilitação constitui um processo dinâmico, orientado para a promoção da saúde e para a maximização da funcionalidade da pessoa nos domínios físico, mental, espiritual, social e económico, visando, em última instância, a promoção da independência nas atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com a situação de saúde experienciada (Hoeman, 2011).

No desenvolvimento da prática clínica, foram delineados planos de cuidados centrados na pessoa, com foco em informar, treinar, instruir, apoiar e encorajar, com vista à maximização da funcionalidade, conforme ilustrado nos estudos de caso apresentados nos Apêndices 3 e 4. Contudo, emergiram situações que exigiram a gestão ética do respeito pela autonomia da pessoa, nomeadamente quando esta optou, de forma livre e informada, por recusar o envolvimento no seu processo de reabilitação. Tal ocorreu em contexto de ECCI, apesar da referência clínica, da recomendação da equipa e do esforço familiar na adaptação do ambiente e na continuidade do plano de reabilitação, a pessoa referenciada e alvo de cuidados recusou.

Do direito da pessoa a receber informação adequada para sustentar uma decisão consciente decorre o dever do enfermeiro de informar de forma clara, rigorosa e acessível sobre os planos

terapêuticos propostos, promovendo a autodeterminação e o empoderamento (OE, 2015). O respeito pela autonomia implica aceitar a decisão da pessoa devidamente informada, quer esta consinta, quer recuse a intervenção. Neste enquadramento, a atuação desenvolvida centrou-se em respeitar, proteger e salvaguardar os direitos da pessoa, em conformidade com o enquadramento ético-legal vigente.

A prática especializada exigiu igualmente o desenvolvimento de uma postura empática e intersubjetiva. Nava (2005) refere que a empatia é inerente ao ser social e se constitui facilitadora da vida em sociedade. A experiência de doença representa frequentemente uma transição marcada por significados pessoais, influenciados por crenças e valores do grupo cultural de pertença (Gameiro, 2004). Assim, ainda que os cuidados se orientem por princípios humanistas, o significado de “bons cuidados” pode variar entre pessoas (OE, 2001), exigindo sensibilidade cultural e capacidade de adaptação por parte do enfermeiro especialista.

Neste contexto, reconheceu-se que a intervenção em grupo, quando eticamente enquadrada e respeitando a individualidade, pode potenciar ganhos terapêuticos. Sem comprometer a privacidade, a singularidade ou o plano terapêutico individual, foram desenvolvidas atividades grupais que favoreceram a partilha de experiências, a identificação entre pares e o reforço da esperança. Como descrito por Fernandes et al. (2024) o efeito de grupo revelou-se facilitador do envolvimento no processo de reabilitação, nomeadamente através da partilha de emoções e experiências, da realização de exercícios de reabilitação funcional respiratória (RFR) e reabilitação funcional motora (RFM), do treino de fortalecimento muscular e da promoção da marcha em contextos de internamento de ortopedia e unidade de AVC. Estas intervenções contribuíram para a promoção da autonomia e independência.

A privacidade e a dignidade da pessoa foram salvaguardadas ao longo dos diferentes contextos de estágio, nomeadamente através da obtenção de consentimento verbal prévio a cada intervenção, com particular atenção às situações que envolviam exposição corporal, como o treino de AVD. Foram sempre respeitadas as preferências da pessoa, quer em contexto institucional quer no domicílio, mesmo na presença de familiares.

A família foi sistematicamente considerada como parceira no processo de cuidados. Reconhecendo-a como aliada fundamental da intervenção do EEER, procedeu-se à sua avaliação estruturada com recurso ao Modelo de Calgary permitindo caracterizar a sua estrutura, dinâmica e recursos (Martins et al., 2017). A parceria de cuidados desenvolveu-se numa lógica colaborativa, contínua e centrada na pessoa, assumindo o enfermeiro o papel de facilitador, em articulação com os orientadores clínico e pedagógico e reconhecendo a pessoa como agente ativo do seu processo de reabilitação.

De acordo com Matos e Simões (2020), os programas de reeducação funcional devem integrar as múltiplas dimensões da pessoa, o grau de dependência, a capacidade para reabilitar as AVD, bem como os seus objetivos, expectativas e preferências, assegurando simultaneamente orientação e supervisão que promovam a adesão e a continuidade do programa a longo prazo. Em consonância, verificou-se que a família, quando capacitada, se constitui como um prolongamento da intervenção do enfermeiro especialista, contribuindo para a promoção da autonomia e independência, melhoria da qualidade de vida, prevenção de complicações e facilitação dos processos adaptativos.

Finalmente, quer em contexto hospitalar quer comunitário, a prática clínica exigiu uma gestão ética dos cuidados que assegurasse a aplicação do princípio da justiça, através da prestação de cuidados equitativos e ajustados às necessidades específicas de cada pessoa.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Com o intuito de atingir o designado domínio, foi definido o objetivo: “Desenvolver práticas de qualidade e programas de melhoria contínua nos diversos locais de estágio”.

O exercício profissional especializado em ER sustenta-se num referencial próprio, derivado do modelo conceptual dos cuidados de enfermagem e operacionalizado de acordo com as especificidades da reabilitação, do qual emergem os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional (Gaspar et al., 2021). Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista assume um papel ativo na promoção de contextos assistenciais seguros, eficazes e orientados para a melhoria contínua.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o Domínio B integra três competências fundamentais, sendo que a análise reflexiva das atividades desenvolvidas evidencia contributos consistentes para a aquisição e consolidação destas competências.

No contexto da ECCL, verificou-se oportunidade de colaboração num projeto de melhoria contínua da qualidade já em curso, materializando a competência. Neste âmbito, foi desenvolvido um poster dirigido à prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT). O material produzido *“Pare, Alongue e Previna! Ergonomia e Prevenção de LMERT”* (Apêndice 5), foi partilhado com a equipa multidisciplinar e incluiu a conceptualização das LMERT, identificação de fatores de risco e estratégias de minimização, complementadas com sugestões práticas de ginástica laboral. Esta intervenção contribuiu para a sensibilização da equipa e para a promoção de práticas seguras no local de trabalho, evidenciando preocupação com a qualidade e segurança organizacional.

Ainda no âmbito da melhoria contínua e em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade, foi planeada e implementada uma sessão formativa dirigida a ajudantes de família de serviços de apoio domiciliário que prestam cuidados a pessoas acompanhadas pela ECCL. A sessão, contou com a participação de 29 profissionais, teve como foco os posicionamentos terapêuticos, a

prevenção de úlceras por pressão (UPP) e técnicas de transferência e princípios de ergonomia (Apêndice 6). Esta intervenção evidencia o desenvolvimento da competência, ao assumir um papel dinamizador de iniciativas formativas com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados no domicílio e na prevenção de eventos adversos.

Adicionalmente, na UCCI, foi desenvolvida uma ação formativa proposta pelo Enfermeiro Especialista gestor e diretor técnico da unidade, subordinada ao tema “*Definição de Ensino para o Enfermeiro Especialista*” (Apêndice 7). A pertinência do tema relacionou-se com a necessidade de qualificar as práticas educativas enquanto intervenções nucleares no processo de reabilitação, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Dirigida a enfermeiros de cuidados gerais e estudantes de enfermagem, esta sessão permitiu clarificar que, em ER, o ensino constitui uma intervenção terapêutica estruturada, orientada para a capacitação funcional da pessoa e do cuidador. Foram diferenciados os conceitos de ensinar, instruir e treinar, evidenciando o seu contributo para a seleção de estratégias pedagógicas ajustadas aos objetivos de reabilitação.

A reflexão desenvolvida sobre os conceitos de autonomia *versus* independência, particularmente relevante no contexto de cuidados continuados, permitiu reforçar que a reabilitação se orienta para a maximização da autonomia possível e não exclusivamente para a independência total. Esta abordagem reforça a necessidade dos cuidados centrados na pessoa e da tomada de decisão partilhada, com impacto direto na qualidade e continuidade dos cuidados.

Foi ainda enfatizado o papel do EEER na prevenção de complicações associadas à imobilidade, na identificação de necessidades de ajudas técnicas, na promoção da segurança e na melhoria da adesão aos programas de reabilitação. A capacitação de pessoas e cuidadores para a adoção de comportamentos seguros foi apresentada como estratégia com ganhos mensuráveis em saúde, nomeadamente na redução do risco de quedas, de UPP e de reinternamentos evitáveis.

Nesta sessão, contrapôs-se a teoria através da exemplificação de um caso conhecido por todos de forma a melhor compreender o modo como podem ser incluídas estratégias adaptativas específicas para ensinar, instruir e treinar, ajustadas ao nível funcional, capacidade de aprendizagem e contexto de vida da pessoa.

Assim, a ação formativa desenvolvida constituiu-se uma intervenção estratégica para o reforço da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação na UCCI, através da promoção de práticas educativas eficazes, seguras e centradas na funcionalidade, em consonância com o perfil de competências do Enfermeiro Especialista e, no perfil de competências do EEER em particular, no seio de uma equipa multidisciplinar.

Em contexto hospitalar, no âmbito das intervenções desenvolvidas pelo Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação, surgiu a oportunidade de colaborar na dinamização de uma sessão comunitária de

promoção de exercício físico dirigida à população idosa, intitulada “*Consigno, por uma melhor condição física*”. Em parceria com a autarquia local e com o referido núcleo, foi promovida uma iniciativa com o objetivo de avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa e incentivar a prática de atividade física (Apêndice 8).

Para o efeito, foi aplicada a bateria *Short Physical Performance Battery* (SPPB), composta por três componentes: equilíbrio estático, velocidade da marcha e teste de levantar e sentar da cadeira (Lauretani et al., 2019). Esta atividade contribuiu para a visibilidade do impacto da ER na comunidade, evidenciando o seu contributo na promoção da autonomia, educação para a saúde e prevenção de riscos, em consonância com o domínio de competências em análise.

Numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, emergiu também a necessidade de harmonizar práticas dirigidas à pessoa com compromisso da deglutição. Reconhecendo o papel diferenciador do EEER na readaptação e reeducação funcional, foi proposta a implementação de sinalética identificativa de disfagia, incluindo o nível de espessamento de líquidos e a data de preparação. Esta medida visou reforçar a segurança da pessoa e prevenir a administração de consistências inadequadas, sobretudo em situações de falha na transmissão de informação entre turnos (Apêndice 9), contribuindo diretamente para garantir um ambiente terapêutico e seguro.

No serviço de internamento de ortopedia, após discussão com a EEER orientadora sobre a ocorrência frequente de alterações da deglutição em pessoas idosas no pós-operatório, foi desenvolvida a sessão formativa “*Dificuldade em deglutir? Atenção à Disfagia!*” (Apêndice 10), dirigida a enfermeiros e assistentes operacionais. Foram abordados conceitos fundamentais sobre disfagia, fases da deglutição, sinais de alerta, estratégias de alimentação segura, preparação de líquidos espessados e critérios de referência ao EEER. Esta intervenção reforçou a capacitação da equipa e contribuiu para práticas mais seguras e uniformizadas.

Paralelamente, no contexto da Unidade de AVC, existiu a oportunidade de colaborar na implementação da norma de atuação na disfagia, através da aplicação sistemática do *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Trapl et al., 2007), registo estruturado em processo clínico, sinalização do risco de disfagia, articulação com a equipa multidisciplinar e educação à família com recurso a material informativo já existente no serviço. Esta intervenção integrou múltiplos níveis de garantia da qualidade e segurança, evidenciando desenvolvimento consistente da competência em causa.

No âmbito do projeto de melhoria do planeamento da alta na Unidade de AVC, foi identificada, em conjunto com os EEER, a necessidade de desenvolver um folheto dirigido a familiares e cuidadores sobre posicionamentos terapêuticos (Apêndice 11). Considerando que o padrão antiespástico constitui uma intervenção essencial na pessoa com AVC (Menoita, 2012), este recurso pretende apoiar os cuidadores na continuidade do plano de reabilitação no domicílio, prevenindo complicações músculo-esqueléticas e promovendo a estimulação sensorial.

Ainda no estágio hospitalar no serviço de internamento de cirurgia, foi elaborado um folheto educativo sobre a utilização do espirómetro de incentivo (Apêndice 12), destinado a complementar a demonstração prática realizada pelo EEER. Este recurso pedagógico visa reforçar a consolidação da aprendizagem e promover a utilização correta e segura do dispositivo, contribuindo para a prevenção de complicações respiratórias.

No mesmo serviço, e no âmbito de um projeto de melhoria contínua dirigido à pessoa submetida a cirurgia colorretal com OEI, foi desenvolvido um guia de exercícios focado na prevenção da hérnia paraestomal (Apêndice 13). Considerando tratar-se de uma das complicações tardias mais frequentes e com impacto significativo na qualidade de vida (Ambe et al., 2018), este recurso visa uniformizar intervenções de ER, promover a ativação adequada da musculatura abdominal e apoiar a progressão segura do esforço físico.

Do ponto de vista da melhoria contínua da qualidade, a disponibilização deste guia contribui para a redução da variabilidade das práticas, reforço da segurança e promoção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente ao nível da prevenção de hérnia paraestomal, da autonomia funcional e da capacitação para o autocuidado.

O percurso desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio evidencia a consolidação de competências compatíveis com o 2º ciclo de estudos. Destaca-se, em primeiro lugar, a capacidade de mobilizar e aplicar conhecimentos especializados de ER em contextos clínicos diversificados e frequentemente complexos, demonstrando autonomia na identificação de problemas, no planeamento de intervenções e na implementação de estratégias de melhoria da qualidade.

Evidencia-se igualmente a capacidade de formular juízos clínicos e organizacionais fundamentados, integrando não apenas evidência científica atualizada, mas também considerações éticas, deontológicas e de segurança, particularmente visíveis nas iniciativas de prevenção de riscos, uniformização de práticas e capacitação de profissionais e cuidadores.

Por fim, foi demonstrada competência comunicacional diferenciada, quer na transmissão de informação técnica a equipas multidisciplinares, quer na adaptação da comunicação a pessoas, famílias e cuidadores, através do desenvolvimento de materiais educativos e da dinamização de ações formativas estruturadas.

Globalmente, estas evidências sustentam o desenvolvimento de uma prática profissional reflexiva, autónoma e criticamente fundamentada, simultaneamente coerente com o perfil de competências do Enfermeiro Especialista e com as exigências formativas preconizadas pelos Descritores de *Dublin* para o 2.º ciclo de estudos.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Para atingir esta competência foi estabelecido como objetivo: “Desenvolver competências de liderança e gestão de cuidados de ER que permitam a otimização da resposta da equipa de saúde e promoção da qualidade dos cuidados”.

A par da preocupação com a qualidade dos cuidados, emerge a necessidade de adotar estratégias que promovam a articulação interprofissional e a gestão eficaz dos recursos humanos e materiais. Neste contexto, cruzam-se conceitos como interdisciplinaridade, em que os saberes se complementam e influenciam mutuamente numa abordagem centrada na pessoa e, multidisciplinaridade, caracterizada por uma atuação paralela das diferentes áreas e delegação de tarefas, mantendo o enfermeiro a responsabilidade pelos cuidados delegados (Santos, 2021). Ao longo dos estágios foi possível experienciar estas diferentes formas de organização do trabalho, com expressão variável consoante o contexto assistencial.

Em contexto de ECCI, o EEER assume frequentemente o papel de gestor de caso, num ambiente particularmente privilegiado para o diagnóstico das necessidades da pessoa no seu contexto real (Oliveira et al., 2021). Neste âmbito, torna-se essencial conhecer e mobilizar recursos diferenciados, assegurando o encaminhamento atempado e a articulação com a equipa, de forma a garantir a eficácia e eficiência dos cuidados e a maximização da capacidade funcional e do potencial biopsicossocial da pessoa.

Tal ficou evidenciado no caso apresentado no Apêndice 3, nomeadamente através do encaminhamento da Sra. F.M. para consulta de estomatoterapia, psicologia e da avaliação do direito a transporte para deslocações a consultas e exames.

Em contexto domiciliário, foram igualmente geridas estratégias adaptativas e produtos de apoio, incluindo a reorganização do quarto e da casa de banho e a implementação de estratégias promotoras do autocuidado à OEI (Apêndice 14), reforçando a intervenção do EEER na gestão integrada dos cuidados.

No contexto hospitalar da Unidade de AVC, destacou-se o trabalho interdisciplinar com a Terapia da Fala na reeducação da função alimentar de uma pessoa com AVC isquémico. Perante dúvidas relativas à segurança da via aérea e ao adequado aporte nutricional, respeitando simultaneamente a vontade expressa pela pessoa de regressar ao domicílio, foi deliberado em equipa a realização de videofluoroscopia. Os resultados determinaram a manutenção da sonda nasogástrica e a continuidade do plano de reabilitação. A decisão foi comunicada e aceite de forma livre e informada pela pessoa e família, tendo sido posteriormente articulada com a Equipa de Gestão de Altas, evidenciando capacidade de liderança clínica partilhada e de tomada de decisão centrada na pessoa.

No serviço de cirurgia geral, no âmbito da cooperação com a Equipa de Gestão de Altas para encaminhamento para a RNCCI, foi identificada a ausência de um registo estruturado de ER na

documentação de alta. Neste sentido, foram elaborados pelo EEER registros de transferência, com o objetivo de facilitar a transição segura de cuidados e reforçar a continuidade assistencial.

Em contexto de ortopedia, a participação na consulta de enfermagem de reabilitação pré-cirúrgica (em situações eletivas de prótese total da anca (PTA) e do joelho (PTJ)) constituiu um exemplo relevante de gestão e liderança de cuidados. Esta intervenção permitiu preparar a pessoa e família para o percurso assistencial, reduzir a ansiedade, iniciar o treino respiratório e motor, antecipar necessidades de adaptação do domicílio e articular precocemente com o serviço social quando necessário. Tal abordagem favorece a alta precoce segura, previne complicações e promove ganhos em saúde, conforme descrito por Mendes e Ferrito (2021).

No desenvolvimento deste domínio, evidenciou-se igualmente a competência do EEER em disponibilizar assessoria técnica à equipa de enfermagem. Ao longo do estágio, foram frequentes as situações em que enfermeiros de cuidados gerais solicitaram validação de conhecimentos e orientação relativamente a intervenções de reabilitação, o que revela reconhecimento do papel diferenciador da estudante enquanto futura EEER.

Foi também demonstrada a capacidade de reconhecer os papéis distintos e interdependentes dos membros da equipa, promovendo uma atuação articulada e complementar. Neste âmbito, a orientação da decisão relativa às tarefas a delegar assumiu particular relevância, garantindo que a continuidade do plano de reabilitação fosse assegurada dentro das competências de cada profissional. Importa salientar que a intervenção direta do EEER junto da pessoa é frequentemente limitada no tempo. Assim, o envolvimento dos enfermeiros de cuidados gerais constitui uma estratégia essencial de gestão de cuidados. A mobilização da equipa foi promovida através de estratégias de motivação e capacitação, incentivando a continuidade de intervenções como os posicionamentos terapêuticos na pessoa com AVC, o reforço do treino das AVD e a vigilância de sinais de risco, assegurando coerência e continuidade do plano de reabilitação.

Globalmente, as experiências vivenciadas evidenciam o desenvolvimento progressivo de competências de liderança clínica, gestão de cuidados, articulação interprofissional e capacitação da equipa, em consonância com o domínio de competências em análise.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento das competências inerentes a este domínio foi definido o objetivo: “Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas assentes na prática baseada na evidência, no conhecimento científico e autoreflexão”.

O desenvolvimento profissional do enfermeiro ocorre de forma gradual, contínua e indissociável do processo de desenvolvimento pessoal, devendo considerar-se uma responsabilidade

inerente à profissão e com consequência direta na qualidade dos cuidados (Rodrigues et al., 2012). Nesta perspetiva, Rogers (2023) defende que a capacidade de promover o crescimento do outro está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento da própria pessoa. Assim, quanto maior o autoconhecimento do enfermeiro, maior a sua capacidade empática, intencionalidade terapêutica e eficácia no cuidado, reforçando a necessidade permanente de atualização científica e de reflexão crítica sobre a prática (Melo & Raposo, 2007).

Esta perspetiva converge com o preconizado no artigo 8.º do Regulamento n.º 140/2019, no âmbito da competência comum Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que enfatiza a responsabilidade do Enfermeiro Especialista na procura sistemática de conhecimento, na análise crítica da prática e na incorporação da evidência científica.

Neste percurso, o desenvolvimento de um olhar crítico, quer introspetivo, quer dirigido ao contexto de atuação, constituiu um eixo estruturante. A comunicação e o trabalho em equipa assumiram-se igualmente como ferramentas nucleares para o aperfeiçoamento do saber-fazer enquanto enfermeira e futura EEER, permitindo a confrontação de perspetivas, a validação de práticas e a construção de conhecimento situado.

Teixeira et al. (2021) estabelecem que existe uma correlação positiva entre o nível de formação, o reconhecimento de competências, a implementação de práticas baseadas na evidência e a produção de conhecimento científico, o que se coaduna com o percurso desenvolvido. Tal evidenciou-se desde a elaboração do plano de atividades de estágio (Apêndice 1) e da realização de uma revisão *scoping* (Apêndice 2) destinada a mapear a evidência científica sobre as intervenções do EEER com a pessoa com OEI. Este trabalho culminou na elaboração do poster científico “*Intervenções do EEER à pessoa com OEI: uma Scoping Review*”, apresentado no Congresso Nacional de Estomaterapia da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (Apêndice 15).

Paralelamente, o delineamento de planos de cuidados sustentados em evidência científica exigiu pesquisa sistemática em bases de dados especializadas, leitura crítica da literatura, discussão clínica com EEER orientadores e professor orientador e adaptação das melhores práticas a cada situação concreta, conforme ilustrado nos estudos de caso apresentados nos Apêndices 3 e 4.

Em todos os contextos de estágio, particularmente nas fases iniciais de integração, foi dada prioridade ao conhecimento das normas, protocolos e projetos de melhoria contínua em curso, bem como à uniformização dos registos de enfermagem e à articulação com a equipa. A operacionalização dos registos decorreu na plataforma da RNCCI e nos sistemas informáticos institucionais, permitindo documentar de forma estruturada as intervenções de ER, justificar decisões clínicas e facilitar a articulação com a Equipa de Gestão de Altas.

A utilização da linguagem *CIPE* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) revelou-se particularmente relevante, por permitir a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e valorizar os contributos da ER (Ribeiro et al., 2021).

A disseminação de boas práticas constituiu igualmente uma estratégia de desenvolvimento profissional, concretizada através da dinamização de momentos formativos dirigidos a profissionais, famílias e cuidadores, promovendo simultaneamente a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de competências pedagógicas.

No âmbito da atualização contínua, verificou-se envolvimento em diversas ações formativas e científicas, nomeadamente: “Reabilitação no Doente Cirúrgico” (*webinar* desenvolvido pela OE, Anexo 1), “Da Emergência à Recuperação: Atuação integrada do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa em Processo Cirúrgico” (*webinar* desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Anexo 2), Jornadas desenvolvidas pelo Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental “A transição de cuidados de Reabilitação” (Anexo 3) e, no *webinar* desenvolvido pela OE “Neurorreabilitação: Foco de intervenção em ER” (Anexo 4). Para além da contribuição científica na apresentação de um Poster, também se verificou a participação no congresso Nacional de Estomaterapia organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (Anexo 5 e 6).

De forma geral, o percurso descrito evidencia a mobilização intencional de estratégias de aprendizagem autónoma, reflexão crítica e incorporação da evidência científica na prática clínica. Este processo contribuiu para o desenvolvimento do autoconhecimento profissional, para o fortalecimento da capacidade de tomada de decisão fundamentada e para a consolidação de uma prática progressivamente mais crítica, informada e orientada para a excelência dos cuidados.

Importa destacar que as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio, para além de permitirem atingir o objetivo delineado para este domínio de competência, evidenciam também a consolidação de resultados de aprendizagem alinhados com os Descritores de *Dublin* para o 2.º ciclo de estudos.

Em primeiro lugar, observa-se a aquisição e mobilização de conhecimentos especializados em ER, aplicados de forma crítica em contextos clínicos diferenciados e frequentemente complexos. Tal tornou-se evidente através da pesquisa sistemática e integração da evidência científica na construção de planos de cuidados, na elaboração da revisão *scoping* e na adaptação contínua das intervenções às necessidades específicas da pessoa com OEI. Esta atuação demonstra capacidade de aplicação do conhecimento em contextos novos e multidimensionais, em consonância com o nível de formação em causa.

Paralelamente, evidencia-se o desenvolvimento da capacidade de formular juízos clínicos fundamentados no âmbito da aprendizagem profissional, sustentados na análise crítica da evidência,

na reflexão sistemática sobre a prática e na monitorização dos resultados dos cuidados. Neste domínio, a utilização estruturada dos registos de enfermagem e da linguagem CIPE constituiu uma estratégia relevante de autorregulação da prática, permitindo avaliar resultados, identificar áreas de melhoria e sustentar processos de aprendizagem contínua, revelando maturidade clínica compatível com o 2.º ciclo.

Adicionalmente, o percurso demonstra competência para integrar conhecimentos e gerir informação complexa em contextos de incerteza, particularmente visível na necessidade de ajustar intervenções de reabilitação a diferentes contextos assistenciais, na articulação com múltiplos intervenientes e na transposição crítica da evidência científica para a prática real. Esta capacidade constitui um indicador central de desenvolvimento profissional avançado.

No domínio comunicacional, evidencia-se a capacidade de comunicar conclusões, raciocínios e intervenções de forma clara e estruturada a públicos especializados e não especializados, nomeadamente através da elaboração de materiais educativos, dinamização de momentos formativos e apresentação de produção científica. Esta competência pedagógica e comunicacional assume particular relevância no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao potenciar a partilha de conhecimento e a melhoria das práticas.

Por fim, o investimento continuado em formação, pesquisa autónoma e reflexão crítica sobre a prática evidencia o desenvolvimento consistente de competências de aprendizagem ao longo da vida, demonstrando autonomia na identificação de necessidades formativas e compromisso com a melhoria contínua do desempenho profissional.

Em conjunto, estas evidências sustentam a consolidação progressiva de um perfil profissional reflexivo, autónomo e orientado para a melhoria contínua, em alinhamento com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e com os Descritores de *Dublin* preconizados para o 2.º ciclo de estudos.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas correspondem ao domínio de intervenção próprio de cada especialidade de Enfermagem, manifestando-se através da prestação de cuidados adequados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019).

Neste âmbito, a ER assume como finalidade central a promoção da funcionalidade, o reforço da independência e a maximização da satisfação da pessoa, contribuindo simultaneamente para a preservação da sua autoestima e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019). Esta intervenção

orienta-se por uma abordagem holística, centrada na pessoa, que integra dimensões físicas, psicológicas e sociais do processo de reabilitação.

Deste modo, depreende-se que, a par das competências comuns anteriormente descritas, o EEER detém um conjunto de competências específicas que lhe permitem intervir de forma diferenciada em situações de doença aguda e/ou crónica, com o objetivo de maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa. Acresce que esta intervenção deve ser clara e compreensível para a pessoa, permitindo-lhe conhecer e antecipar os ganhos esperados no seu processo de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

Neste sentido, no presente capítulo procede-se à análise e descrição das intervenções realizadas que permitem alcançar os objetivos delineados e evidenciam o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do EEER ao longo do percurso de estágio.

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

Para o desenvolvimento das competências específicas inerentes a este domínio, foi definido como objetivo: “Prestar cuidados especializados de ER com as pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital”.

Nos diferentes contextos de estágio, foi possível contactar com uma diversidade de pessoas, em distintas fases do ciclo vital, com diferentes realidades socioeconómicas e em diferentes momentos do processo saúde-doença, o que implicou a prestação de cuidados ajustados a múltiplos níveis e fases de adaptação à condição de saúde.

No que respeita às fases do ciclo de vida, importa salientar que a maioria das intervenções foi dirigida a pessoas idosas (com idade superior a 65 anos). Contudo, destacam-se igualmente situações agudas em pessoas jovens que exigiram intervenção diferenciada do EEER, nomeadamente: um trauma torácico decorrente de acidente de viação numa pessoa de 21 anos, em contexto de internamento hospitalar (Apêndice 4); um AVC isquémico numa pessoa de 22 anos, na unidade de AVC; e a realização de uma ileostomia em cirurgia não eletiva numa pessoa de 30 anos, acompanhada em contexto de ECCI.

De forma a reforçar o carácter disciplinar da Enfermagem e a promover o rigor e a qualidade dos cuidados, tornou-se necessário que os planos de cuidados delineados fossem sustentados em referenciais teóricos, conforme defendido por Ribeiro et al. (2018). Neste sentido, Martins et al. (2018) reforçam que a organização e sistematização da prática em ER exigem a existência de um referencial conceptual que oriente a intervenção.

Efetivamente, o recurso a um modelo teórico permitiu enquadrar a prática clínica na interação dos conceitos metaparadigmáticos (pessoa, saúde, ambiente e enfermagem), conferindo-lhe sentido, coerência e fundamentação científica e filosófica (Ribeiro et al., 2018).

Neste enquadramento, foi adotada a Teoria da Adaptação de Callista Roy como referencial orientador, permitindo a elaboração de planos de cuidados centrados na promoção de respostas adaptativas eficazes, tal como evidenciado nos estudos de caso apresentados (Apêndices 3 e 4).

Aprofundando a aplicação deste modelo, no estudo de caso I (Apêndice 3) foi desenvolvido um instrumento intitulado “Avaliação do ambiente com base na Teoria de Callista Roy e foco na pessoa com OEI”. Este instrumento possibilitou uma análise estruturada dos estímulos focais, contextuais e residuais, bem como a identificação do nível de adaptação da pessoa no momento da avaliação.

Adicionalmente, permitiu fundamentar a tomada de decisão clínica, nomeadamente ao nível do encaminhamento para outras áreas, como a consulta de estomaterapia e de psicologia, evidenciando a necessidade de uma intervenção multidisciplinar articulada.

Com base nesta avaliação, foram estabelecidas prioridades de intervenção do EEER, centradas na promoção da adaptação e da funcionalidade, incluindo: educação para a saúde, com enfoque em hábitos saudáveis, autocuidado e prevenção de complicações; promoção da independência nas AVD; incentivo à adesão ao programa de RFM/RFC e RFR; promoção da mobilidade; seleção, ensino, instrução e treino na utilização de produtos de apoio; articulação com a equipa multidisciplinar; apoio ao cuidador; e promoção da autonomia funcional e inclusão social, através da adaptação à condição de saúde e do reforço da capacidade para o autocuidado.

Para sustentar a avaliação do ambiente, da situação familiar e da influência dos estímulos no processo de adaptação em saúde, bem como para a definição de metas de enfermagem orientadas para o bem-estar da pessoa, revelou-se necessário recorrer ao Modelo de Avaliação Familiar de Calgary. Este modelo, como já referido anteriormente, demonstrou particular relevância na avaliação do ambiente físico, na identificação de estímulos focais, contextuais e residuais e na compreensão da dinâmica familiar (Apêndices 3 e 4). Através de uma abordagem sistémica e da análise multidimensional da família, ao nível da estrutura, desenvolvimento e função, foi possível conhecer a pessoa e a sua família no seu contexto, identificando necessidades de intervenção ajustadas, quer em contexto comunitário quer hospitalar (Henriques & Santos, 2019).

A sustentação teórica revelou-se essencial ao longo do estágio, permitindo delinear programas de reabilitação ajustados a situações agudas e/ou crónicas. Estes programas foram desenvolvidos em diferentes contextos, nomeadamente em internamento em Unidade de AVC, serviços cirúrgicos (cirurgia geral e ortopedia), consulta pré-cirúrgica de ER em ortopedia (em situações de PTJ e PTA) e em contexto domiciliário, no âmbito da ECCI. A sua implementação contribuiu para a promoção de

ganhos em saúde, destacando-se a melhoria da função respiratória, o reforço da autonomia, a capacitação para o autocuidado e a redução do risco de isolamento social.

Sem desvalorizar os diversos programas de reabilitação delineados, implementados e reavaliados, importa destacar a intervenção junto da pessoa em contexto de cirurgia geral e ortopedia.

O período pré-operatório constitui um momento determinante, na medida em que permite atenuar medos, gerir a ansiedade, avaliar expectativas e identificar necessidades, assumindo-se como um fator preditor na redução de riscos associados ao procedimento cirúrgico (Colaço et al., 2025; Cordeiro & Menoita, 2012; Topa et al., 2025). Neste sentido, foram delineados planos de intervenção no período pré-operatório que integraram componentes fundamentais de ensino, instrução e treino, nomeadamente: posicionamento de conforto e relaxamento; consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; controlo respiratório e respiração diafragmática; tosse com contenção da ferida cirúrgica; utilização do espirómetro de incentivo; técnicas de limpeza da via aérea e de expansão pulmonar; mobilização precoce; alternância de posicionamentos; movimentação ativa; e correção postural (Colaço et al., 2025; Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018).

A familiarização precoce da pessoa com a equipa de ER, bem como com a implementação destas estratégias, revelou-se determinante para a continuidade dos cuidados no período pós-operatório, promovendo maior segurança, adesão e autonomia na sua implementação. Verificou-se que, perante situações de dor ou limitação funcional, a pessoa evidenciava já conhecimentos e competências que facilitavam a adoção de comportamentos adequados, nomeadamente ao nível do controlo respiratório, da prevenção de complicações e da gestão do autocuidado, traduzindo-se em ganhos efetivos em saúde.

No período pós-operatório, foram igualmente implementadas intervenções centradas na mobilização e levante precoce, no treino motor com fortalecimento muscular e na RFR, contribuindo para a recuperação funcional e prevenção de complicações associadas à imobilidade.

Destaca-se, ainda, com particular relevância, a intervenção junto da pessoa com OEI, na qual foi possível integrar, tanto no período pré como no pós-operatório, intervenções baseadas na evidência. Estas intervenções resultam da revisão *scoping* realizada, permitindo integrar estratégias como a comunicação e educação para a saúde, o fortalecimento muscular e a reeducação do pavimento pélvico, a mobilidade precoce, a gestão da hidratação e nutrição, bem como o controlo da dor e a aplicação de técnicas de relaxamento muscular progressivo.

Aliado à sustentação teórica, e com o intuito de analisar processos de enfermagem complexos, nos quais os quatro modos de adaptação descritos por Callista Roy interagem e se influenciam mutuamente (Wills, 2014), foi fundamental a utilização de instrumentos de avaliação validados. Estes permitiram identificar, de forma objetiva e sistematizada, alterações ao nível funcional, limitações da atividade, restrições da participação e fatores de risco associados, fornecendo indicadores clínicos

mensuráveis e comparáveis. Com base nestes dados, foi possível definir diagnósticos de enfermagem adequados, planejar intervenções específicas e monitorizar, de forma sistemática, os resultados alcançados.

Para este efeito, recorreu-se ao documento da OE (2016), *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER*.

No que respeita à avaliação respiratória, e em consonância com as recomendações da OE (2018) relativas às boas práticas em reabilitação respiratória, foram utilizadas, sempre que necessário, técnicas como a inspeção, palpação, percussão e auscultação pulmonar, bem como a avaliação da tosse e da dispneia. De igual modo, a interpretação de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente radiografia torácica, revelou-se um contributo relevante para a tomada de decisão clínica e para a articulação no seio da equipa multidisciplinar.

Para o desenvolvimento de maior precisão na distinção entre sons respiratórios normais e ruídos adventícios, foi privilegiado o treino contínuo com os EEER orientadores, articulado com o estudo dos referenciais teóricos de Cordeiro et al. (2017) e Cordeiro e Menoita (2012), de forma a promover a consolidação de competências clínicas diferenciadas.

Em contexto de internamento cirúrgico, particularmente em cirurgias abdominais, foi possível realizar, no período pré-operatório, a avaliação da função respiratória através do espirómetro de incentivo volumétrico. Esta avaliação permitiu identificar alterações respiratórias com potencial para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias, bem como caracterizar a função pulmonar da pessoa e promover a sua familiarização com o dispositivo. Paralelamente, constituiu uma oportunidade para a educação terapêutica, nomeadamente ao explicar de que forma a utilização do espirómetro de incentivo e o treino de inspiração profunda e lenta contribuem para a prevenção de complicações respiratórias (Eltorai et al., 2017).

Relativamente à avaliação da dispneia e da intolerância à atividade, foi aplicada a Escala de Dispneia de Borg Modificada (Borg, 1982).

No domínio neurológico, a avaliação do nível de consciência foi realizada através da Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jenne, 1974), enquanto o estado cognitivo foi avaliado com recurso ao *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975), permitindo ajustar as intervenções ao nível de compreensão e capacidade de aprendizagem da pessoa.

Em contexto agudo de AVC, a avaliação sistemática dos pares cranianos revelou-se fundamental, possibilitando a identificação precoce de défices neurológicos com impacto direto na segurança da pessoa, nomeadamente no risco de aspiração associado à disfagia, frequentemente relacionado com alterações dos pares cranianos IX, X e XII. Esta avaliação contribuiu para a definição dos diagnósticos de enfermagem e para a orientação das intervenções, incluindo a decisão sobre a

segurança da alimentação por via oral, o tipo de dieta a instituir e as estratégias de reeducação funcional a implementar.

No que concerne à avaliação da função motora, foi utilizada a Escala de Avaliação da Força Muscular do *Medical Research Council* ([MRC], 1976), aplicada de forma sistemática e bilateral, do segmento distal para o proximal, permitindo uma caracterização detalhada da força muscular. A coordenação motora foi avaliada através das provas índice-nariz e calcanhar-joelho (Menoita, 2012), enquanto a sensibilidade foi analisada ao nível superficial (tátil, térmica e dolorosa) e profunda, com exceção do sentido estereognóstico.

Para a avaliação do equilíbrio funcional, estático e dinâmico, foi utilizada a Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992), sendo o risco de queda avaliado através da Escala de Morse ([DGS], 2019). A avaliação do tônus muscular e da espasticidade foi realizada com recurso à Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987).

A integração destes instrumentos, aliada à observação sistemática da marcha, considerando parâmetros como simetria, velocidade, cadência, mobilidade articular, alterações posturais e análise das fases do ciclo da marcha, revelou-se fundamental para a identificação de alterações funcionais e para a definição de estratégias que promovessem uma marcha mais segura e eficiente.

A implementação de programas de atividade e exercício físico por parte do EEER assume um papel central na melhoria da capacidade funcional e na promoção da independência, contribuindo também para a prevenção e recuperação em situações de doença aguda ou crónica, com impacto positivo no autocuidado e na qualidade de vida (Novo et al., 2025).

Tendo por base esta premissa, numa atividade desenvolvida na comunidade dirigida à população idosa, procedeu-se à avaliação da capacidade funcional e à promoção da prática de atividade física. Aplicou-se a bateria *Short Physical Performance Battery* (SPPB), composta por três componentes: equilíbrio estático, velocidade da marcha e teste de levantar e sentar da cadeira (Lauretani et al., 2019). A pontuação total varia entre 0 e 12 pontos, sendo que valores mais elevados correspondem a melhor desempenho físico, permitindo classificar a funcionalidade em diferentes níveis.

Para avaliação do grau de dependência nas AVD, foi utilizada a Medida de Independência Funcional (Keith et al., 1987). Esta avaliação foi essencial para compreender a funcionalidade da pessoa, fornecendo dados relevantes para a intervenção do EEER e fundamentação da mesma (OE, 2018). Complementarmente, recorreu-se à escala de *Barthel*, reforçando a avaliação da independência funcional (Mahoney & Barthel, 1965).

Em contexto de ECCI, foram ainda utilizados instrumentos como o Índice de Katz (Katz et al., 1963) e a Escala de Lawton e Brody (1969). Estes instrumentos revelaram-se fundamentais para uma

compreensão global da funcionalidade da pessoa idosa e para a definição de intervenções ajustadas às suas necessidades.

No que respeita à avaliação da deglutição, foi aplicado o *GUSS* (Trapl et al., 2007). A sua utilização permitiu uma avaliação rigorosa e padronizada, sustentando a definição de estratégias de intervenção ajustadas e contribuindo para a prevenção de complicações. Simultaneamente, favoreceu a qualidade e segurança dos cuidados nos diferentes contextos, bem como a comunicação entre profissionais de distintas áreas, promovendo a articulação interdisciplinar.

Para além dos instrumentos referidos, recorreu-se à realização de entrevistas e à consulta de processos clínicos, permitindo complementar a avaliação com informação contextual relevante. A avaliação, tanto inicial como contínua, integrou frequentemente a participação da pessoa, da família, dos cuidadores e de outros profissionais de saúde, reforçando uma abordagem centrada na pessoa.

Neste âmbito, foi assegurada a articulação entre diferentes níveis de cuidados, envolvendo a comunicação entre equipas hospitalares, comunitárias e a família/cuidador, bem como com a equipa multidisciplinar, nomeadamente fisioterapia, terapia da fala, especialidades médicas, serviço social e psicologia. Esta articulação revelou-se determinante para garantir a continuidade dos cuidados e a coerência das intervenções ao longo do percurso assistencial.

Adicionalmente, foi possível participar ativamente na preparação da alta, quer para o domicílio quer para unidades da RNCCI, experienciando diferentes transições de cuidados e ajustando a intervenção às necessidades específicas de cada contexto.

A diversidade de situações vivenciadas exigiu uma adaptação constante das intervenções, tendo em consideração as características individuais, o contexto familiar e o ambiente envolvente, assegurando cuidados seguros, personalizados e centrados na pessoa, respeitando simultaneamente os seus valores, cultura e princípios éticos.

Verificou-se a necessidade de adaptar a comunicação e as estratégias de ensino às capacidades de compreensão da pessoa e da família, recorrendo a linguagem simplificada e a metáforas facilitadoras da aprendizagem. Tal foi particularmente evidente na instrução de exercícios com foco na flexão plantar, através de expressões como “faça de conta que está a usar sapatos altos” ou “ande em bicos de pés”, o que favoreceu a compreensão e a correta execução da tarefa. Paralelamente, em situações de compromisso neurológico, como no AVC, tornou-se necessário ajustar o ambiente terapêutico e as intervenções às limitações ao nível da atenção e das funções cognitivas da pessoa, bem como adequar a complexidade das atividades. Neste âmbito, destaca-se a introdução progressiva de tarefas de dupla tarefa, em função da capacidade de desempenho demonstrada.

Foram igualmente consideradas manifestações de labilidade emocional, frequentemente associadas a alterações no grau de dependência e funcionalidade. Nestes casos, revelou-se fundamental a escuta ativa, o reforço positivo, a motivação contínua e a demonstração objetiva dos

ganhos em saúde alcançados ao longo do processo de reabilitação, promovendo o envolvimento e a adesão da pessoa (Fernandes et al., 2024).

No âmbito dos programas de reabilitação desenvolvidos, foram implementadas intervenções de ensino e treino dirigidas à pessoa e família/cuidador nos cinco contextos de estágio.

No que respeita à conservação de energia, foram ensinadas estratégias que permitissem uma melhor gestão do esforço durante a realização das atividades, nomeadamente: o planeamento prévio da ação, a definição de distâncias a percorrer, a identificação de pontos de repouso e a adoção de posições de descanso e relaxamento. Em contexto de internamento, estas estratégias incluíram o apoio dos membros superiores nas barras da cama ou nas presentes ao longo do corredor, bem como a utilização de andarilho com rodas e assento para pausas, associando frequentemente estas com a respiração diafragmática.

Em contexto domiciliário, verificou-se o impacto positivo destas intervenções, nomeadamente no caso da Sra. F.M., que inicialmente apresentava limitação marcada na mobilidade associada ao cansaço. Observou-se uma evolução para maior tolerância ao esforço e aumento da capacidade de deambulação com andarilho, passando de percursos muito curtos para distâncias superiores, com menor perceção de dispneia. Esta evolução foi evidenciada pela redução da intensidade do cansaço, avaliada pela Escala de Borg Modificada, bem como pela capacidade de integrar, de forma adequada, a técnica respiratória durante o esforço.

Foi ainda promovida a segmentação do treino de AVD, particularmente em situações clínicas complexas, com o objetivo de evitar sobrecarga e garantir a eficácia da intervenção, sem comprometer o plano previamente delineado. Esta abordagem revelou-se pertinente, por exemplo, no caso de um homem de 78 anos, previamente independente, que, após internamento por colecistectomia não eletiva complicada por pancreatite, apresentou um percurso clínico marcado por descompensações cardíacas e respiratórias, com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos. Neste contexto, tornou-se essencial ajustar a intervenção, nomeadamente através da não realização do treino de marcha imediatamente após o treino do autocuidado higiene, explicando à pessoa a necessidade de segmentar as atividades de forma a respeitar a sua capacidade de tolerância ao esforço.

Relativamente à correção postural, foram implementadas estratégias para promover o alinhamento corporal e o equilíbrio, frequentemente comprometidos após cirurgia ou na presença de dor e dispositivos médicos. Foi explicado à pessoa que as alterações posturais adotadas (antiálgicas) constituem, muitas vezes, mecanismos de defesa que podem persistir mesmo na ausência de dor, com impacto negativo na funcionalidade (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018).

Também com a Sra. F.M. (Apêndice 3) foi desenvolvido um plano de intervenção, com o objetivo de promover a mobilidade, corrigir a postura e, conseqüentemente, potenciar a

independência nas AVD, melhorar o equilíbrio e prevenir a ocorrência de hérnias paraestomais. Foi igualmente reforçada a importância da sua continuidade para além das sessões com a ECCL, salientando o seu contributo para a promoção da mobilidade, autonomia, autocuidado e adaptação à nova condição de saúde.

Como estratégia de motivação e monitorização dos ganhos em saúde, foi elaborada uma folha de registo, onde a Sra. F.M. assinalava o momento de realização dos exercícios e classificava a sua dificuldade numa escala de 0 a 10, permitindo posterior análise conjunta.

Ao longo do período de acompanhamento, verificou-se uma diminuição progressiva da dificuldade na execução dos exercícios, nomeadamente respiração com contração abdominal, rotação dos joelhos, inclinação pélvica, sentar na cama, levantar da cama com controlo respiratório e exercício abdominal em ortostatismo (ver em Anexo do Apêndice 3 – O treino da F.M.).

Na pessoa com AVC, foram ensinados exercícios de motricidade orofacial, preferencialmente realizados em frente ao espelho, com o objetivo de promover a simetria facial, prevenir contraturas e melhorar a funcionalidade durante a alimentação. Estes exercícios incluíram movimentos como elevação supraciliar, cerrar os olhos com afinco, sorrir, “mandar beijinhos” e “encher as bochechas com ar”, realizados em séries de 10 repetições/3 vezes ao dia.

Em contexto de internamento hospitalar, recorreu-se, em alguns casos e por preferência da própria pessoa, à utilização da câmara do telemóvel como alternativa ao espelho. Algumas pessoas optaram por registar em vídeo a realização dos exercícios, permitindo a sua partilha com a família e constituindo-se, simultaneamente, como uma estratégia de motivação, envolvimento familiar e monitorização da evolução.

A pessoa com alteração da deglutição pode tornar-se emocionalmente mais fragilizada e insegura, com impacto negativo na autoestima, o que condiciona as relações sociais e favorece o isolamento. Situações como a dificuldade em gerir a saliva, lidar com episódios de engasgamento, deglutir de forma eficaz ou manter uma dieta distinta da dos restantes contribuem para este impacto (Farri et al., 2007).

Neste sentido, a intervenção do EEER assumiu particular relevância, ao contribuir para minimizar o constrangimento, reduzir o isolamento e promover a participação em atividades sociais e familiares. Paralelamente, foram desenvolvidas intervenções dirigidas à promoção da segurança na alimentação, envolvendo familiares, cuidadores e auxiliares de ação médica, tanto em contexto hospitalar como em UCCI e ECCL. Estas incluíram o ensino sobre a adequação da consistência alimentar, a utilização de espessantes e a adoção de posicionamentos seguros, com o objetivo de prevenir complicações, nomeadamente a aspiração.

No que concerne à transferência e à marcha, foi realizado o ensino à pessoa e ao cuidador sobre técnicas seguras de levantar, transferências e utilização adequada de auxiliares de marcha, bem

como sobre posicionamentos no leito, com vista à prevenção de UPP e de lesões músculo-esqueléticas no cuidador. Foram ainda abordadas estratégias específicas para facilitar o autocuidado em situações como o pós-AVC e o pós-cirurgia ortopédica, respeitando as limitações e precauções inerentes. Estas incluíram o ensino e a prática de técnicas de adaptação da marcha, nomeadamente na subida e descida de escadas em pessoas com hemiparesia, assim como em situações pós-cirurgia ortopédica ou amputação de membro inferior com necessidade de utilização de canadianas. Foram igualmente consideradas restrições ao nível da amplitude articular, a evicção do cruzamento dos membros inferiores, a prevenção do ombro doloroso, o posicionamento em padrão antiespástico e técnicas de vestir e despir adaptadas.

Por fim, foram promovidas e integradas no treino dos autocuidados intervenções dirigidas ao controlo postural, à promoção da cinestesia corporal e ao exercício muscular e articular. Estas incluíram exercícios de facilitação cruzada, mobilidade no leito (como rolamento e ponte), automobilização e estimulação sensorial, nomeadamente através da carga sensitiva ao nível do cotovelo, evidenciando o seu contributo para a realização dos autocuidados. Foi ainda incentivado o envolvimento do lado lesado, através do ensino e prática de técnicas de automobilização do hemicorpo, particularmente em situações de AVC. Estas contemplaram, por exemplo, o entrelaçar das mãos, a extensão dos cotovelos e a elevação dos membros superiores acima da região da cabeça, facilitando assim a protração do ombro. Ao nível do membro inferior, recorreu-se à colocação do membro lesado sobre o não lesado, facilitando movimentos de flexão e extensão, com impacto na realização de transferências e mobilizações no leito.

O envolvimento ativo da pessoa e da família ao longo de todo o processo de enfermagem revelou-se determinante, potenciando a construção de planos de reabilitação personalizados, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade. Nestas situações, o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança foi essencial para facilitar a aceitação da intervenção e promover uma adaptação positiva à situação de saúde-doença.

Neste enquadramento, e utilizando a linguagem CIPE, os programas de reabilitação integraram frequentemente diagnósticos como “potencial para melhorar o conhecimento” e “potencial para melhorar a capacidade”, dirigidos tanto à pessoa como ao familiar/cuidador. A consideração destes diagnósticos, aliada à motivação para aprender, permitiu promover a adesão ao plano terapêutico, capacitar a pessoa e a família, reforçar a autonomia, assegurar a continuidade dos cuidados e contribuir para a melhoria da literacia em saúde (Raposo et al., 2020).

Em termos gerais, a diversidade de contextos e experiências ao longo do estágio possibilitou o desenvolvimento de cuidados especializados de ER dirigidos a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, envolvendo ativamente a pessoa e a sua família/cuidador. A prática desenvolvida, sustentada em referenciais teóricos, instrumentos de avaliação validados e evidência científica atual,

permitiu delinear e implementar planos de reabilitação individualizados, seguros e centrados na pessoa. A adaptação contínua das intervenções e a articulação com a equipa multidisciplinar contribuíram para a promoção da autonomia, capacitação e continuidade dos cuidados, evidenciando, de forma consistente, a aquisição das competências específicas do EEER neste domínio.

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

No âmbito desta competência, centrada na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, torna-se essencial compreender o impacto destas condições na vida quotidiana, nas relações sociais e no exercício da cidadania (Regulamento n.º 392/2019). Tal implica a implementação de intervenções que promovam não apenas a funcionalidade, mas também a participação ativa da pessoa nos diferentes contextos de vida.

Neste sentido, foi definido como objetivo: “Promover a autonomia funcional e a inclusão social das pessoas, nomeadamente na adaptação à condição de saúde, promoção do autocuidado, independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social”.

Com vista à concretização deste objetivo, foram desenvolvidas intervenções de ensino e treino dirigidas à pessoa e ao cuidador (conforme referido anteriormente), centradas na aquisição de técnicas e na utilização de tecnologias de apoio ao autocuidado, promovendo a autonomia, segurança, conforto e qualidade de vida.

Para além das intervenções já descritas ao nível do controlo postural, da promoção da cinestesia corporal e do exercício muscular e articular, foi reforçada a importância da organização do ambiente e da abordagem à pessoa com AVC pelo lado lesado, de forma a potenciar a recuperação funcional e a consciência corporal.

Ainda neste contexto, recorreu-se, em ambiente hospitalar, à utilização de mesa de apoio transparente, facilitando a integração do membro lesado nas atividades. Para promover a consciencialização corporal, foram utilizados espelhos, tanto em contexto hospitalar (espelho quadriculado) como domiciliário, bem como recursos como bandas neuromusculares e pesos nos membros superiores e inferiores, com o objetivo de facilitar o controlo motor e melhorar o desempenho nas AVD e na marcha, particularmente em situações de défice motor acentuado.

No treino das AVD, recorreu-se a produtos de apoio adequados às necessidades da pessoa, com o objetivo de promover a autonomia e a segurança. Estes revelaram-se particularmente úteis em atividades como a higiene pessoal, vestir e despir, alimentação, transferências e mobilidade, incluindo a utilização de cadeira sanitária, barras de apoio, meios auxiliares de marcha (como canadianas e andarilhos) e cinto de transferência.

Relativamente ao cinto de transferência, foi utilizado em contexto de internamento para facilitar a marcha assistida com necessidade de apoio mínimo, em transferências com recurso a tábua de transferência numa pessoa com amputação de membro inferior, bem como em articulação com barras de apoio, para facilitar a posição ortostática durante o vestir/despir e os cuidados de higiene.

Neste âmbito, destaca-se a intervenção com a Sra. F.M. (Apêndice 3), na qual foram ensinadas e treinadas estratégias e a utilização de produtos de apoio para facilitar o autocuidado higiene e o autocuidado à OEI. Verificou-se uma melhoria da independência funcional nestes domínios, com a integração de recursos como a barra de apoio no duche, o banco no poliban, a esponja de cabo longo e a cadeira sanitária de quatro pés colocada sobre a sanita. Esta revelou-se particularmente útil por dispor de um bolso lateral, onde passou a organizar o material necessário à gestão da ostomia e aos cuidados de higiene. Adicionalmente, passou a utilizar um espelho oval, que mantinha guardado nesse mesmo bolso e que adaptava ao andarilho, permitindo a visualização da parede abdominal e a realização autónoma dos cuidados à ostomia (Apêndice 14).

No treino do autocuidado alimentar, recorreu-se a diferentes produtos de apoio, selecionados de acordo com as necessidades da pessoa. Foram utilizados copos recortados, com o objetivo de evitar a hiperextensão cervical em situações de alteração da deglutição, tanto em contexto de internamento hospitalar após AVC como no domicílio, através da adaptação de copos convencionais face à indisponibilidade do recurso. Foram também utilizados talheres com engrossador de cabo, bem como talheres dobráveis e flexíveis, facilitando o autocuidado alimentar em pessoas com limitações motoras, nomeadamente em contexto de AVC e doença de Parkinson, em UCCI e ECCI.

Adicionalmente, recorreu-se a pratos com ventosa ou superfície antiderrapante e com bordos elevados, promovendo a sua fixação à mesa e facilitando a alimentação autónoma em situações de limitação funcional de um dos membros superiores, nomeadamente em contexto de UCCI.

Paralelamente, foram implementados programas de exercício físico focados no fortalecimento muscular, equilíbrio (estático e dinâmico, na posição sentada e ortostática) e coordenação, frequentemente integrados nas atividades funcionais e com recurso a bandas elásticas, pesos, perneiras, bola suíça, bolas e bicicletas ergonómicas. Estas intervenções permitiram melhorar o desempenho nas AVD, potenciando a independência nos autocuidados.

Pelo exposto e pela experiência adquirida ao longo dos diferentes contextos de estágio, torna-se evidente que os produtos de apoio assumem um papel determinante na promoção da autonomia, independência e integração da pessoa com alterações da funcionalidade. Contudo, a sua seleção deve ser individualizada, sustentada numa avaliação cuidada que considere as necessidades, limitações, capacidades e o contexto social e ambiental da pessoa (OE, 2023).

Para além da seleção criteriosa por parte do EEER, é essencial assegurar a instrução, o ensino e a supervisão da sua utilização, bem como a avaliação contínua da sua eficácia e eventual necessidade

de adaptação, de forma a maximizar os seus benefícios no processo de reabilitação (OE, 2023). Neste sentido, foi frequente solicitar à pessoa e à família a demonstração das técnicas, do desempenho nas AVD e da utilização dos produtos de apoio, permitindo ajustar a intervenção às reais necessidades identificadas.

O Guia Orientador de Boas Práticas: Requisitos para a prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito da prática de cuidados especializados em ER (OE, 2023) constituiu um recurso relevante, ao sustentar a tomada de decisão na escolha dos produtos de apoio ao longo dos diferentes contextos de estágio. Este documento facilitou a consulta dos dispositivos disponíveis, bem como a análise das suas vantagens e limitações com base em informação atualizada, contribuindo para a promoção da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa e da família.

O EEER responde às necessidades da pessoa, assumindo um papel assistencial, de coordenação e de articulação entre os diferentes intervenientes, com vista à prestação de cuidados de saúde que promovam uma adaptação bem-sucedida (Rocha et al., 2020). A sua intervenção integra, igualmente, a promoção do diagnóstico precoce e o desenvolvimento de ações preventivas no âmbito da ER (Vasconcelos, 2021).

Ao longo da prática de cuidados, foi possível promover a segurança de forma transversal, nomeadamente através do treino de marcha e equilíbrio, da identificação e comunicação do risco de queda em articulação com a equipa e do ensino à pessoa e família sobre estratégias de prevenção, incluindo a utilização de vestuário e calçado adequados, bem como a organização do ambiente e eliminação de obstáculos.

Foram também desenvolvidas estratégias adaptativas para o autocuidado, com recurso a produtos de apoio como alteadores de sanita, banco no poliban, cadeira sanitária, esponja de cabo longo, calçador, pinça, barras de apoio e cinto de transferência. Em contexto hospitalar, recorreu-se ainda a dispositivos como elevadores de transferência com arnês ou verticalizadores, promovendo o levantar em pessoas com elevado grau de dependência, a sua participação nos autocuidados e a realização de transferências com maior conforto e segurança, tanto para a pessoa como para os profissionais.

No âmbito da prevenção de LMERT, foram dinamizadas ações junto de assistentes de ação direta e cuidadores informais, baseadas na demonstração e discussão de situações do quotidiano, promovendo a adoção de técnicas seguras e a qualidade dos cuidados prestados.

Destaca-se ainda a avaliação da deglutição, com articulação com a equipa multidisciplinar e o serviço de alimentação, assegurando a continuidade da informação entre turnos, bem como a capacitação da pessoa para o processo de reabilitação em consulta de ER no período pré-operatório, nomeadamente em situações de cirurgia ortopédica.

Globalmente, tanto a promoção do autocuidado como a prevenção de complicações, incluindo quedas, UPP e outras condições associadas à imobilidade, convergem para o objetivo de promover a autonomia e independência da pessoa em ambientes seguros. Estas intervenções contribuem ainda para a redução de fatores de risco associados às alterações da funcionalidade ao longo do ciclo de vida, evidenciando-se de forma consistente nos diferentes contextos de estágio (Pol et al., 2024).

Ao longo deste percurso, evidenciou-se a mobilização de conhecimentos relativos à legislação e às normas técnicas promotoras da integração e participação cívica da pessoa com deficiência ou limitação funcional, aplicados na prática clínica. Neste âmbito, destacou-se o aconselhamento a cuidadores informais relativamente aos apoios e recursos disponíveis, bem como a sensibilização para o impacto da diminuição das interações sociais, da alteração de papéis e da necessidade de reorganização da vida pessoal e familiar, fatores que podem contribuir para a sobrecarga do cuidador. Foi ainda fornecida informação sobre o estatuto do cuidador informal, conforme previsto na legislação (Lei n.º 100/2019).

Foi também realizada a referenciação para consulta de estomaterapia, bem como a articulação para a prescrição de dispositivos médicos no âmbito da OEI, assegurando o acesso gratuito, de acordo com o enquadramento dos direitos da pessoa ostomizada ([DGS], 2016).

Em contexto de internamento, procedeu-se à validação e acompanhamento de pedidos de produtos de apoio, nomeadamente cadeiras de rodas adaptadas em pessoas com amputação de membro inferior. Nestes casos, foi prestada orientação à pessoa e à família relativamente ao processo de atribuição destes equipamentos, salientando a importância de aguardar a prescrição por médico fisiatra e a sua disponibilização pelo hospital, evitando aquisições inadequadas e assegurando a adequação às necessidades específicas, conforme previsto na legislação em vigor (Decreto-Lei n.º 93/2009).

Sobretudo em contexto hospitalar e no planeamento da alta, foi dada especial atenção à preparação da família e à articulação com a equipa de gestão de altas, no sentido de identificar e minimizar barreiras arquitetónicas no domicílio, promovendo condições que respeitem princípios ergonómicos e favoreçam a segurança e autonomia da pessoa no regresso a casa.

Com o objetivo de evidenciar a intervenção ao nível da sensibilização da comunidade para a adoção de práticas inclusivas e o apoio à inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais, apresentam-se três situações ilustrativas.

A primeira refere-se à Sra. A.A., de 78 anos, com antecedentes de AVC isquémico e recentemente hospitalizada por um segundo evento, do qual resultou um elevado grau de dependência e o desenvolvimento de uma UPP de grau IV na região sagrada. Após alta para o domicílio, com acompanhamento pela ECCL, encontrava-se totalmente dependente e restrita ao leito. Durante o acompanhamento, manifestou tristeza associada ao isolamento no quarto, decorrente das adaptações

realizadas no domicílio, nomeadamente a colocação de cama articulada, que implicou a separação do espaço conjugal e a impossibilidade de partilhar momentos significativos com a família.

Apesar de inicialmente esta possibilidade ter sido considerada inviável pela cuidadora, foi delineado um plano de reabilitação centrado nos objetivos e desejos da Sra. A.A., promovendo o treino progressivo de tolerância ao posicionamento, equilíbrio e levante. Dado o período prolongado de imobilidade, o treino foi necessariamente gradual, verificando-se inicialmente intolerância mesmo à elevação em *semifowler*. Com a evolução do programa de treino foi possível alcançar a posição sentada com controlo estático e dinâmico, ainda que sem aquisição de ortostatismo. Paralelamente, embora a UPP tenha apresentado melhoria, manteve impacto na tolerância ao posicionamento.

Em articulação com a equipa domiciliária, foram ajustados os horários de intervenção, permitindo que, de forma segura, a Sra. A.A. pudesse realizar refeições com a família na cozinha. Esta adaptação revelou-se determinante na redução do isolamento, na promoção do bem-estar emocional e na manutenção dos papéis familiares, evidenciando a importância de alinhar os cuidados com os valores e prioridades da pessoa.

A segunda situação refere-se a uma pessoa jovem, de 30 anos, submetida a ileostomia temporária de urgência, previamente independente e socialmente ativa. Verificou-se uma dificuldade de aceitação dos cuidados à ostomia, associada a um processo de afirmação de género em curso e sob terapêutica hormonal. A condição clínica interferiu com a imagem corporal e identidade, com impacto negativo na autoestima e na expressão da sexualidade, conduzindo ao isolamento social.

Perante esta situação, foi adotada uma abordagem centrada na pessoa, baseada na escuta ativa, no respeito e na validação dos seus objetivos de vida. Foi fornecida informação adequada à sua condição e, com consentimento, promovida a articulação com a psicologia. Esta intervenção contribuiu para uma maior aceitação da situação, maior envolvimento no autocuidado e retoma progressiva da participação social.

Por fim, destaca-se a intervenção junto de cuidadores informais e auxiliares de ação médica, no sentido de os sensibilizar para a importância de promover a autonomia da pessoa nos autocuidados. Foi reforçada a necessidade de evitar a substituição desnecessária da pessoa nos autocuidados, incentivando antes o seu envolvimento ativo no plano de cuidados, com respeito pelas suas capacidades. Esta abordagem revelou-se fundamental para promover a autoestima e independência da pessoa, com impacto para o processo de reabilitação, ganhos em saúde e numa inclusão mais efetiva no contexto familiar e social.

Importa ainda referir que houve a participação na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e diferentes organizações, nomeadamente, na participação em projetos de melhoria contínua e de qualidade em todos os locais de estágio em que participei e no desenvolvimento de formação resultante de uma parceria entre ECCL e autarquia local (Apêndice 6).

Foram ainda utilizados instrumentos de avaliação para monitorizar a evolução da autonomia funcional e a capacitação nos autocuidados, permitindo documentar os resultados no processo clínico e reajustar o plano de intervenção sempre que necessário.

Ao longo do estágio, as intervenções desenvolvidas centraram-se não apenas na melhoria da funcionalidade, mas também na capacitação da pessoa para a gestão da sua condição de saúde e para o exercício da sua autonomia. Através do treino de AVD, da educação para o autocuidado e da orientação à pessoa e família, foi possível promover competências que favorecem a independência e a segurança no domicílio. Simultaneamente, a adaptação do ambiente e o incentivo à participação em atividades sociais e familiares contribuíram para a reinserção na comunidade.

Assim, considera-se que estas intervenções permitiram capacitar a pessoa para retomar papéis significativos, tomar decisões informadas e assumir um papel ativo no seu processo de reabilitação, evidenciando a aquisição desta competência.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, a intervenção do EEER também foca no desenvolvimento e implementação de programas de treino orientados para a maximização da funcionalidade da pessoa, promovendo o desempenho motor, cardíaco e respiratório, com impacto na autonomia, participação e qualidade de vida.

Neste enquadramento, foi definido como objetivo “Maximizar a capacidade funcional da pessoa através da elaboração e implementação de programas de treino”.

Para sustentar a prática clínica na melhor evidência científica nas áreas das funções motora, respiratória e cardíaca, foram mobilizadas diversas estratégias ao longo do percurso formativo, nomeadamente: a análise de literatura científica atualizada, consulta de manuais de referência e guias orientadores de boas práticas da OE. A articulação entre o conhecimento teórico e a prática foi reforçada através da discussão crítica com o professor orientador e EEER orientadores, bem como pela participação em ações formativas e eventos científicos, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico e para uma prática baseada na evidência.

A implementação de programas de atividade e exercício físico revelou-se central na intervenção, contribuindo para a melhoria da capacidade funcional, promoção da independência e prevenção de complicações associadas a situações de doença aguda e crónica, com impacto positivo no autocuidado e na qualidade de vida.

Na concretização dos programas de treino ao nível das funções motora, respiratória e, quando aplicável, cardíaca, foi necessário considerar contextos marcados por imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. A perda de funcionalidade evidenciou-se como um fator com impacto significativo

na motivação e adesão ao plano de reabilitação, exigindo uma adaptação contínua das estratégias de intervenção e da intensidade do treino às características e resposta da pessoa (António et al., 2025).

Independentemente da etapa do ciclo vital, foram prestados cuidados a pessoas cujo desempenho dos seus papéis familiares e sociais se encontrava comprometido pela perda de funcionalidade. Estas alterações revelaram-se determinantes na motivação e adesão aos programas de treino, sendo evidentes em situações como pessoas com papel ativo no apoio familiar, cuidadores informais, indivíduos em idade ativa com receio de perda do vínculo laboral ou familiares que assumiram novos papéis de cuidado face à perda de autonomia de pessoas anteriormente independentes. Neste contexto, a família assumiu frequentemente um papel de suporte no processo de reabilitação, embora a sua presença pudesse, simultaneamente, reforçar a perceção de vulnerabilidade. Perante estes momentos, tornou-se necessário ajustar temporariamente a intensidade ou continuidade das intervenções, permitindo a gestão emocional da pessoa e da família, sem comprometer o processo de reabilitação (Matos & Simões, 2020). Esta adaptação revelou-se fundamental para promover a adesão aos programas de treino e garantir a sua continuidade de forma eficaz.

A planificação dos programas de reabilitação teve por base uma avaliação funcional sistematizada, permitindo identificar limitações ao nível da mobilidade, tolerância ao esforço, controlo postural e função respiratória. Esta avaliação sustentou a definição de objetivos realistas e progressivos, assegurando a adequação das intervenções à condição clínica e prevenindo situações de sobrecarga, descompensação ou desmotivação.

Assim, os programas de reabilitação foram estruturados de forma individualizada, com progressão gradual, integrando diferentes componentes do treino funcional. Ao nível motor, foram desenvolvidas intervenções que incluíram mobilidade no leito, exercícios de rolamento e ponte, levante progressivo, treino de equilíbrio e de marcha, com ou sem recurso a auxiliares, desde que reunidas condições clínicas. Esta progressão permitiu promover a recuperação funcional e prevenir complicações associadas à imobilidade.

Destaca-se, neste âmbito, a intervenção junto da Sra. A.A., que apresentava dependência total e intolerância inicial ao posicionamento, tendo sido necessário iniciar o programa com estímulos mínimos, como a elevação em *semifowler*. A evolução do treino, sustentada em exercícios de mobilidade articular, fortalecimento muscular e controlo postural, permitiu alcançar a posição sentada com controlo estático e dinâmico, evidenciando a importância de ajustar continuamente o programa à resposta da pessoa de forma a maximizar a funcionalidade.

Em contexto domiciliário, a intervenção com a Sra. F.M. permitiu a implementação de um programa de treino, com exercícios dirigidos ao desenvolvimento da mobilidade, controlo postural e fortalecimento muscular. A utilização de uma folha de registo para monitorização da execução e da

percepção de dificuldade permitiu acompanhar a evolução funcional, verificando-se uma diminuição progressiva do esforço percebido e melhoria da capacidade funcional.

Ao nível da função respiratória, foram integradas nos programas de treino com intervenções de reeducação respiratória, incluindo o uso do espirómetro de incentivo e treino de padrões respiratórios adequados. Estas estratégias contribuíram para o aumento da capacidade inspiratória e prevenção de complicações, sendo particularmente relevantes em contexto pré e pós-operatório. A articulação entre o treino respiratório e motor revelou-se essencial para otimizar o desempenho funcional.

Em situações de limitação ao esforço, foram incorporadas estratégias de conservação de energia, como a segmentação das atividades e o controlo do ritmo de execução, permitindo uma gestão mais eficiente do esforço durante as AVD e contribuindo para a otimização da capacidade funcional da pessoa.

No âmbito da preparação pré-operatória em ortopedia, foram desenvolvidas intervenções com enfoque nos programas de treino funcional, incluindo exercícios isométricos, treino respiratório, mobilidade e transferências, bem como a instrução na utilização de auxiliares de marcha, contribuindo para uma recuperação mais eficaz e redução de complicações.

Paralelamente, foi possível intervir ao nível comunitário, através da participação em atividades dirigidas à população idosa, que incluíram a avaliação da capacidade funcional e a promoção da atividade física. Com base na avaliação realizada, foram estruturados planos de treino direcionados para a mobilidade, equilíbrio, coordenação e força muscular, ajustados às capacidades e limitações identificadas, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e prevenir o declínio associado ao envelhecimento.

Estas intervenções foram organizadas com base numa lógica de progressão, privilegiando exercícios simples, funcionais e facilmente reproduzíveis no domicílio, promovendo a continuidade da prática para além do contexto supervisionado. A integração de componentes como o treino de equilíbrio e a mobilidade funcional revelou-se particularmente relevante na prevenção do risco de queda e na manutenção da autonomia nas AVD.

A implementação destas atividades permitiu não só potenciar a capacidade funcional, mas também reforçar a confiança da pessoa na realização do movimento e a percepção de autoeficácia, aspetos determinantes para a adesão à prática de exercício. Neste sentido, a intervenção comunitária assumiu um papel relevante na promoção do envelhecimento ativo, evidenciando o contributo dos programas de treino estruturados na prevenção da dependência e na manutenção da funcionalidade ao longo do ciclo de vida.

A monitorização contínua dos programas de treino constituiu um elemento central da intervenção, sendo realizada através da observação clínica, utilização de instrumentos de avaliação

funcional e registo sistemático da evolução da pessoa. Destaca-se a utilização da escala de Borg para avaliação do esforço percebido, bem como a análise da evolução ao nível da mobilidade, tolerância ao esforço e desempenho nas AVD.

Os resultados obtidos evidenciaram ganhos ao nível da funcionalidade, nomeadamente melhoria da mobilidade, aumento da tolerância ao esforço, maior controlo postural e maior autonomia nas AVD, refletindo a eficácia dos programas implementados.

Importa ainda salientar que, ao longo de todo o processo, foi assegurada a integração de princípios de segurança, nomeadamente através da adequação da intensidade do exercício, prevenção do risco de queda, utilização adequada de produtos de apoio e monitorização contínua da resposta da pessoa.

Assim, as intervenções desenvolvidas evidenciam a capacidade de conceber, implementar e monitorizar programas de treino estruturados, ajustados às necessidades da pessoa e sustentados na evidência científica, contribuindo para a maximização da funcionalidade e promoção da autonomia, em consonância com a competência em análise.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio, centrado nos objetivos delineados no início desta jornada, constitui um instrumento estruturante que permite estabelecer uma articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica, resultante de um processo contínuo de análise crítica e reflexiva ao longo do percurso formativo.

Ao longo deste percurso, foi possível consolidar uma prática profissional de ER sustentada em princípios éticos, deontológicos e numa base científica atualizada, evidenciando-se a importância da prática baseada na evidência e das normas norteadoras da profissão como pilares orientadores da tomada de decisão em enfermagem.

A diversidade de contextos de estágio proporcionou experiências enriquecedoras, contribuindo para o desenvolvimento de uma visão holística do cuidado, centrada nas singularidades da pessoa com OEI e da pessoa com necessidades especiais, ao longo das diferentes fases do ciclo vital, sem descurar as necessidades individuais e familiares identificadas.

Relativamente aos objetivos delineados, considera-se que foram globalmente atingidos, na medida em que o percurso formativo permitiu o desenvolvimento progressivo de competências técnicas, científicas e relacionais, refletindo-se numa intervenção cada vez mais segura, crítica e fundamentada, tanto ao nível das competências comuns do Enfermeiro Especialista como das competências específicas do EEER.

No domínio da qualidade e melhoria contínua, destaca-se a participação em práticas promotoras da segurança e qualidade dos cuidados, bem como a integração em equipas multidisciplinares, favorecendo a articulação e continuidade dos cuidados.

Concomitantemente, foram desenvolvidas competências ao nível da liderança e gestão de cuidados, ainda que em fase de consolidação, permitindo uma maior compreensão do papel do EEER enquanto elo dinamizador de boas práticas e promotor da eficiência dos cuidados.

A intervenção junto da pessoa com OEI evidenciou a relevância de uma abordagem integrada, sustentada na Teoria da Adaptação de Callista Roy, permitindo promover a adaptação à nova condição de saúde nas suas múltiplas dimensões. Neste contexto, destaca-se o papel do EEER na capacitação da pessoa e da família/cuidador, na facilitação do processo de adaptação, na promoção da independência funcional e no incentivo à reintegração social.

No que concerne às implicações para a prática clínica, este percurso reforça a necessidade de intervenções precoces, contínuas e individualizadas, bem como da valorização da educação para o autocuidado e do acompanhamento sistemático da pessoa com OEI, se possível desde o momento pré-operatório. Evidencia-se ainda a importância da articulação entre níveis de cuidados e do trabalho em equipa multidisciplinar, de forma a garantir respostas integradas e eficazes.

Neste sentido, com o objetivo de refletir de forma estruturada sobre o percurso desenvolvido, recorreu-se à análise *SWOT* (Apêndice 16), permitindo sistematizar os principais aspetos identificados.

No que diz respeito às forças, salientam-se o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, aliado a uma prática sustentada na reflexão crítica e na evidência científica. Destaca-se também a integração em equipas multidisciplinares, o cumprimento dos objetivos definidos no projeto de estágio e o foco centrado na pessoa, promovendo a sua autonomia, adaptação e bem-estar. A intervenção junto da pessoa com OEI revelou-se abrangente, contemplando experiências em contexto hospitalar e na comunidade, o que contribuiu para uma visão holística do processo de reabilitação e para a articulação entre o conhecimento identificado na revisão *scoping* e a prática clínica.

Relativamente às fraquezas, identifica-se a duração limitada do estágio em determinados contextos, que se revelou um elemento limitador do aprofundamento de algumas competências. Adicionalmente, verificou-se a variabilidade de oportunidades de intervenção com pessoas com OEI, particularmente no período pré-operatório. Evidencia-se ainda a necessidade de maior consolidação das competências de liderança, bem como de melhoria na gestão do tempo, priorização de tarefas e reformulação dos planos de cuidados, especialmente em contextos clínicos mais exigentes (com apenas um EEER alocado para uma enfermaria), de forma a garantir a qualidade e equidade dos cuidados prestados.

No que concerne às oportunidades, o percurso foi enriquecido pela diversidade de contextos de estágio, permitindo um contacto alargado com a prática clínica. O acesso a formação especializada, a participação em eventos científicos e o feedback de EEER nos diferentes serviços constituíram oportunidades relevantes para o desenvolvimento profissional. Acresce ainda a valorização do papel do enfermeiro especialista em determinadas instituições, bem como a integração em equipas multidisciplinares, potenciando o desenvolvimento de competências de cooperação, liderança e participação em projetos de melhoria contínua da qualidade.

Por último, no que concerne às ameaças, identifica-se a variabilidade na supervisão clínica em alguns contextos (contextos em que devido aos horários e escalas definidas a supervisão clínica foi partilhada por 2 ou mais EEER), assim como o facto de a gestão partilhada dos serviços ser em alguns casos responsabilidade dos enfermeiros orientadores. Estes fatores obrigaram à implementação de estratégias adaptativas (como por exemplo: *brainstorming* ou momentos de reflexão antes e após a intervenção) sobretudo para tornar claro e objetivo o progresso ao longo do percurso formativo, promover uma comunicação eficaz e, sobretudo, não comprometer a aprendizagem e o desenvolvimento de autonomia na tomada de decisão.

Futuramente, considera-se pertinente aprofundar a investigação sobre a padronização da informação na alta, de forma a integrar de modo sistemático a intervenção do EEER nos diferentes níveis de cuidados. Tal poderá contribuir para a continuidade dos cuidados, documentação dos

cuidados especializados e análise do seu impacto em ganhos em saúde, reforçando o reconhecimento do papel destes profissionais.

Considera-se que este percurso formativo contribuiu significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição de competências essenciais ao exercício enquanto EEER. Destaca-se a evolução ao nível da autonomia, pensamento crítico e capacidade de adaptação a diferentes contextos clínicos.

Em suma, este relatório traduz um percurso de evolução crescente pautado pelo compromisso com a qualidade dos cuidados, o que se revela um alicerce para o exercício profissional futuro enquanto EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. P. M., Almeida, J. P., Landoni, G., Galas, F. R. B. G., Fukushima, J. T., Fominskiy, E., de Brito, C. M. M., Cavichio, L. B. L., Almeida, L. A. A., Ribeiro, U., Jr, Osawa, E. A., Diz, M. P., Cecatto, R. B., Battistella, L. R. & Hajjar, L. A. (2017). Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *British journal of anaesthesia*, 119(5), 900–907. <https://doi.org/10.1093/bja/aex250>
- Ambe, P. C., Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Möselein, G. & Zirngibl, H. (2018). Intestinal Ostomy. *Deutsches Arzteblatt International*, 115, 182-187. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182>
- Andersen, R., Thomsen, T., Danielsen, A., Gögenur, I., Alkjær, T., Nordentoft, T., Posselt-Møller, E. & Vinther, A. (2020): Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*, 44(5), 710–719 <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1771620>
- António, M. A., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A. & João A. L. (2025). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas: Uma Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1):e35999. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.35999>
- Assouline, B., Cools, E., Schorer, R., Kayser, B., Elia, N. & Licker, M. (2021). Preoperative exercise training to prevent postoperative pulmonary complications in adults undergoing major surgery: A systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(4), 678–688. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202002-183OC>
- Awasthi, R., Minnella, E. M., Ferreira, V., Ramanakumar, A. V., Scheede-Bergdahl, C. & Carli, F. (2019). Supervised exercise training with multimodal pre-habilitation leads to earlier functional recovery following colorectal cancer resection. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 63(4), 461–467. <https://doi.org/10.1111/aas.13292>
- Babakhanlou, R., Larkin, K., Hita, A. G., Stroh, J. & Yeung, S. C. (2022). Stoma-related complications and emergencies. *International journal of emergency medicine*, 15(17). <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00421-9>
- Berg, K.O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J.I. & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public Health*, 83(2), 7-11.
- Boden, I., Skinner, E. H., Browning, L., Reeve, J., Anderson, L., Hill, C., Robertson, I. K., Story, D. & Denehy, L. (2018). Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *BMJ*, 360(j5916). <https://doi.org/10.1136/bmj.j5916>
- Bohannon, R. W. & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth of muscle spasticity. Acedido a 20 de Maio de 2025 em <http://ptjournal.apta.org/content/67/2/206.long>
- Bona, S., Molteni, M., Rosati, R., Elmore, U., Bagnoli, P., Monzani, R., Caravaca, M. & Montorsi, M. (2014) Introducing an Enhanced Recovery after Surgery Program in Colorectal Surgery: A Single Center Experience. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 17578-17587. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i46.17578>
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.
- Carli, F., Bousquet-Dion, G., Awasthi, R., Elsherbini, N., Liberman, S., Boutros, M., Stein, B., Charlebois, P., Ghitulescu, G., Morin, N., Jagoe, T., Scheede-Bergdahl, C., Minnella, E. M. & Fiore, J. F. (2020). Effect of Multimodal Prehabilitation vs Postoperative Rehabilitation on 30-Day Postoperative Complications for Frail Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA surgery*, 155(3), 233–242. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.5474>
- Chandler, D., Mosieri, C., Kallurkar, A., Pham, A. D., Okada, L. K., Kaye, R. J., Cornett, E., Fox, C., Urman, R. & Kaye, A. D. (2020). Perioperative strategies for the reduction of postoperative pulmonary

- complications. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 34(2), 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.04.011>
- Cheung, Y., Molassiotis, A. & Chang, A. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-oncology*, 12(3), 254–266. <https://doi.org/10.1002/pon.638>
- Chirco, G., Antonini, M. & Cioppa, T. (2024). The incidence of stomal and peristomal complications: preliminary results three months after stoma creation. *WCET® Journal*, 44(4), 13–23. <https://doi.org/10.33235/wcet.44.4.13-23>
- Colaço, A. J., Castro, C., Hall, S. & Fernandes, J. B. (2025). Prehabilitation: preoperative rehabilitation interventions for lung cancer - a scoping review. *Frontiers in aging*, 6, 1665955. <https://doi.org/10.3389/fragi.2025.1665955>
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ª Edição). Lusociência.
- Cordeiro, M. C., Antunes, C. & Cysneiros, A. (2017). *Manual de Radiografia do Tórax para Enfermeiros: Do conceito à Prática* (1ª Edição). Lusodidata.
- Correia, R., Teixeira, A., Silva, C., Ribeiro, J. & Santos, C. (2021). O enfermeiro na prevenção da hérnia na pessoa com ostomia de eliminação intestinal: Revisão integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem*, 2(25), 103–113.
- Decreto-Lei n.º 93/2009. Diário da República n.º 74/2009, Série I de 2009-04-16. Acedido a 1 de junho de 2025 em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/93-2009-603884>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. Acedido a 20 de janeiro de 2025 em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/03/03/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatica-e-no-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Acedido a 20 de maio de 2025 em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Dias, S., Pinto, I., Queirós, S., Pereira, R., Mendes, Z. & Romano, S. (2024). Prevalência, incidência e caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas com estoma de eliminação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, VI(3):e32565. <https://doi.org/10.12707/RVI23.103.32565>
- Diniz, I., Alves, K., Sá, C., Almeida, A., Silva, R., Soares, S. & Soares, M. (2022). Respostas adaptativas de colostomizados antes e após o uso do oclisor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE01917. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01917>
- Eltorai, A. E., Szabo, A. L., Antoci, V., Ventetuolo, C. E., Elias, J. A., Daniels, A. H. & Hess, D. (2017). Clinical effectiveness of incentive spirometry for the prevention of postoperative pulmonary complications. *Respiratory Care*, 63(3), 347–352. <https://doi.org/10.4187/respcare.05679>
- Farri, A., Accornero, A. & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 27(2), 83–6.
- Fernandes, J. B., Fernandes, S., Domingos, J., Castro, C., Romão, A., Graúdo, S., Rosa, G., Franco, T., Ferreira, A. P., Chambino, C., Ferreira, B., Courel, S., Ferreira, M. J., Silva, I., Tiago, V., Morais, M. J., Casal, J., Pereira, S. & Godinho, C. (2024). Motivational strategies used by health care professionals in stroke survivors in rehabilitation: a scoping review of experimental studies. *Frontiers in medicine*, 11, 1384414. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1384414>
- Folstein, M., Folstein, M. & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gameiro, M. (2004). “Estar doente”: Atribuição Pessoal de significações. *Referência*, 12, 35–43.
- Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação— Conceções e Práticas* (pp.12–18). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Grass, F., Pache, B., Martin, D., Addor, V., Hahnloser, D., Demartines, N. & Hübner, M. (2018). Feasibility of early postoperative mobilisation after colorectal surgery: A retrospective cohort

- study. *International journal of surgery*, 56, 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2018.06.024>
- Henbrey, R. (2021). Care normal Stoma formation as a palliative procedure: the role of the clinical nurse specialist in maintaining quality of life. *British Journal of Nursing*, 6(30). <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.6.S4>
- Henriques, C. & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Heydari, A., Manzari, Z. & Pouresmail, Z. (2023). Nursing Intervention for Quality of Life in Patients with Ostomy: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 4(28), 371-383. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_266_22
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ed). Lusodidacta
- International Agency for Research on Cancer. (2020). Cancer today. Acedido a 20 de janeiro de 2025 em <http://gco.iarc.fr/today/home>
- Iovino, P., Vellone, E., Campoli, A., Tufano, C., Esposito, M., Guberti, M., Bolgeo, T., Sandroni, C., Sili, S., Manara, D., Alvaro, R., Rasero, L. & Villa, G. (2024). Telehealth vs in-person education for enhancing self-care of ostomy patients (Self-Stoma): Protocol for a noninferiority, randomized, open-label, controlled trial. *PloS one*, 19(6), e0303015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303015>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185, 914–919.
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B. & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6–18.
- Khadar, T. & Ramalingam, V. (2024). Effectiveness of the Specific Mobility Exercises on Pain Intensity and Quality of Life Among Stoma Patients: A Quasi-experimental Study. *Cureus*, 16(7), e63715. <https://doi.org/10.7759/cureus.63715>
- Khalilzadeh, M., Tirgari, B., Rashtabadi, O. & Shahesmaeili, A. (2019). Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy. *International wound journal*, 16(6), 1383–1390. <https://doi.org/10.1111/iwj.13201>
- Krouse, R., Grant, M., McCorkle, R., Wenndel, C., Cobb, M., Tallman, N., Ercolano, E., Sun, V., Hibbard, J. & Hornbrook, M. (2016). A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psycho-oncology*, 25(5), 574–581. <https://doi.org/10.1002/pon.4078>
- Lauretani, F., Ticinesi, A., Gionti, L., Prati, B., Nouvenne, A., Tana, C., Meschi, T. & Maggio, M. (2019). Short-Physical Performance Battery (SPPB) score is associated with falls in older outpatients. *Aging clinical and experimental research*, 31(10), 1435–1442. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1082-y>
- Lawton, M. P. & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lee, S., Kang, S., Jang, J., Park, J., Hong, S., Lee, T. & Ahn, S. (2013). Early rehabilitation versus conventional care after laparoscopic rectal surgery: a prospective, randomized, controlled trial. *Surgical endoscopy*, 27(10), 3902–3909. <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3006-4>
- Lei n.º 100/2019. Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06. Acedido a 29 de Maio de 2025 em <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/lei/100-2019-124500714>
- Lindholm, E., Persson, E., Carlsson, E., Hallén, A. M., Fingren, J. & Berndtsson, I. (2013). Ostomy-Related Complications After Emergent Abdominal Surgery. *Journal Wound Ostomy Continence Nurse*, 40(6), 603-610. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182a9a7d9>
- López-Callejón, V. A., Yuste-Sanchez, A., Murad, M., Navarro-Martínez, R., Pérez-Santiago, L., Martín-Arevalo, J., Moro-Valdezate, D., Pla-Martí, V., Casado-Rodríguez, D., Espí-Macías, A. & García-Botello, S. (2025). Propensity Score Analysis of the Utility of Supervised Perioperative Abdominal Wall Exercises for the Prevention of Parastomal Hernia. *Nursing Reports*, 15(2), 62. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020062>

- Mahoney, F. I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61. <https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/barthel.pdf>
- Martins, M., Martins, A.C. & Martins, A. R. (2017). Reeducação familiar/social - Reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida*(pp.67-76). Lusodidacta.
- Martins, M., Ribeiro, O. & Silva, J. (2018). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 42-48.
- Matos, M. & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da literature. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Medical Research Council (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system* (Memorandum No. 45). Her Majesty's Stationery Office.
- Melo, R. & Raposo, N. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1(41), 189-209.
- Mena-Jiménez, A., Rodríguez-Suárez, C. & González-de la Torre, H. (2024). Return to Physical Activity in Individuals with Surgical Stomas: A Scoping Review. *Sports*, 12, 273. <https://doi.org/10.3390/sports12100273>
- Mendes, D. & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré operatória: implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 8(V), e20216. <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.
- Monteiro, A., Costa, C., Campos, M. & Monteiro, A.(2016). Applicability of callista Roy's Theory in nursing care for ostomized. *Revista de enfermagem e atenção à saúde*, 5(1): 84-92.
- Nava, A. (2005). Empatia e grupanálise: uma abordagem integradora. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 2(6), 1-18.
- Novo, A., Loureiro, M., Delgado, B., Vaz, S., Martins, M. & Schoeller, S. (2025). Atividade e exercício físico em Enfermagem de Reabilitação: Análise documental baseada em evidência e Teorias de Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(8), 1-9. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.4111>
- Oliveira, C., Couto, G. & Silva, R. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (pp.654-670). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22 de janeiro de 2026 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade dos-cuidados.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Acedido a 20 de janeiro de 2026 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 20 de Maio de 2025 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros-Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 30 de Maio de 2025 em 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. (2023). Guia Orientador de boas práticas: Requisitos para prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito da prática de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 20 de maio de 2025 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/col%C3%A9gios/mcee-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o/publica%C3%A7%C3%B5es/>

- Öztepe, K. (2023). The effect of roy adaptation model on the adaptation status of patients after surgical intervention. *Journal of Education and Research in Nursing*, 20(3):277-283. <https://doi.org/10.14744/jern.2021.21246>
- Pol, T., Vargas, C., Martins, M., Figueiredo, K. & Schoeller, M. (2024). A contribuição do Enfermeiro de Reabilitação para a segurança do doente: Estudos de casos múltiplos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.3565>
- Pouresmail, Z., Nabavi, F., Abdollahi, A., Shakeri, M. & Saki, A. (2019). Effect of Using a Simulation Device for Ostomy Self-care Teaching in Iran: A Pilot, Randomized Clinical Trial. *Wound management & prevention*, 65(6), 30–39.
- Qassim, T., Saeed, M. F., Qassim, A., Al-Rawi, S., Al-Salmi, S., Salman, M. T., Al-Saadi, I., Almutawea, A., Aljahmi, E., Fadhul, M. K. & Juma, I. M. (2023). Intestinal Stomas-Current Practice and Challenges: An Institutional Review. *Euroasian journal of hepato-gastroenterology*, 13(2), 115–119. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10018-1404>
- Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. & Sousa, L. (2020). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 18-28. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, 2019. Acedido a 25 de Maio de 2025 em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25 de Maio de 2025 em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.58-66). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia Profissional. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(19), 39-48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Ribeiro, O., Moura, M. & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.48-57). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ganho de equilíbrio postural na Pessoa após AVC: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-17.
- Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z. & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida: adaptação e validação da Escala de Jefferson. *Cadernos De Saúde*, 5(1-2), 71–77. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2831>
- Rogers, C. & Keller, C. (2009). Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatric Nursing*, 30(2). <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.002>
- Rogers, C. (2023). Tornar-se Pessoa – A terapia pelos olhos do terapeuta. Talento Intemporal.
- Russell, S. (2017). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice?. *British Journal of Nursing - Stoma Supplement*, 26(17).
- Sacomori, C., Lorca, L., Martinez-Mardones, M., Salas Ocaranza, R., Reyes, G., Pizarro-Hinojosa, M. & Troncoso, J. (2021). A randomized clinical trial to assess the effectiveness of pre- and post-surgical pelvic floor physiotherapy for bowel symptoms, pelvic floor function, and quality of life of patients with rectal cancer: CARRET protocol. *Trials*, 22(1), 448. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05396-1>
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação—Conceções e Práticas* (pp.19-27). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Sasaki, V. D. M., Teles, A. A. D. S., Silva, N. M., Russo, T. M. D. S., Pantoni, L. A., Aguiar, J. C. & Sonobe, H. M. (2021). Self-care of people with intestinal ostomy: beyond the procedural towards

- rehabilitation. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(1), e20200088. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0088>
- Seo, H. W. (2019). Effects of the frequency of ostomy management reinforcement education on self-care knowledge, self-efficacy, and ability of stoma appliance change among Korean hospitalised ostomates. *International wound journal*, 16(Suppl 1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/iwj.13047>
- Silva, K. A., Duarte, A. X., Cruz, A. R., de Araújo L. B. & Pena, G. D. G. (2020a). Time after ostomy surgery and type of treatment are associated with quality of life changes in colorectal cancer patients with colostomy. *PLoS One*, 15(12), e0239201. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239201>
- Silva, F. M. M. D., Duarte, R. P., Leão, C. C. A., Vissoci, C. M., Alvarenga, A. L. A. T., Ramos, A. B. S. & Goulart, A. E. C. (2020b). Colorectal cancer in patients under age 50: a five-year experience. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 47, e20202406. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202406>
- Tan, Z., Jiang, L., Lu, A., He, X., Zuo, Y. & Yang, J. (2024). Living with a permanent ostomy: a descriptive phenomenological study on postsurgical experiences in patients with colorectal cancer. *BMJ open*, 14(11), e087959. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087959>
- Taylor, C., Munro, J., Goodman, W., Oliphant, R., Russell, S., Beeken, R. & Hubbard, G. (2023). Hernia Active Living Trial (HALT): a feasibility study of a physical activity intervention for people with a bowel stoma who have a parastomal hernia/bulge. *Pilot and feasibility studies*, 9(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01329-8>
- Teasdale, G. & Jenne, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)
- Teixeira, L. O., Pinto, C., Carvalho, A. L., Teixeira, A. I. & Augusto, M. C. (2021). Supervisão no indicador de prática clínica: a prática baseada na evidência no contexto do paciente cirúrgico. *Revista Científica Internacional Da Rede Acadêmica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 3(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v3i2.49>
- Tevis, S. E. & Kennedy, G. D. (2016). Postoperative Complications: Looking Forward to a Safer Future. *Clinics in colon and rectal surgery*, 29(3), 246–252. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584501>
- Topa, P., Marques, R., Topa, M., Martins, A., Pereira, S. & Ventura, J. (2025). Intervenção do enfermeiro de Reabilitação na Pessoa proposta para cirurgia abdominal: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(8). <https://doi.org/10.33194/rper.2025.4015>
- Trapl, M., Enderle, P., Teuschl, M., Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients the gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2953. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação– Conceções e Práticas* (pp.34-38). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Watanabe, T., Momosaki, R., Suzuki, S. & Abo, M. (2020). Preoperative rehabilitation for patients undergoing colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study. *Supportive care in cancer*, 28(5), 2293–2297. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05061-z>
- Wills, E. (2014). Grand Nursing Theories Based on Interactive Process. In McEwen, M. & Wills, E. (Eds.) (4th Ed.), *Theoretical Basis for Nursing* (pp.177-181). Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society & Guideline Development Task Force (2018). WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy- An Executive Summary. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 45(1), 50–58. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000396>
- Xavier, S. S. M., Medeiros, L. P., Lima Neto, A. V., Silva, I. P. D., Lucena, S. K. P., Oliveira, A. C. S., Araújo, R. O. & Costa, I. K. F. (2024). Sociodemographic and clinical characteristics of people with ostomy and the adaptive domains of Roy's theory: A cross-sectional study. *PLoS one*, 19(4), e0302036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302036>

Yan, H., Su, Y. & Wang, L. (2024). Impact of Ahmadi Continuing Nursing Model on self-care ability, stoma complications and quality of life of colostomy patients. *BMC gastroenterology*, 24(1), 421. <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03497-0>

APÊNDICE 1 – PLANO DE ATIVIDADES

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1º Ano - 2º Semestre

PLANO DE ATIVIDADES

Trabalho submetido por: Ana Azevedo

Almada,

Julho de 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1º Ano - 2º Semestre

Unidade Curricular: Estágio

PLANO DE ATIVIDADES

Trabalho submetido por: Ana Azevedo, nº 118884

Trabalho orientado por: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada,

Julho 2025

O seguinte plano de atividades foi elaborado com vista a desenvolver os objetivos do projeto que vão de encontro ao problema identificado e, ao assentarem nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019), desenvolver também competências enquanto enfermeira especialista e da área de Enfermagem de Reabilitação (ER). Assim, tendo em vista o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas dos EEER, foram delineados objetivos gerais e específicos para cada competência, e que passo a enumerar:

Objetivos Gerais:

- 1) Desenvolver competências do EEER para intervir com a pessoa com OEI (Ostomia de Eliminação intestinal) e família/cuidador.
- 2) Desenvolver competências do EEER na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, tendo em vista a promoção do autocuidado.

Objetivos Específicos:

- 1) Desenvolver uma prática profissional norteada por princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência;
- 2) Desenvolver práticas de qualidade e programas de melhoria contínua nos diversos locais de estágio;
- 3) Desenvolver competências de liderança e gestão de cuidados de ER que permitam a otimização da resposta da equipa de saúde e promoção da qualidade dos cuidados;
- 4) Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas assentes na prática baseada na evidência, no conhecimento científico e autorreflexão;
- 5) Prestar cuidados especializados de ER com as pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital;
- 6) Promover a autonomia funcional e a inclusão social das pessoas, nomeadamente na adaptação à condição de saúde, promoção do autocuidado, independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social;
- 7) Maximizar a capacidade funcional da pessoa através da elaboração e implementação de programas de treino.

É exposto em maior detalhe e em formato de tabela, o desenho elaborado para atingir cada objetivo específico, sendo feita referência às atividades desenvolvidas para os alcançar, em que espaço temporal (duração) e recursos necessários.

PLANO DE ATIVIDADES

Objetivo específico: Desenvolver uma prática profissional norteada por princípios éticos, deontológicos e no conhecimento científico de maior evidência.

Domínios e Competências:

A – Responsabilidade Profissional, ética e legal

A1: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo em consonância com as normas legais e princípios ético deontológicos da profissão.

A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Atividades/Estratégias:

- Incorpo a equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio;
- Garanto que a Pessoa e/ou o Cuidador tenham os seus direitos respeitados no que diz respeito ao acesso à informação, à privacidade e à confidencialidade;
- Respeito a Pessoa/Cuidador tendo em conta os seus valores, hábitos e crenças;
- Identifico necessidades de intervenção através de uma correta apreciação da Pessoa/Cuidador e tendo em conta o transmitido pelos mesmos, a consulta do processo clínico e exames complementares de diagnóstico.
- Demonstro proatividade na análise e na tomada de decisões em contextos da prática clínica;
- Estabeleço uma relação de confiança com a Pessoa/cuidador e envolvê-los na prestação de cuidados e alcance de resultados definidos;
- Identifico lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;
- Procuo informação científica em bases de dados especializadas, fundamentando a prática clínica na investigação e conhecimento tendo por base essa evidência;
- Reuno periodicamente com o Enfermeiro Tutor e Pedagógico de forma a analisar o percurso e as práticas desenvolvidas.

Recursos:

Humanos: Equipas multidisciplinares; Enfermeiro(s) chefe; Enfermeiro(s) Tutor e o Pedagógico; Pessoa e Cuidador.

Materiais: Bibliografia basilar e atualizada sobre conteúdos científicos na área da Enfermagem de Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de avaliação.

Físicos: Locais de estágio.

Duração: Durante todo o estágio
Objetivo específico: Desenvolver práticas de qualidade e programas de melhoria contínua nos diversos locais de estágio.
Domínios e Competências: B – Melhoria contínua da qualidade B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B3: Garante um ambiente seguro e terapêutico.
Atividades/Estratégias: ○ Observo e analiso a participação do EEER na equipa multidisciplinar; ○ Observo e analiso a articulação dos cuidados de reabilitação entre o EEER e os outros profissionais; ○ Integro a equipa de cuidados multidisciplinar nos diversos locais de estágio; ○ Consulto normas e protocolos dos locais de estágio, bem como tomo conhecimento de projetos desenvolvidos e os seus indicadores de qualidade; ○ Participo nos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados; ○ Colaboro na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; ○ Reconheço e reflito sobre práticas de risco clínico e ocupacional, bem como medidas preventivas.
Recursos: <u>Humanos:</u> Equipas multidisciplinares; Enfermeiro(s) chefe; Enfermeiro(s) Tutor e o Pedagógico; Pessoa e Cuidador. <u>Materiais:</u> Bibliografia basilar e atualizada sobre conteúdos científicos na área da Enfermagem de Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de avaliação. <u>Físicos:</u> Locais de estágio.
Duração: Durante todo o estágio
Objetivo específico: Desenvolver competências de liderança e gestão de cuidados de ER que permitam a otimização da resposta da equipa de saúde e promoção da qualidade dos cuidados.
Domínios e Competências: C – Gestão dos cuidados C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Atividades/Estratégias:

- Participo nas decisões da equipa multidisciplinar;
- Referencio a Pessoa/Cuidador para outros profissionais, valências ou instituições de saúde de acordo com as suas necessidades;
- Asseguro que os cuidados delegados a outros profissionais de saúde e/ou ao cuidador são prestados com segurança e qualidade, através da supervisão e (re)orientação da sua ação;
- Giro os cuidados de acordo com os recursos existentes e as necessidades identificadas;
- Coopero com a equipa de cuidados na prestação de cuidados de ER e na garantia da sua qualidade e continuidade.

Recursos:

Humanos: Equipas multidisciplinares; Enfermeiro(s) chefe; Enfermeiro(s) Tutor e o Pedagógico; Pessoa e Cuidador.

Materiais: Bibliografia basilar e atualizada sobre conteúdos científicos na área da Enfermagem de Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de avaliação (nomeadamente: da avaliação da força e tônus muscular, da capacidade funcional e da independência).

Físicos: Locais de estágio.

Duração: Durante todo o estágio

Objetivo específico: Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas assentes na prática baseada na evidência, no conhecimento científico e autorreflexão.

Domínios e Competências:**D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2: Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

Atividades/Estratégias:

- Debater com os orientadores clínicos, o desenvolvimento de conhecimentos e competências e esclarecer dúvidas acerca da práxis clínica;
- Analisar e refletir sobre situações clínicas através da elaboração de, pelo menos, um plano de cuidados;
- Divulgar conhecimento e boas práticas de forma estruturada, através de materiais educativos, ações formativas e apresentação de produção científica;
- Identificar oportunidades de aprendizagem contínua, através de uma atitude reflexiva e proativa, no envolvimento em atividades de investigação, formação na área de especialidade ou na participação em projetos de melhoria contínua;
- Participar em eventos científicos e promover a partilha de conhecimento;
- Desenvolver uma prática clínica baseada na evidência, através da pesquisa científica e da utilização dos dados obtidos na prestação de cuidados;

○ Demonstrar responsabilidade pela avaliação de situações clínicas e pela tomada de decisão fundamentada.

Recursos:

Humanos: Equipas multidisciplinares; Enfermeiro(s) chefe; Enfermeiro(s) Tutor e o Pedagógico; Pessoa e Cuidador.

Materiais: Bibliografia basilar e atualizada sobre conteúdos científicos na área da Enfermagem de Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de avaliação (nomeadamente: da avaliação da força e tónus muscular, da capacidade funcional e da independência).

Físicos: Locais de estágio.

Duração: Durante todo o estágio

Objetivo específico: Prestar cuidados especializados de ER com as pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital.

Domínios e Competências:

J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Atividades/Estratégias:

- Avalio a capacidade funcional da pessoa;
- Identifico as necessidades de intervenção e defino um plano adequado às mesmas;
- Planeio intervenções específicas de ER com o intuito de promover a funcionalidade;
- Debato com o Enfermeiro Tutor e Pedagógico as prioridades de intervenção e as intervenções planeadas;
- Envolve a Pessoa/Cuidador no plano de cuidados, designadamente, nas estratégias a implementar e resultados esperados;
- Envolve a equipa multidisciplinar no plano de intervenção e otimizo as intervenções delineadas;
- Ensino, instruo e treino intervenções de programas de reeducação funcional (motora sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentar, da eliminação, da sexualidade);
- Instruo, demonstro e treino técnicas no âmbito dos programas definidos com o objetivo de potenciar o autocuidado e garantir a continuidade de cuidados independentemente do contexto;
- Seleciono, ensino, instruo e treino a utilização de produtos de apoio;
- Avalio os resultados dos planos de cuidados e programas de reabilitação implementados recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação fidedignos;
- Elaboro registos de enfermagem que demonstram a intervenção do EEER;
- Articulo com a equipa multidisciplinar de cuidados e/ou outras entidades/profissionais de saúde com vista a otimizar as intervenções planeadas e permitir a continuidade de cuidados.

Recursos:

Humanos: Equipas multidisciplinares; Enfermeiro(s) chefe; Enfermeiro(s) Tutor e o Pedagógico; Pessoa e Cuidador.

Materiais: Bibliografia basilar e atualizada sobre conteúdos científicos na área da Enfermagem de Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de avaliação (nomeadamente: da avaliação da força e tónus muscular, da capacidade funcional e da independência).

Físicos: Locais de estágio.

Duração: Durante todo o estágio

Objetivo específico: Promover a autonomia funcional e a inclusão social das pessoas, nomeadamente na adaptação à condição de saúde, promoção do autocuidado, independência, participação na sociedade e reinserção na vida familiar e social.

Domínios e Competências:

J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Atividades/Estratégias:

- Colaboro com o Enfermeiro Tutor na prestação de cuidados de ER;
- Identifico as necessidades da Pessoa alvo de cuidados;
- Consulto bibliografia da área de ER e de forma a suportar a intervenção delineada;
- Identifico alterações que resultem em limitações da atividade e/ou restrição na participação e reintegração na sociedade;
- Identifico problemas que possam condicionar a funcionalidade no contexto de vida da Pessoa e envolvo a família/cuidador no delineamento de estratégias a implementar;
- Prestar cuidados de ER à Pessoa alvo de cuidados:
 - . Colho dados e avalio a Pessoa através de escalas de funcionalidade, força muscular e capacidade aeróbia;
 - . Prescrevo um programa de treino de exercícios, de força muscular e relaxamento de acordo com o contexto de cuidados e problemas identificados e fase do processo;
 - . Educo para a saúde (hábitos de saúde saudáveis, autocuidado, independência nas atividades de vida diária, informar sobre direitos/apoios existentes, encorajo a adesão a exercícios propostos e prevenção de complicações);
 - . Abordo técnicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), relaxamento, treino muscular e de mobilização/levante precoce;
 - . Promovo o autocuidado, vigilância em saúde e maximizo o potencial da Pessoa/Cuidador para prevenir complicações e potenciar o bem-estar e qualidade de vida (QDV);

. Esclareço dúvidas e forneço materiais escritos que potenciem/apoiem a educação para a saúde; . Referencio para elementos da equipa multidisciplinar, se necessário e, com vista a manter a continuidade dos cuidados e promover uma adaptação eficaz; . Identifico na comunidade recursos disponíveis de forma a promover a funcionalidade, a acessibilidade e a participação social da Pessoa/cuidador . Envolve o familiar/cuidador; . Elaboro registos de enfermagem que descrevam a intervenção do EEER.
Recursos: <u>Humanos:</u> Equipas multidisciplinares; Enfermeiro(s) chefe; Enfermeiro(s) Tutor e o Pedagógico; Pessoa e Cuidador. <u>Materiais:</u> Bibliografia basilar e atualizada sobre conteúdos científicos na área da Enfermagem de Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de avaliação (nomeadamente: da avaliação da força e tônus muscular, da capacidade funcional e da independência). <u>Físicos:</u> Locais de estágio.
Duração: Durante todo o estágio
Objetivo específico: Maximizar a capacidade funcional da pessoa através da elaboração e implementação de programas de treino.
Domínios e Competências: J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
Atividades/Estratégias: ○ Avalio a capacidade funcional da pessoa; ○ Identifico os fatores que se constituem como facilitadores ou inibidores da adaptação à condição de saúde e bem-estar; ○ Identifico as necessidades de intervenção, a fim de promover a saúde e bem-estar da Pessoa; ○ Planeio intervenções específicas de ER, com o intuito de promover a funcionalidade; ○ Discuto com o Enfermeiro Tutor e o Pedagógico, as prioridades de intervenção e as intervenções planeadas; ○ Envolve a pessoa/família no plano de cuidados, nomeadamente nas estratégias a implementar e nos resultados esperados; ○ Avalio os resultados dos planos e programas de reabilitação implementados através de instrumentos/escalas de avaliação; ○ Elaboro registos de enfermagem que descrevam a intervenção do EEER.
Recursos:

Humanos: Equipas multidisciplinares; Enfermeiro(s) chefe; Enfermeiro(s) Tutor e o Pedagógico; Pessoa e Cuidador.

Materiais: Bibliografia basilar e atualizada sobre conteúdos científicos na área da Enfermagem de Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de avaliação.

Físicos: Locais de estágio.

Duração: Durante todo o estágio

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, 2019. Acedido a 25 de Maio de 2025 em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25 de Maio de 2025 em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

PROTOCOLO DA REVISÃO SCOPING

Objetivo: Mapear a evidência científica atual sobre as Intervenções de Enfermagem de reabilitação com a Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal.

Questão de Investigação: Quais são as intervenções de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com OEI?

- **P - População** (pessoa adulta com ostomia de eliminação Intestinal);
- **C - Conceito** (intervenções de Reabilitação);
- **C - Contexto** (todos os contextos de reabilitação).

Metodologia de Pesquisa:

Baseia-se na lista de verificação PRISMA-ScR e, segue a metodologia de Arksey e O'Malley.

A 23 de Março de 2025 recorreu-se à plataforma EBSCOhost (MEDLINE COMPLETE, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina) e às bases de dados Pubmed e Scopus.

Descritores: Ostomia de Eliminação Intestinal, Intervenções, Reabilitação

Descritores em Saúde (DeCS/MeSH):

- Ostomy OR Surgical Stomas OR Colostomy OR Ileostomy.
- Best practice OR strategies OR interventions
- Rehabilitation

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Parâmetro	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	Pessoa adulta OEI (> 18 anos)	< 18 anos; Ostomias urinarias, alimentação, respiratórias.
Conceito	Intervenções de reabilitação	Estudos que não exploram intervenções de reabilitação
Contexto	Todos os contextos de reabilitação	Outros contextos que não de reabilitação
Desenho do Estudo	Estudos experimentais ou randomizados	Outro tipo de estudos

APÊNDICE 3 – ESTUDO DE CASO I

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1º Ano - 2º Semestre

ESTUDO DE CASO I

Trabalho submetido por: Ana Azevedo

Almada,

Julho de 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1º Ano - 2º Semestre

Unidade Curricular: Estágio

ESTUDO DE CASO I

Trabalho submetido por: Ana Azevedo, nº 118884

Trabalho orientado por: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada,
Julho 2025

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	ESTUDO DE CASO.....	5
2.1.	IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA E MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO	5
2.2.	ANTECEDENTES PESSOAIS DE SAÚDE.....	5
2.3.	HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL	6
2.4.	AMBIENTE E SITUAÇÃO FAMILIAR	7
3.	AVALIAÇÃO OBJETIVA E SUBJETIVA.....	9
3.1.	APRECIAÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL.....	9
3.2.	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	11
3.3.	AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL.....	11
3.4.	AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE, COORDENAÇÃO E SENSIBILIDADE	12
3.4.1.	Avaliação da força muscular	12
3.4.2.	Avaliação da tolerância à atividade	13
3.4.3.	Avaliação da coordenação Motora	13
3.5.	AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E RISCO DE QUEDA	14
3.6.	AVALIAÇÃO DA MARCHA	16
3.7.	AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	16
4.	APRECIAÇÃO DA PESSOA DE ACORDO COM CALLISTA ROY	17
4.1.	CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E ESTÍMULOS (FOCAIS, CONTEXTUAIS E RESIDUAIS) 17	
5.	PLANO DE CUIDADOS	21
6.	CONCLUSÃO	35
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
5.	APÊNDICES DO ESTUDO DE CASO I	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividade de vida diária

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de Massa Corporal

MIF - Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

MMSE - *Mini Mental State Examination*

MRC – Escala de *Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale (MRC)*

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

PNV – Plano nacional de vacinação

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIC - *sic erat scriptum*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sra - Senhora

UC – Unidade Curricular

UPP – Úlcera por Pressão

VD – Visita domiciliária

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de estágio, foi proposta a integração em contexto clínico e a realização de planos de cuidados referentes a pessoas e famílias com necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ER), no sentido do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Neste contexto, foi realizado um estudo de caso no decorrer do ensino clínico em contexto de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), entre 19/05/2025 e 17/06/2025, integrado no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Este estudo de caso, reflete os cuidados de ER prestados a uma pessoa com o diagnóstico médico de Neoplasia maligna do cólon transverso com hérnia incisional encarcerada tendo sido sujeita a intervenção cirúrgica de onde resultou uma Ostomia de Eliminação Intestinal (OEI). Segue as etapas do Processo de Enfermagem cujo plano de cuidados elaborado se cinge à identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, com resultados esperados, intervenções e avaliação das mesmas.

A sua análise assenta na Apreciação da Pessoa tendo por base a Teoria da Adaptação de Callista Roy, com referência aos modos de adaptação identificados e metas de enfermagem alcançadas.

A redação do presente documento está estruturada em seis partes, a designar: Introdução, exposição do estudo de caso em análise, avaliação subjetiva e subjetiva com recurso a instrumentos de avaliação detalhados, apreciação do estudo de caso de acordo com a teoria de Callista Roy, elaboração do plano de cuidados e, por fim, conclusão.

A redação do presente trabalho respeita o Acordo Ortográfico da língua portuguesa e as normas de referência *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

2. ESTUDO DE CASO

2.1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA E MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

A Sra. F.M. (iniciais de nome fictício), com preferência que a tratem pelo primeiro nome próprio, tem 80 anos, é do sexo feminino, natural de Lisboa e residente no concelho do Barreiro. Caucasiana e de nacionalidade portuguesa.

É divorciada desde os 47 anos e vive sozinha, considerando os dois filhos como pessoas significativas.

Tem o 6º ano de escolaridade. Foi costureira/atendimento ao público em contexto militar, estando reformada desde os seus 49 anos.

Considera-se católica não praticante, referindo que a religião não a condiciona a qualquer cuidado de saúde.

O seu sistema de saúde é o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Foi referenciada para a equipa de ECCL, após 1 mês numa unidade de Convalescença da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), com as seguintes necessidades de intervenção identificadas: Reabilitação motora, Promoção da integridade cutânea, Gestão do regime terapêutico e autocuidado à OEI.

2.2. ANTECEDENTES PESSOAIS DE SAÚDE

Desconhece qualquer alergia alimentar e refere alergia medicamentosa ao ácido acetilsalicílico.

Nega ser fumadora e/ou hábitos etílicos mesmos que socialmente.

Menciona cumprir o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

Tem como antecedentes pessoais de saúde Hipertensão arterial, Osteoartrose da anca e Depressão/Ansiedade (que identifica como presente desde os 26 anos, altura em que perdeu duas pessoas significativas).

A 21/03/2025 recorre ao serviço de urgência da Unidade Local de Saúde ULS**** por quadro de dor abdominal e vómitos, com anorexia associada. Após exames de diagnóstico, verifica-se uma Neoplasia maligna do colon transversal com hérnia incisional encarcerada tendo sido sujeita a intervenção cirúrgica a 22/3/2025 com ressecção segmentar do delgado, correção de hérnia e transversostomia.

2.3. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

Durante o internamento hospitalar com início a 22/03/2025, houve um agravamento do grau de dependência (previamente independente nas atividades de vida diária (AVD), nesse momento descrito como moderado), com necessidade de cumprir oxigenioterapia e terapêutica broncodilatadora, cansaço a pequenos/médios esforços associado.

A 29/04/2025 tem alta hospitalar para Unidade de Convalescença de ***, por dependência nas AVD e sem resposta na comunidade/familiar para apoio nessa dependência, com as seguintes necessidades de intervenção identificadas:

- Reabilitação motora e respiratória (promover: a capacidade respiratória, a amplitude articular, a força muscular, o equilíbrio, ortostatismo e equilíbrio na marcha);
- Terapia ocupacional/socioambiental;
- Aumentar a autonomia nas AVD;
- Promover e estimular a participação da utente nas AVD;
- Promoção e manutenção dos autocuidados (Higiene, conforto, alimentação e eliminação);
- Providenciar ambiente seguro e gerir medidas de segurança (incluindo prevenção de quedas);
- Promover a máxima autonomia;
- Realizar cuidados à colostomia.

A 11/04/2025 foi referenciada para a equipa de ECCI. Teve alta da unidade de convalescença a 29/05/2025 e a primeira visita domiciliária (VD) realizada pela equipa de ECCI foi a 30/05/2025.

No momento da referência para a ECCI cumpre a seguinte terapêutica:

- Esomeprazol 40mg, em jejum;
- Diazepam 5 mg, ao deitar;
- Furosemida 40mg, ao pequeno-almoço;
- Tansulosina LP 0,4mg, ao jantar;
- Mononitrato de isossorbida LP 50mg, ao pequeno-almoço
- Ácido fólico + ferro 1mg/90mg, ao pequeno-almoço;
- Metamizol 575mg, em SOS;
- Lactulose 10g/15ml xarope, em SOS.

2.4. AMBIENTE E SITUAÇÃO FAMILIAR

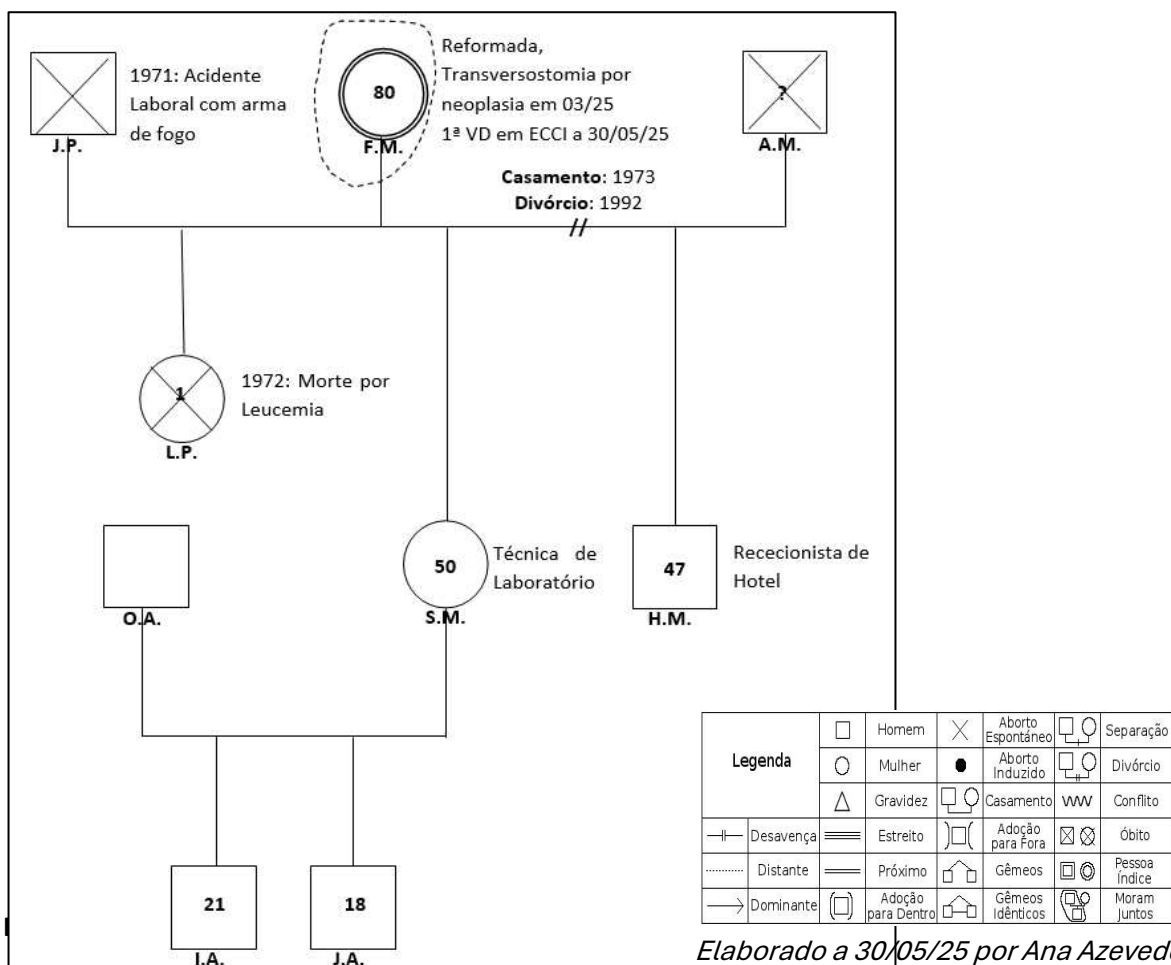
Relativamente ao ambiente/situação familiar opta-se pela utilização do Modelo de Avaliação familiar de Calgary, visto que, através de uma abordagem sistémica e com uma estrutura multidimensional (estrutural, de desenvolvimento e funcional), permite ao Enfermeiro conhecer a Pessoa/família no seu contexto e identificar as necessidades ou alternativas ao cuidado específico de determinada situação (Henriques & Santos, 2019).

A avaliação da dimensão Estrutural é dividida em três categorias: interna, externa e contexto. Através da análise da estrutura interna, verifica-se que o agregado familiar é constituído apenas pela utente identificada F.M. (80 anos, género feminino, heterossexual e divorciada).

Quanto ao tipo de família e atendendo às características do membro que a compõe, trata-se de uma família unipessoal por, segundo Caniço (2010), se constitui por uma única pessoa, como (solteiro, viúvo ou divorciado) que vive sozinho.

Não existem subsistemas.

Como forma de representar a estrutura externa familiar, elabora-se graficamente o genograma familiar (Genograma – imagem1).



Quanto aos limites familiares, é possível referir que para esta família os limites são permeáveis pois esta interage com o exterior (Wright & Leahey, 2011). Neste sentido, há a referir que a utente apesar de viver sozinha, conta com o apoio de uma vizinha e dos seus dois filhos: S.M e H.M. Ainda assim, refere que desde que regressou a casa sente vergonha e por isso tem evitado estar com a vizinha não lhe atendendo o telemóvel e pede aos netos para não a visitarem e falarem apenas por telefone.

A sua filha S.M, casada e com dois filhos, apesar de residir em Lisboa, mostrou-se presente na situação de saúde-doença aguda da mãe, visitando-a enquanto internada na UL** e na Unidade de Convalescença **. Posteriormente, manteve-se presente no regresso a casa da utente e na garantia das suas AVD até ser garantido o apoio domiciliário (para higiene e alimentação) articulado pela Assistente Social hospitalar (segundo S.M.).

O filho H.M., apesar de residir no mesmo concelho, trabalha no período noturno e em Lisboa, estando menos presente fisicamente. Porém, mostra-se disponível para apoio em assuntos mais burocráticos, como por exemplo, assuntos relacionados com compras semanas/IRS/finanças ou necessidade de pequenas manutenções/obras em casa ou aquisição de produtos de apoio.

Estes dois elementos familiares, juntamente com os dois netos da Sra. F.M., representam também a estrutura externa da sua família, não existindo outros elementos da família alargada com quem possa contar (sic).

Dos sistemas mais amplos (instituições sociais ou comunitárias onde a família/Sra. F.M. recorre podendo constituir-se como recursos, identificam-se: o centro de saúde, o hospital e o centro de apoio domiciliário **.

A Sra. F.M. tem um gato, referindo que este não se entrelaça nas suas pernas por não ser muito de festas e estar, aparentemente ciente que o seu animal de estimação pode constituir-se um obstáculo à marcha segura e elevar o risco de quedas.

No que refere ao contexto, trata-se de uma família caucasiana, de religião cristã não praticante.

F.M., com o 6º ano de escolaridade, natural de Lisboa, exerceu atividade como costureira/atendimento ao público em contexto militar, estando reformada desde os seus 49 anos.

Casou-se, com o seu primeiro marido, aos 24 anos. Aos 26 anos, perdeu uma filha de 16 meses por leucemia e, passados uns meses, ficou viúva do seu primeiro marido por acidente laboral do mesmo com arma de fogo.

Aos 28 anos voltou a casar-se, tendo tido os seus dois filhos S.M. e H.M. (atualmente com 50 e 47 anos, respetivamente).

Decidiu reformar-se mais cedo para apoiar a filha na educação dos netos.

Há 8 anos e, por decisão familiar conjunta (refere, apesar de com tristeza), deixou a cidade onde sempre viveu para ajudar os filhos. Foi em 2017, que veio viver para o concelho do Barreiro e na casa própria em que reside atualmente (Apartamento de tipologia T3 no 3º andar de um prédio sem

elevador, em área urbana e integrado uma zona segura, com condições de salubridade adequadas e próximo do centro de saúde/hipermercado/cabeleireiro/banco/hospital).

Anteriormente a 22/03/2025, a Sra. F.M. era independente no seu autocuidado e na gestão e cumprimento das atividades domésticas. Já raramente saía de casa, por serem muitas escadas até ao 3º andar (sic). Refere que ocasionalmente e para tarefas domésticas mais complexas, pedia o apoio de uma vizinha retribuindo-a financeiramente pelo serviço prestado.

3. AVALIAÇÃO OBJETIVA E SUBJETIVA

Os dados obtidos resultaram da análise do processo clínico, observação direta e avaliação da Sra. F.M.. Recorreu-se também a diversas escalas de avaliação e à entrevista, com a utente e familiares/pessoas significativas (os filhos).

O documento “Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação” (Ordem dos Enfermeiros, 2016), auxiliou o processo de seleção de instrumentos de avaliação para uma descrição detalhada da condição de saúde da utente e, os mais adequados para sinalizar as alterações nos modos de adaptação à sua situação de saúde/doença e, consequentemente, sustentar o planeamento das intervenções, com base na teoria de Callista Roy.

3.1. APRECIÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL

Aquando da primeira visita domiciliária (VD), 30/05/2025, a Sra. F.M. está na presença da filha. Apesar de tranquilizável, mostra-se ansiosa com a sua condição de saúde. Verbaliza ter saído do hospital pior do que entrou (sic), no sentido de se sentir dependente como não estava e de isso a incomodar por ter de depender de terceiros.

Denotam-se comportamentos de evitamento, vergonha e verbalizações de repulsa/nojo face ao autocuidado à OEI, questionando algumas vezes se: “não há alternativa”, “posso esconder para ninguém saber”, “não quero estar com ninguém para não saberem que tenho isto”, “não vão gostar de mim por cheirar mal”... (sic).

A filha S.M. acrescenta que a mãe à primeira impressão sempre encarou os problemas de forma muito negativa e derrotista e que desta vez não é diferente. Contudo, acrescenta que esta vê em si a solução para a realização de todas as tarefas, mesmo tendo capacidade para as executar e que o seu apoio é temporário visto ter de regressar ao trabalho 12/6/25 (sic).

Observação geral

Idade cronológica concordante com a aparente.

Diminuição da acuidade visual, compensada com ortótese.

Postura debilitada e com tendência para a defesa do tronco com a anteriorização/flexão e inclinação do mesmo para a direita e elevação da crista ilíaca esquerda (à deambulação). Segundo a filha S.M., postura que não adotava até ser intervencionada cirurgicamente.

Deambula com apoio de andarilho de quatro apoios, mas está (e confirma verbalmente pela utente e filha) maioritariamente sentada no sofá da sala de onde tem dificuldade em se colocar na posição ortostática. Na marcha verifica-se dificuldade na flexão da anca esquerda, tendo de se apoiar no andarilho para alcançar o avanço deste membro. Curva o tronco e debruça-se com os membros superiores no andarilho para repousar.

Sem sinais de cifose ou escoliose, com alteração do centro de gravidade devido à postura do tronco.

Não se verificam tremores ou alterações osteoarticulares ao nível das mãos e pés.

Continente de esfíncter vesical, com episódios de incontinência vesical ocasionais e associados ao esforço.

Higiene e vestuário

Aparenta higiene cuidada (pele, cabelo e unhas), tendo atualmente o apoio da filha.

Roupa limpa, maleável e adequada para a estação do ano.

Nega alcançar a realização de banho total sozinha.

No wc verifica-se poliban com degrau, com assento dentro do mesmo.

Na sanita apresenta cadeira sanitária com braços de apoio.

Pele e tegumentos

Apresenta pele e mucosas ligeiramente descoradas, mas hidratadas e sem edemas periféricos. Identifica-se baixo risco de desenvolver Úlceras por Pressão (UPP) ([DGS], 2011 - Apêndice 1).

Aparenta um estado nutricional adequado com uma forma corporal ginóide. Atualmente 1,63 cm e 58kg e, por conseguinte, com um IMC (índice de massa corporal) de 21,8 kg/m² que corresponde a uma designação normal.

Sem equimoses, petéquias ou manchas na pele. Com muito pouca pilosidade no corpo.

Pele raramente húmida, sem alteração da temperatura ou turgor.

Com cicatriz vertical na região abdominal e da abordagem cirúrgica (laparotomia) de 23/03/2025, cicatrizada e íntegra.

Com transversostomia no abdómen à esquerda e junto à linha média, funcionante de fezes moles acastanhadas, com material de duas peças adaptado, estoma rosado/brilhante e sem sinais de prolapso ou retração. Sem presença de hérnia parastomal. Pele periestomal íntegra.

Parâmetros vitais

Normotensa, normocárdica e apirética (120/70mmhg, 74bpm, 36,6°C) (avaliação realizada cerca de 2h após a toma da terapêutica antihipertensiva ao pequeno-almoço). Eupneica em ar ambiente sem SDR, tosse ou expectoração (saturações periféricas de 98%, 18ciclos respiratórios por minuto).

Com cansaço a médios esforços que revertem em repouso, deambula com apoio de andarilho.

No que respeita a dor referiu, tendo por base a escala numérica da dor, dor 0.

3.2. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Para a avaliação da função respiratória da utente verifica-se que à inspeção a utente se mostra eupneica, com respiração de média amplitude e mista, com ritmo regular e simétrico. À palpação verifica-se que tanto o hemitórax esquerdo como direito não demonstram alterações, assim como à percussão (som claro pulmonar). Contudo, verifica-se, como já descrito anteriormente, uma postura debilitada e defensiva não permitindo a expansão global do hemitórax direito.

Não foi realizada auscultação.

Quando solicitado para tossir, constata-se que este mecanismo se demonstra pouco eficaz, havendo potencial para o melhorar. Não existem secreções nem dispneia.

3.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Neste campo, foram avaliados os aspetos considerados relevantes face à condição de de saúde-doença de F.M. e modos de adaptação necessários.

Assim, a utente mostra-se consciente (pontuação de 15 na Escala de Glasgow, Teasdale & Jenne (1974) - Apêndice 2), orientada no espaço, no tempo, auto e alo psiquicamente e sem alterações da perceção e do pensamento.

Com humor distímico e períodos de labilidade emocional, refere sentir-se triste com a sua condição e saúde.

Mostra-se comunicativa, com uma linguagem verbal coerente com a não-verbal. Cooperante e com contacto visual mantido quando interpelada.

O seu discurso é coerente, claro, com vocabulário adequado e um tom de voz calmo.

Apesar de referir sentir-se confusa e parecer que as palavras não fluem como habitualmente, não se denota na interação. Apresenta memória remota ao explicar alguns antecedentes pessoais e familiares e memória recente, com capacidade cognitiva mantida.

Algumas capacidades cognitivas (orientação, atenção, memória, linguagem e capacidades práticas) e importantes para a adequação das intervenções a delinear no plano de cuidados, foram avaliadas através do teste “*Mini Mental State Examination*” - (MMSE) (Folstein et al., 1975) (pontuação de 30, Apêndice 2).

3.4. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE, COORDENAÇÃO E SENSIBILIDADE

3.4.1. Avaliação da força muscular

A força muscular foi avaliada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, do distal para o proximal e bilateralmente tendo como recurso a Escala de *Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale* ([MRC], 1976).

Pela tabela que se segue verifica-se uma diminuição da força ao nível da flexão, adução, abdução, rotação interna e externa da coxofemural esquerda.

Escala MRC							
Segmentos	Movimentos	Avaliação					
		Data 30/5/25		Data 06/06/2025		Data 12/06/2025	
		ESQ	DTO	ESQ	DTO	ESQ	DTO
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Flexão lateral esquerda	5	5	5	5	5	5
	Flexão lateral direita	5	5	5	5	5	5
	Rotação	5	5	5	5	5	5
Escapulo-umeral	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Rotação interna	5	5	5	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5	5	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5	5	5	5
	Supinação	5	5	5	5	5	5
Punho	Flexão palmar	5	5	5	5	5	5
	Dorsi-flexão	5	5	5	5	5	5
	Desvio radial	5	5	5	5	5	5
	Desvio cubital	5	5	5	5	5	5
	Circundação	5	5	5	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Circundação	5	5	5	5	5	5

	Oponência do polegar	5	5	5	5	5	5
Coxofemural	Flexão	4	5	4	5	4	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	4	5	4	5	4	5
	Abdução	4	5	4	5	5	5
	Rotação interna	4	5	4	5	5	5
	Rotação externa	4	5	4	5	5	5
Joelho	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Tibiotársica	Flexão plantar	5	5	5	5	5	5
	Flexão dorsal	5	5	5	5	5	5
	Inversão	5	5	5	5	5	5
	Eversão	5	5	5	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5

3.4.2. Avaliação da tolerância à atividade

Existe um cansaço ao esforço objetivado na Escala de Borg de 4-5 a 30/05/2025 e numa deambulação com andador em piso regular, sem obstáculos numa distância de 2 metros (Escala de Borg Modificada, Borg, 1982).

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

3.4.3. Avaliação da coordenação motora

Como forma de avaliar a coordenação motora foi aplicada a prova índice-nariz e prova Calcanhar-jelho (Menoita, 2014).

Na primeira, realizada tanto de olhos fechados como abertos, verifica-se uma coordenação motora normal, com precisão e sem dismetria ou tremor.

No que refere à prova calcanhar-jelho, observa-se alguma lentificação e descoordenação unilateral e à flexão do membro inferior esquerdo. Esta não se altera (agrava ou melhora) na realização da prova

tanto de olhos fechados como abertos. Afere-se que tal se deve, sobretudo, à mobilização e diminuição da força da articulação coxofemoral esquerda.

3.4.4. Avaliação da Sensibilidade

No dia 30/05/2025, à exceção do sentido esteriognóstico, foi avaliada a sensibilidade corporal da Sra. F.M. (Menoita, 2014) ao nível da face, tronco, membros superiores e inferiores e ao nível superficial e profundo.

Sensibilidade		Face		Tronco		Membros superiores		Membros inferiores	
		ESQ	DTA	ESQ	DTA	ESQ	DTA	ESQ	DTA
Superficial	Tátil	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Térmica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Dolorosa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Profunda		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

3.5. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E RISCO DE QUEDA

De forma a avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico foi aplicada a escala de Equilíbrio de Berg – EEB (Berg et al., 1992).

A Sra. F.M. na posição de sentada, apresenta equilíbrio estático e dinâmico. Porém, na posição ortostática, apresenta alteração do equilíbrio com um score na escala de Berg que varia nas datas cuja avaliação decorreu:

Escala de Equilíbrio de Berg			
Itens	30/05/25	06/06/25	12/06/25
1) Posição sentada para a posição de pé	2	3	3
2) Permanecer em pé sem apoio	3	4	4
3) Permanecer sentada sem apoio nas costas mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4	4	4
4) Posição de pé para posição sentada	3	3	3
5) Transferências	2	3	3
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	4	4	4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	2	3	4
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	1	2	2

9) Apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	1	1	2
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	3	3	4
11) Girar 360 graus	0	1	2
12) Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	1	1
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	1	1	1
14) Permanecer em pé sobre uma perna	1	1	1
Pontuação /interpretação: [21 – 40]: risco de queda médio/ equilíbrio médio	27/56	34/56	38/56

Considerou-se pertinente, avaliar o risco de queda através da escala de morse ([DGS], 2019). Apesar de nos últimos 3 meses não ter tido nenhuma queda, antes de ser intervencionada cirurgicamente de urgência em março de 2025, a Sra. F.M. deu uma queda em casa por ter tropeçado num tapete. Atualmente tem uma postura debilitada, com alteração do centro de gravidade e deambula com o apoio de andarilho. De acordo com a avaliação desta escala, apresenta um baixo risco de queda.

Escala de Morse		
Item	30/05/25	12/06/25
1. História de quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses Não Sim	0 25	0 25
2. Diagnóstico secundário Não Sim	0 15	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30	0 15 30
4. Terapêutica intravenosa Não Sim	0 20	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20	0 10 20
6. Estado Mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	0 15
Pontuação	50 Baixo risco de queda	40 Baixo risco de queda

3.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA

A Sra. F.M. demonstra capacidade para andar com apoio de andarilho e por curtas distâncias apesar do potencial para melhorar a segurança na sua execução. Em grandes distâncias, cujo ambiente seja desconhecido e piso irregular, devido à alteração do equilíbrio ortostático dinâmico, diminuição da amplitude e força da articulação coxofemural esquerda; necessita de apoio unilateral/supervisão. Apresenta também uma aceleração da fase oscilante da marcha e a utilização do meio auxiliar de marcha pode ser melhorada de forma a tornar a marcha mais segura.

3.7. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

De forma a avaliar o grau de dependência nas AVD e por subescalas (Motora - Autocuidados, Controle dos esfíncteres, Mobilidade/Transferência e Locomoção e, Cognitiva - Comunicação e Cognição social) foi aplicada a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Keith et al., 1987). Segundo a aplicação da mesma e em termos globais, a Sra. F.M. apresenta uma dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa.

Escala de Medida de Independência Funcional – MIF			
Itens	30/5	06/06	12/06
1. Autocuidados			
1.1. Alimentação	6	6	7
1.2. Higiene pessoal	7	7	7
1.3. Banho	3	4	4
1.4. Vestir metade superior	4	6	7
1.5. Vestir metade inferior	4	5	6
1.6. Utilização da sanita	5	6	7
2. Controlo de Esfíncteres			
2.1. Vesical	7	7	7
2.2. Intestinal	1	3	4
3. Mobilidade/Transferência			
3.1. Leito, cadeira, cadeira de rodas	4	5	6
3.2. Sanitário	5	6	7
3.3. Banheira, duche	3	4	4
4. Locomoção			
4.1. Marcha, cadeira de rodas	5	6	7
4.2. Escadas	N/A	2	3
5. Comunicação			
5.1. Compreensão	7	7	7
5.2. Expressão	7	7	7
6. Consciência do mundo exterior			
6.1. Interação social	6	6	6
6.2. Resolução de problemas	3	6	6
6.3. Memória	7	7	7
TOTAL	84	100	109

4. APRECIÇÃO DA PESSOA DE ACORDO COM CALLISTA ROY

De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy e o processo de Enfermagem, foi recolhida informação tendo em conta os modos de adaptação (modo fisiológico, autoconceito, função/desempenho de papel e interdependência) para, posteriormente, se proceder à análise destes dados e identificar estímulos do ambiente que influenciam e determinam o comportamento ineficaz. Assim, e adotando o dinamismo do processo de enfermagem, é possível estabelecer diagnósticos de enfermagem, estabelecer objetivos e determinar a intervenção através da gestão dos estímulos influenciadores (Coelho & Mendes, 2011).

Ao nos debruçarmos sobre o caso da Sra. F.M. e pelos instrumentos de avaliação aplicados, de forma objetiva e subjetiva, percebemos que avaliar e intervir na promoção da adaptação é essencial e complexo na Pessoa OEI, o que também é sustentado por Xavier et al. (2024). Esta complexidade, para além das variáveis inerentes à Pessoa/Ambiente/Saúde e Enfermagem, deve-se também ao facto dos quatro modos de adaptação interagirem uns com os outros e qualquer alteração num poder afetar os de mais (Monteiro et al., 2016).

Assim, a adaptação pode ser compreendida, de acordo com Callista Roy, como as respostas adaptativas da pessoa a stressores/estímulos multidimensionais num sistema constante que tem a enfermagem como o principal agente facilitador deste processo. Observa-se que a Pessoa se adapta a esses estímulos existentes através de mecanismos de *coping*, inatos ou adquiridos.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E ESTÍMULOS (FOCAIS, CONTEXTUAIS E RESIDUAIS)

A eficácia das respostas aos estímulos designados por Callista Roy, permite definir comportamentos de adaptação (Öztepe, 2023). Estes, por sua vez, podem entender-se como adaptativos eficazes ou ineficazes (Diniz et al., 2022). Tal encontra-se representando na imagem 2, que se segue.

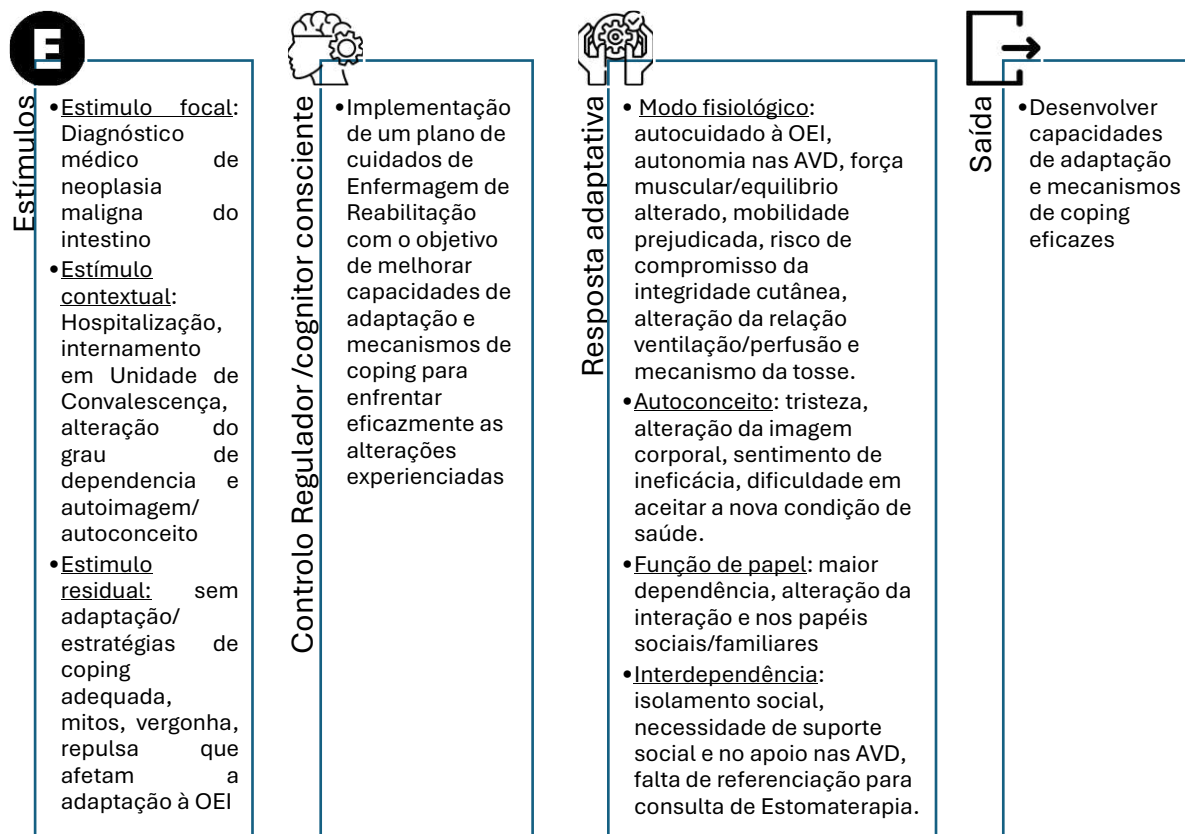


Imagem 2. Diagrama de intervenção de Enfermagem baseada no Modelo de Adaptação de Callista Roy (adaptado de Jiménez et. al., 2021, p.6).

A Sra F.M. recebeu o diagnóstico de neoplasia do cólon transverso e foi intervencionada cirurgicamente a 22/3/2025 (Estímulo Focal) e regressou a sua casa cerca de dois meses depois. No que toca aos Estímulos contextuais, apesar da sua habitação ser a mesma e inegavelmente reunir condições adequadas e de salubridade, o grau de dependência e mobilidade da utente não era o mesmo, identificando-se necessidades de adaptação para melhor satisfazer os autocuidados e atividades de vida diária com segurança.

O facto de morar num 3º andar sem elevador, ter dificuldade em subir/descer escadas e isso condicionar a sua saída de casa (à exceção de quando tem consultas/exames para realizar em que requiere transporte de apoio profissional), é inegável, mas numa primeira instância mais difícil de contornar.

No seu apartamento, facilmente consegue deambular com o apoio de andarilho entre as várias divisões da casa.

No quarto, verifica-se a existência de tapetes que podem comprometer a segurança da marcha e sugere-se a sua eliminação.

Na casa de banho, a entrada para o polibán exige a suspensão no de um dos membros inferiores com sobreposição do peso corporal no outro, causando insegurança e desequilíbrio. O polibán não tem apoio de assento ou barra de apoio, não tendo a Sra. F.M. capacidade para realizar o autocuidado “Higiene” total de pé e sem estes apoios.

É capaz de realizar a sua higiene pessoal sentada e necessita de apoio para vestir/despir a roupa sobretudo dos membros inferiores e tem potencial para melhorar a marcha com meio auxiliar de marcha. Sugerida escova de banho com um cabo de forma a promover o autocuidado higiene de forma mais integral.

Também na utilização da sanita, se verifica desequilíbrio a sentar/colocar de pé, sugerindo-se uma cadeira sanitária/barras de apoio.

Para o autocuidado à OEI sugere-se a eleição de um espaço onde possa reunir todo o material, de forma acessível. Sugere-se ainda a utilização de um espelho para que o possa colocar de frente para si e melhor visualizar o autocuidado à mesma.

Na cozinha, verifica-se que tem tudo o que necessita ao seu alcance e os alimentos no frigorífico colocados nas prateleiras inferiores de modo a os conseguir alcançar sem risco para si (derramar/partir utensílios de cozinha e/ou desequilibrar-se para alcançar os mesmos)

Na sala, o seu sofá é baixo sendo que apresenta dificuldade em se levantar depois de sentada no mesmo, mesmo que por breves períodos.

Apesar de ser um objetivo a promoção da autonomia funcional da utente F.M. e de existirem pessoas significativa que se envolvem e constituem como elementos facilitadores do seu processo de adaptação, esta vive sozinha e necessita de supervisão/apoio em autocuidados como “Alimentar” e “Higiene”.

De acordo com o transmitido por si e pela filha S.M., os recursos financeiros da utente não condicionam o seu processo de adaptação ou necessidade de vigilância em saúde e sempre que necessário, os filhos de F.M. requerem pedido de transporte ou solicitam que os medicamentos lhe sejam entregues em casa pela farmácia que frequenta.

No que refere aos estímulos residuais, não se denotam qualquer tipo de crença/ valor (religioso ou não) que a falam opor ao autocuidado à OEI. Contudo, o mesmo não se verifica face a sentimentos de nojo, repulsa, vergonha; que contribuem para o seu isolamento social, perda de papéis/interação familiar prejudicada e envolvimento nas suas AVD e autocuidados.

Há uma alteração da autoimagem, razão que também suporta o seu isolamento social e evitamento no contacto com vizinhos de referência e familiares (como os netos) (Apêndice 3 - Avaliação do ambiente com base na Teoria de Callista Roy e foco na Pessoa com OEI).

Desta forma, a meta de enfermagem é promover a adaptação da Sra. F.M. nos quatros modos de adaptação referidos, o que contribuirá para a saúde da mesma enquanto Pessoa. De acordo com este modelo, a saúde será então definida como um estado em que a Sra. F.M. se adapta de maneira

eficaz às mudanças (Monteiro et al., 2016), um estado e um processo de ser e tornar-se integrada e adaptada (Wills, 2014).

Tendo em conta o descrito, o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação deverá satisfazer as necessidades da Pessoa, delineando-se os seguintes objetivos:

- Promover a expansão torácica e tosse eficaz;
- Promover a consciencialização dos tempos respiratórios;
- Ensinar sobre o controlo da respiração durante o esforço (levantar, deambulação, transferências);
- Promover a mobilidade, deambulação e equilíbrio;
- Corrigir alterações posturais adotadas durante o internamento cirúrgico;
- Ensinar/instruir/treinar estratégias adaptativas para os autocuidados (Autocuidado à OEI; Higiene; Transferir-se; Deambular; Vestir/despir; Uso-sanitário) de forma segura;
- Promover a interação e suporte social.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem: Mobilidade prejudicada <i>relacionada com</i> fraqueza muscular, alteração postural e equilíbrio manifestado por alteração do padrão de marcha e necessidade de apoio na deambulação/transferência.			
Modo de adaptação	Resultado Esperado/objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Fisiológico	- Melhorar o equilíbrio em 2 semanas; - Melhorar a capacidade para andar em duas semanas; - Reduzir o risco de quedas em duas semanas; - Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha melhorado em 2 semanas.	- Avaliar a força muscular através da escala de Força Muscular <i>Medical Research Council (MRC)</i>; - Avaliar o risco de quedas através da Escala de Morse; - Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico (Escala de Berg); - Avaliar medidas de prevenção de quedas a implementar; - Avaliar o andar; - Ensinar, instruir e treinar a técnica de marcha segura com meio auxiliar de marcha (andarilho); - Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência cadeira-posição de pé- cadeira; - Ensinar, instruir a técnica de levantar da cama para a posição de pé-deitada; - Ensinar o prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Incentivar a andar; - Assistir no andar; - Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas de conservação de energia (preparar para a ação, definir que distância percorrer; definir pontos de repouso ao longo do percurso; Adotar posições de descanso e relaxamento); - Ensinar a técnica respiratória;	30/05/2025 - Avaliada a força muscular em todos os segmentos corporais (MRC), constatando-se uma alteração ao nível da coxofemural esquerda (4 em 5). - Avaliado o risco de queda de acordo com a escala de morse (score de 50); - Avaliado o equilíbrio estático e dinâmico, sentado e na posição ortostática. Realizou levante de forma independente, porém, com alguma dificuldade por se encontrar sentada no sofá há algum tempo e este ser baixo face à distância do chão. Recomendada superfície mais alta e demonstrado o porquê de dificultar o início da marcha. Utilizou o apoio dos membros superiores para se levantar e com balanço. Manifestou equilíbrio estático ortostático e alteração do equilíbrio dinâmico ortostático. Relativamente ao nível da alternância de carga nos membros inferiores, não o alcança sem apoio dos membros superiores em terceiros ou andarilho e tem alguma dificuldade em o realizar quando o peso corporal está sob o membro inferior

		- Ensinar, instruir e treinar a correção postural; - Ensinar sobre a prevenção de quedas (utilização de vestuário adequado e calçado adequado e antiderrapante, roupa confortável e que não iniba o movimento e atenção ao ambiente/animais de estimação, eliminar obstáculos).	esquerdo. Apresenta, segundo a escala de Berg, um <u>risco de queda e alteração do equilíbrio considerado médio – 27/56</u>); Deambula com alteração na postura, consequentemente do centro de gravidade, com um acelerar da fase oscilante da marcha, elevação da crista ilíaca esquerda, anteriorização do tronco com discreta rotação para a direita e avança com o corpo e toca com o abdómen no andarilho condicionando a marcha segura. Realiza a técnica de transferência com alguma dificuldade. No quarto, a marcha segura é dificultada por tapetes, realizado o alerta para o risco de quedas associado aos mesmos. Tolera a deambulação com andarilho do sofá da sala ao hall de entrada, sem dispneia, mas com um cansaço objetivado na Escala de Borg de 4-5 em 10. 6/6/2025 - Revela entusiasmo e realizou o registro do “Treino da F.M. disponibilizado e demonstrado a 2/6/25 (Apêndice 3). Classifica os exercícios com um grau de dificuldade 5/6; - Mantida avaliação da força muscular em todos os segmentos corporais de acordo com a MRC;
--	--	--	--

			- Melhorado risco de quedas e equilíbrio (<u>Escala de Berg: Score de 24/56</u>); - Verifica-se que a cuidadora se envolveu no incentivo à mobilidade junto da Sra. F.M.; - Demonstra capacidade para andar de forma independente com o andarilho por distâncias curtas, ainda que maiores (15metros) com um cansaço na escala de Borg objetivado como 3/10 e integra a técnica respiratória de forma adequada ao esforço 12/06/2025 - Melhorada avaliação da força muscular em todos os segmentos corporais (MRC), constatando-se uma alteração ao nível da coxofemural esquerda (<u>4 em 5, com melhoria nos movimentos de rotação interna e externa alcançando a pontuação 5</u>); - Demonstra capacidade para andar de forma independente com o andarilho por distâncias curtas, ainda que maiores (10metros) sem agravamento da intolerância ao esforço e integra a técnica respiratória de forma adequada ao esforço. - Melhorado risco de quedas e equilíbrio (<u>Escala de Berg: Score de 38/56</u>); - Avaliado o risco de queda de acordo com a escala de morse (<u>Score de 40</u>). - Classifica os exercícios do “Treino da F.M.” como: Respiração e contração abdominal (0), Rolar os
--	--	--	---

			joelhos (1); Inclinação da bacia (2); Sentar na cama (3); Respirar, preparar e... Levantar da Cama (1); Exercício abdominal em pé (2).
			Meta de Enfermagem de acordo com Callista Roy: Desenvolveu uma resposta adaptativa no modo de adaptação fisiológico por melhorar a sua independência funcional
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o autocuidado, incluindo à OEI [junto da Sra. F.M. e das Pessoas significativas]			
Modo de adaptação	Resultado Esperado/objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Fisiológico	- Melhorar a autonomia e a independência na realização das AVD; - Promover a higiene, conforto e sensação de bem-estar da Sra. F.M. - Aumentar a confiança e autoestima.	- Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF); - Incentivar ao Autocuidado através do reforço positivo; - Incentivar a filha S.M. a assistir e apenas substituir em caso de incapacidade; - Incentivar ao planeamento da ação (Para o autocuidado higiene: identificar que material necessita reunir e que passos seguir; para o Autocuidado à OEI que material e passos precisa de seguir; - Incentivar o autocuidado à OEI; - Ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado higiene (banco no poliban, cadeira sanitária, esponja de cabo); - Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado à OEI.	30/05/2025 MIF – 84 (sendo que não foi avaliado o item escadas da Locomoção) Filha S.M. refere que considera que a mãe é capaz, mas que não é independente no autocuidado por referir não conseguir. Percebido que no autocuidado higiene, a entrada para o poliban exige a suspensão no de um dos membros inferiores com sobreposição do peso corporal no outro, causando insegurança e aumento do risco de queda. O poliban não tem apoio de assento ou barra de apoio, não tendo a Sra. F.M. capacidade para realizar o autocuidado higiene total de pé e sem estes apoios. É capaz de realizar a sua higiene pessoal sentada, necessita de apoio para vestir/despirm a roupa

			sobretudo dos membros inferiores e tem potencial para melhorar a marcha com meio auxiliar de marcha. Sugerida escova de banho com um cabo de forma a promover o autocuidado higiene de forma mais integral. Demonstrado, e junto da filha S.M. como segmentar as tarefas do autocuidado, de forma a incentivar a realização do mesmo, aumentar a confiança e autoestima da Sra. F.M. Apesar das capacidades cognitivas e práticas mantidas, apresenta humor distímico, labilidade emocional e verbaliza sentir-se incapaz “de ser quem era”, constituindo-se um obstáculo ao envolvimento das AVD. Relativamente ao uso sanitário, é capaz de o fazer, com supervisão mostrando desequilíbrio ao levantar/sentar da sanita. Relativamente ao autocuidado à OEI, o facto da Sra. F.M não conseguir observar a sua parede abdominal enquanto presta cuidados, dificulta os mesmos. Sugerido um espelho para que esta possa integrar os cuidados à OEI. Tem material de ostomia de duas peças, drenável e de encaixe tipo “tupperware” que a utente tem dificuldade em adaptar e cuja consistência do efluente não permite (atualmente) o esvaziamento da bolsa.
--	--	--	--

			02/6/2025 Treino de AVD Demonstrado e treinada adaptação a material de OEI adequado ao tipo de OEI, características do efluente e capacidade de motricidade fina da utente. 04/06/2025 Humor melhorado, maior envolvimento nos cuidados, demonstra sentimento de autoeficácia e atribui maior controlo interno sobre a sua adaptação à condição de saúde. Treino de AVD com foco nos autocuidados 06/06/2025 MIF – 100 Melhorou a autonomia no autocuidado através de produtos de apoio (barra de apoio no duche, banco de apoio no poliban, cadeira sanitária de pés com um bolso na lateral onde pode colocar o material de ostomia, toalhetas, papel higiénico e outros produtos de higiene que comumente utiliza. Faz uso também de um espelho oval com cerca de 50 cm, que se pode guardar no bolso da cadeira sanitária e que se adapta/encaixa facilmente ao andarilho para que esta visualize a sua parede abdominal quando presta cuidados à OEI. Verbaliza
--	--	--	--

			“assim já consigo ver o que faço e faço tudo na casa de banho que é mais higiénico, não me faz tanta confusão (sic)”. A sessão teve a presença de ambos os filhos, onde foram demonstrados os exercícios do “Treino da F.M.” (Apêndice 3), salientada a importância da sua continuidade para além das sessões com a equipa de ECCI e da sua implicância para a promoção da mobilidade, autonomia, autocuidado, adaptação à nova condição de saúde. Foi também ensinado/instruído e treinado o cuidado à OEI com a participação de ambos os filhos. 09/06/2025 Treino de AVD Refere que a partir de 11/6 terá apoio do serviço de apoio domiciliário para entrega de refeições (almoço e jantar) e apoio na higiene 12/06/2025 MIF – 109 Primeiro dia sozinha em casa após alta da unidade de convalescença. Faz uso do intercomunicador para confirmar e abrir a porta à equipa da ECCI. Mostra-se de banho total tomado de forma independente e refere que fez tudo com
--	--	--	---

			tranquilidade e que assim tem mais tempo para dedicar a conhecer as meninas que vão cuidar dela (sic). Adota o telemóvel suspenso em bolsa ao pescoço como medida de segurança para a eventualidade de ter de pedir apoio (memorizadas teclas para contactos preferenciais: filho, filha, genro que a utente tem capacidade para utilizar). Prestou cuidados à OEI de forma independente (verbaliza sinais de alerta, realizou limpeza da pele, troca da placa e bolsa. Necessita apenas que as placas estejam recortadas de acordo com o tamanho do diâmetro do estoma, tarefa assegurada pelo filho ao fim de semana). Meta de Enfermagem de acordo com Callista Roy: Desenvolveu uma resposta adaptativa no modo de adaptação fisiológico ao melhorar a sua autonomia ao nível dos autocuidados e minimizar complicações físicas (demonstra conhecimento sobre o autocuidado à OEI)
Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório comprometido relacionado com alteração postural e tosse ineficaz manifestado por alteração da expansão global do hemitorax direito e dispneia ao esforço [avaliado em 3/10 na escala de Borg]			
Modo de adaptação	Resultado Esperado/objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Fisiológico	- Que a Sra. F.M. adira ao programa de reeducação funcional respiratória;	- Avaliar respiração: frequência, ritmo, amplitude, sinais de dificuldade respiratória (utilização de músculos acessórios, tiragem); - Observar tórax: simetria, expansão pulmonar;	30/05/2025 À inspeção a Sra. F.M. mostra-se eupneica em ar ambiente, sem sinais de dificuldade respiratória, tosse ou expectoração. Com respiração de média

	- Que a Sra. F.M. apresente expansão pulmonar simétrica e realize inspirações profundas.	- Avaliar percepção ao esforço através da escala de Borg modificada; - <u>Ensinar, instruir e treinar técnicas de Reeducação funcional Respiratória (RFR):</u> . Promover inspirações profundas; . Promover a consciencialização e dissociação e dos tempos respiratórios; . Promover a respiração e reeducação diafragmática global; . Ensinar, instruir e treinar a respiração diafragmática e reeducação respiratória global; . Ensinar, instruir e treinar técnicas de correção posturais; . Reeducação da respiração perante o esforço; . Ensinar, instruir e treinar a tosse dirigida e assistida com recurso à contenção abdominal.	amplitude e mista, com ritmo regular e simétrico. À palpação verifica-se que tanto o hemitórax esquerdo como direito não demonstram alterações, assim como à percussão (som claro pulmonar). Contudo, verifica-se, uma postura debilitada e defensiva não permitindo a expansão global do hemitórax direito e que não se deve a dor. 02/06/2025 Realiza técnicas de RFR com percepção de esforço na escala de Borg de 3/10. Treinadas técnicas de correção postural, em frente a espelho e contra uma superfície sólida (a parede do hall de entrada em frente ao espelho do bengaleiro que permite a observação e correção postural) - Dificuldade na reeducar no esforço: controlo da respiração no esforço, através do levantar e marcha. 04/06/2025 Sobreponível à avaliação anterior 09/06/2025 Realiza técnicas de RFR e correção postural com percepção de esforço na escala de Borg de 2/10. Verifica-se um esforço para corrigir a postura na marcha de forma independente e sem necessidade
--	---	--	---

			verbal de o relembrar. Integra o controlo da respiração no esforço. Realiza técnica de tosse dirigida com contenção abdominal de forma eficaz 12/06/2025 Sobreponível à avaliação anterior Meta de Enfermagem de acordo com Callista Roy: a Sra. F.M. demonstra uma resposta adaptativa fisiológica ao nível do padrão respiratório pois integra o treino de RFR, realiza uma expansão torácica simétrica e corrigida do hemitorax direito com uma perceção de esforço de 2/10 na escala de Borg
Diagnóstico de Enfermagem: Isolamento social <i>relacionado com</i> perda de autonomia nos autocuidados, défice de conhecimento, sentimento de vergonha associado à OEI			
Modo de adaptação	Resultado Esperado/objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Interdependência Autoconceito	- Promover a higiene, conforto e sensação de bem-estar da Sra. F.M. - Aumentar a confiança e autoestima.	- Incentivar ao autocuidado através da integração de pequenas tarefas e do reforço positivo; - Incentivar a filha S.M. a assistir e apenas substituir em caso de incapacidade; - Identificar e estimular a verbalização de sentimentos associados à OEI; - Promover e fornecer informação acerca do autocuidado à ostomia à Sra. F.M. e filhos (alimentação, prevenção de complicações, cuidados ao estoma e à pele, higiene/ troca	30/05/2025 Na primeira VD constata-se que a Sra F.M. e a família nunca tiveram um profissional de saúde que lhes explicasse o que era uma ostomia, desmitificasse mitos, referisse cuidados, complicações mais frequentes e sinais de alerta, referisse direitos e deveres, como ter acesso ao material de OEI e a importância de manter consultas de vigilância.

	- Participar em pelo menos uma interação significativa por semana	de material de ostomia, direitos e deveres, bolsa de segurança, mobilidade, bolsa de segurança; - Reforçar positivamente os ganhos na autonomia; -Propor a realização de atividades prazerosas/significativas; - Incentivar o contacto com familiares (netos) e vizinhos habituais, gradual; - Ajudar a identificar redes de apoio social (apoio domiciliário, família, vizinhos, ...); - Informar da existência e encaminhar para consulta de Estomaterapia do UL**; - Avaliar a necessidade de apoio social; - Avaliar a necessidade de apoio domiciliário; - Avaliar a necessidade de apoio psicológico e da sua referênciação.	Na alta hospitalar e durante o internamento na unidade de convalescença não foi desenvolvido o treino e cuidado à OEI junto da utente e familiares. A utente refere “trocavam-me lá isso quando viam que estava cheio ou vazava” (sic), a filha acrescenta que quando não tinham material lhe entregavam a receita e pediam para levar mais mas que nunca tinha experimentado trocar o mesmo. Através da análise do processo clínico percebe-se que existe agendamento de consulta da especialidade de cirurgia geral mas não de Estomaterapia. Foi estabelecido contacto telefónico com a UL** , percebido que por lapso esta referenciação não foi realizada e agilizado o seu agendamento para o dia da consulta de especialidade médica. Além dos comportamentos e verbalizações de repulsa, a utente refere vergonha e revela comportamentos de isolamento (recusa que os netos a visitem por receio de ter um incidente e não quererem estar perto da avó pelo odor, não devolve chamadas da vizinha que mais lhe prestava apoio e com quem conversava por não querer que esta saiba o que lhe sucedeu, acredita que a mobilização é prejudicial e potencia o movimento intestinal e risco de fuga do efluente intestinal. Foram desmistificados os mitos existentes.
--	--	---	--

			Realizada educação para a saúde, demonstrados cuidados, esclarecidas dúvidas e incentivado o autocuidado por pequenas tarefas e aumentando o seu nível de envolvimento. 02/06/2025 A utente já observa o autocuidado à OEI, sem evitar o contacto com a mesma, verbaliza dúvidas mas mantém mitos por desmistificar, sobretudo os relacionados com o restabelecimento do contacto social/familiar. Abordado, junto da utente, se julgaria beneficiar de encaminhamento para a especialidade de psicologia o que consente. Foi neste dia realizado encaminhamento para a especialidade de psicologia e partilha do caso com a assistente social, que confirmou que a utente irá beneficiar de apoio domiciliário (higiene/alimentação e apoio nos cuidados ao estoma) a partir de 12/06/2025. 04/06/2025 Humor melhorado, maior envolvimento nos cuidados. Verbaliza envolver-se em atividades prazerosas como: realizar videochamadas com os netos mas não ser capaz de o fazer com as amigas de Lisboa; voltou a fazer tricot; mobiliza-se e envolve-se nos autocuidados/AVD reconhecendo que a motilidade intestinal é importante tendo ou
--	--	--	--

			não OEI; a própria contrapõe mitos que tinha inicialmente; mantém comportamentos de repulsa, mas sem evitar o autocuidado à OEI. 09/06/2025 Humor melhorado. Verbaliza e aborda o assunto da OEI com a vizinha e amigas de Lisboa. Apesar de gostar de se resguardar no autocuidado à OEI, verbaliza ser capaz de pedir ajuda ao filho e vizinha no caso de necessitar; envolve-se em atividades dedicadas à família (ex.: “peço ao meu filho para me comprar legumes a mais, assim preparo tudo e no fim de semana quando aqui estiverem ajudam-me a fazer sopa e levam”; aceita que para além do filho já sejam também os netos a participarem no recorte das placas para a ostomia). 12/06/2025 Sobreponível ao anterior. Inicia o apoio domiciliário, com satisfação. 16/06/2025 Sobreponível ao anterior. Refere ter ido fazer análises e regressado (com transporte articulado pela filha). Refere ter-se sentido bem, com receio de “ter um acidente”, mas fez-se acompanhar da bolsa de segurança com material no caso de ser necessário trocar o material de ostomia.
--	--	--	--

			Meta de Enfermagem de acordo com Callista Roy: Participou progressivamente em atividades que promoveram o fortalecimento de mecanismos de <i>coping</i> como o confronto com a resolução de problemas, autonomia, apoio social e estabelecimento de vínculos saudáveis.
--	--	--	---

6. CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso permitiu aplicar de forma fundamentada os princípios da ER no acompanhamento de uma Pessoa com uma OEI, que resultou de uma intervenção cirúrgica por neoplasia do cólon transverso.

Este processo foi desenvolvido no âmbito do ensino clínico em contexto de ECCEI, o que possibilitou a consolidação de competências de EEER, principalmente, na avaliação sistematizada, na planificação individualizada de cuidados e na promoção da adaptação funcional e psicossocial da Sra. F.M.

Recorrer à Teoria da Adaptação de Callista Roy como referencial teórico permitiu uma compreensão holística da Pessoa em processo de reabilitação, norteador a identificação dos modos de adaptação comprometidos e a implementação de intervenções direcionadas à promoção de respostas adaptativas e eficazes. Esta abordagem integrada nos elementos basilares que a autora refere (Pessoa no centro de cuidados, ambiente, saúde e Enfermagem), revelou-se essencial para promover ganhos em saúde, nomeadamente na melhoria da função respiratória, no reforço da autonomia, na reeducação para o autocuidado e na limitação do isolamento social.

Efetivamente, para a análise do processo de enfermagem complexo e em que os 4 modos de adaptação são influenciados uns pelos outros, foi útil recorrer à utilização de instrumentos de avaliação validados que possibilitaram a definição de diagnósticos de enfermagem adequados, com atividades/intervenções detalhadas e uma monitorização dos resultados obtidos.

Verificou-se uma evolução positiva nos domínios físico, psicológico e social da Sra. F.M., confirmando a eficácia das intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas.

A realização deste trabalho permite dignificar a importância do papel do EEER neste contexto da prática profissional, visto que enaltece a diferença da necessidade de uma intervenção especializada, sistemática e humanizada, que valoriza a adaptação da Pessoa e família na promoção da funcionalidade em situação de OEI.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K.O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J.I. & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public Health*, 83(2), 7-11.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Coelho, S. & Mendes, I. (2011). Da Pesquisa à prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Esc Anna Nery*, 15(4):845-850.
- Diniz, I., Alves, K., Sá, C., Almeida, A., Silva, R., Soares, S. & Soares, M. (2022). Respostas adaptativas de colostomizados antes e após o uso do oclusor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35:eAPE01917. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01917>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Acedido a 30 de Maio de 2025 em <https://nocs.pt/escala-braden/>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Acedido a 30 de Maio de 2025 em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Folstein, M., Folstein, M. & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Henriques, C. & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Jiménez, M., González, I., Sánchez, A., Benítez, L. & Collazo, C. (2021). Efectividad de intervención enfermera en capacidad de adaptación-afrentamiento de cuidadores de operados de cáncer cerebral con cambios conductuales. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1):e2664.
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B. & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6-18.
- Medical Research Council (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system* (Memorandum No. 45). Her Majesty's Stationery Office.
- Menoita, E. C. (Coord.) (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Monteiro, A., Costa, C., Campos, M. & Monteiro, A. (2016). Applicability of callista Roy's Theory in nursing care for ostomized. *Revista de enfermagem e atenção à saúde*, 5(1): 84-92.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 30 de Maio de 2025 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Öztepe, K. (2023). The effect of roy adaptation model on the adaptation status of patients after surgical intervention. *Journal of Education and Research in Nursing*, 20(3):277-283. <https://10.14744/jern.2021.21246>
- Teasdale, G. & Jenne, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)
- Wills, E. (2014). Grand Nursing Theories Based on Interactive Process. In McEwen, M. & Wills, E. (Eds.) (4th Ed.), *Theoretical Basis for Nursing* (pp.177-181). Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª Edição). Editora Roca.
- Xavier, S., Medeiros, L., Neto, A., Silva, I., Lucena, S., Oliveira, A., Araújo, R. & Costa, I. (2024). Sociodemographic and clinical characteristics of people with ostomy and the adaptive

domains of Roy's theory: A cross-sectional study. *PloS one*, 19(4), e0302036.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302036>

5. APÊNDICES DO ESTUDO DE CASO I

Apêndice 1 – Escala de Braden

	30/05/25	06/06/25	12/06/25
Percepção sensorial	4	4	4
Humidade	3	4	4
Atividade	3	4	4
Mobilidade	3	4	4
Nutrição	4	4	4
Fricção e forças de deslizamento	2	2	3
	19	22	23

Baixo risco de desenvolver uma Úlcera por Pressão (UPP)

DGS (2011)

Apêndice 2 – Avaliação do Estado Mental

Escala de Glasgow

Escala de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Cumpre ordens	6
	Localiza a dor	5
	Fuga	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

(Teasdale & Jenne, 1974)

Teste "Mini Mental State Examination" (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ☒
Em que mês estamos? ☒
Em que dia do mês estamos? ☒
Em que dia da semana estamos? ☒
Em que estação do ano estamos? ☒

Nota: _____

Em que país estamos? ☒
Em que distrito vive? ☒
Em que terra vive? ☒
Em que casa estamos? ☒
Em que andar estamos? ☒

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra ☒
Gato ☒
Bola ☒

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_ ☒

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra ☒
Gato ☒
Bola ☒

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ☒
Lápis ☒

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" ☒

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ☒

Dobra ao meio ☒

Coloca onde deve ☒

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos ☒

Nota: _____

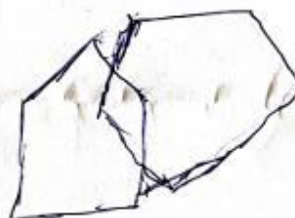
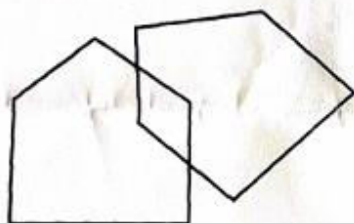
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: *Agradeço a Deus Todo o*
bem que me aconteceu e graças a
Todos as pessoas que me ajudam

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): 30

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Realizado a 30/5/2025
Escolaridade - 6º ano
Idade 80 anos

(Folstein et al., 1975)

Apêndice 3 – Avaliação do ambiente com base na Teoria de Callista Roy e foco na Pessoa com OEI

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE COM BASE NA TEORIA DE CALLISTA ROY E FOCO NA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL (OEI)	
Identificação da Pessoa:	
Nome:	F.M.
Idade:	80
Sexo:	F
Tipo de Ostomia:	
Colostomia	☒ Ileostomia ☐
Duração:	
Temporária	☒ Definitiva ☐
Data da construção da OEI: 22/03/2025	
1. Estimulo(s) Focal(is):	
1.1. Diagnóstico atual:	Neoplasia do cólon transversal
1.2. Existe dor:	Sim ☐ Não ☒ Se sim, caracterize a dor:
1.3. Características do estoma, pele peristomal e características do efluente:	
Fezes pastosas acastanhadas; pele peristomal íntegra; estoma brilhante, vermelho vivo, ovalado, sem sinais de prolapso ou retração	
1.3.1. Observam-se complicações:	
Sim ☐ Não ☒ Se sim, quais e que medidas foram implementadas para as resolver:	
1.3.2. O material emparelhado é o adequado às características da OEI e do/a utente?	
Sim ☐ Não ☒	
Com bolsa drenável de ileostomia, não adequado ao tipo de efluente. Tipo de adaptação entre bolsa de ostomia e placa também não adaptadas à capacidade de motricidade fina da utente	
2. Estimulos contextuais:	
2.1. Ambiente físico	
Condições habitacionais:	

Adequadas ☒ Inadequadas ☐ Reúne condições de salubridade ☐

Observações:

T3 sem elevador

. Presença de barreiras arquitetónicas ou necessidade de produtos de apoio que facilitem as atividades de vida diária e autocuidados em segurança?

Sim ☒ Não ☐

Se sim, quais:

Tapetes, barra de apoio no duche, banco no duche, sanita adaptada ou com barras de apoio, tapetes no quarto

2.2. Suporte familiar e social

. Agregado familiar: _vive sozinha, unipessoal

. Presença de rede de apoio/suporte: Sim ☒ Não ☐

. Família/Pessoa(s) significativa(s) envolvem-se no processo de adaptação?

Sim ☒ Não ☐. Se sim, de que forma?

No período de doença aguda, a filha da utente ficou a morar com a mesma até se habituar à nova rotina em casa e enquanto aguarda apoio domiciliário. O Filho apoia nas atividades instrumentais e compras para casa.

2.3. Recursos financeiros

Limita a adaptação ao Estímulo focal? Sim ☐ Não ☒

2.4. Acesso a Cuidados de Saúde

Tem facilidade em recorrer a serviços de saúde (tem médico de família, ao centro de saúde, ULS**, farmácia, ...)? Sim ☒ Não ☐

Tem médico de família, apesar da utente não ter direito a ambulância para se deslocar a consultas ou exames, a filha sabe como e realiza quando necessário pedido de transporte não medicalizado. A terapêutica é entregue em casa pela farmácia a que está habituada a recorrer.

3. Estimulo(s) Residual(ais):

. Denotam-se crenças ou valores que o/a façam opor ao autocuidado à OEI?

Sim ☐ Não ☒

. Há isolamento social devido à OEI?

Sim ☒ Não ☐

. Verbaliza sentimentos de nojo, repulsa, vergonha e/ou mitos associados à OEI?

Sim ☒ Não ☐

. Percebem-se alterações na autoimagem?

Sim ☒ Não ☐

. Percebe-se impacto na intimidade/sexualidade? Sim ☐ Não ☒

O/a utente necessita e aceita encaminhamento para profissional desta área de competência? Sim ☐ Não ☒

Observações:

Avaliação:

. Nível de adaptação identificado:

Eficaz ☐ Em processo ☐ Ineficaz ☒

. **Necessidade de encaminhados identificados:**

_Encaminhamento para consulta de Estomatoterapia e psicologia

. **Prioridades na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:**

Educação para o autocuidado à OEI;

Promoção da mobilidade e realização de atividades de vida diária

. Educação para a saúde (hábitos de saúde saudáveis, autocuidado, independência nas atividades de vida diária, informar sobre direitos/apoios existentes, encorajar a adesão a exercícios propostos e prevenção de complicações);

. Promoção da mobilidade;

. Selecionar, ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio;

. Articular com a equipa multidisciplinar de cuidados e outros profissionais de saúde (psicologia e consulta de Estomatoterapia);

. Promover a autonomia funcional e a inclusão social (adaptação à condição de saúde, promoção do autocuidado e independência).

Data: 30/05/25

Nome: _Ana Azevedo

Apêndice 4 – O Treino da “F.M.”



O TREINO DA F.M.

Vamos tentar fazê-lo duas vezes ao dia!



JUNHO DE 2025

ECC| *****

ANA AZEVEDO (ALUNA DE Mestrado de Enfermagem de Reabilitação)

Os exercícios são propostos tendo em conta a avaliação realizada nas visitas ao domicílio realizadas à utente, a sua capacidade em as realizar e com vista a incluir: exercícios respiratórios, exercícios musculares, mobilização precoce e exercícios de correção postural e prevenção de formação de complicações (como o caso da hérnia parastomal).

Vamos recordar...?!

Deite-se de barriga para cima, com a cabeça apoiada numa almofada e os joelhos dobrados (o máximo que lhe for possível e confortável). Vamos começar!

Primeiro - Respiração e contração abdominal

Coloque uma mão no peito e outro no umbigo. Inspire pelo nariz e deite o ar pela boca (sem pressas, como se estivesse a cheirar a flor e a apagar a vela). No final da expiração, sinta a parte inferior do seu abdómen e contraia suavemente os músculos profundos do fundo do seu abdómen sem levantar ou pressionar as costas na cama. Apenas mantenha essa sensação de 'aperto' por 3-5 segundos, e depois solte. Respire e relaxe e repita 3-5 vezes. Tente fazê-lo 2 a 3 vezes por dia.



Segundo - Rolar os joelhos

Ponha os braços ao longo do corpo e apoiados na cama. Mantenha os joelhos e os tornozelos juntos e deixe suavemente os joelhos começarem a cair para um lado. Vá apenas até onde se sentir confortável, depois aperte cuidadosamente os músculos da barriga e role os joelhos para o outro lado. Tente manter os ombros para baixo e a cabeça relaxada, olhando para cima. O objetivo é realizar 5 rotações com os joelhos. Tente fazê-lo 2 a 3 vezes por dia.



Terceiro: Inclinação da bacia

Balance suavemente a sua bacia para cima e achate as costas contra a cama. Deve sentir os músculos da barriga e do fundo a contraírem-se um pouco. Balance de volta à posição inicial e repita. Inicialmente, apenas faça apenas 5 repetições e sem pressas. À medida que avança, permita que as suas costas arqueiem um pouco mais e contraia a barriga com mais força enquanto empurra as costas contra o chão. Depois de tanto treino, podemos conseguir vir a fazer a ponte! Tente fazê-lo 2 a 3 vezes por dia.



Quarto: Sentar na cama!

De barriga para cima e com os braços ao longo do corpo, dobre a perna esquerda. Vire o corpo para o lado direito. Estando de lado, o braço esquerdo vai fazer força na cama e o braço direito força com o cotovelo. Empurre a cama de forma a ficar sentada na beira da cama e com os pés para fora da cama.



Quinto: Respirar, preparar e... Levantar da cama!

5.1. Sentada na cama vai novamente respirar! Inspira pelo nariz e deita o ar pela boca (sem pressas, como se estivesse a cheirar a flor e a apagar a vela). Repita 5 vezes.

5.2. Sentar vai levantar os braços enquanto inspira e baixar os braços enquanto expira. Repita 5 vezes.

5.3. Sentada levanta alternadamente os joelhos o máximo que conseguir. Apoie as mãos na cama enquanto o faz. Repita 5 vezes.

5.4. Vamos levantar. Afaste os pés e confirme que os tem bem assentes no chão e com os chinelos bem calçados. Confirme também se o andarilho está bem apoiado à sua frente. Vamos levantar, manter a coluna e costas direitas enquanto conta até 5 e sentar novamente. Repita 5 vezes.



Sexto - Exercício abdominal (em pé)

De pé e com as costas apoiadas na parede e os pés encostados, contrair os músculos da barriga e manter as costas em contacto com a parede. Manter por 3 segundos e relaxar. Repita 5 vezes. Tente fazê-lo 2 a 3 vezes por dia.



Plano em Imagens

Primeiro – Respiração e contração abdominal



Segundo -Rolar os joelhos



Terceiro: Inclinação da bacia



Quarto: Sentar na cama!



Quinto: Respirar, preparar e... Levantar da cama!



Sexto - Exercício abdominal(em pé)



Registo diário dos exercícios

Dia	Grau de dificuldade	1º Respiração e contração abdominal 	2º Rolar os joelhos 	3º Inclinação da bacia 	4º Sentar na cama! 	5º Respirar, preparar e... Levantar da Cama! 	6º Exercício abdominal em pé 
1							
2							
3							
4							
5							
8							
7							

Referências

[CPOC_ExerciseDiary_210x297_9589_mkj](#)

[CPOC_ExerciseCore4_297x210_9589_mkj](#)

[CPOC_ExerciseCore4_297x210_9589_mkj](#)

Imagem: [Cuidados com sua coluna](#)

e: <https://doi.org/10.1080/09638268.2020.1771620> imagens rosa

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2º Ano - 1º Semestre

ESTUDO DE CASO II

Trabalho submetido por: Ana Azevedo

Almada,

Dezembro de 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio

ESTUDO DE CASO II

Trabalho submetido por: Ana Azevedo, nº 118884

Trabalho orientado por: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada,

Dezembro 2025

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	ESTUDO DE CASO.....	5
2.1.	IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA E MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO	5
2.2.	ANTECEDENTES PESSOAIS DE SAÚDE.....	5
2.3.	HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL	5
2.4.	AMBIENTE E SITUAÇÃO FAMILIAR	6
3.	AVALIAÇÃO OBJETIVA E SUBJETIVA.....	9
3.1.	APRECIAÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL.....	9
3.2.	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	10
3.3.	AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL.....	11
3.4.	AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE, COORDENAÇÃO E SENSIBILIDADE.....	12
3.4.1.	Avaliação da força muscular	12
3.4.2.	Avaliação da tolerância à atividade	13
3.4.3.	Avaliação da coordenação motora	14
3.5.	AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E RISCO DE QUEDA.....	15
3.6.	AVALIAÇÃO DA MARCHA	17
3.7.	AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	17
4.	APRECIAÇÃO DA PESSOA DE ACORDO COM CALLISTA ROY	18
4.1.	CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E ESTÍMULOS (FOCAIS, CONTEXTUAIS E RESIDUAIS) 19	
5.	PLANO DE CUIDADOS	21
6.	CONCLUSÃO	35
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
8.	APÊNDICES DO ESTUDO DE CASO II	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividade de vida diária

CRM - ciclos respiratórios por minuto

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de Massa Corporal

MAFC – Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

MIF - Escala de Medida de Independência Funcional

MRC – Escala de *Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale*

PNV – Plano nacional de vacinação

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SIC - *sic erat scriptum*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TAC-CE – Tomografia computadorizada crânio-encefálica

UC – Unidade Curricular

UCIC - Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

UPP – Úlcera por Pressão

VMER - Viatura de Emergência Médica

1. INTRODUÇÃO

No decurso da unidade curricular de estágio, objetivou-se a integração em contexto clínico da concretização de planos de cuidados referentes a pessoas e famílias com necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ER), com o intuito de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Neste sentido, foi elaborado um estudo de caso no decorrer do ensino clínico em contexto de internamento hospitalar, entre 02/09/2025 e 26/10/2025, integrado no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Este estudo de caso, ilustra os cuidados de ER prestados a uma pessoa sujeita a traumatismo torácico decorrente de acidente de viação. Segue as etapas do Processo de Enfermagem cujo plano de cuidados elaborado se cinge à identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, com resultados esperados, intervenções e avaliação das mesmas.

Acompanha a apreciação da Pessoa tendo por base a Teoria da Adaptação de Callista Roy, com referência aos modos de adaptação identificados e metas de enfermagem alcançadas.

Este documento está estruturado em seis secções, a saber: Introdução, exposição do estudo de caso em análise, avaliação subjetiva e objetiva com recurso a instrumentos de avaliação detalhados, apreciação do estudo de caso de acordo com a teoria de Callista Roy, elaboração do plano de cuidados e, por fim, conclusão.

A redação do presente trabalho respeita o Acordo Ortográfico da língua portuguesa e as normas de referência da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição.

2. ESTUDO DE CASO

2.1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA E MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

O Sr. L.V. (iniciais de nome fictício), com preferência que o tratem pelo primeiro nome próprio, tem 21 anos, é do sexo masculino e residente no concelho de Setúbal. De origem africana, natural de Cabo Verde.

É solteiro e vive em Portugal há cerca de 18 meses, onde coabita com a tia.

Tem o 12º ano de escolaridade e é pintor da construção civil.

Considera-se católico não praticante, referindo que a religião não o condiciona perante qualquer cuidado de saúde.

O seu sistema de saúde é o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Dá entrada a 12 de outubro cerca das 12:00 no serviço de urgência (SU) da Unidade Local de Saúde **, trazido pela Viatura de Emergência Médica (VMER) por acidente de viação de alta cinética com capotamento e deformação do veículo, que resultou em traumatismo crânio-encefálico e traumatismo torácico fechado à esquerda.

2.2. ANTECEDENTES PESSOAIS DE SAÚDE

Refere ser saudável, não ter qualquer antecedente pessoal de saúde ou ter sido sujeito a qualquer procedimento cirúrgico.

Desconhece qualquer alergia alimentar ou medicamentosa

Nega ser fumador. Refere hábitos étlicos socialmente e em dias de “folga”.

Por não saber especificar e não haver registo do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV), foi-lhe administrada vacina antitetânica ainda no SU.

Não cumpre, diariamente, qualquer tipo de terapêutica.

2.3. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

A 12/10, no local do acidente, é relatada uma avaliação de Glasgow de 15. Durante o transporte com alteração do estado de consciência para Glasgow de 13. Com colar cervical, aporte de oxigénio a 8l/min, queixas de dorsalgia e no hemitórax à esquerda.

Observado pelas especialidades de cirurgia geral, ortopedia e articulação com neurocirurgia.

Após exames de diagnóstico (análises, Raio-X tórax; TAC-CE (crânio-encefálico, toracoabdominopélvico e coluna e, Angio-TAC toracoabdominal), é descrito:

- Ferida no couro cabeludo frontoparietal esquerdo (3 cm) e frontal (5mm), com necessidade de sutura sob anestesia local;
- Rabdomiólise;
- Trauma torácico fechado à esquerda (pneumotórax à esquerda, focos de contusão alveolar no ápex pulmonar homolateral, sem evidência de hematoma muscular/peritoneais e sem evidência de fraturas ósseas);
- Sem alterações ao nível da coluna cervical, dorsal e sacrococcígea;
- Hematoma epicraniano parietal esquerdo, sem evidência de hidrocefalia ou efeito de massa.

É dada indicação da especialidade de ortopedia para remoção de colar cervical.

A 13/10 repete TAC CE (cujo relatório descreve: não se observarem imagens suspeitas de lesões hemorrágicas agudas ou crônicas, sem alterações morfológicas e com dimensões estruturais normais) e Raio-X tórax postero-anterior (que mantém discreta lâmina de pneumotórax esquerdo e sem desvio do mediastino).

À apreciação torácica é descrito que se verifica uma discreta crepitação à palpação da região subclávia esquerda. À auscultação com murmúrio vesicular bilateral mantido.

É neste mesmo dia internado em UCIC (Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos) para vigilância de complicações de traumatismo torácico fechado à esquerda, rabdomiólise e controlo algico.

A 14/10, hemodinamicamente estável, sem alterações da função renal, nega toracalgia ou dor abdominal e tem indicação médica para: incentivo ao levantar e deambulação, espirometria de incentivo, Medicina Física e de Reabilitação e manutenção dos restantes cuidados.

2.4. AMBIENTE E SITUAÇÃO FAMILIAR

Par a análise do contexto e situação familiar, foi escolhido o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (MAFC), visto que ao adotar uma abordagem sistémica e multidimensional – que contempla as dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional –, permite ao Enfermeiro compreender a Pessoa/família no seu ambiente e reconhecer as suas necessidades e possíveis especificidades necessárias ao cuidado de Enfermagem (Henriques & Santos, 2019).

Tendo em conta a avaliação da dimensão estrutural (subdividida nas categorias interna, externa e contexto), é possível inferir que: ao nível da estrutura interna o agregado familiar é

constituído por duas pessoas, o Jovem L.V. (21 anos, género masculino, heterossexual e solteiro) e pela sua tia (63 anos, género feminino, heterossexual e viúva).

Quanto ao tipo de família e atendendo às características dos membros que a compõem, trata-se de uma família alargada por, segundo Caniço (2010), se constituir por membros de diferentes núcleos familiares.

Apesar de acordo com o modelo MAFC o subsistema a considerar ser o intergeracional/alargado (entre membros de diferentes gerações ou ramos da família), na prática e pelo descrito pelo L.V., trata-se de um subsistema que integra papéis afetivos, educativos e de suporte, onde a tia é figura de referência/cuidadora principal. Não se verificam, por isso, subsistemas conjugais ou parentais na forma tradicional.

Como forma de representar a estrutura externa familiar, elabora-se graficamente o genograma familiar (Genograma – imagem1).

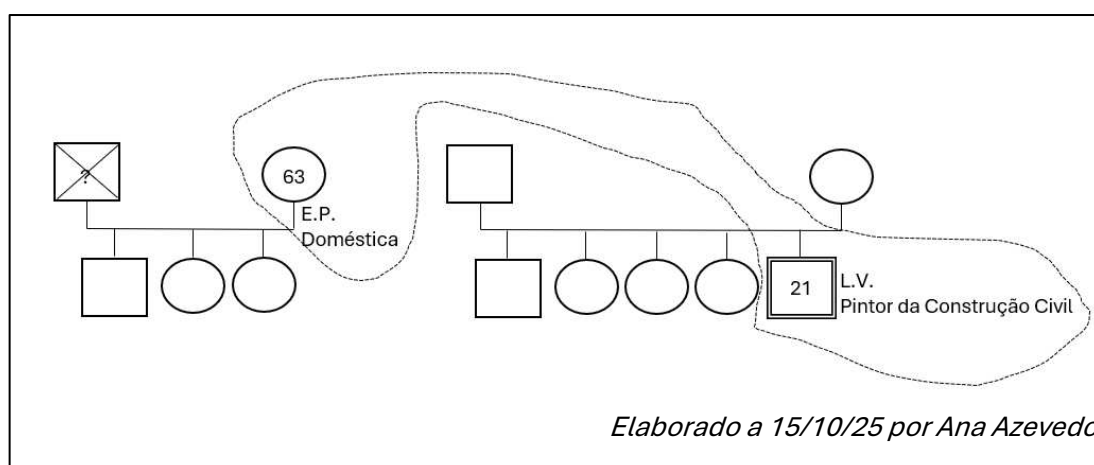


Imagem 1. Genograma Familiar

Legenda			Homem		Aborto Espontâneo		Separação
			Mulher		Aborto Induzido		Divórcio
			Gravidez		Casamento		Conflito
	Desavença		Estreito		Adoção para Fora		Óbito
	Distante		Próximo		Gêmeos		Pessoa Índice
	Dominante		Adoção para Dentro		Gêmeos Idênticos		Moram Juntos

Pelo facto de se tratar de uma família que interage com o exterior, é possível referir que os limites da mesma são permeáveis (Wright & Leahey, 2011).

O jovem L.V. refere que apesar de não ter privado anteriormente muito com a sua tia B.P., pela distância física, foi uma das impulsionadoras da sua família a incentivá-lo a procurar uma vida melhor assim que terminou o ensino secundário. Razão esta, pela qual reside em Portugal e na sua casa há cerca de 18 meses.

A tia encontra-se viúva e todos os seus filhos, adultos, já se encontram a viver com as respetivas famílias. Apesar disto, diariamente dá apoio aos netos e semanalmente tem encontros familiares

(habitualmente ao fim de semana, segundo L.V.). Desempenha a profissão de doméstica e faz, esporadicamente, trabalho de limpezas.

L.V., refere que por intermédio dos primos, o trabalho enquanto pintor foi o que conseguiu encontrar quando veio para Portugal. Refere ter saudades da família nuclear e da comida da mãe, mas que fala frequentemente com a família através de videochamada/chamada. Tem como objetivo futuro trocar de trabalho, diz que para um melhor e menos pesado. Acredita que com o realizar deste objetivo tenha maior possibilidade de ajudar monetariamente a sua família nuclear, que reside em Cabo Verde. Sente-se integrado no trabalho, refere ter boas relações com os colegas. Refere ainda ter amigos no bairro onde vive, alguns até conhecidos da sua terra natal.

Apona como melhor amigo, J.P.. Diz que é com este que costuma sair nas folgas, ao fim de semana e que era com este amigo que ia no carro quando ocorreu o acidente a 12/10.

Acrescenta que em termos de dinâmica familiar, é a tia que gere a casa, cozinha e “faz tudo como uma mãe” (sic). Refere que apenas tem como responsabilidade arrumar o quarto, chegar a horas, ser cumpridor e fazer os recados que a tia pede (identifica como os mais frequentes: ir às compras, limpar o chão, ajudar a tomar conta dos filhos dos primos).

No que refere a assuntos burocráticos, nomeadamente relacionados com finanças, gestão da conta bancária, renovação de visto de residência, procura de trabalho; diz ter o apoio dos primos direitos.

Os primos direitos e respetivas famílias assim como a sua família nuclear (que apesar da distância, se mantém presente), constituem a estrutura externa da sua família.

Dos sistemas mais amplos (instituições sociais ou comunitárias onde a família/L.V. recorre podendo constituir-se como recursos, identificam-se: o centro de saúde e o hospital.

No que refere ao contexto, trata-se de uma família de origem caboverdiana, de religião cristã. Segundo L.V. reza mas não costuma ir à missa, ao contrário da sua tia que refere ser assídua, semanalmente.

Por decisão familiar conjunta, veio para Portugal à procura de oportunidades de trabalho que não existem em Cabo Verde. Há 18 meses que vive em casa da tia B.P. num apartamento de tipologia T2 em regime de habitação pública municipal, sem elevador, em área urbana e com condições de salubridade adequadas, no centro da cidade (informação transmitida pelo mesmo).

Apesar de saber identificar onde é o centro de saúde mais próximo da casa onde reside por já ter acompanhado a sua tia, diz nunca ter recorrido a qualquer serviço de saúde português.

Menciona ter acesso a transportes públicos, que utiliza no período de lazer ou para fazer os recados solicitados pela tia B.P.

Para o trabalho, expõe que a entidade patronal disponibiliza transporte próprio que o leva/vem trazer a casa.

3. AVALIAÇÃO OBJETIVA E SUBJETIVA

Os dados obtidos resultaram da análise do processo clínico, observação direta e informação transmitida pelo jovem L.V. em entrevista e avaliação comportamental no decorrer do processo de enfermagem.

O processo de seleção de instrumentos de avaliação baseou-se no documento “Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação” (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e na discussão/debate com o orientador de estágio. Tal permitiu a descrição o mais detalhada possível da condição de saúde de J.V. e de forma, identificar as alterações nos modos de adaptação à sua situação saúde/doença, resultando num plano de cuidados e intervenções suportadas na Teoria de Callista Roy, que serão explanadas nos pontos seguintes do presente estudo de caso.

3.1. APRECIÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL

A apreciação física e comportamental iniciou-se a 14/10/25 na UCIC.

Encontrava-se sonolento, ainda que despertável, manifestava cansaço físico. Sob analgesia de esquema e com dor controlável (ainda a manifestar dor, essencialmente ao nível da grelha costal esquerda). Referia saber onde estava e relatar o ocorrido.

Ainda que tímido e pouco comunicativo, após apresentação da equipa de enfermagem de cuidados de Enfermagem de Reabilitação e o propósito da sua intervenção face ao motivo de internamento de J.V., mostrou-se cooperante, interessado e envolvido na sua recuperação.

Observação geral

Idade cronológica não concordante com a aparente, com aparência mais jovem.

Manutenção da acuidade visual. Pupilas isocóricas e isoreativas.

Postura debilitada, devido à dor que agrava com a mobilização, tendo tendência para a adoção de posturas defesa por receio de agravamento da dor.

Discurso coerente e perceptível.

À primeira avaliação em repouso no leito, ainda.

Não se verificam tremores ou alterações osteoarticulares, défices motores ou sensitivos

Continente de esfíncteres.

Higiene e vestuário

Previamente independente na realização das atividades de vida diária.

Com roupa hospitalar (bata), com alguns resíduos ao nível do cabelo (decorrentes do acidente).

Mantém meias tromboproláticas com pressão pneumática intermitente.

Pele e tegumentos

Apresenta pele e mucosas coradas, hidratadas e sem edemas periféricos. Identifica-se baixo risco de desenvolver Úlceras por Pressão (UPP) (Apêndice 1 – Escala de Braden ([DGS], 2011 - Apêndice 1).

Aparenta um estado nutricional adequado. Atualmente 1,68 cm e 59kg e, por conseguinte, com um IMC (índice de massa corporal) de 20,9kg/m², que corresponde a uma designação normal.

Sem hematomas, petéquias ou manchas na pele.

Com duas suturas ao nível da região frontoparietal esquerda (junto ao couro cabeludo e região frontal), com pontos, expostas, boa evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios.

Pele raramente húmida, sem alteração da temperatura ou turgor.

Parâmetros vitais

Normotenso, normocárdico e apirético (131/73mmhg, 76bpm, 36,6°C). Em ar ambiente sem SDR, tosse ou expetoração (saturações periféricas de 99%, 16ciclos respiratórios por minuto).

No que respeita à dor referiu, cerca das 10:00 de 14/10/25 e, tendo por base a escala numérica da dor: dor 2, tipo moimha e latente, sobretudo ao nível do tórax anterior, grelha costal esquerda e tórax posterior esquerdo. Refere que as queixas álgicas cedem à analgesia instituída, que agrava à mobilização e inspiração/expiração profunda. Nega dor dorsolombar ou outras queixas.

3.2. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Para a avaliação da função respiratória do utente a 14/10, recorreu-se: à inspeção, palpação, auscultação, avaliação da tosse e da dispneia.

Ao nível da inspeção, apresenta-se eupneico com oxigénio a 1l/min por óculos nasais sem sinais de dificuldade respiratória, tosse ou expetoração e saturações periféricas de 99%. Com respiração regular, mista, superficial e simétrica. 17 crm (ciclos respiratórios por minuto).

À palpação, verifica-se que tanto o hemitórax esquerdo como direito não demonstram alterações, não se sente crepitação à palpação da região subclávia esquerda (como descrito em diário médico aquando observação em SU), assim como não se verificam alterações à percussão (som claro

pulmonar). Contudo, de salientar que à palpação, o jovem refere sentir-se dorido ao nível do tórax anterior, sobretudo à esquerda e grelha costal esquerda.

À auscultação é audível um ritmo cardíaco regular. Em termos pulmonares mantém murmúrio vesicular presente bilateral, sem sons adventícios.

Com defesa à tosse, com potencial para melhorar este mecanismo. Contudo não se verificam secreções.

No que refere à avaliação da dispneia, esta não se constata (Escala de Dispneia de Borg Modificada, 1982).

3.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Na avaliação do estado mental, o jovem L.V., mostrou-se consciente e orientado em todas as vertentes e tendo como método de avaliação objetiva a escala de Glasgow (Teasdale & Jenne, 1974) (pontuação de 15 na Escala de Glasgow, Apêndice 2).

Contudo, há a referir que a 15/10, se verifica menor envolvimento nos cuidados, manutenção do quadro algico e sonolência durante a interação e intervenção de Enfermagem de Reabilitação (ainda que despertável, o jovem adormecia na interação e sentado em cadeirão). É transmitido à equipa de cuidados gerais e articulado com equipa médica a preocupação entre o possível agravamento do quadro clínico, necessidade de ajuste terapêutico ou suspeita de efeitos extrapiramidais de terapêutica instituída. Após observação médica realizou TAC-CE (que se verificou sem alterações), foi suspensa terapêutica (tramadol + metoclopramida). No dia seguinte, a 16/10, não se constata sonolência verificada no dia da avaliação, há um controlo algico com melhor benefício para J.V. e, conseguinte, melhor envolvimento nos cuidados.

À medida que foi ganhando confiança e estabelecendo vínculo terapêutico, mostrou-se menos tímido à abordagem e envolvido na interação. Foi também desmitificado o receio de incomodar por solicitar apoio ou referir ter dor, explicando que a gestão da dor permite que se envolva na sua recuperação e cuidados.

Humor eutímico, ainda que referisse preocupação com a sua condição de saúde e consequente regresso ao trabalho para manutenção do seu visto em Portugal.

Comunicativo, com discurso calmo, coerente e perceptível ainda que composto por frases simples.

Linguagem verbal concordante com a não-verbal. Durante a interação cooperante e com manutenção do contacto visual.

No que refere às aptidões cognitivas (orientação, atenção, memória, linguagem e capacidades práticas), o jovem L.V. mostrou-se: sempre orientado em todas as vertentes; no que refere à atenção esta esteve mais afetada a 15/10 pelo motivo referido acima e a sua manutenção prejudicada pelo controlo algico e não por se verificarem défices/dificuldades nesta aptidão cognitiva; apresenta memória remota e recente ao explicar alguns antecedentes pessoais e familiares, preferências e hábitos, o motivo pelo qual se encontra no hospital, recordar o número do quarto, nomes dos profissionais de saúde ou instruções acerca do funcionamento da unidade e cuidados.

3.4. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE, COORDENAÇÃO E SENSIBILIDADE

3.4.1. Avaliação da força muscular

A força muscular foi avaliada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, do distal para o proximal e bilateralmente tendo como recurso a Escala de *Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale* ([MRC], 1976).

Contudo, pela tabela que se segue verifica-se que a 14/10 e 15/10 não é possível proceder a uma avaliação da força em alguns segmentos (nomeadamente, escapulo-umeral) por potenciar as queixas algicas/desconforto e até, a 15/10 por L.V. se mostrar mais sonolento e menos cooperante.

Escala MRC											
Segmentos	Movimentos	Avaliação									
		Data 14/10		Data 15/10		Data 16/10		Data 20/10		Data 21/10	
		ESQ	DTO	ESQ	DTO	ESQ	DTO	ESQ	DTO	ESQ	DTO
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Flexão lateral esquerda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Flexão lateral direita	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Rotação	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Escapulo-umeral	Flexão	NA	5	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Extensão	NA	5	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Adução	NA	5	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Abdução	NA	5	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Rotação interna	NA	5	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Rotação externa	NA	5	NA	NA	5	5	5	5	5	5
Cotovelo	Flexão	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
	Extensão	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Supinação	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Punho	Flexão palmar	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Dorsi-flexão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Desvio radial	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Desvio cubital	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Circundação	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Circundação	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Oponência do polegar	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Coxofemural	Flexão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Adução	NA	NA	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Abdução	NA	NA	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Rotação interna	NA	NA	NA	NA	5	5	5	5	5	5
	Rotação externa	NA	NA	NA	NA	5	5	5	5	5	5
Joelho	Flexão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Tibiotársica	Flexão plantar	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Flexão dorsal	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Inversão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Eversão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

3.4.2. Avaliação da tolerância à atividade

No dia 14/10/25 o jovem L.V. fez o primeiro levante para cadeirão, tendo tolerado apenas cerca de 1h30 a posição de sentado em cadeirão.

No dia 15/10/25 após cuidados de higiene, verifica-se manutenção do cansaço ainda que a pequenos esforços e pouca tolerância à posição de sentado. À deambulação, verifica-se que necessita de apoio de terceiros e se agarra ao mobiliário do quarto/paredes e alcança esta atividade por curtas distâncias, cama- wc (distância com obstáculos e até 2 metros).

Assim, objetiva-se uma pontuação de 5 na Escala de Borg Modificada (Borg, 1982).

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

3.4.3. Avaliação da coordenação motora

Como forma de avaliar a coordenação motora foi aplicada a prova índice-nariz e prova Calcanhar Joelho (Menoita, 2014).

Tanto, numa como outra, verifica-se uma coordenação motora normal, com precisão e sem dismetria ou tremor. Contudo, devido ao quadro algico e receio de o agravar, constata-se alguma lentificação à esquerda.

Esta lentificação não se altera quer na realização da prova de olhos fechados, quer com os mesmos abertos.

3.4.4. Avaliação da Sensibilidade

No dia 15/10/2025, à exceção do sentido esteriognóstico, foi avaliada a sensibilidade corporal do jovem J.V. (Menoita, 2014) ao nível da face, tronco, membros superiores e inferiores e ao nível superficial e profundo.

Sensibilidade		Face		Tronco		Membros superiores		Membros inferiores	
		ESQ	DTA	ESQ	DTA	ESQ	DTA	ESQ	DTA
Superficial	Tátil	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Térmica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Dolorosa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Profunda		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

3.5. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E RISCO DE QUEDA

De forma a avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico foi aplicada a escala de Equilíbrio de Berg – EEB (Berg et al., 1992)

A manutenção do equilíbrio estático e dinâmico, tanto na posição de sentado, como na posição ortostática, é prejudicada pelas queixas algicas e medo de as agravar no dia 14 e 15/10, com uma melhoria significativa nas restantes avaliações, como se pode ver na tabela:

Escala de Equilíbrio de Berg					
Itens	14/10/25	15/10/25	16/10/25	20/10/25	21/10/25
15) Posição sentado para a posição de pé	1	1	4	4	4
16) Permanecer em pé sem apoio	2	3	4	4	4
17) Permanecer sentado sem apoio nas costas mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4	4	4	4	4
18) Posição de pé para posição sentado	3	3	4	4	4
19) Transferências	2	2	3	4	4
20) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	3	3	4	4	4
21) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	3	3	4	4	4
22) Alcançar a frente com o braço entendido permanecendo em pé	3	3	4	4	4
23) Apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	0	0	4	4	4
24) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	3	3	4	4	4
25) Girar 360 graus	2	2	4	4	4
26) Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho	3	3	4	4	4

enquanto permanece em pé sem apoio					
27) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	3	3	4	4	4
28) Permanecer em pé sobre uma perna	3	3	4	4	4
Pontuação /interpretação: [21 – 40]: risco de queda médio/ equilíbrio médio	35/56	36/56	55/56	56/56	56/56

Considerou-se pertinente, avaliar o risco de queda através da escala de morse ([DGS], 2019). No início da avaliação, apresenta uma postura debilitada, com alteração do centro de gravidade e deambula com apoio de terceiros/apoiado no mobiliário. De acordo com a avaliação desta escala, apresenta a 15/10 um elevado risco de queda.

Escala de Morse					
Item	14/10	15/10	16/10	20/10	21/10
7. História de quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses					
Não	0	0	0	0	0
Sim	25	25	25	25	25
8. Diagnóstico secundário					
Não	0	0	0	0	0
Sim	15	15	15	15	15
9. Ajuda para caminhar					
Nenhuma/ajuda de	0	0	0	0	0
enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	15	15	15	15	15
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	30	30	30	30	30
Apoia-se no mobiliário para andar					
10. Terapêutica intravenosa					
Não	0	0	0	0	0
Sim	20	20	20	20	20
11. Postura no andar e na transferência					
Normal/acamado/imóvel	0	0	0	0	0
Debilitado	10	10	10	10	10
Dependente de ajuda	20	20	20	20	20
12. Estado Mental					
Consciente das suas capacidades	0	0	0	0	0
Esquece-se das suas limitações	15	15	15	15	15
Pontuação	45	60	45	45	35
	Baixo risco de queda	Alto risco de queda	Baixo risco de queda	Baixo risco de queda	Baixo risco de queda

3.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA

O jovem L.V. a 14 e 15/10 não demonstra capacidade para deambular por grandes distâncias pelo facto de agravar o seu quadro álgico (não superiores a 2m). Com necessidade de se apoiar no mobiliário/ terceiros, sobretudo na transição da posição de sentado para a ortostática.

Por estes motivos e presença de dispositivos médicos, a segurança na marcha é influenciada negativamente. Foram por isso adotadas medidas de prevenção de quedas e de facilitação a uma marcha segura, como: disponibilizado dispositivo de chamada e incentivada a sua utilização, pertences ou objetos que necessitasse junto de si, uso de sapatos fechados, ensino do sentar/levantar em segurança.

Apesar da postura debilitada, deambulação lenta e cautelosa, com uma alteração postural (antiálgica), mantém equilíbrio sentado (estático e dinâmico) e ortostático (estático e dinâmico), com força nos membros inferiores, sem alteração entre a fase de apoio e oscilante na realização da marcha ou necessidade de utilização de meio auxiliar de marcha. Como referido, pela alteração da postura, por dor ou medo de a agravar, há alteração do centro de gravidade devida à flexão anterior do tronco e tendência para a proteção do hemitórax esquerdo com o membro superior direito.

3.7. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Foi aplicada a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Keith et al., 1987), com o propósito de avaliar o grau de dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD) e pelas subescalas (Motora - Autocuidados, Controlo dos esfíncteres, Mobilidade/Transferência e Locomoção e, Cognitiva - Comunicação e Cognição social). Segundo a aplicação da mesma e em termos globais, o jovem L.V. apresenta a 14/10 uma dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa e alcança a independência completa a 21/10.

Escala de Medida de Independência Funcional – MIF					
Itens	14/10	15/10	16/10	20/10	21/10
7. Autocuidados					
7.1. Alimentação	6	7	7	7	7
7.2. Higiene pessoal	2	3	6	7	7
7.3. Banho	1	2	6	7	7
7.4. Vestir metade superior	1	1	4	6	7
7.5. Vestir metade inferior	1	1	4	6	7
7.6. Utilização da sanita	1	4	6	7	7
8. Controlo de Esfíncteres					
8.1. Vesical	7	7	7	7	7
8.2. Intestinal	7	7	7	7	7
9. Mobilidade/Transferência					

9.1. Leito, cadeira, cadeira de rodas	2	3	6	7	7
9.2. Sanitário	2	3	6	7	7
9.3. Banheira, duche	1	3	6	7	7
Locomoção					
9.4. Marcha, cadeira de rodas	1	1	6	7	7
9.5. Escadas	N/A	N/A	N/A	7	7
10. Comunicação					
10.1. Compreensão	7	7	7	7	7
10.2. Expressão	7	7	7	7	7
11. Consciência do mundo exterior					
11.1. Interação social	4	6	6	7	7
11.2. Resolução de problemas	3	6	6	7	7
11.3. Memória	7	7	7	7	7
TOTAL	60	74	104	124	126

N/A: Não avaliado

4. APRECIACÃO DA PESSOA DE ACORDO COM CALLISTA ROY

Ao longo do processo de Enfermagem junto de J.V., foi recolhida informação com o intuito de atender aos quatro modos de adaptação do Modelo de Adaptação de Roy: modo fisiológico, autoconceito, função/desempenho de papel e interdependência. Esta estratégia foi delineada com o intuito de futuramente, proceder à análise destes dados e identificar estímulos do ambiente que influenciam e determinam certos comportamentos ineficazes.

Tendo por base esta premissa, estabelecem-se diagnósticos de enfermagem, com objetivos e intervenções que dão resposta aos estímulos influenciadores (Coelho & Mendes, 2011).

Tendo por base a Teoria de Callista Roy, ao nos debruçarmos sobre o caso de J.V. e pelos instrumentos de avaliação aplicados, de forma objetiva e subjetiva, percebemos que avaliar e intervir na promoção da adaptação num caso de trauma torácico é crucial e deve ter em conta variáveis inerentes à Pessoa/Ambiente/Saúde e Enfermagem, sem descuidar a presença e interação dos quatro modos de adaptação.

Nos tópicos que se seguem, serão identificados não só os stressores/estímulos multidimensionais, como as respostas adaptativas aos mesmos, onde a enfermagem assume um papel facilitador no processo e na gestão de mecanismos de *coping* de J.V. (inatos ou adquiridos).

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E ESTÍMULOS (FOCAIS, CONTEXTUAIS E RESIDUAIS)

A eficácia das respostas aos estímulos designados por Callista Roy, permite definir comportamentos de adaptação (Öztepe, 2023). Estes, por sua vez, podem entender-se como adaptativos eficazes ou ineficazes (Diniz et al., 2022). Tal encontra-se representando na imagem 2, que se segue:

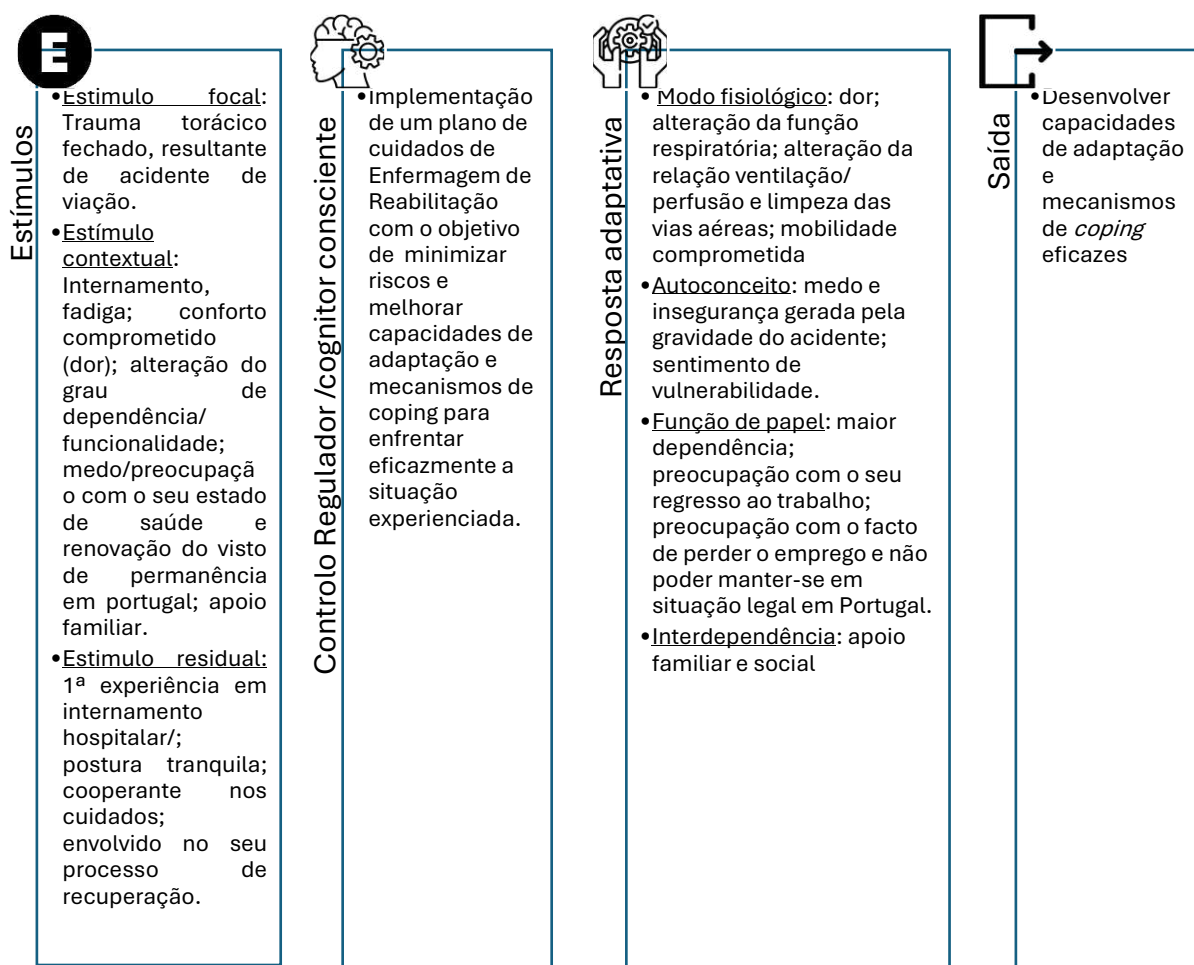
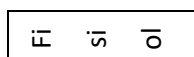


Imagem 2. Diagrama de intervenção de Enfermagem baseada no Modelo de Adaptação de Callista Roy (adaptado de Jiménez et. al., 2021, p.6).

Assim, a meta de enfermagem consiste em favorecer a adaptação do jovem J.V. nos quatro modos de adaptação definidos por Callista Roy, promovendo, deste modo, o seu bem-estar e equilíbrio enquanto Pessoa.

Segundo este modelo, a saúde é entendida como um estado de adaptação eficaz às diversas mudanças, traduzindo-se num processo contínuo de integração e de adaptação ao longo da vida (Wills, 2014).

Deste modo, o plano de cuidado de Enfermagem de Reabilitação deverá responder às necessidades específicas da Pessoa e de acordo com o modo de adaptação, pelo que se estabelecem os seguintes objetivos:



- Promover a ventilação eficaz e oxigenação adequada;

	○ Gerir a dor, desconforto; ○ Facilitar a expansão pulmonar e prevenir complicações respiratórias ou o seu agravamento (como por exemplo, o agravamento do pneumotórax ou atelectasias); ○ Manter e/ou recuperar a mobilidade torácica (seletiva e global); ○ Promover a mobilidade e deambulação com segurança (reeducação ao esforço); ○ Corrigir alterações posturais adotadas como defesa antiálgica; ○ Promover a autonomia nas AVD;
Autoconceito / Identidade Pessoal	○ Promover uma adaptação emocional positiva face a uma primeira experiência de doença com consequente internamento hospitalar; ○ Promover a aceitação do estado de saúde e limitações temporárias;
Papel	○ Incentivar o autocuidado e a participação ativa no processo de recuperação (do internamento à alta); ○ Facilitar a retoma gradual dos papéis familiares, sociais e profissional;
Interdependência	○ Promover a interação e suporte social; ○ Promover a educação para a saúde (exercícios respiratórios, gestão da dor e prevenção de complicações). ○ Informar onde e como recorrer em caso de agravamento do estado de saúde.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem: Ventilação comprometida relacionado com pneumotórax à esquerda e trauma torácico, manifestado por dor			
META DE ENFERMAGEM (CALLISTA ROY): Promover a adaptação no modo fisiológico, de forma a assegurar que J.V. tenha uma ventilação eficaz, demonstrada por uma expansão pulmonar adequada, padrão respiratório regular, resolução do quadro álgico e pneumotórax.			
Modo de Adaptação	Resultado Esperado/objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Fisiológico	- Gerir a dor para o menor impacto funcional possível; - Aumentar a amplitude respiratória e expansão pulmonar; - Promover a consciencialização e coordenação respiratória - Promover a mobilidade torácica e abdominal; - Reduzir/minimizar complicações respiratórias;	- Avaliar a dor (através da escala numérica, 0 a 10); - Avaliar a capacidade para otimizar a ventilação; - Avaliar o conhecimento sobre ventilação; - Avaliar a limpeza das vias aéreas; - Vigiar a respiração; - Vigiar saturações periféricas de oxigénio; - Ensinar sobre situação de saúde/doença e plano terapêutico; - Ensinar sobre dispositivos respiratórios; - Ensinar sobre exercícios respiratórios;	14/10 <u>Análise do Raio-X de 12/10 às 14:14 presente no sistema documental:</u> - Incidência postero-anterior, centrada e com grau de intensidade normal, bem-inspirada; - Não apresenta alterações das estruturas ósseas ou partes moles; - Visualiza-se a crossa da aorta, diâmetro normal do mediastino e sem desvio do mesmo - Verifica-se discreta lâmina de pneumotórax esquerdo, sem apagamento dos seios costofrénicos. Relativamente ao TAC relatado em processo clínico do utente: <i>“Ligeiro pneumotórax à esquerda que se dispõe em topografia anterior e superior e paramediastínica anterior. Coexiste com pneumomediastino posterior para esofágico/para-aórtico. Sem hemotórax bilateral, nem pneumotórax à direita. Sem fraturas osseas, nomeadamente: clavículas, omoplatas, esterno,</i>

	- Melhorar a ventilação e fluxos expiratórios; - Corrigir a postura antiálgica adquirida; - Reeducar ao esforço.	- Ensinar sobre doença; - Ensinar sobre ventilação; - Executar técnica costal seletiva e global; - Executar técnica de reeducação diafragmática; - Executar cinesioterapia respiratória; - Instruir a técnica de tossir; - Instruir a técnica respiratória; - Instruir sobre dispositivos respiratórios (espirómetro de incentivo volumétrico); - Instruir sobre exercícios respiratórios; - Treinar a otimização da ventilação através da técnica respiratória, dispositivos, dissociação de tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática.	<i>arcos costais, bacia e fémures proximais. Sem lesões traumáticas hepáticas, pancreáticas, esplénicas ou renais”.</i> Está em UCIC. Apresentada equipa e propósito da intervenção de EER. Mostra-se cooperante. Refere dor 1 na escala numérica de 0 a 10. Apresenta-se eupneico em ar ambiente sem sinais de dificuldade respiratória, tosse ou expetoração. Com saturações periféricas de oxigénio a 99% e com aporte de oxigénio a 1l/min, com respiração regular, mista, superficial e simétrica. 17 crm. Verifica-se que tanto o hemitórax esquerdo como direito não se demonstram alterações, não se sente crepitação à palpação da região subclávia esquerda (como descrito em diário médico aquando observação em SU), assim como não se verificam alterações à percussão (som claro pulmonar). Contudo, de salientar que à palpação, o jovem refere sentir-se dorido ao nível do tórax anterior, sobretudo à esquerda e grelha costal esquerda. À auscultação é audível um ritmo cardíaco regular. Em termos pulmonares mantém murmúrio vesicular presente bilateral, sem sons adventícios. Com defesa à tosse, com potencial para melhorar este mecanismo. Contudo não se verificam secreções. Sem dispneia.
--	--	---	---

			Inicia-se a Reabilitação funcional respiratória (RFR) em repouso no leito: com dissociação dos dois tempos respiratórios, seguido da respiração diafragmática, com ênfase nas inspirações profundas. Foi apresentado o espirómetro, alcançou a sua realização por 10 repetições repartidas em duas fases (5 + 5) e com volumes de 1000 (esperados volumes entre 2750/2800 de acordo com altura e idade descritas nas instruções de utilização do espirómetro volumétrico, contudo, com a ressalva que desconhecíamos a capacidade inspiratória/expiratória de J.V. antes do trauma. Acrescentar ainda que o jovem J.V. se defende à inspiração e expiração profunda por dor. Demonstrada a técnica de espirometria e aconselhado a executá-la sem desconforto, ou seja, proceder à inspiração/expiração até volumes confortáveis e onde não tivesse dor). Instruído acerca da técnica de tossir e nas mobilizações/levante, com contenção do tórax para minimizar dor. Executada técnica costal global com bastão, de forma assistida e com tolerância (10 repetições repartidas em duas fases: 5 + 5). Executada técnica costal seletiva direita e com tolerância, de forma assistida e com tolerância (10 repetições repartidas em duas fases: 5 + 5). Com indicação médica para suspender oxigenioterapia.
--	--	--	--

			No final da intervenção não se verifica agravamento da dor, com manutenção de saturações periféricas de oxigénio de 99-100% e mantém característica da auscultação aferidas antes da intervenção. 15/10 Já em quarto de enfermaria. Em passagem ocorrências de turno referido que terá feito analgesia em SOS no período noturno cerca das 7:00. Refere não ter dado continuidade aos exercícios de 14/10, nomeadamente: dissociação dos dois tempos respiratórios, respiração diafragmática, uso de espirómetro. Refere que durante o período noturno a dor chegou a 5/6 numa escala numérica de 0 a 10, não conseguia dormir mas não queria incomodar. Por esse motivo cumpriu analgesia, quando questionado pelo Enfermeiro de cuidados gerais na ida ao quarto, cerca das 07:00. À primeira abordagem em repouso no cadeirão e após realização de cuidados de higiene com apoio da equipa de enfermagem e técnicos auxiliares de saúde. Eupneico em ar ambiente sem sinais de dificuldade respiratória, tosse ou expetoração. Com saturações periféricas de oxigénio a 98% em ar ambiente, com respiração regular, mista, superficial e simétrica. 16 crm.
--	--	--	---

			Não se demonstram alterações comparando um hemitórax com outro à palpação e percussão (som claro pulmonar). À palpação, o jovem refere sentir-se dorido ao nível do tórax anterior à esquerda, com irradiação à grelha costal esquerda. À palpação mais queixoso que no dia anterior. À auscultação é audível um ritmo cardíaco regular. Em termos pulmonares mantém murmúrio vesicular presente bilateral, sem sons adventícios. Sem secreções. Sem dispneia. Normotenso, normocárdico e apirético. Refere sentir-se cansado e com dor. Tenta mostrar-se cooperante, mas no início da intervenção (dissociação dos tempos respiratórios), adormece. Adormece durante a interação. Pupilas isocóricas e isoreativas. Glasgow de 15. Realizada articulação com os demais membros da equipa de cuidados e salientada a preocupação entre o possível agravamento do quadro clínico, necessidade de ajuste terapêutico ou suspeita de efeitos extrapiramidais de terapêutica instituída. Mediante indicação médica, administrado cetorolac EV de imediato. Após observação médica realizou TAC-CE (que se verificou sem alterações), foi suspensa terapêutica (tramadol + metoclopramida). Foi interrompida a sessão neste dia, pelos motivos mencionados.
--	--	--	--

			16/10 Respiração e auscultação sem alterações. Sem sonolência e controlo algico com melhor benefício o que se transpõe para uma evidente melhoria na envolvimento nos cuidados. Treinada a otimização da ventilação através da técnica respiratória, dispositivos, dissociação de tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática. Reeducação diafragmática, com tolerância. Realiza sessão de Reeducação Costal global (com bastão, 10 repetições seguidas e a incorporar corretamente os tempos respiratórios) e seletiva com tolerância, mesmo após introdução de resistência à direita (banda elástica). Na espirometria de incentivo volumétrico executa 10 repetições e alcança volumes de 1750). Mobilizar tronco e cintura escapulo-umeral bilateral com menos receio. 20/10 Auscultação sem alterações. Respiração regular, mista, profunda e simétrica. 17cm. Refere dor 0 em repouso e ao toque sensação de dorido (sic).
--	--	--	--

			Treinada a otimização da ventilação através da técnica respiratória, dispositivos, dissociação de tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática. Reeducação diafragmática, com tolerância. Realiza sessão de Reeducação Costal global (com bastão, 10 repetições seguidas e a incorporar corretamente os tempos respiratórios) e seletiva com tolerância à resistência bilateral (banda elástica, 10 repetições para ambos os membros superiores e com manutenção da postura com recurso a espelho quadriculado). Refere utilizar o espirómetro de incentivo de forma independente 3 vezes dia, para além da da sessão de RFR. Na espirometria de incentivo volumétrico executa corretamente o dispositivo e alcança 10 repetições com volumes de 2500). Mobilizar tronco e cintura escapulo-umeral bilateral com menos receio. 21/10 Em TAC Tórax de reavaliação realizado a 20/10 e comparativamente ao estudo de dia 12/10, é relatado: <i>“Resolução quase total do pneumomediastino, resolução do pneumotórax à esquerda, franca redução dos focos de contusão referenciados na base esquerda, árvore traqueobrônquica permeável até à ramificação segmentar,</i>
--	--	--	---

			<i>no mediastino os grandes vasos com contornos regulares, sem derrame pleural, outros aspetos sobreponíveis a estudo prévio”.</i> Auscultação sem alterações. Respiração regular, mista, profunda e simétrica. 17cm. Refere dor 0 Treinada a otimização da ventilação através da técnica respiratória, dispositivos, dissociação de tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática. Reeducação diafragmática, com tolerância. Realiza sessão de Reeducação Costal global (com bastão, 10 repetições seguidas, na posição de pé e incorpora corretamente os tempos respiratórios) e seletiva bilateral com tolerância à resistência bilateral (banda elástica, 10 repetições para ambos os membros superiores e com manutenção da postura com recurso a espelho quadriculado). Refere utilizar o espirómetro de incentivo de forma independente 3 vezes dia, para além da da sessão de RFR. Na espirometria de incentivo volumétrico executa corretamente o dispositivo e alcança 10 repetições com volumes entre os 2500 e 3000). Mobiliza tronco e cintura escapulo-umeral bilateral sem receio. Reforçados exercícios a manter em domicílio e as suas vantagens. Reforçados sinais de alerta e forma de contacto com hospital.
--	--	--	---

			Referidas implicações para a prática profissional/esforços físicos. Tem alta clínica.
Diagnóstico de Enfermagem: Mobilidade física comprometida relacionada com o Pneumotórax e medo de agravamento da dor, manifestado por intolerância à atividade [pontuação de 5 na Escala de Borg Modificada] e uma dependência modificada [com necessidade de assistência até 50% da tarefa na escala de MIF]			
META DE ENFERMAGEM (CALLISTA ROY): Promover a adaptação de J.V. ao nível fisiológico e psicossocial, de forma a melhorar progressivamente a mobilidade e tolerância à atividade, através da gestão da dor e tranquilizando-o acerca de tal de forma a permitir que se envolva nos cuidados e recuperação clínica.			
Modo de Adaptação	Resultado Esperado/objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Fisiológico Autoconceito	- Melhorar tolerância à atividade; - Melhorar o grau de dependência nas AVD; -Prevenir complicações decorrentes da alteração da mobilidade; - Corrigir a postura antiálgica adquirida; - Reeducar ao esforço; - Prevenir quedas.	- Ensinar sobre complicações decorrentes da imobilidade dada a situação clínica de J.V; - Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico (sentado e na posição ortostática); - Avaliar o movimento e força muscular; - Avaliar o risco de queda através da escala de Morse; - Consciencializar e promover a adoção de medidas Preventivas de quedas junto de J.V. e equipa de cuidados, como:	14/10 Não é possível proceder a uma avaliação da força em alguns segmentos (nomeadamente, escapulo-umeral à esquerda) e tendo por base a Escala MRC, por potenciar as queixas álgicas/desconforto. Com coordenação motora normal, com precisão e sem dismetria ou tremor. Contudo, devido ao quadro álgico e receio de o agravar, constata-se alguma lentificação à esquerda. Risco de queda médio/ equilíbrio médio, pela aplicação da escala de Berg (35/56). Ainda na UCIC e após RFR, o jovem L.V. fez o primeiro levante e treino de transferência, tendo tolerado apenas cerca de 1h30 a posição de sentado em cadeirão. Objetiva-se uma pontuação de 5 na Escala de Borg Modificada (Borg, 1982).

		- Incentivar o uso do dispositivo de chamada; - Incentivar a que o dispositivo de chamada e bens que necessita se encontrem ao alcance de J.V.; - Pedir apoio/supervisão nos autocuidados/transferências; - Usar sapatos fechados. - Ensinar/instruir e treinar exercícios de fortalecimento muscular e mobilidade articular: . Incentivar à mobilização e exercícios isométricos dos membros inferiores, quando em repouso no leito/cadeira; . Incentivar à mobilização articular por segmentos corporais quando em repouso e de forma independente (<u>cabeça e pescoço</u>: flexão, extensão, flexão lateral esquerda e direita; <u>cotovelo</u>: flexão e extensão;	De acordo com a aplicação da MIF, em termos globais, o jovem L.V. apresenta uma dependência modificada, com necessidade de assistência até 50% da tarefa. Foi salientada a importância da mobilidade articular e muscular na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade. Realizada demonstração de como proceder e incentivado J.V. a realizar mobilizações dos segmentos corporais que tem menos receio (cabeça e pescoço, dedos das mãos e pés, joelho e tibiotársica) e como demonstrado/executado conjuntamente. Não alcança a incorporação do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, durante as AVD. Incentivado a fazê-lo. Alertado para medidas de prevenção de quedas. 15/10 No dia 15/10/25 após cuidados de higiene, verifica-se manutenção do cansaço ainda que a pequenos esforços e pouca tolerância à posição de sentado. À deambulação, verifica-se que necessita de apoio de terceiros e se agarra ao mobiliário do quarto/paredes e alcança esta atividade por curtas distâncias, cama- wc (distância com obstáculos e até 2 metros. Há alteração do centro de gravidade devida à flexão anterior do tronco e tendência para a proteção do hemitórax esquerdo com o membro superior direito.
--	--	---	---

		<u>Antebraço</u>: pronação e supinação; <u>Dedos das mãos e pés</u>: flexão e extensão; <u>Coxofemural</u>: flexão, extensão, adução e abdução, rotação interna e externa; <u>joelho</u>: flexão e extensão; tíbio-társica: dorsiflexão, inversão e eversão) . Ensinar/instruir e treinar o uso da pedaleira; . Treino de Transferências; . Treino de marcha.	Mantém parâmetros avaliados em turno anterior. Pela situação clínica deste dia e já descrita anteriormente, foi suspensa a intervenção. 16/10 Faz treino de transferência com supervisão e integrando medidas de prevenção de quedas. Envolve-se nos cuidados sem medo de agravar a dor. Corrige postura antiálgica, ainda que com receio (recorre à parede do quarto para alinhamento corporal e associá-lo à respiração diafragmática). Gere respiração e esforço nas AVD. À avaliação do movimento muscular, verifica-se menor que o habitual, mas vence a gravidade. Executa técnica de exercício muscular e articular ativos. Incentivado a realizar exercícios musculares. Realizado treino de exercício muscular e articular (exercícios ativos/ativos assistidos nos superiores) e exercícios ativos resistidos nos segmentos dos membros inferiores: coxofemural, joelho (com recurso a banda amarela e bola) e nos movimentos de flexão/extensão/, adução/abdução, rotação interna/externa. No que refere ao segmento tíbio-társico, associado ao treino de equilíbrio, em que junto à barra dos pés da cama associava a respiração à dorsiflexão dos pés e contração gemelar bilateral.
--	--	---	--

			Para cada segmento 10 repetições (repartidas em dois: 5 + 5) Realizado treino de marcha no corredor (percorre 50m, com tolerância). Pontuação de 4 na Escala Modificada de Borg (pouco intensa). Escala MRC – 5 em 5 em todos os segmentos corporais Baixo risco de Queda na escala de Berg (55/56) Pontuação de 104 na Escala de MIF, com necessidade de mais apoio a “vestir a metade inferior/superior do corpo”. 20/10 Integra de forma independente mobilizações ativas articulares de todos os segmentos (5/5). Incorpora medidas de prevenção de quedas. Coopera, interage e envolve-se nos cuidados sem medo de agravar a dor. Realizado treino de exercício muscular e articular (exercícios ativos/resistidos nos superiores – com banda) e exercícios ativos/resistidos nos segmentos dos membros inferiores: coxofemural, joelho (com recurso a banda amarela e bola) e nos movimentos de flexão/extensão/, adução/abdução, rotação interna/externa. No que refere ao segmento tibiotársico, associado ao treino de equilíbrio, em que junto à barra dos pés da cama associava a respiração à dorsiflexão dos pés e contração gemelar bilateral. Para cada segmento 10 repetições seguidas. Realizado treino de marcha no corredor (percorre > 50m, com tolerância).
--	--	--	--

			Pontuação de 2 na Escala Modificada de Borg (leve). Escala MRC – 5 em 5 em todos os segmentos corporais Baixo risco de Queda na escala de Berg (56/56) Pontuação de 124 na Escala de MIF, com necessidade de mais apoio a “vestir a metade inferior do corpo” Mantém a postura antiálgica correta na execução dos exercícios de treino muscular com recurso a espelho quadriculado Corrige de forma independente a postura corporal aquando da deambulação/treino de marcha Marcha (>100m, no serviço) sem cansaço Incorpora pedaleira de forma independente e para além do tempo de intervenção de ER. Refere cronometrar 5 minutos e fazê-lo duas vezes ao dia (sem resistência), com tolerância. 21/10 Integra de forma independente mobilizações ativas articulares de todos os segmentos (5/5), três vezes/dia. Incorpora medidas de prevenção de quedas. Otimista na sua recuperação, sem dor.
--	--	--	--

			Realizado treino de exercício muscular e articular como na sessão anterior, mas com banda de resistência superior. Para cada segmento 10 repetições seguidas, com tolerância. Realizado treino de marcha no corredor (percorre > 100m, com tolerância). Pontuação de 1 na Escala Modificada de Borg (muito leve). Escala MRC – 5 em 5 em todos os segmentos corporais Baixo risco de Queda na escala de Berg (56/56) Pontuação de 126 na Escala de MIF. Mantém a postura antiálgica correta na execução dos exercícios de treino muscular com recurso a espelho quadriculado. Corrige de forma independente a postura corporal aquando da deambulação/treino de marcha Marcha (>100m, no serviço) sem cansaço. Refere que durante o fim de semana foi até ao exterior do serviço e regressou, com tolerância. Incorpora pedaleira de forma independente e para além do tempo de intervenção de ER. Refere cronometrar 5 minutos e fazê-lo duas vezes ao dia (com resistência mínima), com tolerância.
--	--	--	---

6. CONCLUSÃO

A análise e intervenção desenvolvidas no âmbito deste estudo de caso possibilitaram compreender a relevância da Enfermagem de Reabilitação no processo de recuperação da Pessoa com traumatismo torácico decorrente de acidente de viação de alta cinética.

Com recurso a uma abordagem sistematizada e centrada na Pessoa, foi possível identificar necessidades, limitações e potencialidades que orientaram a implementação de um plano de cuidados individualizado.

A aplicação do Modelo de Adaptação de Callista Roy foi fundamental para compreender a forma como o jovem L.V. respondeu aos estímulos gerados pelo trauma e pelo internamento, permitindo planejar intervenções que favoreceram a adaptação nos quatro modos adaptativos — fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência.

Na verdade, foi interessante perceber o impacto que a intervenção, sobretudo no modo de adaptação fisiológico, teve nos restantes modos de adaptação.

Este enquadramento teórico sustentou uma prática de enfermagem promotora de adaptação eficaz, que se traduziu em ganhos efetivos em saúde.

Ao longo do internamento, observou-se uma melhoria progressiva dos problemas identificados, com uma melhoria da função respiratória, uma gestão da dor eficaz e um aumento da autonomia nas AVD, o que refletiu o sucesso das intervenções de reabilitação implementadas. Paralelamente, a dimensão emocional e social não foi menosprezada, o que conduziu ao ajustamento psicológico e à reintegração familiar e social do jovem J.V..

Este estudo de caso enaltece o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na recuperação global da Pessoa, atuando não apenas na reabilitação física, mas também na promoção da adaptação e do bem-estar integral. Assim, a prática de Enfermagem de Reabilitação, alicerçada em modelos teóricos como o de Callista Roy, constitui um contributo indispensável para a qualidade e humanização dos cuidados e para a concretização de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K.O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J.I. & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public Health*, 83(2), 7-11.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Coelho, S. & Mendes, I. (2011). Da Pesquisa à prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Esc Anna Nery*, 15(4):845-850.
- Diniz, I., Alves, K., Sá, C., Almeida, A., Silva, R., Soares, S. & Soares, M. (2022). Respostas adaptativas de colostomizados antes e após o uso do oclisor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE01917. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01917>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Acedido a 30 de Maio de 2025 em <https://nocs.pt/escala-braden/>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Acedido a 30 de Maio de 2025 em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Folstein, M., Folstein, M. & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Henriques, C. & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 31-40. <http://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Jiménez, M., González, I., Sánchez, A., Benítez, L. & Collazo, C. (2021). Efectividad de intervención enfermera en capacidad de adaptación-afrontamiento de cuidadores de operados de cáncer cerebral con cambios conductuales. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1):e2664.
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6-18.
- Menoita, E. C. (Coord.) (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 14 de Outubro de 2025 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Öztepe, K. (2023). The effect of roy adaptation model on the adaptation status of patients after surgical intervention. *Journal of Education and Research in Nursing*, 20(3):277-283. <http://10.14744/jern.2021.21246>
- Wills, E. (2014). Grand Nursing Theories Based on Interactive Process. In McEwen, M. & Wills, E. (Eds.) (4th Ed.), *Theoretical Basis for Nursing* (pp.177-181). Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª Edição). Editora Roca.

8. APÊNDICES DO ESTUDO DE CASO II

Apêndice 1 – Escala de Braden

	14/10/25	16/10/25	20/10/25	21/10/25
Percepção sensorial	4	4	4	4
Humidade	4	4	4	4
Atividade	2	3	4	4
Mobilidade	2	3	4	4
Nutrição	3	4	4	4
Fricção e forças de deslizamento	2	2	3	3
	18	20	23	23

Baixo risco de desenvolver uma Úlcera por Pressão (UPP)

DGS (2011)

Apêndice 2 – Avaliação do Estado Mental

Escala de Glasgow

Escala de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Cumpe ordens	6
	Localiza a dor	5
	Fuga	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

(Teasdale & Jenne, 1974)

APÊNDICE 5 – POSTER PÁRE, ALONGUE E PREVINA! ERGONOMIA E PREVENÇÃO
DE LMERT



ULS

Pare, Alongue e PREVINA!

Ergonomia e Prevenção de LMERT (Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas ao Trabalho)

Enf.ª

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



O que são LMERT?

Atualmente, as LMERT representam um problema mundial, com consequências ao nível da saúde individual mas também social e económico. Minimizá-las contribui para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e reduzir custos económicos e psicossociais.¹



Porque é que a Ginástica laboral é importante?

A Ginástica Laboral consiste num programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com foco na prevenção de complicações (como as LMERT), promoção da saúde, melhoria da postura e consciência corporal.²



E que tal umas dicas?

Os exercícios devem ser realizados de acordo com a tolerância de cada um e sem nunca esquecer a respiração. Idealmente, devem ser repetidos 5 vezes!³



Perca 5 minutos, ganhe qualidade de vida!

Há imensas vantagens na realização de Ginástica Corporal.

Referências:

¹ - Magalhães, A. et al. (2021). Realizar quem custa: um projeto de ginástica laboral para profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 104. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.173.2> - Savita, O. et al. (2021). Effectiveness of Workplace Exercise Interventions on Body Composition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of health promotion* / AJHP, 35(8), 1150-1161. <https://doi.org/10.1177/08901171211014726.3> - Magalhães, A. et al. (2021). Programa de prevenção de Lesões músculo-esqueléticas em profissionais de saúde. In M. Nave & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceitos e práticas* (pp. 494-502). Lisboa: Lúmen - acessado a 21 de Maio de 2025 em: <https://www.lumen.com.br/imagens-gratuitas-ginastica-laboral> imagens criadas por Smashicons - Platicon de 2025 <https://www.platicon.com/imagens-gratuitas-ginastica-laboral> - acessado a 21 de Maio de 2025 em: <https://www.platicon.com/imagens-gratuitas-ginastica-laboral> - acessado a 21 de Maio de 2025 em: <https://www.platicon.com/imagens-gratuitas-ginastica-laboral> - acessado a 21 de Maio de 2025 em: <https://www.platicon.com/imagens-gratuitas-ginastica-laboral>

APÊNDICE 6 – SESSÃO DE FORMAÇÃO: CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES
DA MOBILIDADE -POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E PREVENÇÃO DE
ÚLCERAS POR PRESSÃO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade

Posicionamentos, Transferências e Prevenção de Úlceras por Pressão (UPP's)

Enf.ª [Redacted] - ECCI - Equipe de Cuidados Continuados Integrados do Concelho de Barcelos
Enf.ª Ana Azevedo (aluna de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)

[Redacted], Junho de 2025

1

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Índice



- 01 Introdução
- 02 Posicionamentos e prevenção de UPP's
- 03 Tipos de Posicionamentos e técnicas associadas
- 04 Transferências e técnicas associadas
- 05 Cuidados a ter...
- 06 Ergonomia associada aos posicionamentos e transferências
- 07 Conclusão

2

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Introdução

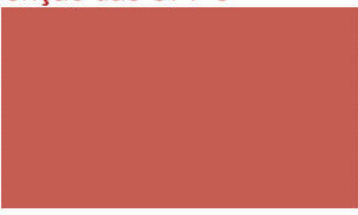


- O que é dependência?
- O que são pessoas com alterações da mobilidade?
- Que cuidados costumam ter nos posicionamentos e transferências? O que acham importante? Quais as maiores dificuldades

3

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Prevenção das UPP's



4

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Benefícios dos Posicionamentos

- Prevenir complicações circulatórias e musculoesqueléticas
- Promover a autoconsciência
- Promover conforto e bem estar
- Mantém a integridade da pele
- Estimular o padrão respiratório e de eliminação
- Mobilizar secreções

5

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Princípios



- Evitar o posicionamento sobre proeminências ósseas;
- Evitar o apoio sobre UPP's;
- Garantir o alinhamento corporal e dos vários segmentos;
- Garantir o Conforto.

Técnicas



- Evitar forças de fricção e deslizamento;
- Garantir a segurança do utente;
- Garantir a segurança do profissional;
- Instruir sobre o procedimento e solicitar a colaboração do utente (se possível).

6

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Mas como?



7

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Tipos de Posicionamentos



HORARIOS DA MUDANÇA DE DECUBITO

Posição	Horário
Lateral Esquerda	08:00
Dorsal	09:00
Lateral Direita	09:00
Dorsal	12:00
Lateral Esquerda	12:00
Dorsal	18:00
Lateral Direita	18:00

8



9



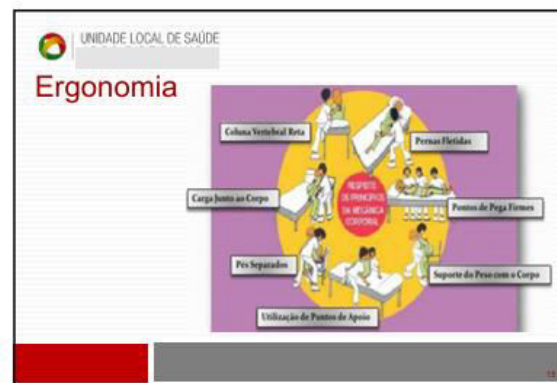
10



11



12



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Verdade ou Mentira?!



- Não é possível prevenir lesões na pele ou UPP's.
- Os posicionamentos só têm benefício para tornar mais fácil a realização dos cuidados de higiene.
- A pele deve ser avaliada diariamente e não se devem massajar as zonas com rubor (vermelhas).
- Existem princípios e técnicas que ajudam a realizar um correto posicionamento, transferência ou mobilização no leito.
- A ergonomia é útil para prevenir lesões.

17

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Vamos testar?!



Decúbito dorsal

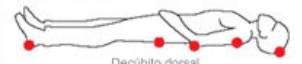


Decúbito lateral

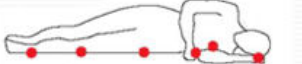
18

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Vamos testar?!



Decúbito dorsal



Decúbito lateral

19

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Concluindo...



20



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE

Obrigada!

Contactos







21

[illegible]

22



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Referências

[Wikipedia](#). Acesso a 26 de Maio de 2025 em [Mundo do Cuidado - Apoio ao Cuidado Informal](#)

[Wikipedia](#). Acesso a 26 de Maio de 2025 em [Mundo do Cuidado - Apoio ao Cuidado Informal](#)

Peixoto, E. C. (2015) O uso do poder Familiar em Gênes. In E. Peixoto (2015) O uso do poder familiar (pp. 300-308). Leisões.

Observatório Epidemiológico (2012). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com afecções da mobilidade - paralisia cerebral, transtornos e outras de desmorbidade. Acesso a 26 de Maio de 2025 em [GBOB - Guia de Boas Práticas](#)

23

APÊNDICE 7 – SESSÃO DE FORMAÇÃO “DEFINIÇÃO DE ENSINO PARA O
ENFERMEIRO ESPECIALISTA”

Definição de Ensino para o Enfermeiro Especialista

ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR PARA A AUTONOMIA

Ana Azevedo e Mónica
Discentes do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Orientadora de Estágio na UCCI, Enfermeira Especialista em
Enfermagem de Reabilitação (EEER)

Enfermeiro Chefe da UCCI, EEER

Júlio Fernandes
Professor Orientador do Estágio, EEER

1

Introdução

- Definição dos conceitos "ensinar", "instruir" e "treinar"
- Autonomia *versus* Independência
- Competências do Enfermeiro Especialista e a educação para a saúde, segurança do utente e qualidade dos cuidados
- Estratégias adaptativas específicas para ensinar, instruir e treinar
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

2

Definição de conceitos



- **Ensinar:** envolve a transmissão de conhecimentos e informações com o intuito de promover a consciencialização;



- **Instruir:** fornecer orientações detalhadas e específicas;



- **Treinar:** envolve a prática repetida e supervisionada com vista ao aprimorar de uma competência, técnica ou tarefa.

Vieira (2021)

3

3



Autonomia

versus

Independência



- Capacidade de tomar decisões por si mesmo encontrando-se associada à responsabilidade, integridade, dignidade, individualidade e autoconhecimento.

Dworkin (2017)

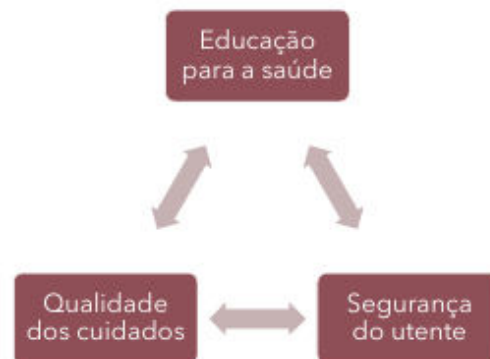
- Capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária sem a ajuda de outras pessoas.

Liu et al. (2022)

4

4

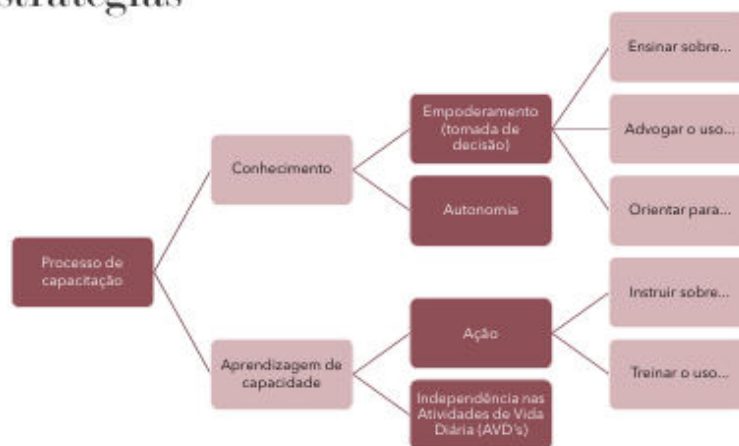
Competências do Enfermeiro Especialista e...



5

5

Estratégias



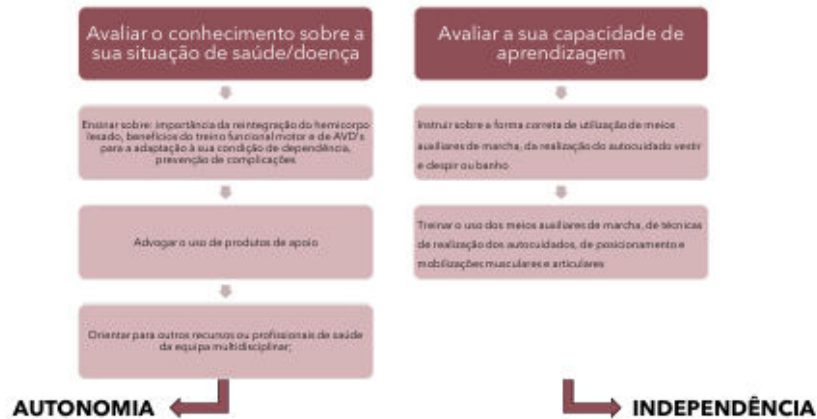
Adaptado de Sousa, Martins & Novo (2020)

6

6

Estratégias- exemplo prático

Sr. J., 87 anos, admitido a 08/05/2025 na ULDM por AVC isquêmico com hemiparêsia à esquerda.



7

Conclusão

- Em suma, o enfermeiro especialista, ao ensinar, contribui para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família ou comunidade, promovendo a sua autonomia e capacitação na gestão do seu próprio processo de saúde.

8

Referências Bibliográficas

- Dworkin, G. (2015). The nature of autonomy. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*, 2, 28479. <https://doi.org/10.3402/nstep.v1.28479>
- Lima, A. (2021). *Autonomia dos Idosos: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Reabilitação* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar] Repositório institucional da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/139623>
- Liu, L., Daum, C., Cruz, A., Naubauer, N., Perez, H. & Rincon, A. (2022). Ageing, technology, and health: Advancing the concepts of autonomy and independence. *The Canadian College of Health Leaders*: 35(5), 296-300. <https://doi.org/10.1177/08404704221110734>
- Sousa, L., Martins, 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). DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763
- Vieira, C. (2021). *O Enfermeiro e a promoção do Autocuidado na rede nacional de cuidados continuados - uma scoping review* [Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa] Repositório institucional da Universidade Católica do Porto. <http://hdl.handle.net/10400/14/38132>

**APÊNDICE 8 – SESSÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIO FÍSICO: CONSIGO, POR UMA
MELHOR CONDIÇÃO FÍSICA**



CONSIGO POR UMA MELHOR CONDIÇÃO FÍSICA

- Avaliação da capacidade funcional do idoso;
- Promoção da atividade física








10h-12h

Leia o QRcode para ver os exercícios:



Atividade promovida:
Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Reabilitação e Câmara

CARTÃO DE REGISTO — SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY

Nome do participante: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Teste de Equilíbrio			Teste de Caminhada (4 metros)		Teste de Força (levantar e sentar 5 vezes o mais rapidamente possível)	
	1	10seg	4	<4,8seg	4	<11,2 seg
	0	<10seg	3	4,8-6,2seg	3	11,2-13,7seg
	1	10seg	2	6,3-8,7seg	2	13,8-16,7seg
	0	<10seg	1	>8,7seg	1	16,8-60seg
	2	10seg	0	Incapaz de terminar	0	>60seg
	1	3-9,9 seg				
	0	<3 seg				
Total			Total		Total	

Consgo por uma melhor condição Física!

GRUPO NEER

Intervalo	Interpretação
0-3	Desempenho muito baixo
4-6	Desempenho baixo
7-9	Desempenho moderado
10-12	Bom desempenho físico

APÊNDICE 9 – SINALÉTICA DE IDENTIFICAÇÃO: ALERTA DISFAGIA

DISFAGIA



Consistência

- ☐ MEL
- ☐ NÉCTAR
- ☐ PUDIM

Preparado a: _____

Estabilidade até: _____

Elaborado por Enfermeira Ana Azevedo (aluna do mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem Egas Moniz - 2025/2026), sob a supervisão da equipa de EEER do Serviço de Cirurgia Geral e de Traumatologia da Unidade Local de Saúde de Lisboa.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

APÊNDICE 10 – POSTER DE SESSÃO DE FORMAÇÃO: DIFICULDADE EM
DEGLUTIR? ATENÇÃO À DISFAGIA!



Dificuldade em DEGLUTIR?

Atenção à DISFAGIA!



O QUE É A DISFAGIA? ^[1]

É A DIFICULDADE EM ENGOLIR ALIMENTOS, LÍQUIDOS OU ATÉ A PRÓPRIA SALIVA. AS CAUSAS SÃO MULTIFATORIAIS E PODEM OCORRER DEVIDO A ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS, MUSCULARES, TRAUMA, EFEITOS DE FÁRMACOS OU ATÉ APÓS UMA CIRURGIA.

4

FASES DA DEGLUTIÇÃO ^[2]

Oral Preparatória
Oral
Laríngea
Esofágica

Voluntária. Inicia-se com a introdução do alimento na boca e a sua formação em bolo alimentar. Abrange os movimentos coordenados da mandíbula, maxilar, lábios, língua e paladar. Dura 10 a 20 segundos.

Voluntária. Engloba a elevação e impulso posterior do bolo alimentar e dirige-o para a faringe. Os estímulos são recebidos pelo córtex e tronco cerebral através dos pares cranianos (V, IX e X).

Involuntária. Dá-se quando o bolo alimentar estimula o osso hióide. Ocorre o movimento da laringe de encontro com a base da língua. Posteriormente, o bolo alimentar empurra a epiglote (assim, há a proteção das vias aéreas).

Involuntária. É iniciada com a progressão do bolo alimentar pelo esôfago. Os movimentos peristálticos vão permitir a condução do bolo alimentar até ao estômago.



SINAIS DE ALERTA ^[1,3]



- Pieira;
- Dispneia;
- Tosse;
- Engasgamentos frequentes;
- Pigarrear;
- Refluxo nasal;
- Lacrimejo;
- Alteração da voz ("nasalada");
- Dor ao engolir/sensação de alimento preso na garganta;
- Mudança de cor da pele;
- Movimentos excessivos da língua;
- Resíduos após as refeições;
- Saída de saliva/líquidos pelo canto da boca.



CUIDADOS E ESTRATÉGIAS NA ALIMENTAÇÃO ^[1,2,3,4]

- Verificar se o aspirador de secreções está preparado;
- Avaliar o estado de consciência (sonolência, desorientação, ...);
- Avaliar as preferências/hábitos alimentares;
- Posicionar corretamente (sentado, com a coluna ereta e a cabeça ligeiramente inclinada para a frente);
- Colocar a comida no campo visual da pessoa e onde a consiga alcançar;
- Evitar distrações durante a alimentação (por exemplo: demência);
- Permitir tempo para a alimentação;
- Instruir a pessoa a pensar no processo de deglutição;
- Fornecer a alimentação lentamente e em pequena quantidade;
- Ter atenção à administração de alimentos:
 - Que se tornem líquidos rapidamente (exemplo: gelado, gelatina, ...);
 - Com duas consistências (exemplo: fruta, "sopas de leite", ...);
 - Com risco elevado (pequenos e redondos, pegajosos, textura inadequada).
- Cuidado no uso de palhinhas (funções muito complexas e possível progressão rápida do líquido para a faringe);
- Atenção quando o copo não está cheio (maior risco de aspiração devido extensão cervical);
- Monitorizar sinais de aspiração;
- Se há dúvida **NUNCA** deixar a pessoa sozinha durante a refeição;
- Manter a pessoa com a cabeça elevada 30/45 min. após as refeições;
- Verificar se ocorreu acumulação de comida na cavidade oral;
- Realizar uma boa higiene oral após as refeições;
- Transmissão de ocorrências em turno e equipa.



COMO UTILIZAR ESPESSANTE? ^[1,3]



Mel



Néctar



Pudim

- Preparar imediatamente antes da refeição (é o mais seguro);
- Usar um copo vazio e colocar primeiro o espessante;
- O líquido final deve ficar uniforme (sem grumos);
- Confirmar a **consistência** adequada à Pessoa (no cartão/lata é recomendada a quantidade por líquido).



APÊNDICE 11 – FOLHETO: POSICIONAMENTO DA PESSOA APÓS AVC - PARA
CUIDADORES E FAMILIARES

Sentado

Na posição de sentado, o tronco deve estar apoiado nas costas da cadeira (use a almofada, caso seja necessário) e o peso do corpo deve estar distribuído de igual forma sobre ambas as nádegas. Sempre que possível coloque o braço afetado sobre uma almofada ou superfície de apoio.



(Gobbato, Martins & Chaves, 2012)



A reabilitação deve começar o mais cedo possível e fazer parte da rotina diária da pessoa, ao longo de todo o dia.

A recuperação pode continuar a acontecer, mesmo anos depois do problema ter surgido.

REFERÊNCIAS:

- [1] Menoia, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lisboa: Lusociência
- [2] Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com comprometimento no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp.164-233). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- [3] Gobbato, S., Martins, S., Chaves, M. (2012). Cuidados pós alta hospitalar no AVC: Orientações para trocas de postura e posicionamento. Acedido a 26 de Dezembro de 2025 em https://doi.org/10.1007/978-94-007-2922-2_12



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Fale connosco, esclareça as suas dúvidas!

Serviço de Especialidades Médicas

Rua da "Am. Fátima" 100, 4810-000 Vila Verde, Portugal

Elaborado por Enfermeira Ana Almeida Salgueiro do Instituto de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde Egas Moniz - 2025/2026, sob a supervisão do Enfermeiro Especialista em Reabilitação J.

Posicionamentos da pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC)

PARA CUIDADORES E FAMILIARES

Após um AVC, é comum surgir espasticidade, que corresponde a um aumento da rigidez muscular e da dificuldade em mover o membro ou lado do corpo afetado. Para contrariar esta situação, os posicionamentos corretos, em padrão antiespástico, são muito importantes e devem fazer parte da rotina diária, ajudando a prevenir ou reduzir o agravamento da espasticidade.

Decúbito Dorsal (de barriga para cima)

Deve evitar este posicionamento por ser o que mais favorece a espasticidade. Contudo, pode ser necessário posicionar o seu familiar nesta posição. Se assim for, a cabeça deve ficar apoiada na almofada e inclinada para o lado do corpo menos afetado. A almofada deve ser colocada de forma a que abranja os ombros. O braço afetado deve ficar apoiado na almofada desde o ombro, ligeiramente afastado do tronco, com o cotovelo estendido e dedos afastados uns dos outros. Nesta posição, a perna afetada deve ficar apoiada numa almofada desde a bacia até ao joelho. Não deve ser deixado qualquer apoio ao nível dos pés.



Decúbito lateral (de lado), para o lado afetado

Este posicionamento é o preferencial, pois há uma maior superfície de apoio em contacto com o lado do corpo afetado e por isso maior reintegração do mesmo. A cabeça deve ficar posicionada com uma almofada mais alta para contrariar a inclinação lateral. O braço afetado fica apoiado na cama, afastado do corpo, com a palma da mão virada para cima. A perna afetada é posicionada ligeiramente fletida. Pode-se colocar uma almofada no membro inferior para conforto ou prevenção de lesões da pele.



Decúbito lateral, para o lado não afetado

A cabeça fica posicionada com uma almofada mais baixa ou mesmo sem ela, de forma a evitar a inclinação lateral para o lado afetado. O braço afetado fica apoiado sobre uma almofada e fletido a 90° em relação ao tronco. O antebraço deve ficar com o cotovelo, punho e dedos afastados. A perna afetada fica apoiada sobre uma almofada à frente do membro não afetado, com ligeira flexão da coxa e joelho. O pé fica em posição neutra.



DICAS IMPORTANTES

- No final de cada posicionamento, confirme aos pés da cama se há um alinhamento corporal correto ou se é necessário fazer algum ajuste;
- Um lençol dobrado e bem esticado por baixo do seu familiar pode ajudá-lo a realizar os posicionamentos de forma mais suave, confortável e segura;
- Não puxe pelo braço ou perna afetada;
- Tenha em atenção que o lado afetado tem uma alteração da sensibilidade face ao lado sã. Deve vigiar a pele para evitar lesões;
- Sempre que possível coloque os pertences e aborde o seu familiar pelo lado afetado.

APÊNDICE 12 – FOLHETO: ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO

Espirómetro de Incentivo

Volume dependente



Leia o QR CODE para assistir à demonstração em vídeo do Espirómetro

Imagem 1: Espirómetro de Incentivo Volume Dependente, Manual de utilização do Espirómetro de Incentivo de volume Voldyne [5]

COMO UTILIZAR ? [2, 3, 5]

1. Sente-se confortavelmente ou fique semi-sentado na cama;
2. Inspire profundamente pelo nariz e expire pela boca, com os lábios semicerrados. Repita-o 3 vezes;
3. De seguida, segure o aparelho na vertical, ao nível dos olhos e de modo a que veja a "careta sorridente";
4. Expire normalmente (solte o ar);
5. Coloque o bocal na boca e inspire lenta e profundamente. Tente que a bolacha verde atinja o nível que foi selecionado para si e o "botão verde" fique entre a "careta sorridente" e a seta superior;
6. Sustenha o ar por 3 segundos;
7. Expire lentamente, com os lábios semicerrados;
8. Descanse alguns segundos e repita.

* A recomendação da utilização do espirómetro pode variar de 10/15 respirações, 4-5 vezes/dia.

** Evite o uso do Espirómetro após as refeições.

** É normal sentir vontade de tossir na realização do exercício. Se acontecer, suspenda o treino, contenha a ferida cirúrgica (se for o caso) e tussa eficazmente (de boca aberta e como se estivesse a querer embaciar um vidro).

*** É possível que tenha dor e não alcance os mesmos volumes do momento pré operatório ou numa fase mais avançada da recuperação. Neste caso, reduza o volume até lhe ser confortável continuar o exercício.

**** Deve guardar o aparelho dentro do saco fornecido até nova utilização e seguir as instruções de limpeza anexas ao mesmo.

O trauma torácico e cirurgia abdominal, podem aumentar o risco de complicações no período pós-operatório ou comprometer a satisfação das atividades de vida diária [1].

Existem fatores cirúrgicos que interferem na função respiratória, como: o procedimento cirúrgico (localização e extensão), a anestesia (tipo e duração), a dor, alteração da mobilidade, presença de dispositivos médicos (como drenos ou material de ostomia) e outros problemas de saúde prévios que tenha [2,3].

Devido a estes fatores, a diminuição da mobilidade da caixa torácica poderá levar a complicações pulmonares, devido à diminuição da capacidade funcional respiratória [2,3].

Pelo descrito deve-lhe ter sido apresentado e explicado por um Enfermeiro do Serviço de Cirurgia Geral, como utilizar o **Espirómetro de Incentivo Volume-Dependente**.

O QUE É? [4,5]

É um dispositivo médico que lhe permite manter e/ou melhorar a sua função pulmonar e ventilação, através da indicação de um volume ou fluxo respiratório.

Com este dispositivo, irá treinar a inspiração profunda e lenta, permitindo aos pulmões expandir e prevenir complicações respiratórias.

Serviço de Cirurgia Geral
Rua Comendador João de Deus, 1000-000, 1000-000
Email: geral@hospitaldeporto.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

QUAIS AS VANTAGENS? [2, 3, 4]

- ✓ Aumenta os volumes inspiratórios;
- ✓ As inspirações profundas permitem o recrutamento alveolar, o que melhora a ventilação;
- ✓ Permite a mobilização e expulsão de secreções brônquicas;
- ✓ Previne complicações pulmonares;
- ✓ Favorece a musculatura respiratória e do diafragma.

Em caso de dúvidas a equipa está disponível para o ajudar.
Envolve-se na sua recuperação e previna complicações!

REFERÊNCIAS:

- [1] Watanabe, T., Momosaki, R., Suzuki, S., & Abo, M. (2020). Preoperative rehabilitation for patients undergoing colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(5), 2293–2297. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05061-z>
- [2] Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros-Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 30 de Setembro de 2025 em [Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória](#)
- [3] Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ª Edição). Lusociência: Sintra
- [4] Eltorai, A. E., Szabo, A. L., Antoci, V., Ventetuolo, C. E., Elias, J. A., Daniels, A. H., & Hess, D. (2017). Clinical effectiveness of incentive spirometry for the prevention of postoperative pulmonary complications. *Respiratory Care*, 63(3), 347–352. <https://doi.org/10.4187/respcare.05679>
- [5] Manual de utilização do Espirómetro de Incentivo de volume Voldyne. Acedido a 16 de Setembro de 2025 em [Espirómetro Incentivador Voldyne® | Medline PT](#)

**APÊNDICE 13 – GUIA DE EXERCÍCIOS - SAIBA COMO PREVENIR: HÉRNIAS
PARAESTOMAS NAS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL**

SAIBA COMO PREVENIR

HÉRNIAS PARAESTOMIAIS NAS OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

COM ESTES EXERCÍCIOS, PODE MANTER UM ESTILO DE VIDA
SAUDÁVEL, PREVENIR COMPLICAÇÕES, MELHORAR A SUA
POSTURA E BEM-ESTAR



Serviço de Cirurgia Geral

Rua ...
Tel: ...



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



Dá-se o nome de hérnia paraestomal à protuberância, saliência ou relevo que se forma em redor do estoma e, que é causada, pela passagem de parte do intestino através do músculo da parede abdominal ^[1].

Pode surgir por diversas razões, como o aumento da pressão intra-abdominal (por tosse, esforço físico, obesidade ou obstipação), o enfraquecimento dos músculos abdominais, a técnica cirúrgica utilizada ou o tipo de estoma — sendo mais frequentes nas colostomias do que nas ileostomias. Também a idade e determinadas condições de saúde prévias podem contribuir para o seu aparecimento ^[2].

Entre as complicações associadas às ostomias de eliminação intestinal, as hérnias paraestomais são as mais prevalentes, sendo essencial investir em estratégias preventivas ^[2].

A prevenção baseia-se em orientações específicas fornecidas pelos profissionais de saúde, incluindo a técnica correta de tosse, a contenção da ferida cirúrgica, o uso adequado (ou não) da cinta abdominal, e a maneira correta de se levantar e deitar da cama ^[2, 3, 4].

Existem também exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal e pélvica que podem prevenir a incidência desta complicação ^[2, 3, 4].

Os exercícios que se sugerem de seguida, são estudados e seguros para serem realizados desde o momento pré-operatório e, em especial, durante as duas primeiras semanas de pós-operatório.

Além de reduzirem o risco de hérnia paraestomal, melhoram a sua postura, equilíbrio e coordenação, aumentam a capacidade de suporte da pressão intra-abdominal, o seu bem-estar e a confiança ^[1, 2, 3].

A equipa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do serviço de cirurgia geral podem ajudá-lo em caso de dúvidas e dar-lhe feedback sobre a correta realização dos exercícios. O ideal será, realizá-los 2 a 3 vezes por dia. Após as duas semanas de pós-operatório e, se considerar serem demasiado fáceis para a sua condição física, é possível serem prescritos exercícios mais complexos.

Relembra-se, que no caso de sentir dor ou desconforto, deve parar a atividade imediatamente e informar o seu profissional de saúde.

VAMOS A ISSO?

EXERCÍCIOS DEITADO/A [2, 3]

FIGURA 1. EXERCÍCIO ABDOMINAL



Deite-se com os braços estendidos ao longo do corpo e os joelhos fletidos. Inspire pelo nariz e deite o ar pela boca com os lábios semicerrados (sem pressas, como se estivesse a cheirar uma flor e a apagar uma vela). No final da expiração, sinta a parte inferior do seu abdômen e contraia suavemente os músculos profundos do fundo do seu abdômen sem levantar as costas da cama. Mantenha essa sensação de 'aperto' por 3 a 5 segundos e depois solte. Repita 3-5 vezes.

FIGURA 2. ROLAR OS JOELHOS



Coloque os braços ao longo do corpo e apoiados na cama. Mantenha os joelhos e os tornozelos juntos e deixe suavemente os joelhos começarem a cair para um lado. Vá apenas até onde se sentir confortável, depois aperte cuidadosamente os músculos da barriga e glúteos e role os joelhos para o outro lado. Tente manter os ombros assentes na cama e a cabeça/pescoço relaxados, olhando para cima. O objetivo é realizar 6 rotações com os joelhos (3 para cada lado).

FIGURA 3. A "PONTE"



Eleve a bacia para cima e achate as costas contra a cama sem deixar de manter os braços ao longo do tronco. Deve sentir os músculos da barriga a contraírem-se um pouco. Volte à posição inicial (deitado e com as mãos ao longo do corpo). Inicialmente, faça apenas 5 repetições e sem pressas. À medida que domina o exercício, pode fazer uma maior contração abdominal e elevar mais a bacia. Dependendo da sua condição física e conforto, pode alcançar fazer "a ponte"!

FIGURA 4. ELEVAÇÃO DOS JOELHOS



Na posição de deitado e com os braços ao longo do tronco, dobre as pernas. Levante uma das pernas sem deixar de a manter dobrada em direção à sua cara. Relembre-se de manter o alinhamento do corpo e de manter relaxado o pescoço. Se estiver pronto para o desafio e dominar o exercício, experimente ao elevar a perna expirar (deitar o ar fora) e ao descer a perna inspirar (entrar o ar pelo nariz). Faça-o 5 vezes para cada perna.

FIGURA 5. DESLIZAR DE CALCANHARES



Na posição de deitado e com os braços ao longo do tronco, dobre as pernas. Deixe deslizar o calcanhar na superfície onde se encontra até ficar com a perna esticada. Assim que esticada a perna, volte à posição inicial. Relembre-se de manter o alinhamento do corpo e de manter relaxado o pescoço. Faça-o 5 vezes para cada perna.

Fonte Figuras 1 a 5: Exercícios de fortalecimento abdominopélvico após cirurgia de ostomia intestinal (Adaptado de Andersen et al., 2020, p.2)

EXERCÍCIOS DE PÉ [2, 3]

Na posição de sentado/a, com os pés bem apoiados e o tronco direito, inspire pelo nariz e deite o ar pela boca com os lábios semicerrados (sem pressas, como se estivesse a cheirar uma flor e a apagar uma vela). No final da expiração, sinta a parte inferior do seu abdómen e contraia suavemente os músculos profundos do fundo do seu abdómen sem alterar a sua postura. Mantenha essa sensação de 'aperto' por 3 a 5 segundos e depois solte. Repita 3-5 vezes.

FIGURA 6. EXERCÍCIO ABDOMINAL



Na posição de sentado/a, com os pés bem apoiados e o tronco direito vai associar a elevações dos braços à respiração. Vai elevar os braços acima da cabeça e baixar. Não se esqueça, quando elevar os braços inspira pelo nariz, quando baixar expira pela boca. No final da expiração, sinta a parte inferior do seu abdómen e contraia suavemente os músculos sem alterar a sua postura. Mantenha essa sensação de 'aperto' por 3 a 5 segundos e depois solte. Repita 3-5 vezes.

FIGURA 7. ELEVAÇÃO DE BRAÇOS



Na posição de sentado/a e com os braços ao longo do tronco, dobre as pernas. Levante uma das pernas sem deixar de a manter dobrada em direção à sua cara. Relembre-se de manter o alinhamento do corpo, de manter relaxado o pescoço e a respiração que tem vindo a treinar. Se quiser tornar o exercício mais desafiante, experimente ao elevar a perna expirar e ao descer a perna inspirar. Faça-o 5 vezes para cada perna.

FIGURA 8. ELEVAÇÃO DOS JOELHOS



Na posição de sentado/a, afaste os pés e confirme que os tem bem assentes no chão e com os sapatos bem calçados. Vamos levantar, manter as costas direitas enquanto conta até 5 e contrai o abdominal e glúteos. Ao chegar ao 5, sente-se novamente. Repita 5 vezes para cada perna.

FIGURA 9. LEVANTAR E SENTAR



De pé e com as costas apoiadas na parede e os pés encostados, contraia os músculos do abdómen e mantenha as costas em contacto com a parede. Mantenha por 3 segundos e relaxe. Repita 5 vezes.

FIGURA 10. EXERCÍCIO ABDOMINAL (DE PÉ)



Fonte Figuras 6 a 10: Exercícios de fortalecimento abdominopélvico após cirurgia de ostomia Intestinal (Adaptado de Andersen et al., 2020, p.2)

A progressão da intensidade dos exercícios deve ser cuidadosamente ajustada à sua condição física e clínica, para assim garantir o melhor resultado possível.



SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE HÉRNIA PARAESTOMAL [1, 2]:

- Saliência em redor do estoma que nota aumentar ao tossir, espirrar ou perante o esforço;
- Sensação de peso/desconforto abdominal
- Diminuição da saída de fezes;
- Dor;
- Cólicas;
- Náuseas ou vómitos,
- Alteração da cor do estoma.

Ter uma ostomia de eliminação intestinal exige passar por uma série de adaptações. É de facto desafiante. Contudo, não é impeditivo de se preocupar com o seu bem estar, envolver-se na sua recuperação, fazer exercício e ter uma vida saudável.

REFERÊNCIAS:

- [1] Russell, S. (2017). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice?. *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*, 17(26), S12-S18.
- [2] Topa, P., Santos, M., Castro, C., Paiva, C. & Leite, C. (2018). Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Prevenção das Hérnias paraestomais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1). doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.03.4385
- [3] Andersen, R., Thomsen, T., Danielsen, A., Gögenur, I., Alkjær, T., Nordentoft, T., Posselt-Møller, E. & Vinther, A. (2020): Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. DOI:10.1080/09638288.2020.1771620
- [4] Russell, S., Archer, K. & Osborne, W. (2024). Exercise and physical activity after stoma surgery: EXPASS recommendations. *British Journal of Nursing*, 6(33) (Stoma Care Supplement).

Referências de imagens:

- Imagem de capa: Acedido a 13 de outubro de 2025 em [Vetores de Ilustração Em Vetor Fundo Branco De Um Saco De Cola e mais imagens de Colostomia - iStock](#)
- Imagem página 1: Acedido a 13 de outubro de 2025 em [Vetores de Mulher Nova Com Rolosa De Colostomia Está Envolvida Em Fitness Com Halteres Ilustração Vetorial e mais imagens de Ostomia - iStock](#)
- Imagens demonstrativas de exercícios páginas 2 e 3: Andersen, R., Thomsen, T., Danielsen, A., Gögenur, I., Alkjær, T., Nordentoft, T., Posselt-Møller, E. & Vinther, A. (2020): Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. DOI:10.1080/09638288.2020.1771620

APÊNDICE 14 – ESTRATÉGIA ADAPTATIVA PARA A PROMOÇÃO DO
AUTOCUIDADO À OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL



APÊNDICE 15 – POSTER “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
COM A PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: UMA REVISÃO
SCOPING DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS”

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal: uma Scoping Review

Ana Luísa Medeiros de Azevedo¹ e Júlio Belo Andrade Fernandes^{2,3}

¹ Hospital da Luz de Setúbal, analuismedeiros@gmail.com; ²Nurs* Lab, 2829-511 Almada, Portugal; ³Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511

1 INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência de Ostomias de Eliminação Intestinal (OEI) pode ser atribuído principalmente ao crescimento da incidência de cancro colorretal (CCR). O envelhecimento populacional e o aumento do CCR podem explicar a tendência crescente da prevalência das Pessoas com OEI^[1]. As pessoas com OEI enfrentam desafios complexos na sua nova condição de saúde e que vão muito além da saúde física/emparelhamento de material de ostomia^[2].

Objetivo: Mapear a evidência científica atual sobre as Intervenções de Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa com OEI.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão *scoping* com base na lista de verificação PRISMA-ScR^[3] e, que segue o enquadramento metodológico definido por Arksey e O'Malley^[4].

Questão de investigação:

Quais são as intervenções de Enfermagem (**CONCEITO**) de Reabilitação (**CONTEXTO**) com a Pessoa com OEI (**POPULAÇÃO**)?

Foram validados os seguintes descritores DeCs/MeSH e aplicada a seguinte equação booleana:

((*Ostomy or Surgical Stomas or Colostomy or Ileostomy*) AND (*interventions or strategies or best practices*) AND (*rehabilitation*)).

Recorreu-se à plataforma EBSCOhost e às bases de dados Pubmed e Scopus.

Crítérios de Inclusão:

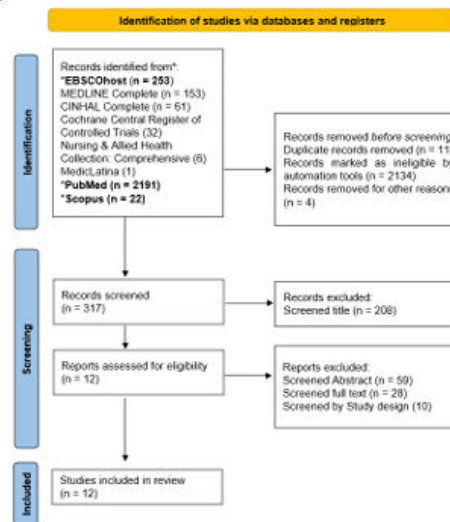
Pessoa adulta com OEI (> 18 anos), Intervenções de reabilitação, todos os contextos de reabilitação, estudos experimentais, artigos em inglês e português e inexistência de limites geográficos, culturais ou temporais.

4 CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que existem intervenções passíveis de serem implementadas para além do contexto hospitalar, abrangendo todo o percurso de cuidados, do período pré ao pós-operatório.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume-se como facilitadora da adaptação e promotora da saúde da pessoa com OEI, ao contribuir para a reabilitação física, psicológica e social. Este contributo traduz-se na redução de complicações, na promoção da qualidade de vida e na independência no autocuidado. Os estudos incluídos mostram uma diversidade de intervenções, incluindo o recurso a ferramentas de tele saúde, reforçando a necessidade da prestação de cuidados individualizada, centrada no processo de adaptação, nas especificidades de cada pessoa, patologia, potencial para desenvolver o autocuidado, sem descurar o papel do cuidador. Apesar dos resultados favoráveis, persiste uma lacuna na produção científica, com escassez de estudos experimentais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

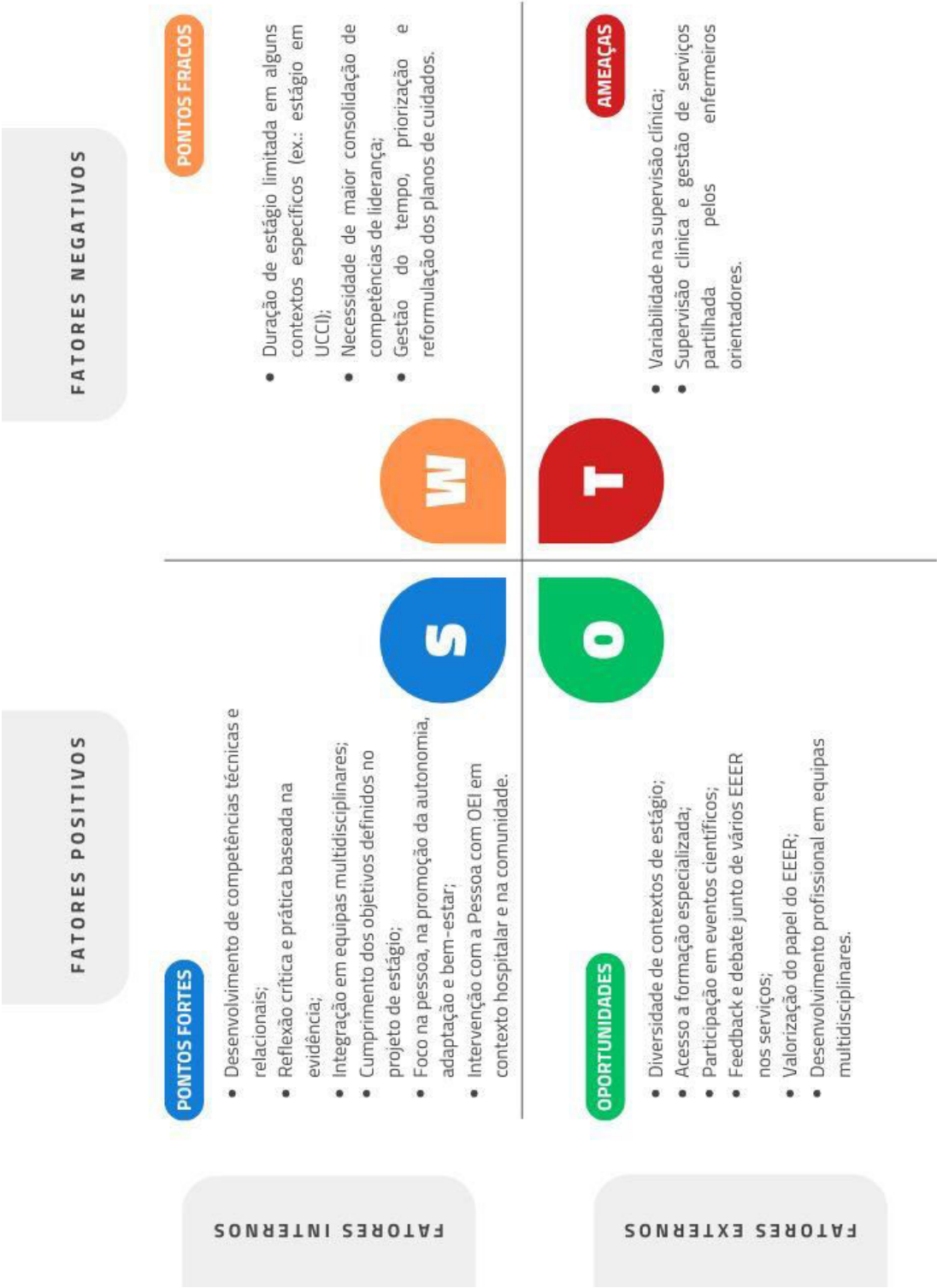


Incluíram-se 12 estudos. A análise permitiu estabelecer 6 categorias de intervenção de reabilitação:



5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS





ANEXO 1 - CERTIFICADO DE PRESENÇA WEBINAR: "REABILITAÇÃO NO DOENTE
CIRÚRGICO"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA LUÍS MEDEIROS DE AZEVEDO

membro nº **98830** desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Reabilitação no Doente Cirúrgico"**, realizado **no dia 22 de Maio de 2025**, com duração total de **2H**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 22 de Maio de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 2 - CERTIFICADO DE PRESENÇA WEBINAR: "DA EMERGÊNCIA À
RECUPERAÇÃO: ATUAÇÃO INTEGRADA DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA
PESSOA EM PROCESSO CIRÚRGICO"



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Azevedo participou no Webinar "Da Emergência à Recuperação: Atuação integrada do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa em Processo Cirúrgico", que decorreu no dia 27 de outubro de 2025, com a duração de 7 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento
Professora Doutora Carla Nascimento

**ANEXO 3 - CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS JORNADAS: “A TRANSIÇÃO DE
CUIDADOS DE REABILITAÇÃO”**

Certificado

Certifica-se que a Sra. Enf. Ana Luis Medeiros de Azevedo, esteve presente nas **1as Jornadas de Enfermagem de Reabilitação**, do NER da ULSLO, com o tema "A Transição de Cuidados de Reabilitação", no dia 20 de Novembro, com a duração de 6 horas, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa.

Lisboa, 25 de Novembro de 2025


Ilda Roldão
Enfermeira Diretora
Legal Executiva do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.

Enfª Directora ULSLO



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LISBOA OCIDENTAL


Enfa Coordenadora do NER-ULSLO



ANEXO 4 - CERTIFICADO DE PRESENÇA WEBINAR: "NEURORREABILITAÇÃO:
FOCO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO"



COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO

Para os devidos efeitos comprova-se que/o Senhor/a Enfermeiro/a **ANA LUÍS MEDEIROS DE AZEVEDO** membro nº **98830** desta Ordem, está inscrito/a no/a **"Webinar - Neuroreabilitação: Foco de intervenção em Enfermagem de Reabilitação"**, que decorrerá no/s dia/s **no dia 17 de Dezembro de 2025**, no/a **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**, em Lisboa.

Lisboa, 17 de Dezembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

ANEXO 5 - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO NACIONAL DE
ESTOMATERAPIA 2026



Certificado

CERTIFICA-SE QUE:

Ana Luíís Azevedo

Esteve presente no Congresso Nacional de Estomaterapia 2026, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, nos dias 27 e 28 de Fevereiro, no Centro Pastoral Paulo VI, em Fátima, com um total de 13h.



Susana Costa
(Comissão Organizadora)

Bruno Alves
Bruno Alves
(Presidente APECE)

SEXTA-FEIRA, 27 FEVEREIRO

8:30	Abertura Secretariado	
9:00	Comunicações Livres	
9:00 - 10:00	Mesa I Inovação, Prática Avançada e Ética Digital Moderador: Dayne Nascimento ESECUC	- Inteligência Artificial Aplicada à Estomaterapia: Inovação, Desafios e Possibilidades Maria João Rente ULS Litoral Alentejano - Prática Avançada em Estomaterapia Cláudia Silva Comissão da Competência Acreditada em Estomaterapia da OE - Cuidar com Ética Digital: Proteção de Dados Helena Bernardes Conselho Jurisdicional Seção Regional Sul da OE
10:00 - 10:30	Sessão de Abertura	
10:30 - 11:00	Coffee Break	
11:00 - 12:00	Mesa II Perspetivas Globais, Desafios Locais: Prescrição e Desenvolvimento de competências Moderador: Carla Rocha APECE	Bruno Alves Presidente da Direção da APECE Ângela Bocara Presidente Comité de Educação WCET Maria Jesus Sorribas Presidente Junta Directiva SEDE Ana Fonseca Vice-Presidente da OE
12:00 - 12:30	Simpósio Hollister	CeraPlus®: Inovação Essencial para Manter a Saúde da Pele
12:30 - 13:00	Conferência I Cuidar e Saber Cuidar: Estomaterapia em Perspetiva Moderador: Ana Braga APECE	- Prevenção da sobrecarga do cuidador informal da pessoa com ostomia respiratória: Vassou Aguiar ULS Coimbra - Indicações e utilização segura de dispositivos de ostomia respiratória: Dora Neves IPO Coimbra
13:00 - 14:30	Almoço	
14:30 - 16:00	Espaço de Investigação em Estomaterapia Moderador: Ricardo Correia APECE	- Transformação Digital em Estomaterapia na Perspetiva dos Profissionais SPICARE - Tradução da Urostream Education Scale BBraun - Entre o Corpo e a Mente - Um olhar sobre a Saúde Mental na Pessoa com Ostomia Coloplast - Utilização Precoce da Convidade Suave na Prevenção de complicações: Evidências Clínicas Palfar - Do Projeto Connecta ao Guia Reconectar: o Caminho Percorrido para um Manual de Cuidados à Pessoa com Ostomia ConvaTec
16:00 - 16:30	Coffee break	Apresentação de Pósteres
16:30 - 17:15	Mesa III Cuidado Centrado na Pessoa com Ostomia de Alimentação Moderador: Luzia Pinheiro ULS Barcelos/Esposende	- A Consulta de Estomaterapia na Fase Pré-Ostomia Como Prioridade a Implementar Helena Costa Hospital do Divino Espírito Santo - Tipologia de Sondas e Gestão de Cuidados Ana Braga IPO Coimbra - Projeto de Espaços e Equipamentos Adaptados Sandra Martins IPO Lisboa

PROGRAMA CIENTÍFICO

SÁBADO, 28 FEVEREIRO

9:00 - 9:40	Conferência II Percurso de Vida na pessoa com Estoma Moderador: Nárciso Cabral APECE	- Desafios Emocionais e Reorganização de Papéis Sílvia Almeida Fundação Champalimaud - Espiritualidade no Processo de Adaptação Sílvia Caldeira UCP
9:40 - 10:10	Mesa IV Disfunções pélvicas Moderador: Sandra Silva APECE	- Consulta de reeducação pélvica Hélter Teixeira ULS Braga - LARS - Recursos e acompanhamento Carla Rocha ULS Alameda-Sebal
10:10 - 10:40	Coffee Break	
10:40 - 11:40	Speed meeting	
11:50 - 12:20	Simpósio BBraun	Skin Adhesives: The Science Behind Comfort, Security, and Efficiency
12:20 - 13:00	Conferência III Integração de Cuidados em Estomaterapia Moderador: Natalia Ferreira ULS Póvoa de Varzim Vila do Conde	- Hélder Teixeira de Sousa Direção Executiva SNS - Hugo Mendonça Portuguese Association for Integrated Care - Maria Luísa Ximenez ULS Amadora/Sintra
13:00 - 14:30	Almoço	
14:30 - 15:30	Mesa APECE Investigação, formação e envolvimento internacional Moderador: Ana Braga APECE	- Gestão de cuidados a pessoas com nefrostomia: evidência científica Daniela Dias APECE - Padrão de Documentação em Estomaterapia Natalia Ferreira ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde - Portugal no WCET: Cláudia Silva Delegada Internacional WCET - Projetos de Formação e Investigação APECE Bruno Alves APECE
15:30 - 16:10	Mesa V Lesões cutâneas peri-estoma Moderador: Liliana Miranda ESSCVP Alto Tâmega	- Instrumentos de Apoio à Avaliação das Lesões Cutâneas Peristoma: Ana Carolina Monteiro UCP - Utilização de Terapias Avançadas nas Lesões de Pele- Peristoma: Anabela Moura ULS São João
16:10 - 16:30	Apresentação dos trabalhos científicos premiados	
16:30 - 16:40	Apresentação do Congresso Nacional de Estomaterapia 2027	
16:40 - 17:00	Sessão de Encerramento do Congresso Nacional de Estomaterapia APECE 2026	



ANEXO 6 - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM O POSTER “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: UMA REVISÃO DE SCOPING DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS”, APRESENTADO NO CONGRESSO NACIONAL DE ESTOMATERAPIA 2026



Certificado

Certifica-se que:

Ana Luís Medeiros de Azevedo e Júlio Alexandre Belo Andrade Fernandes

Participou com a **Póster** intitulado “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação à Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal: uma Scoping Review”, no Congresso Nacional de Estomaterapia 2026, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, nos dias 27 e 28 de fevereiro, no Centro Pastoral VI em Fátima.



Joana Elvira de Abreu Alves Portela
(Comissão Científica)

Bruno Miguel Francisco Alves
Presidente da Direção da APECE (2025-2028)