



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Enfermagem de Reabilitação no controlo de
sintomas da pessoa com doença ameaçadora da
vida**

Maria do Rosário Espinheira Neto Fortunato

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Enfermagem de Reabilitação no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida

Maria do Rosário Espinheira Neto Fortunato

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Alice Ruivo

Arguente: Eugénia Grilo

Orientador: Maria José Bule

Setúbal, 2023

“Podemos fazer a diferença na vida daqueles que nos procuram e temos o privilégio de servir e tratar, podemos ser transformadores neste nosso caminho de ajudadores. E seguramente, também nós somos transformados.”

(Neto, 2022)

O meu agradecimento às pessoas que me acompanharam, tornando possível a finalização de mais uma etapa da minha formação, particularmente:

À professora M^a José Bule, pela persistente e motivadora orientação e pela sua contínua disponibilidade.

Às enfermeiras Helena Vicente, Cátia Gamito, Sandra Gomes e Dora Morgado, orientadoras nos locais de estágio, pelo espírito de entreatuda e por todos os conhecimentos transmitidos, que muito contribuíram para o meu crescimento tanto profissional, como pessoal.

Aos doentes, pela positiva recetividade face à minha intervenção, tornando toda esta experiência muito gratificante.

Às minhas colegas de trabalho, pela valorização do meu esforço e pela compreensão das minhas ausências.

À minha família, pela compreensão face ao tempo que os privei da minha presença e, sobretudo aos meus filhos, pelo amor incondicional, mesmo quando a mãe estava cansada e com menos paciência. Sem os vossos mimos, não teria sido possível!

RESUMO

Com o envelhecimento populacional e a elevada taxa de incidência de doença crónica, cada vez mais pessoas necessitarão de cuidados promotores do conforto e da qualidade de vida. Este relatório pretende evidenciar a aptidão incrementada para a reflexão crítica face às práticas desenvolvidas, com foco no projeto de intervenção “Enfermagem de Reabilitação no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida”. Este projeto foi implementado com o objetivo de identificar resultados sensíveis aos cuidados de reabilitação a essa população. Foi utilizada a metodologia de estudos de caso múltiplos. Os resultados obtidos revelaram uma melhoria ao nível do autocuidado, funcionalidade e prevenção do risco, bem como ao nível do controlo de sintomas como a dor, a dispneia e a ansiedade. Conclui-se que a intervenção de Enfermagem de Reabilitação pode ser decisiva na gestão de limitações e de sintomas, melhorando o conforto e a qualidade de vida dos doentes e famílias.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Enfermagem de Reabilitação, Controlo de Sintomas.

ABSTRACT

With the aging population and the high incidence rate of chronic diseases, more and more people will require care that promotes comfort and quality of life. This report aims to highlight the ability to critically reflect on the practices developed, with a focus on the intervention project "Rehabilitation Nursing in symptom control in people with a life-threatening illness". This project was implemented with the objective of identifying sensitive outcomes for rehabilitation care to this population. Multiple case study methodology was used. The results revealed an improvement in self-care, functionality and risk prevention, as well as in the control of symptoms such as pain, dyspnoea and anxiety. We conclude that the intervention of Rehabilitation Nursing may be decisive in managing limitations and symptoms, improving the comfort and quality of life of patients and families.

Keywords: Palliative Care, Rehabilitation Nursing, Symptom Control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AV – Atividades de Vida

AVD – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EN – Escala Numérica

ER – Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência cardíaca

FM – Força Muscular

FR – Frequência respiratória

IPOS – Integrated Palliative Care Outcome Scale

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MI – Membro inferior

MRC – Medical Research Council

MS – Membro superior

NA – Não aplicável

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação funcional motora

RFR – Reeducação funcional respiratória

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SpO2 – Saturação periférica de oxigénio

SV – Sinais vitais

TA – Tensão arterial

TUG – Time Up and Go teste

UC – Unidade Curricular

UPP – Úlcera por pressão

WHO – World Health Organization

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1 – Fluxograma demonstrativo do processo de seleção de artigos	32
Figura 2 – Diagrama do cuidar em Enfermagem Gerontológica de Katherine Kolcaba	38
Figura 3 – Intervenções promotoras do bem-estar e do auto-cuidado	55
Figura 4 – Intervenções de readaptação funcional	56

Índice de gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Sintomas mais frequentes pela aplicação da escala IPOS nas primeiras avaliações	50
Gráfico 2 – Avaliação de SV nas primeiras avaliações	52
Gráfico 3 – Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação	54
Gráfico 4 – Evolução do risco de UPP após intervenção de ER	57
Gráfico 5 – Evolução do risco de quedas após intervenção de ER	58
Gráfico 6 – Evolução do tempo de realização do TUG teste após intervenção de ER	59
Gráfico 7 – Evolução da ansiedade após intervenção de ER	60
Gráfico 8 – Evolução da depressão após intervenção de ER	61
Gráfico 9 – Repercussão da intervenção de ER sobre o padrão respiratório	61
Gráfico 10 – Resultados baseados nas sensações relatadas após cuidados de ER	62

Índices de tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Descritores utilizados nas bases de dados	31
Tabela 2 – Formulação da equação de pesquisa	31
Tabela 3 – Critérios de inclusão e exclusão	32
Tabela 4 – Risco de UPP e quedas nas primeiras avaliações	48
Tabela 5 – Graus de dependência e de funcionalidade nas primeiras avaliações	49
Tabela 6 – Avaliação da dor e da dispneia com os vários instrumentos de avaliação	51
Tabela 7 – Apresentação de tempos de realização do TUG teste nas primeiras avaliações	53
Tabela 8 – Evolução dos graus de autocuidado e funcionalidade ao longo da intervenção de ER	59

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	18
1.1. Análise do Envolvimento.....	20
2. ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS	23
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	26
3.1. Principais Conceitos	26
3.2. Revisão Integrativa da Literatura (RIL).....	30
3.3. Modelos e Teorias Conceptuais	37
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	40
4.1. Objetivos	40
4.2. Participantes.....	41
4.3. Métodos ou Procedimentos Metodológicos.....	41
4.4. Etapas do Projeto de Intervenção.....	41
4.5. Recolha de dados	44
4.6. Procedimentos éticos.....	Erro! Marcador não definido.
4.7. Análise dos dados.....	45
5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	47
5.1 Caracterização dos participantes	47
5.2. Caracterização dos sintomas.....	48
5.3. Diagnósticos de ER	54
5.4. Intervenções de ER.....	55
5.5. Resultados da Intervenção de ER.....	57
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	64
7. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS REFERENTES AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	67
7.1. Competências de Mestre	67
7.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	68
7.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de ER.....	70
7.4. Competências Específicas do EEER no âmbito do projeto de intervenção – controlo sintomático da pessoa com doença ameaçadora de vida	73
8. CONCLUSÃO	75
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

ANEXOS

Anexo I – Índice de Barthel.....	I
Anexo II – Escala de Lawton-Brody.....	II
Anexo III – Escala de RASS.....	III
Anexo IV – Teste de Relógio.....	IV
Anexo V – Escala de Braden.....	V
Anexo VI – Escala de Quedas de Morse.....	VI
Anexo VII – Time Up and Go teste.....	VII
Anexo VIII – Escala Numérica da Dor.....	VIII
Anexo IX – Medical Research Council Muscle Scale.....	IX
Anexo X – Integrated Palliative Care Outcome Scale.....	X
Anexo XI – Aprovação do projeto pelo IPS.....	XII
Anexo XII – Aprovação do projeto pela instituição de acolhimento.....	XIII

APÊNDICES

Apêndice A – Apresentação dos resultados dos artigos incluídos na RIL.....	XV
Apêndice B – Formulário para consentimento informado.....	XIX
Apêndice C – Dados de caracterização dos participantes.....	XXI
Apêndice D – Dados de caracterização dos sintomas: risco de UPP e quedas.....	XXII
Apêndice E – Dados de caracterização do autocuidado e funcionalidade.....	XXIII
Apêndice F – Dados de caracterização da função motora e neurológica.....	XXIV
Apêndice G – Dados de caracterização dos sintomas físicos (IPOS).....	XXV
Apêndice H – Dados de avaliação hemodinâmica e dor.....	XXVI
Apêndice I – Dados de caracterização dos sintomas psicológicos e espirituais (IPOS).....	XXVII
Apêndice J – Dados de avaliação da função respiratória.....	XXVIII
Apêndice L – Intervenções implementadas no projeto.....	XXIX
Apêndice M – Resultados obtidos ao nível de sintomas após intervenção de ER.....	XXXI

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório e na sequência das Unidades Curriculares Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final, integradas no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação (2021-2023), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal¹.

Após os estágios de natureza profissional, o ciclo de estudos que conduz ao grau de mestre pressupõe um relatório relativo aos mesmos (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018), o qual será posteriormente submetido a prova pública. Com o relatório, pretende-se que o mestrando seja, portanto, capaz de evidenciar a aptidão desenvolvida para reflexão crítica face às práticas concretizadas. Para tal pressupõe-se que seja capaz de: fundamentar escolhas baseadas no raciocínio e na evidência científica, descrever e avaliar o desenho criado para o projeto de intervenção e a implementação do mesmo, e, de prestar prova pública deste mesmo relatório.

Para a realização dos estágios pesou bastante a atual (e já de há vários anos) área de cuidados da mestranda, os Cuidados Paliativos, e o enorme sentido de realização profissional que, trabalhar com esta tipologia de doentes, traz diariamente. Neste sentido, aquando da abertura das candidaturas para este curso de Mestrado, a primeira opção da área de especialização foi Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação paliativa. Contudo, a não abertura da mesma, levantou outra possibilidade, a Enfermagem de Reabilitação, tendo, desde o momento da efetivação da matrícula, permanecido um foco principal: o de desenvolver competências na área da Reabilitação, direcionando-as para os doentes alvo na prestação diária de cuidados, ou seja, para pessoas com doença ameaçadora da vida.

Neste sentido, a escolha dos estágios, tendo em conta as três áreas de intervenção obrigatórias – músculo-esquelética, neurológica e cardiorrespiratória – recaiu num serviço de Ortopedia e num serviço de Medicina, ambos do mesmo hospital, o mais próximo do local de residência da mestranda pelo facto de facilitar a gestão de papéis sociofamiliares acumulados. Também a escolha dos orientadores clínicos teve uma condição importante para que a realização dos estágios se tornasse possível: a realização de outros turnos além dos da manhã, pela

¹ Conforme o plano aprovado e publicado no aviso nº 16126/2019, publicado em D.R. – 2ª série, nº 195, de 10 de outubro de 2019 Decreto nº 16126/2019, d. d. o. (2019). *Diário da República 2ª Série, nº 195. Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República: Ordem dos Enfermeiros.

incompatibilidade deste mesmo horário com o regime de horário fixo exercido na prática profissional.

Como primeiro estágio, respeitante à Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação, a escolha incidu na da pessoa com compromisso do sistema músculo-esquelético e na realização do mesmo num serviço de Ortopedia, tendo propositadamente as outras duas áreas ficado para realizar no estágio seguinte. Deste modo, seria possível uma dedicação mais prolongada e de forma contínua aos cuidados de ER a pessoas com doença ameaçadora de vida, uma grande parte internada nos serviços de Medicina. Esta foi mesmo uma das razões pela qual se optou por fazer todo o período do estágio final no serviço de Medicina tendo sido abdicado do estágio inicialmente pensado no serviço de Hospitalização Domiciliária, por se prever uma menor prevalência dos doentes em questão.

Enquanto o principal objetivo do primeiro estágio foi transpor para a prática os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares teóricas do 1º ano de mestrado, no sentido de começar a ganhar confiança na prestação de cuidados de reabilitação – no caso, em pessoas com compromisso músculo-esquelético –, no estágio final houve uma intenção clara de focar a atuação de Enfermagem de Reabilitação nas pessoas com doença ameaçadora de vida, sem que tenha havido desinvestimento nos cuidados de reabilitação a pessoas noutros contextos.

Para o projeto de intervenção, a desenvolver durante os estágios, o tema escolhido seguiu esta mesma direção, tendo a proposta incidido na “**Enfermagem de reabilitação no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida**”. Como principal objetivo do projeto, pretende-se identificar os resultados sensíveis aos cuidados de reabilitação na gestão de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida. Para tal, espera-se que a mestranda seja capaz de demonstrar evidência científica do benefício de cuidados de reabilitação em Cuidados Paliativos e refletir sobre a sua importância em qualquer fase de uma doença avançada e progressiva.

Torna-se, assim, fundamental a apresentação de alguns conceitos principais, nomeadamente: Cuidados Paliativos, Enfermagem de Reabilitação, Controlo de Sintomas.

Sendo os Cuidados Paliativos definidos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida” (WHO, 2020, para.9), é estimado pela WHO que, a cada ano, 40 milhões de pessoas precisem de cuidados paliativos, integrados numa ampla gama de doenças crónicas e prolongadas. Neste sentido, os Cuidados Paliativos, com base numa precoce identificação e numa correta avaliação das necessidades, permitem o tratamento de problemas quer de ordem física, quer psicossocial ou espiritual, com vista à evicção ou ao alívio do sofrimento, apoiando utentes e cuidadores através de uma abordagem multidisciplinar (WHO,

2020). Desta forma, são atendidas necessidades práticas, ajudando a pessoa a viver da forma mais ativa possível até a morte.

Por outro lado, os cuidados de reabilitação visam: prevenir complicações de uma maior incapacidade física; encorajar a participação não só da pessoa, mas também da família; intervir e aplicar exercícios terapêuticos, com vista ao maior nível de independência possível nas atividades de vida diárias; promover a qualidade de vida e a dignidade humana (Hoeman, 2000).

Como é visível, os Cuidados Paliativos e a Enfermagem de Reabilitação “tocam-se” em vários pontos. Os primeiros à semelhança da segunda, devem ser centrados na pessoa, colocando-a a ela e à sua família no centro das decisões acerca da sua saúde, e são ambos integrados no trabalho conjunto da equipa multidisciplinar que lhe presta cuidados, com vista ao melhor resultado possível (Lopes, 2021).

Desta forma, importa introduzir o domínio de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretendendo-se em Cuidados Paliativos que seja capaz de avaliar o nível de autonomia, a funcionalidade e os sintomas apresentados, com vista à conceção de planos de intervenção o mais individualizados possível, maximizando a autonomia e funcionalidade nas atividades de vida diárias, promovendo, entre outras coisas, o conforto da pessoa (Regulamento nº.392/2019 de 3 de Maio, 2019).

Neste relatório, merece, assim, destaque a Teoria (de médio alcance) do Conforto de Kolcaba, que define o conforto como “a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades” (Dowd, 2004, p. 484), surgindo vários tipos de conforto – alívio, tranquilidade e transcendência – em vários tipos de contexto – físico, psico-espiritual, social e ambiental. As medidas de conforto correspondem, pois, a intervenções de enfermagem que abordam necessidades de conforto aos mais variados níveis (Dowd, 2004).

Deste modo, o presente trabalho encontra-se dividido em cinco partes. Numa primeira, é feita a descrição dos diferentes contextos de cuidados que acolheram o desenvolvimento do projeto, englobando ainda caracterização da população alvo de cuidados e recursos existentes. Numa segunda, é feita a análise das atividades desenvolvidas e cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nesses mesmos contextos. Posteriormente, são definidos os principais conceitos deste relatório, reforçados pela apresentação da revisão integrativa da literatura e contextualização nos modelos e teorias de enfermagem, edificando assim o enquadramento concetual do presente trabalho. Enquadrado o trabalho, é apresentado o projeto de intervenção profissional, incluindo objetivos, metodologia e etapas de desenvolvimento do mesmo, mas também dados obtidos na sua implementação, sendo eles

analisados e discutidos. Por fim, são descritas as competências desenvolvidas ao longo do Mestrado, e mais concretamente ao longo dos estágios, relativamente à área de especialidade.

O documento foi redigido conforme o novo acordo ortográfico, o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Setúbal e a 7ª Edição das Normas da *American Psychological Association*.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Considerando os Cuidados Paliativos como “cuidados intensivos de conforto” que visam prevenir e aliviar o sofrimento, a reabilitação assume um papel necessário e decisivo na eficaz preparação e gestão das limitações que vão surgindo (Alves & Babo, 2021). Para tal, é indispensável ter noção das necessidades tanto da pessoa como da família, para que problemas não só físicos, mas também psico-espirituais e sociais, sejam prontamente identificados. A Enfermagem de Reabilitação (ER) é favorável à resolução de muitos desses problemas pois permite satisfazer necessidades relacionadas com a perda de capacidade funcional, fadiga, dor, dispneia, alterações anímicas e cognitivas e perda de bem-estar e de qualidade de vida (Minosso et al., 2016).

Ora, numa sociedade progressivamente mais idosa, o aumento da dependência e a diminuição da funcionalidade, tanto relacionada com a idade como com o crescente aumento de doenças crónicas, torna-se inevitável. Todas as doenças graves e limitantes, ameaçadoras da vida representam uma colossal carga para a sociedade e não menos para os sistemas de saúde, pelo que uma ER de excelência pode evidenciar ganhos em saúde, quer na prevenção de incapacidades, quer na recuperação de capacidades, com o objetivo de potenciar a autonomia. Deste modo, os cuidados de reabilitação são possíveis nos mais diversos contextos da prática diária. Apesar do contexto ambulatório acolher cada vez mais cuidados especializados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), tanto nos cuidados de saúde primários, como na hospitalização domiciliária ou nos cuidados continuados, o contexto hospitalar sempre se apresentou como o mais dotado de enfermeiros desta especialidade (Gaspar, 2021).

Foi em contexto hospitalar que decorreram as vivências a que este relatório se reporta, importando fazer uma caracterização dos ambientes onde a prática foi desenvolvida, o que, por sua vez, facilitará a compreensão das competências adquiridas, descritas mais adiante neste trabalho.

O primeiro ensino clínico, o de reabilitação músculo-esquelética, decorreu no serviço de Ortopedia de um hospital central, durante seis semanas e visou o início da aplicação dos conhecimentos, previamente obtidos nas UC teóricas, na prática clínica. Apesar de não ter permitido direcionar os cuidados de reabilitação no sentido do projeto de intervenção proposto,

possibilitou a hipótese de intervir em pleno na pessoa com compromisso do sistema músculo-esquelético, promovendo a sua readaptação funcional, bem como a prevenção de complicações pós-cirúrgicas, sobretudo de cirurgia de substituição das articulações².

O facto desta cirurgia ser hoje um tratamento de eleição, leva a que a intervenção do EEER, junto de pessoas com compromisso músculo-esquelético, continue a ser reiterada em contexto hospitalar, uma vez que tanto as situações agudas, muitas vezes urgentes, bem como as eletivas, levam frequentemente a internamento hospitalar. Neste contexto, é muitas vezes gerada uma maior dependência do autocuidado, ainda que transitória, sendo a prestação do EEER no sentido de recuperar a independência perdida e de promover o autocuidado. Apesar do elevado número de cirurgias realizadas, foi evidente, no quotidiano no serviço de Ortopedia, a importância da intervenção do EEER no alcance desse objetivo, contribuindo afincadamente para internamentos muito curtos (em média três a quatro dias), após os quais a pessoa consegue regressar a casa e realizar a sua vida diária quase de forma independente, ainda que ajustada às limitações exigidas pelo procedimento cirúrgico, sendo também estas foco dos ensinamentos do EEER durante o internamento.

Durante o período em que este primeiro estágio decorreu, foi-nos proporcionada uma outra experiência de aprendizagem num centro regional de reabilitação, cujo principal objetivo é potenciar a funcionalidade da pessoa com deficiência, incitando-a a participar no autocuidado, e promover a acessibilidade, facilitando desta forma a sua integração social. Sendo as atividades de vida (AV), segundo Roper et al. (1995), influenciadas não só por fatores internos (biológicos e psicológicos) mas em grande parte por fatores externos (socioculturais, ambientais e político-económicos), interessa ao EEER focar a sua intervenção também nas barreiras arquitetónicas existentes quer dentro da habitação quer fora da mesma.

O ensino clínico integrado na UC Estágio Final teve a duração de dezasseis semanas e envolveu as áreas de reabilitação respiratória e neurológica, tendo sido realizado no serviço de Medicina, do mesmo hospital central. Sendo um serviço que assiste a doentes da área da medicina interna, permitiu o enfoque dos cuidados de ER no tipo de doentes para o qual o projeto de intervenção foi direcionado, pois no hospital em questão, os serviços de Medicina recebem grande parte dos doentes oncológicos, neurológicos não agudos e com insuficiência de órgão que necessitam de

² Cirurgia que, graças a avanços significativos em termos de tratamento cirúrgico, se tornou na intervenção mais eficaz para a osteoartrite grave, sobretudo entre pessoas com 60 ou mais anos de idade por ser capaz de reduzir a dor e a incapacidade associadas à doença, restaurando a alguns utentes uma função quase normal (OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

internamento. Desta forma, considera-se bastante válida a escolha deste serviço para este estágio e para a implementação do projeto de intervenção criado.

Ainda assim, foi procurada uma outra visão de cuidados de reabilitação num hospital de referência de pessoas com cancro, nomeadamente um centro oncológico, onde foi realizada uma semana de observação participante orientada por enfermeira especialista, num contexto de práticas clínicas com cuidados de ER protocolados, o que possibilitou a vivência da ER numa realidade diferente.

Neste sentido, e porque a reabilitação está indicada para todas as fases de doenças progressivas e incapacitantes, um dos focos foi também a promoção de um controlo de sintomas que permitisse à pessoa e família aproveitarem da melhor forma o tempo remanescente. No entanto, os objetivos não são universais e o mau prognóstico, associado a uma baixa expectativa de vida, influencia necessariamente o tipo de intervenções que delineiam um programa de reabilitação, tendo sido desenvolvidas intervenções preventivas, restaurativas, de suporte e paliativas propriamente ditas (Jorge, 2014).

1.1. Análise do Envolvimento

Ao olhar para dados recentes da estatística sociodemográfica nacional, verifica-se que a população portuguesa apresenta um aumento exponencial do índice de envelhecimento (atualmente por cada 100 jovens existem 161 idosos), associado ao aumento do índice da população idosa (22%) e à diminuição da população jovem (14%) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020). Além do envelhecimento, também a evidência de existência de doença crónica ou problema de saúde prolongado (com duração igual ou superior a seis meses) é cada vez maior, sendo, no ano de 2020, uma realidade em 43,2% da população com 16 e mais anos e em 73,8% da população com idade igual ou superior a 65. No que respeita à realização de atividades habituais, aproximadamente um terço da população com 16 ou mais anos (32,1%) revelou sentir-se limitado devido a um problema de saúde - 23,6% mencionaram limitação não severa, enquanto 8,5% mencionaram limitação severa (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Considerando os dados referentes à presença de limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável à nascença era de 59,2 anos (mulheres com 57,8 anos e homens 60,6 anos), sendo que a esperança de vida foi estimada em 80,93 anos para o total da população no triénio terminado em 2019 (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Tendo os estágios sido desenvolvidos num hospital do interior sul do país, estas características são ainda mais evidentes na população abrangida pelo mesmo, verificando-se, no distrito, 23,5% da população com 65 ou mais anos e um aumento de 41 idosos por cada 100 jovens, face ao ano de 2011 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

A WHO estima ainda que, a cada ano, 40 milhões de pessoas precisem de cuidados paliativos, integrados numa ampla gama de doenças crónicas e prolongadas, nomeadamente: doenças cardiovasculares (38,5%), cancro (34%), doenças respiratórias crónicas (10,3%), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (5,7%) e diabetes (4,6%), estendendo-se a muitas outras condições, tais como insuficiência renal, doença hepática crónica, esclerose múltipla, demência, anomalias congénitas ou tuberculose resistente a medicamentos (WHO, 2020).

No serviço de Ortopedia, foi tida a noção da prevalência de uma dessas doenças crónicas que impedem uma vida saudável, a osteoartrite, que nos países desenvolvidos se encontra entre as dez doenças mais incapacitantes (OECD, 2017). Já no serviço de Medicina, grande parte da população internada inseria-se em dois grandes grupos: a) doentes idosos com múltiplas comorbilidades (entre elas, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, demência, insuficiência renal), sendo internados por intercorrências cardio-respiratórias e neurológicas; b) doentes em idade adulta, ativos profissionalmente, com doenças oncológicas em fase avançada recentemente diagnosticadas. Ora tanto uns como outros permitiram uma abordagem da ER no sentido do conforto e da maximização da funcionalidade, tendo em conta as limitações existentes.

Em ambos os serviços, a equipa de enfermagem engloba um enfermeiro chefe, enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, fazendo parte de uma equipa multidisciplinar, com médicos, assistentes operacionais e administrativas, fisioterapeutas e nutricionista. Concretamente, face aos enfermeiros em geral e aos enfermeiros especialistas em particular, é importante, para segurança do doente, que haja dotações seguras nas instituições de saúde, estando preconizado para os serviços de internamento hospitalar dois EEER por cada quinze doentes, o que serviria para assegurar doze horas de cuidados de reabilitação diárias (Regulamento nº 743/2019, 2019). Contudo, os rácios não respeitam essas dotações, sobretudo desde o início da pandemia Covid19, em que os serviços de saúde funcionaram com as condições e recursos mínimos.

No serviço de Medicina, apesar de ter vários EEER, apenas em alguns dias, e no turno da manhã, fica um adstrito aos cuidados de reabilitação, sem ter doentes atribuídos, verificando-se um elevado nível de insatisfação quer emocional quer profissional da equipa em geral. Também a nível de material de apoio à reabilitação, verificou-se alguma escassez e falta de manutenção do

material existente, nomeadamente dos auxiliares de marcha. Além destes, o serviço dispõe de almofadas de gel, triângulos, sacos de areia, ábaco aberto vertical, pesos, bola, bastão.

Por outro lado, no serviço de Ortopedia, os enfermeiros especialistas têm desenvolvido muito trabalho de apoio aos cuidados, havendo quase sempre, no turno da manhã e às vezes à tarde, um EEER destacado para este tipo de cuidados. Inclusivamente, os EEER estão, em conjunto com o enfermeiro gestor, empenhados em elaborar indicadores de processo e resultado para posterior avaliação dos ganhos em saúde. Ainda a salientar que é um serviço que dispõe de variados recursos materiais, nomeadamente almofadas de gel, triângulos de abdução, artromotores, talas de estabilização de locais de fratura, material de ortótese cervical e toracolombosagrada, sacos de areia, auxiliares de marcha (tripé, canadiana, andarilho). Possui ainda um pequeno ginásio de fisioterapia, que desde a pandemia de Covid19, ficou subaproveitado, sendo pouco utilizado desde então devido a todos os procedimentos implicados em termos de controlo de infeção.

Quanto ao serviço do Centro Oncológico em que tive a oportunidade de estagiar, sendo um serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com integração das especialidades de Otorrinolaringologia e Endocrinologia, tem internados doentes submetidos normalmente a cirurgias muito extensas, causadoras de alterações funcionais marcantes tanto do foro respiratório, com necessidade de uma via aérea alternativa (traqueotomia ou estoma respiratório), como do foro sensório-motor, causadas por lesões dos pares cranianos e alterações da mobilidade. Os internamentos por vezes estendem-se por longos períodos ou tendem a ser reincidentes, uma vez que as complicações no pós-operatório são comuns, refletindo-se estas numa frequente causa de morbilidade e mortalidade. A incidência e a gravidade destas complicações deve-se não só aos riscos inerentes à própria cirurgia (tipo, altura da incisão, duração e duração do tempo de ventilação mecânica necessário), mas também a fatores de risco relacionados com o próprio doente (idade superior a 50 anos, desnutrição, alterações metabólicas, patologia respiratória prévia e tabagismo, entre outras) (Branco, 2012). O período de observação participante no Centro Oncológico permitiu o contacto com um projeto de reabilitação integrado, multiprofissional que possibilita, não só estruturar os cuidados, como também produzir dados de eficácia, promovendo o desenvolvimento de evidências e o incremento do corpo de conhecimentos na área da especialidade.

No que concerne ao departamento de AVD, a equipa é toda ela formada por EEER, desempenhando eles um papel crucial na capacitação quer do próprio doente, quer do cuidador, integrando-os nos cuidados necessários, com o objetivo de obterem ganho ao nível do autocuidado, e apoiando, a todos os níveis – técnico, logístico, arquitetónico, burocrático –, a sua adaptação e inclusão na sociedade.

2. ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS

O EEER, nos serviços onde os estágios se concretizaram, frequentemente assume funções de gestão do serviço. Por outro lado, e sobretudo na Ortopedia, bem como no centro Oncológico, o EEER tem desenvolvido algumas normas de atuação relativas a práticas e procedimentos de enfermagem, que existem em suporte físico, bem como folhetos informativos, distribuídos e explicados aos utentes durante o internamento. Até mesmo pelo resto da equipa multidisciplinar, nomeadamente equipa médica, se observa uma valorização expressa da intervenção do EEER, na forma como estes cooperam no sentido do sucesso cirúrgico pleno: ganhos na funcionalidade e na qualidade de vida dos doentes.

Relativamente aos cuidados prestados é fundamental uma apreciação de enfermagem inicial, sendo, com frequência, o EEER, no caso da Ortopedia e da Cirurgia Cabeça e Pescoço, que posteriormente informa sobre as limitações/dificuldades com que a pessoa se deparará nos dias/semanas seguintes, preparando-a desde o início para a reintegração social e para a independência no auto-cuidado. A partir daqui, e de acordo com as dúvidas apresentadas desde início, é avaliado o potencial de melhoria de conhecimentos e capacidades, sendo o plano de cuidados de enfermagem traçado de acordo com toda essa avaliação inicial. No pós-operatório, o EEER é dos primeiros profissionais a intervir com o doente no regresso à enfermaria, promovendo o levantar o mais precocemente possível e o início do plano de reabilitação assim que a pessoa reúne condições, dando continuidade a este trabalho em parceria com o médico e em articulação com o serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR), com frequência na pessoa do fisioterapeuta.

No processo clínico informatizado de cada utente, existe toda a informação que a si diz respeito desde a admissão, incluindo meios complementares de diagnóstico e registos da equipa multidisciplinar, nomeadamente equipa médica e de enfermagem. Também todas as intervenções do EEER são registadas e avaliadas diariamente no processo informático do doente através do S-clinic, ainda que, neste sistema de informação, alguns diagnósticos de ER continuam a não surgir associados a focos de atenção selecionados nos documentos que sustentam o colégio da especialidade de ER. Nos focos com diagnósticos em falta, os registos destas intervenções são

feitos em nota descritiva. Este tipo de registos teve particular atenção no centro de Oncologia, tendo o serviço, através da enfermeira especialista, organizado uma tabela com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, contemplativa de focos de atenção, diagnósticos, intervenções e resultados de ER, a partir da qual desenhou um projeto de intervenção em que avalia esses focos definidos como indicador de resultado. A avaliação dos mesmos culmina em relatórios, habitualmente trimestrais, apresentados por uma equipa de projeto para a implementação de cuidados em ER, na qual a enfermeira está integrada. Nesses relatórios é feita uma análise dos doentes operados, aos quais foi feita reeducação funcional respiratória (RFR) e motora (RFM), e quais as perdas ou ganhos ao nível do grau de dependência. Os resultados deste projeto já publicados demonstram melhoria da funcionalidade nos doentes que precocemente iniciam cuidados de ER (Moreira, 2023).

Os instrumentos de avaliação utilizados pela equipa de enfermagem, na principal instituição de acolhimento dos dois estágios, são a escala numérica da dor, a escala de Braden e a escala de Morse; na Ortopedia, o EEER aplica ainda com regularidade o Índice de Barthel, a escala de Tinetti e a escala de Medical Research Council (MRC).

Para a definição de diagnósticos, objetivos e intervenções é também tido em conta o contexto domiciliário de cada pessoa, como por exemplo a existência de escadas ou outras barreiras arquitetónicas ou a ausência de dispositivos auxiliares por exemplo na casa de banho; sempre que necessário, é efetuada articulação também com a assistente social do serviço para agilização de produtos necessários ou para referenciação à Equipa de Gestão de Altas.

No departamento de AVD do centro especializado, todo este trabalho de integração social é reforçado com recurso a uma ampla variedade de dispositivos auxiliares e estruturas adaptativas, sendo o próprio EEER que solicita o apoio para produtos necessários a cada doente. Salienta-se todo o enfoque em manter a funcionalidade, havendo investimento em diversas áreas nesse sentido, nomeadamente treino de equilíbrio, de coordenação e de motricidade fina, inserido totalmente na participação no autocuidado, desde banho, vestuário, higiene pessoal e alimentação a eliminação, com o uso do sanitário e banheira com adaptação aos dispositivos auxiliares necessários em cada fase do programa de reabilitação.

No serviço de Medicina, e sobretudo durante a pandemia, os cuidados de ER ficaram subvalorizados, tendo a escassez de recursos humanos retirado dos cuidados de reabilitação os enfermeiros especialistas. No período do estágio, assistiu-se ao esforço do serviço em devolver a importância devida ao EEER, havendo um enfermeiro, sempre que possível, escalado para a

prestação exclusiva deste tipo de cuidados no turno da manhã, investindo sobretudo na RFM, prestando cuidados em complementaridade com o serviço de MFR, nomeadamente fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional. Contudo, no turno da tarde, não existe rácio suficiente para dar continuidade a esse tipo de cuidados, sendo os cuidados de ER integrados pelos enfermeiros especialistas na prestação de cuidados gerais. Não existe, neste momento, cuidados estruturados, que sejam registados e avaliados ao longo das doze horas nas quais os cuidados de ER deviam ser garantidos segundo os rácios definidos em internamento hospitalar (Regulamento nº 743/2019, 2019). Ainda assim, a orientação e supervisão clínica foi possível e revelou-se integrativa de cuidados, potenciando a aprendizagem de técnicas através da observação de peritos, o que posteriormente facilitou o transpor esses cuidados para o contexto que se pretendia explorar.

Nesta conjuntura, foi, com frequência, associada aos cuidados de ER, com o principal objetivo de alívio de sintomas, muitas vezes com intuito paliativo, sobretudo da dor, a aromaterapia e a terapia comportamental em conjugação com a massagem terapêutica, uma vez que as terapias alternativas e o uso da Medicina complementar se têm revelado muito importantes para minimizar o impacto da doença (Serôdio, 2014).

3. ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

A maior parte das doenças que ameaçam a continuidade da vida, por todas as alterações provocadas, quer a nível físico, quer a nível psicológico e espiritual, são acompanhadas, durante todo o seu percurso, pela perda de funcionalidade, sendo fundamental que haja profissionais de saúde especializados que compreendam este profundo impacto causado pela doença, desde o diagnóstico até à morte, e que se empenhem nos cuidados integrais do doente e família com o grande objetivo de minimizar esse mesmo impacto (Minosso et al., 2016; Neto, 2022).

A relação entre a reabilitação e os cuidados paliativos é há muito falada, sendo que Twycross (2001) considerava já que a reabilitação estava incluída nos cuidados paliativos, uma vez que era objetivo destes, auxiliar e contribuir para a melhoria funcional, com inclusão dos fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais, mesmo que a progressão da doença limitasse esses resultados.

Neste sentido, foi feita pesquisa de evidência clínica através de uma revisão integrativa da literatura, sendo que antes importa definir alguns conceitos fundamentais.

3.1. Principais Conceitos

Apesar de conceitos como autonomia ou autocuidado estarem alicerçados na enfermagem desde o seu início como profissão, com Florence Nightingale a valorizar a capacidade da pessoa fazer ela própria, mesmo doente, as suas atividades, o conceito de reabilitação, como intervenção especializada, surgiu apenas no final dos anos 30, tendo sido oficialmente considerada uma especialidade médica, somente em 1947, nos Estados Unidos da América (Hoeman, 2000).

Mas, historicamente, a enfermagem de reabilitação teve origem nas guerras mundiais com o principal intuito de recapacitar os soldados feridos de modo a voltarem a combater ou regressarem a casa. Em Portugal, a enfermagem de reabilitação começou a desenvolver-se durante o Salazarismo e consequentemente às sequelas da guerra do Ultramar nos soldados envolvidos, tendo sido iniciadas, em 1959, as obras do centro de medicina de reabilitação de Alcoitão. As duas enfermeiras convidadas a integrar este centro, Maria de Graça Semião e Maria

de Lurdes Sales Luís, tornaram-se assim as primeiras EEER portuguesas, tendo ambas recebido formação nos Estados Unidos da América, entre 1963 e 1964, e iniciado no ano seguinte (1965) o primeiro curso de especialização em ER, em Portugal. Este primeiro curso teve o intuito de formar enfermeiros em exercício de funções no centro de reabilitação, tendo os seguintes começado a ser frequentados por enfermeiros de outras instituições (Schoeller et al., 2018).

Com o investimento na formação, começou a ter-se repercussão na prática e os enfermeiros começaram a desenvolver a sua atividade em interligação com outras especialidades, tornando-se decisores do planeamento de intervenção à pessoa, em prol de uma atuação pluridisciplinar com um objetivo comum, centrado na recuperação e reinserção social. Com a formação, emergiu a regulamentação da prática, tendo a partir da década de 80, surgido vários documentos com orientações para a prática do enfermeiro especializado, com constantes atualizações até à versão que regulamenta hoje a prática do EEER (Marques, 2021).

Ao basear a sua prática numa investigação teórica e de resultados fidedigna, o EEER fica numa posição privilegiada para articular adequadamente os vários papéis a que está sujeito (educador, facilitador, conselheiro, gestor de caso, moderador,...), tendo obrigação de, entre outras coisas, evitar o aumento da incapacidade e prevenir complicações na pessoa a quem presta cuidados, defendendo o direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade (Hoeman, 2000).

Neste sentido, o interesse pela área da ER em cuidados paliativos, tem vindo a aumentar, em Portugal, sendo que o EEER tem integrado equipas multidisciplinares, complementando os cuidados a estes doentes através das competências que lhes estão atribuídas, com vista ao alcance de objetivos definidos com utente e família, bem como à melhoria da qualidade de vida (Santos et al., 2014).

Desta forma, importa introduzir o conceito de Enfermagem de Reabilitação enquanto área de intervenção especializada da Enfermagem, com um corpo específico de conhecimentos e procedimentos, que tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo da vida. A ER é uma área de referência que visa prevenir, recuperar e reabilitar pessoas que sofram de doença súbita ou de uma descompensação da sua doença crónica, com consequente perda de funcionalidade a um ou vários níveis (cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório). Neste sentido, promove o autocuidado e tenta não só maximizar as capacidades funcionais, independentemente da condição física da pessoa ou da natureza da sua limitação, como também prevenir complicações, potenciando uma vida com sentido e com qualidade, adaptada à sua nova condição (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Na ótica de Hesbeen (2010), a reabilitação além de uma disciplina, reflete o interesse verdadeiro pelo futuro da pessoa, independentemente do potencial de cura ou da exequibilidade

da “reparação” do seu corpo. É exatamente pela proximidade dos objetivos e pela total intencionalidade de reabilitar a pessoa, mesmo quando não há perspectiva de cura, que os conceitos de ER e de cuidados paliativos se cruzam.

Ora a primeira definição de cuidados paliativos pela WHO, em 2002, foca, como objetivo central dos mesmos, a promoção do conforto, do bem-estar e da qualidade de vida do doente, e suas famílias, devendo ser disponibilizado tudo o que vá de encontro com esta meta, sem recorrer a medidas agressivas, causadoras de um maior sofrimento. A enfermagem de reabilitação encaixa, na perfeição, nesta abordagem de cuidados e à semelhança dela, os cuidados paliativos também apenas foram definidos como conceito na década de 60, em Inglaterra, por Cicely Saunders, apesar de terem um historial ainda mais antigo, que remonta ao século XIX, em que sobretudo grupos religiosos se dedicavam a dar assistência aos moribundos. Essa enfermeira, que posteriormente se formou em medicina, pretendeu alertar para a necessidade de prestar, a pessoas com doenças incuráveis, progressivas e avançadas, cuidados, não de caridade como até então, mas de rigor científico e de qualidade (Neto, 2010).

Por toda a evolução da sociedade e o aumento de doenças crónicas, também a WHO tem sentido necessidade de atualizar o conceito, remetendo a mais recente definição de cuidados paliativos para “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados à doença que ameaça a vida” (WHO, 2020, para.9).

Analogamente, o sofrimento e o medo da morte e do afastamento do ente querido, tanto do utente como da família, aparece associado ao processo de doença, sobretudo perante uma doença ameaçadora de vida, como é o caso da doença oncológica. Nela, a incerteza de um prognóstico, remete diretamente para a finitude da vida, causando um forte impacto ao nível físico, emocional, social e espiritual (Dossena & Zacharias, 2017; Guimarães & Magni, 2020).

A todas as alterações anteriormente enumeradas, frequentemente vivenciadas desde o momento do diagnóstico até à morte, soma-se a perda de funcionalidade, acompanhando, também ela, todo o percurso das doenças que ameaçam a continuidade da vida. Desta forma, e porque do declínio funcional advêm múltiplas dificuldades na realização das AVD e na capacidade de colmatar as necessidades de saúde, as intervenções de reabilitação podem tornar-se cruciais na abordagem dos cuidados paliativos (Minosso et al., 2016).

Para os portadores de doenças crónicas e prolongadas ou avançadas, a reabilitação tem, portanto, como principal objetivo, obter ganhos ao nível da qualidade de vida e do alívio do sofrimento provocado pelos sintomas e complicações, frequentemente associados e não controlados. Ao auxiliar no controlo sintomático – um dos quatro pilares fundamentais dos

cuidados paliativos –, a reabilitação contribui para que a pessoa aproveite melhor o tempo de vida que lhe resta, mas contribui também para que a família veja a sua carga, enquanto cuidadora, mais aliviada, melhorando a dinâmica familiar (Alves & Babo, 2021).

Contudo, ao delinear um programa de reabilitação é necessário e importante ter em consideração a presença de um mau prognóstico e de uma expectativa baixa de sobrevida. O planeamento tem de ser necessariamente individualizado e baseado no potencial de recuperação funcional e no desejo e motivação da pessoa, para atingir os objetivos delineados. Por sua vez, estes devem ser traçados de forma realista e viável, em função não só das limitações forçadas pela doença, mas também de acordo com o ambiente envolvente e do apoio social de que a pessoa dispõe. Simultaneamente, os objetivos devem ser também dinâmicos e reajustados de acordo com a evolução da situação do doente, favorável ou não (Jorge, 2014; Minosso et al., 2016).

Outro dos pilares básicos dos cuidados paliativos é o trabalho em equipa, uma prática, portanto corrente nessa abordagem, e que também na reabilitação é imperiosa, uma vez que, devido à variedade e complexidade dos problemas que a pessoa tem de enfrentar, só com a colaboração e coordenação entre os vários tipos de profissionais envolvidos no processo de cuidar, se consegue garantir a continuidade e integração dos cuidados.

No âmbito da “reabilitação paliativa”, a equipa multidisciplinar deve englobar: médicos de várias especialidades (fisiatria, medicina paliativa, oncologia, neurologia), enfermeiros, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, nutricionista. Neste intuito cooperativo entre especialidades, para um eficaz alívio dos sintomas e uma minimização do impacto provocado pela doença, salienta-se a importância que práticas de medicina complementar podem ter, como por exemplo acupuntura, meditação, terapias comportamentais (Ferrell et al., 2018; Jorge, 2014). Outra das terapias complementares é a aromaterapia, que, através das propriedades dos óleos essenciais, visa prevenir, reduzir ou até curar alguns sintomas, como perturbações do sono, dificuldades de foco ou ansiedade (Silva et al., 2022).

Com vista à humanização do cuidado em pessoas com doença ameaçadora de vida, a reabilitação específica para cuidados paliativos progrediu, paulatinamente, em direção ao conforto e à busca de uma funcionalidade ótima para cada doente, com objetivos flexíveis e de acordo com o prognóstico de cada um. Neste sentido Jorge (2014), descreve quatro tipos de intervenções no âmbito da reabilitação paliativa:

- Intervenções preventivas – englobam a educação do doente, no sentido de atenuar os efeitos causados pelas inaptidões previstas, com vista a melhorar o funcionamento físico e preservar a força e flexibilidade;
- Intervenções restaurativas – englobam procedimentos que promovem o retorno a níveis de funcionalidade prévios à doença, quer físico, quer psicológico e social;
- Intervenções de suporte – englobam os ensinamentos necessários à pessoa para adaptação da mesma à nova situação incapacitante provocada pela progressão da doença, com vista à maximização da sua autonomia e minimização da debilidade;
- Intervenções paliativas propriamente ditas – englobam as ações com vista a minimizar ou suprimir complicações decorrentes da progressão da doença e do conseqüente aumento da incapacidade, promovendo sobretudo o suporte e o conforto do doente.

3.2. Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

Para a elaboração da presente RIL procedeu-se à realização das várias etapas de um trabalho científico. Deste modo realizou-se a identificação do tema e definição da questão de pesquisa, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão de estudos, definiu-se as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, interpretaram-se os resultados e por fim apresentou-se a síntese do conhecimento (Mendes et al., 2008).

Para a formulação da questão à qual se pretendeu dar resposta ao longo do desenvolvimento da RIL foi utilizado o método **PICO**, onde **P** representa a população ou problema em estudo, **I** representa a intervenção, **C** representa o contexto e **O** representa os resultados esperados (Sousa et al., 2018). Assim, designou-se como **P**, a pessoa com doença ameaçadora de vida; como **I**, o contributo da ER; como **C**, o não contributo; e, como **O**, o controlo de sintomas.

Formulou-se assim a seguinte questão de investigação: qual o contributo da ER no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora de vida? Ao responder a esta questão pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar os sintomas a que a intervenção da ER pode ajudar a controlar no âmbito da pessoa com doença ameaçadora da vida;
- Identificar os cuidados de ER que podem ajudar no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida;

- Compreender de que forma podem os cuidados de ER ajudar na melhoria da capacidade funcional da pessoa com doença ameaçadora da vida.

Posto isto, procedeu-se à seleção dos descritores de saúde tendo sido confirmados no DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde - por forma a utilizar terminologia reconhecida internacionalmente. Foram ainda utilizados sinónimos em inglês de forma a englobar todos os artigos que pudessem ter interesse para a RIL, estando os mesmos descritos na tabela nº 1.

Tabela nº 1 - Descritores utilizados nas bases de dados

Descritores de Ciências da Saúde	Descritores Naturais
Enfermagem em Reabilitação	Enfermagem em Reabilitação
Rehabilitation Nursing	Rehabilitation Nursing
Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos
Palliative Care	Palliative Care

A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados EBSCO. Foram utilizados os operadores booleanos: AND e OR de forma a articular os vários descritores e formular a equação de pesquisa, representada na tabela nº 2.

Tabela nº 2 – Formulação da equação de pesquisa

EBSCO
“Rehabilitation*” OR “Reabilitação”
AND
“Nursing*” OR “Enfermagem*”
AND
“Cuidados Paliativos” OR “Palliative Care”

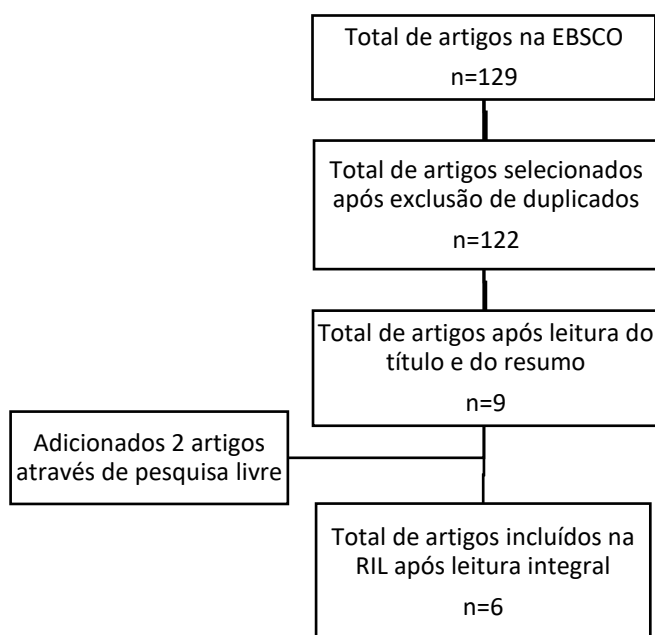
Para realizar uma pesquisa com vista aos objetivos definidos, existiu a necessidade de definir critérios de inclusão e de exclusão que se encontram definidos na tabela nº 3, e que permitiu selecionar os artigos que têm informações relevantes para o desenvolvimento do tema e excluir aqueles que não estão de acordo com os objetivos traçados.

Tabela nº 3 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão
Texto redigido inglês
Artigos publicados entre 2018 e 2023
Disponibilidade de texto integral
Prática baseada na evidência
População alvo: adultos e idoso com doença ameaçadora de vida

Após serem inseridos os descritores de saúde supracitados no motor de busca, obtiveram-se **129** artigos, dos quais foram eliminados: **7** artigos por se encontrarem repetidos; **84** artigos, após leitura do título e **29** após leitura do resumo, não se encontrando de acordo com a temática em estudo; perfazendo um total de **9** artigos em que foi realizada a leitura integral dos mesmos. Após a sua leitura foram eliminados **5** artigos por não apresentarem contributos para o trabalho e foram ainda adicionados **2** artigos após pesquisa livre no motor de busca Google académico, por estarem de acordo com todos os critérios de inclusão e exclusão e apresentar contributos para a RIL, tendo ficado **6** artigos que foram incluídos no desenvolvimento deste trabalho. O processo de seleção dos artigos a incluir na RIL encontra-se demonstrado na figura nº 1 através de um fluxograma.

Figura nº 1- Fluxograma demonstrativo do processo de seleção de artigos



À priori foram definidos os dados a extrair dos estudos e, pela leitura dos mesmos, foram preenchidas as grelhas elaboradas (Apêndice A).

3.2.1. Análise dos resultados

Após análise dos estudos selecionados para revisão sistemática (Apêndice A), identificaram-se intervenções de enfermagem de reabilitação que podem apresentar contributos importantes para a melhoria da sintomatologia associada a doenças avançadas e/ou ameaçadoras da vida e, conseqüentemente, fundamentais para aumento da sensação de conforto e bem-estar, promovendo a qualidade de vida.

De forma a sintetizar as evidências encontradas nos vários estudos, a discussão dos resultados foi reunida em cinco tópicos, relativamente ao benefício da reabilitação na pessoa com doença ameaçadora de vida: atividade física, gestão do autocuidado, gestão de sintomas, reabilitação numa abordagem interdisciplinar e ganhos em saúde. É ainda importante referir que apesar desta subdivisão, todas elas se encontram relacionadas entre si, contribuindo para os efeitos positivos que a reabilitação tem na vida destes doentes.

Atividade Física

Ao longo dos estudos, estão descritos alguns exercícios de reabilitação com impacto no quotidiano de pessoas que vivenciam uma doença que lhe ameaça a vida.

A modalidade essencial de exercício em doentes com cancro é o andar e seguidamente o aumento gradual para marcha moderada a intensa, pretendendo-se atingir um objetivo de 30 minutos de atividade física acumulada na maior parte dos dias da semana (Robertson et al., 2019).

No estudo realizado por Nottelmann et al., os programas de exercícios instituídos em doentes com cancro avançado, recentemente diagnosticado, após aplicação de alguns testes de desempenho, combinaram exercícios aeróbicos em passadeiras, com exercícios em máquinas, elásticos, bandas ou o próprio peso do corpo e ensino de exercícios complementares para o domicílio (Nottelmann et al., 2019).

Já em doentes com cancro de cabeça e pescoço, a abordagem reabilitativa é muitas vezes focada na coluna cervical, ombro e postura corporal, bem como na fala, voz e deglutição. Neste tipo de patologia, o EEER intervém especificamente no doente submetido a esvaziamento

ganglionar cervical, com o objetivo de reduzir a dor escapulo-umeral, potenciar a amplitude de movimentos do ombro e fortalecer os músculos locais (Kagan et al., 2020; Moreira, 2023).

Mas a atividade física pode ser promovida das mais variadas formas, sendo que condições fixas da prática do exercício (com exercício estruturado e supervisionado), bem como a familiaridade com cada tipo de exercício (treino cardiovascular, de resistência, aeróbico) são encaradas como fator motivador e facilitador da atividade física, ajudando a manter o foco (Mikkelsen et al., 2019).

Depreende-se assim que os profissionais de saúde que trabalham para promover o exercício em pacientes idosos, com cancro avançado, precisam de ter em conta a atitude face à atividade física, as barreiras, as preferências e os fatores motivadores/facilitadores para que os programas implementados sejam viáveis (Mikkelsen et al., 2019).

Gestão do autocuidado

As sessões educacionais demonstraram um papel preponderante na forma como os doentes encaram a atividade física em vários estudos, não se reportando apenas ao ensino de exercícios, mas também sobre temas importantes para que os mesmos sejam levados a cabo.

Em doentes com diagnóstico recente de cancro, é importante trazer vários temas a debate, quer seja a nutrição, a má qualidade do sono ou formas de lidar e gerir a dor e/ou a dispneia, quer seja a realização das AVD, com foco particular na instrução do uso de dispositivos auxiliares, possibilitando troca de experiências entre doentes, sobre estes mesmos temas (Nottelmann et al., 2019).

Os cuidados podem incluir sessões de educação, discussões de grupo e atividade física, visando desenvolver, nos doentes, estratégias de adaptação aos problemas de saúde relacionados com o cancro e motivar os participantes a adotar um estilo de vida saudável (Gjerset et al., 2019).

Nos doentes oncológicos, submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço, foram também benéficas sessões de educação para a saúde/ensinos sobre gestão de terapêutica inalatória, tratamento eficaz de sintomas respiratórios e *empowerment* dos próprios utentes, para facilitar a adaptação após a alta (Moreira, 2023).

Gestão de sintomas

A atividade física aparece muitas vezes associada a uma perceção positiva, com potenciais efeitos benéficos não só físicos, mas também psicossociais, evitando entre outras coisas o isolamento social. A capacidade de manter-se fisicamente ativos, nomeadamente durante o tratamento oncológico, permite ao doente encarar o exercício como fonte de nova energia, como

pausa de sentimentos negativos face ao facto de estar gravemente doente e como possível promotor da redução da fadiga (Mikkelsen et al., 2019).

Relativamente à redução dos níveis desta, pode constatar-se que a participação de doentes oncológicos num plano de ensinos em internamento permite a redução dos níveis de fadiga, tendo-se verificado, no estudo de Gjerset et al., uma melhoria clinicamente relevante de 30% dos doentes na fadiga física, 28% na fadiga total e 36% na saúde em geral. Entre os participantes masculinos, 31% mostraram uma melhoria clinicamente relevante nas limitações físicas (Gjerset et al., 2019).

No entanto, a fadiga é identificada por muito doentes como o fator-barreira mais profundo à realização de exercício, uma vez que provoca a interrupção das rotinas normais e das atividades domésticas diárias, acabando por ofuscar a vida (Kagan et al., 2020; Mikkelsen et al., 2019).

Especificamente, em doentes sobreviventes de cancro do endométrio, sabe-se que o risco de sofrimento, pelas alterações físicas na qualidade de vida, é elevado, sendo que o acréscimo de atividade física na vida destes doentes pode aliviar alguns destes problemas. O aumento de atividade física está, desta forma, positivamente associado à melhoria da saúde em geral e das limitações nos papéis desempenhados, causadas pela sua condição física, pela dor e pelo sofrimento somatizado (Robertson et al., 2019).

No que respeita, aos doentes com cancro da cabeça e pescoço, a reabilitação exerce um papel importante no controlo do linfedema, da disfagia e do trismo mandibular (Kagan et al., 2020). Neste sentido, é importante considerar um programa de reabilitação física precoce nos doentes submetidos a cirurgia, uma vez que o mesmo potencia a mobilidade, previne complicações e reduz a dor, promovendo a melhoria da qualidade de vida (Moreira, 2023).

A existência de cuidados de reabilitação nas equipas que prestam cuidados a doentes em cuidados paliativos ou com doença ameaçadora de vida tem-se revelado positiva. Nottelmann (2019), num estudo em que foi aplicado um modelo de reabilitação paliativa, verificou que 80% dos participantes consideraram a combinação de consultas e exercício físico individualizado uma intervenção positiva, não tendo havido ninguém que referisse não recomendar a intervenção a outros na mesma situação. Além disto, 97% dos participantes no programa de exercício físico referiram que o mesmo tinha melhorado o seu bem-estar, ainda que 9% tenha apenas concordado parcialmente.

Reabilitação numa abordagem interdisciplinar

A importância de uma abordagem multi e interdisciplinar no doente em cuidados paliativos versus com doença ameaçadora de vida foi reforçada em mais do que um estudo incluído na

presente RIL. Dada a complexidade dos cuidados, uma equipa de reabilitação deve integrar: médicos, enfermeiros, enfermeiros especialistas, terapeutas da fala, fisioterapeutas e psicólogos, com reforço de assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e capelão. No seio desta multidisciplinaridade, uma liderança assumida pelos enfermeiros parece facilitar na identificação de necessidades, quer dos doentes, quer dos cuidadores, e na reorientação do foco de cuidados no sentido da reabilitação, proporcionando a ambos uma avaliação, intervenção e educação individualizada e direcionada a cada um (Kagan et al., 2020; Nottelmann et al., 2019).

A avaliação inicial precoce e abrangente das necessidades, a realização de ensinamentos e a articulação entre os vários profissionais de saúde, de várias disciplinas, com os enfermeiros especialistas que cuidam o paciente, permitem, logo de início, estabelecer uma relação de confiança com pacientes e cuidadores familiares, representando todo o processo de avaliação de necessidades, realização de ensinamentos e a articulação entre os vários profissionais e disciplinas que cuidam o paciente, as portas que os pacientes necessitam que lhes abram para o cuidar (Kagan et al., 2020).

Ganhos em Saúde

A possibilidade de apoio social, por parte de familiares e amigos, assim como a interação com os pares, é fundamental para aumentar a motivação quer a curto, quer a longo prazo, ajudando na pausa de pensamentos negativos e preocupações. Também a prática de exercícios com os quais o doente está familiarizado, contribui para maiores índices de confiança do doente (Mikkelsen et al., 2019).

Verificando-se uma melhoria dos sintomas, nomeadamente da fadiga, em doentes oncológicos submetidos a ensinamentos, também o índice de qualidade de vida relacionada com a saúde aumenta, sobretudo entre participantes do sexo feminino (Gjerset et al., 2019).

A intervenção do EEER promove a independência do doente submetido a cirurgia no cancro de cabeça e pescoço, através da implementação de programas de reabilitação, contribuindo para a redução do tempo de hospitalização, com melhoria evidente da capacidade funcional (Moreira, 2023).

Ainda relativamente aos doentes oncológicos, outro estudo, demonstrou o benefício da sua integração numa clínica de abordagem multidisciplinar – no caso, com enfoque na caquexia provocada pelo cancro –, pelo facto de promover uma ampla gestão paliativa e a prestação dos cuidados de apoio necessários à vida diária desses doentes, incitando esta abordagem a elevados níveis de satisfação, tanto por parte dos utentes como da própria família (Kagan et al., 2020).

A flexibilidade de um modelo de reabilitação paliativa permite atender às necessidades apresentadas pelos doentes e cuidadores, levando a um elevado grau de satisfação dos abrangidos, com baixa utilização de recursos (Nottelmann et al., 2019).

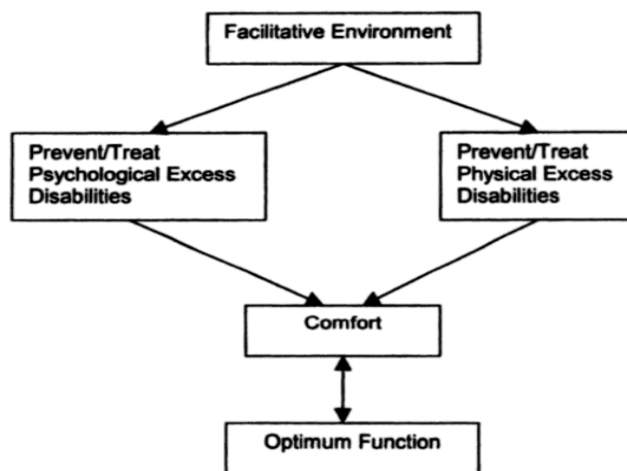
Conclui-se pela RIL efetuada que a ER pode, portanto, ser uma “ferramenta” vantajosa para o controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora de vida. Apesar de se ter verificado que a atividade física pode constituir um fator barreira à intervenção de ER, ela surge principalmente como um dos principais redutores da fadiga, podendo ajudar a controlar outros sintomas, como a dor, o linfedema, as limitações articulares. Desta forma, a intervenção do EEER, através da implementação de exercícios individualizados, com base numa abordagem de confiança e multidisciplinar, torna-se fonte de motivação mesmo para pessoas cuja vida está ameaçada pela doença, afastando temporariamente pensamentos negativos e contribuindo para o aumento da qualidade de vida, não só delas como da família.

3.3. Modelos e Teorias Concetuais

Com o já referido aumento da esperança média de vida e com o aumento das mudanças multidimensionais que a longevidade acarreta, torna-se crucial, pelo aumento da vulnerabilidade e conseqüente necessidade de assistência no processo saúde-doença, proporcionar, à pessoa, sensações de confiança, segurança, tranquilidade e alívio, através de atitudes promotoras do conforto (Lima et al., 2017). Neste sentido, mereceu destaque, de entre as teorias de enfermagem, a Teoria do Conforto de Kolcaba.

Katherine Kolcaba nasceu em Cleveland (Ohio), cidade onde passou a maior parte da sua vida e se tornou enfermeira em 1965. Em 1987 fez a especialização em Gerontologia, durante a qual lhe foi solicitada a criação de um diagrama que expressasse a sua prática de enfermagem. Após longas discussões e reflexões com o seu marido na tentativa de construir esse diagrama, surgiu a palavra conforto, tendo nela, encontrando a descrição perfeita para a condição que ela desejava para os seus pacientes a maior parte do tempo (Kolcaba, 2003).

Figura nº 2 – Diagrama do cuidar em Enfermagem Gerontológica de Katherine Kolcaba



(Kolcaba, 2003)

Sendo que, na altura, Kolcaba trabalhava numa Unidade com doentes de Alzheimer, tinha exata noção de que pessoas com incapacidade física ou mental podem não conseguir verbalizar o que de errado existe, pelo que o enfermeiro tem de se tornar “detetive” e presumir o que se passa com elas através de diversos fatores: linguagem corporal, antecedentes pessoais de doença e emocionais, eventos diários desencadeantes, visitas recentes (Kolcaba, 2003). Então começou a perceber que os residentes na sua Unidade, quando evidenciavam um estado de conforto, mostravam-se capazes de socializar informalmente com o outro, de se sentar com maior facilidade e de dormir melhor, cooperavam com todos os profissionais, rindo e emitindo sons de agrado, exibindo satisfação no seu ambiente (Kolcaba, 2003).

No seguimento desta experiência, e com base no diagrama desenvolvido foram dados os primeiros passos para o desenvolvimento da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que teve contributos de outras teóricas, nomeadamente Joan Hamilton, Patricia Benner e Marilyn Donahue. Com estes alicerces, Kolcaba define, holisticamente, o conforto como uma “experiência imediata do ser”, fortalecida pela satisfação de necessidades de três tipos – alívio, tranquilidade e transcendência – em diferentes contextos – físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural – da experiência singular de cada pessoa³ (Kolcaba, 2003).

Para este relatório, ganha relevância o conforto físico, que aparece relacionado não só com o alívio da dor ou com a boa qualidade do sono, mas também com o correto posicionamento, o qual permite uma maior liberdade de movimentos, quer seja sentado, quer seja para transferências, revelando-se crucial para a ergonomia e para acréscimo de funcionalidade e de

³ “Comfort is the immediate experience of being strengthened by having needs for relief, ease, and transcendence met in four contexts (physical, psychospiritual, social, and environmental)” (Kolcaba, 2003:14)

rendimento. Por outro lado, realça-se o contributo dos enfermeiros para o conforto sociocultural, na medida em que fornecem informação e envolvem os pacientes nos cuidados, no planeamento e na tomada de decisão (Kolcaba, 2003; Oliveira et al., 2020).

As medidas de conforto correspondem, pois, a intervenções de enfermagem que abordam necessidades de conforto aos mais variados níveis. Para esta teórica, a enfermagem representa a apreciação intencional dessas necessidades, a conceção de medidas para as colmatar e a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação das medidas (Dowd, 2004).

É, assim, importante despertar nos profissionais de enfermagem uma atenção maior pelo conforto para que este seja encarado como uma ação que visa complementar, qualificar ou até mesmo extrapolar o cuidado de enfermagem, gerando uma maior satisfação com o atendimento e uma melhor adesão ao plano terapêutico por parte do utente (Fialho et al., 2023; Oliveira et al., 2020).

Para ajudar a melhor compreender as teorias, surgem os modelos de enfermagem, baseado em modelos de vida, como é o caso do Modelo de Roper, Logan e Tierney, que ajuda os enfermeiros a perceber o enorme campo de ação desde o ensino de saúde, com vista à promoção da saúde, evicção da doença e promoção da reabilitação, mas também ao compromisso face às intervenções reconhecidas e relacionadas com a doença. Como modelo de vida, envolve atividades que contribuem coletivamente para a complexidade do processo de vida, as AV, sendo que a cada uma está associado um estado de dependência/independência (Roper et al., 1995).

Roper et al. enfatiza o facto de, com cada AV, se poderem relacionar várias atividades e várias dimensões, uma vez que todas elas se interrelacionam, afetando a funcionalidade da pessoa. Em conformidade com este modelo de Enfermagem, a incapacidade de atingir uma independência máxima, ou até mesmo uma sensação de conforto, está relacionada não só com aspetos biológicos e estádios de desenvolvimento, mas também com aspetos sociais (Hoeman, 2000).

Nos cuidados de enfermagem de reabilitação deve, pois, ser integrado o conforto. Só desta forma eles podem ser considerados relevantes, individualizados, promotores de qualidade de vida, e ao mesmo tempo, satisfatórios quer para os doentes, quer para os profissionais que cuidam (Fialho et al., 2023).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Exercendo funções numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, surgiu uma grande curiosidade em aplicar os conhecimentos adquiridos em prol do conforto e da qualidade de vida dos doentes acompanhados diariamente pela equipa. Neste sentido, e porque tem sido visível, ao longo do relatório, que os cuidados paliativos e a enfermagem de reabilitação se tocam em vários pontos, avançou-se com a realização de um projeto de intervenção que possibilitasse dar visibilidade aos benefícios que a intervenção do EEER pode ter no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida, mesmo nos últimos dias a semanas de vida.

4.1. Objetivos

Perante a existência das unidades curriculares Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final, com obrigatoriedade de intervenção em três áreas distintas (ortopédica, neurológica e respiratória), tornou-se pertinente a definição de objetivos para cada um deles, pela especificidade de cada um.

No primeiro, realizado no serviço de Ortopedia, pretendeu-se perceber o benefício do plano de reabilitação do EEER na funcionalidade da pessoa com compromisso do sistema músculo-esquelético. No serviço de medicina, a intervenção foi alargada à pessoa com compromisso neurológico e cardiorrespiratório, além de terem sido integradas, sempre que possível, pessoas com doença ameaçadora de vida, com vista à concretização dos objetivos propostos para o projeto.

Como objetivo geral, pretendeu-se identificar resultados sensíveis aos cuidados de reabilitação no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida. Com vista ao alcance deste, foram definidos objetivos mais específicos:

- Caracterizar sinais e sintomas na pessoa com doença ameaçadora da vida;
- Planear cuidados de ER promotores de um melhor controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida;

- Avaliar resultados dos cuidados de ER no controlo de sintomas e na qualidade de vida da pessoa com doença ameaçadora da vida.

4.2. Participantes

Participaram no projeto, os utentes com doença ameaçadora da vida que, no período de setembro de 2022 a janeiro de 2023, foram alvos de cuidados de ER na unidade onde os estágios decorreram e que, de forma livre e esclarecida, aceitaram integrar o plano de intervenção nas diferentes etapas do processo de enfermagem, nomeadamente avaliação diagnóstica ou recolha de dados, intervenção terapêutica e avaliação de resultados.

4.3. Métodos ou Procedimentos Metodológicos

A metodologia do projeto conduz sempre a trabalho em grupo, visando incluir um plano de trabalho que permita resolver o problema escolhido para explorar (Ruivo et al., 2010). Neste caso, pretendeu-se proceder à metodologia de estudos de caso múltiplos, com linha temporal, com dois momentos distintos para avaliação dos sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida: antes e depois das intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Nos cuidados de saúde, e mais especificamente na Enfermagem, surge um instrumento essencial aos cuidados, que visa a resolução ou minimização dos problemas identificados: o processo de enfermagem. Este corresponde a uma metodologia de trabalho que possibilita o progresso pelas várias etapas desde a identificação do problema à resolução do mesmo, com vista a perceber se houve contributos para uma melhor qualidade de vida (Andrade & Vieira, 2005; Marques-Vieira & Gonçalves, 2021).

4.4. Etapas do Projeto de Intervenção

4.4.1. Avaliação diagnóstica

A avaliação diagnóstica foi realizada no primeiro contacto com o doente, após a aceitação da participação. De forma a avaliar, quantificar e evidenciar resultados foram utilizados vários instrumentos de medida, validados para Portugal.

Sendo a autonomia e independência, segundo Reis (2017), reflexo das AVD, que garantem as condições básicas, mas também das atividades instrumentais, que buscam a integração na comunidade, foram utilizados os índices de Barthel e a escala de Lawton-Brody, para perceber o grau de dependência na realização de ambas (Reis & Bule, 2017). A pontuação do Índice de Barthel (Anexo I) avalia dez AVD e varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima (0) representa uma dependência máxima para todas as AVD avaliadas, e a máxima equivale a independência total (Reis & Bule, 2017). A Escala de Lawton-Brody (Anexo II), nomeadamente a versão de Sequeira, de 2007 – a utilizada neste caso – avalia 8 itens, em que cada um apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, variando a pontuação de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; >20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda (OE, 2016; Sequeira, 2007).

Uma vez que a capacitação também envolve a área cognitiva, foi utilizada, para este domínio, a escala de RASS (Anexo III) e o teste do Relógio (Anexo IV). A primeira, validada em 2008, avalia o grau de sedação e agitação de um utente, usando três passos que determinam uma pontuação de -5 a +4, sendo 0 o estado de alerta e calmo, <0 sob sedação e >0 agitação (Nassar Junior et al., 2008). O teste do relógio foi escolhido pela facilidade de aplicação e pela menor influência pelo grau de alfabetização, sendo que a sua pontuação varia entre 0 e 5, considerando-se haver alterações cognitivas significativas da pessoa quando o resultado é 0, 1 ou 2 (OE, 2016).

Com o objetivo de avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) foi aplicada a Escala de Braden (Anexo V), que se divide em seis subescalas, cujo valor de cada uma varia entre 1 e 4, podendo somatório variar entre 6 e 23, sendo que um valor final ≤ 16 representa alto risco e um valor final ≥ 17 , baixo risco de desenvolvimento de UPP no adulto (DGS, 2011).

Para avaliação do risco de quedas, foi aplicada a Escala de Quedas de Morse (anexo VI), que integra seis itens, variando a pontuação entre 0 e 125 pontos; pontuações de corte: 0 e ≤ 24 pontos - sem risco; ≥ 25 e ≤ 50 pontos - baixo risco; ≥ 51 pontos - alto risco (DGS, 2019).

O equilíbrio foi avaliado através do Time Up and Go teste (TUG) (Anexo VII), o qual permite também avaliar a mobilidade (transferência de posição), a capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, bem como o risco de quedas. Foi escolhido este teste por se destinar, entre outras, a pessoas idosas. A pontuação refere-se ao tempo que cada pessoa leva a percorrer a distância estipulada pelo teste, variando entre igual ou inferior a 10 segundos e superior a 30

segundos, sendo que um tempo mais curto indica um melhor desempenho funcional, enquanto um tempo mais demorado indica maior risco de quedas (OE, 2016).

Para avaliação da dor foi empregue a Escala Numérica (Anexo VIII), que consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, em que o doente assinala um número, sendo que ao 0 corresponde classificação “Sem Dor” e ao 10 “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003).

Para avaliar a força muscular, a Medical Research Council (MRC) Muscle Scale (Anexo IX), que gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível) e 5 (força normal), relativamente ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (OE, 2016).

Para avaliação das necessidades, optou-se pela Escala Integrada de Necessidades Paliativas (iPOS) (Anexo X), integrada numa família de instrumentos de medida que avaliam resultados em saúde, de doentes em cuidados paliativos, contemplando necessidades físicas, psicológicas, emocionais e espirituais, bem como de informação e suporte, desenvolvidos para utilização específica em pessoas com doença avançada. Constituída por 9 itens, divididos em 5 grupos de questões (o primeiro com resposta mais aberta e os restantes com escala tipo Likert de 5 pontos), este instrumento está projetado para fornecer informações ao nível do item, para uso na prática clínica, e recomendado para utentes internados em meio hospitalar, devendo ser repetido em períodos de 3 dias (Hearn & Higginson, 1999; Institute, 2012).

Os dados obtidos na avaliação foram analisados para definição dos diagnósticos de reabilitação, os quais foram validados pelos orientadores.

4.4.2. Intervenção terapêutica

Num contexto de cuidados paliativos, em que a pessoa se pode encontrar na fase final do seu ciclo de vida, a atuação do EEER deve centrar-se no controlo de sintomas. O seu plano de intervenção deve ser personalizado, suportado nas evidências encontradas e validado pelo EEER supervisor.

O sintoma que mais benefício tem com a intervenção do EEER é a dor, sendo que para um diagnóstico de dor não controlada, que, muitas vezes, está relacionado com uma mobilidade

muito reduzida/imobilidade, são essenciais os posicionamentos, as mobilizações articulares e a massagem, à qual podem ser conjugados os exercícios de relaxamento (Santos et al., 2014).

Mas a intervenção do EEER, mesmo dirigida apenas a um sintoma, promove o controlo de outros sintomas associados e promove bem-estar muito para além da dimensão física, nomeadamente através da redução da carga dos cuidadores e de benefícios ao nível da dinâmica familiar, promovendo habilidades adaptativas nas AVD, com vista à maximização da qualidade de vida. Para a implementação das intervenções planeadas, é, no entanto, necessário ter em conta a condição física, psíquica e orgânica da pessoa a quem estamos a prestar cuidados, minimizando as manifestações da doença por forma a obter ganhos ao nível da qualidade de vida (Santos et al., 2014).

A etapa de intervenção terapêutica requereu, deste modo, a tomada de decisão sustentada nas evidências pesquisadas e na complexidade/multiplicidade de sintomas que cada participante apresentava. O plano de cuidados realizado e desenvolvido foi personalizado, integrado nos valores e vontades dos doentes e dos familiares e igualmente enquadrado nas finalidades terapêuticas dos profissionais envolvidos. A validação, quer do plano, quer dos cuidados prestados pela mestranda, foi efetuada pelo enfermeiro supervisor. A avaliação das respostas dos doentes e familiares permitiram readequar os cuidados, na perspetiva dos melhores benefícios obtidos.

4.4.3. Avaliação de Resultados

Os resultados foram avaliados através de uma nova aplicação dos instrumentos aplicados inicialmente, após o que foi feita uma comparação para perceber os ganhos conseguidos com as intervenções do EEER.

4.5. Recolha de dados

A recolha de dados no âmbito do projeto de intervenção ocorreu em dois momentos: avaliação inicial e avaliação de resultados. As técnicas aplicadas foram: recolha documental, observação, entrevista, exame físico com procedimentos técnicos próprios da área de especialidade (avaliação da força, do tónus, da deglutição, entre outros). Os procedimentos técnicos foram assistidos/supervisionados por EEER.

4.6. Procedimentos éticos

O projeto de intervenção foi aprovado pelo Conselho Técnico Científico do Instituto Politécnico de Setúbal e pela Comissão de Ética da instituição que acolheu o estágio (Anexo XI).

Os participantes aceitaram de forma voluntária e esclarecida integrar o projeto (Apêndice B). Foram disponibilizadas todas as informações solicitadas bem como contactos telefónicos para esclarecimentos. Foi ainda salvaguardado o direito de não participação ou de desistência sem que do mesmo resultasse qualquer dano, assegurando, assim, os princípios éticos e deontológicos da profissão (Nunes, 2020).

Os dados ficaram à guarda da mestrandia em ficheiro com segurança e serão eliminados após divulgação pública dos resultados. O relatório de estágio, a publicação e divulgação de resultados preserva a confidencialidade e o anonimato dos dados e das fontes.

4.7. Análise dos dados

Os dados são analisados, numa primeira fase, com base no raciocínio clínico em conformidade com os objetivos do projeto de intervenção e com a metodologia definida. Os procedimentos de análise e de síntese de dados para apresentação foram realizados com recurso a medidas descritivas e de dispersão calculadas na aplicação Excel for Windows 10.

Todos os participantes (n=15) foram sujeitos à avaliação inicial. A avaliação intermédia foi realizada em 7 participantes, em virtude de 5 terem agravado a condição de doença, confirmando tratar-se de situações de últimas horas a dias de vida, e 3 terem tido alta. A avaliação final envolveu apenas 3 participantes, pelos motivos atrás descritos, sendo que apenas um agravou a sua situação.

O número de dias de intervenção de ER foi muito variado, de acordo com a situação da doença de cada participante. Embora a avaliação inicial tenha decorrido sempre no primeiro dia de intervenção de ER (à exceção de um caso, que foi no segundo), a segunda ocorreu entre o terceiro e quarto dias, e, posteriormente, a terceira, quatro a seis dias após a avaliação intermédia, excepto num dos doentes em que acontece no dia seguinte à segunda (ainda que tenham decorrido 11 dias de internamento nesse período).

Para uma melhor compreensão sequencial dos dados obtidos, a análise visará, num primeiro momento a caracterização de todos os que participaram no projeto de intervenção. Em seguida, será feita uma caracterização dos sintomas presentes na primeira avaliação, com base nos quais serão apresentados os diagnósticos de enfermagem e conseqüentemente as intervenções implementadas. Numa última fase da análise, são apresentados os resultados das avaliações seguintes, após intervenção de ER.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

No serviço onde decorreu o Estágio Final, foram selecionados, para integrar o projeto de intervenção, 15 participantes, sendo maioritariamente do sexo masculino (n=10).

A média de idades foi 70,47 anos ($\sigma \pm 8,62$ anos), sendo que o mais velho tinha 85 e o mais novo 57 anos. Quanto à escolaridade, dez participantes tinham o 6º ano ou menos, sendo que, destes, dois não tinham frequentado a escola.

Quanto ao agregado familiar, dez dos participantes viviam com companheiro ou cônjuge, residindo, a maioria, em meio rural (n=10).

No que respeita aos diagnósticos clínicos, prevalece a doença oncológica, com metastização (n=12), seguindo-se a insuficiência de órgão (n=2) e doença vascular (n=1). Constatou-se que, além desta, todos participantes, à exceção de um, tinham associadas pelo menos três comorbilidades, sendo a mais prevalente a hipertensão arterial (n=11) (Apêndice C).

A maioria dos doentes integrados no projeto de intervenção (n=9), apresentaram, no momento de avaliação, um estado permanente de alerta e de tranquilidade (RASS=0), sendo que cinco deles apresentavam algum nível de sonolência e um, alguma inquietude, lutando com dispositivos. Na avaliação intermédia (n=7), seis participantes tinham RASS=0 e um comportamento ansioso e intranquilo. A avaliação final incluiu apenas três participantes, que se mantiveram num estado de vigília e tranquilidade.

Dos 15 participantes, dois desenharam o relógio sem erros, seis fizeram-no com pequenas incorreções, um demonstrou alguma desorganização viso-espacial e cinco não demonstraram capacidade cognitiva para realizar o teste, sendo que um outro cumpriu o teste, mas marcou a hora errada (Apêndice C). Com base nos resultados considerámos nove participantes sem alteração cognitiva, sendo que os restantes requeriam técnicas e estratégias próprias para compreensão e/ou participação dos cuidados.

5.2. Caracterização dos sintomas

Avaliação de complicações/riscos

Tratando-se de pessoas com doença avançada, progressiva e ameaçadora da vida, a debilidade/fragilidade é um fator comum em muitos dos participantes, apresentando, a maioria, um risco elevado de UPP (n=11). Os fatores que mais contribuíram para este risco foram a diminuição da atividade e da mobilidade, a nutrição inadequada ou muito pobre e a presença de forças de cisalhamento associadas aos cuidados de movimentação no leito (Apêndice D).

Quanto ao risco de quedas, quase metade dos participantes (n=7) apresentou critérios de exclusão de aplicabilidade desta escala, dada a inexistência de atividade motora e, consequentemente, a impossibilidade de cair. Dos restantes, quatro apresentaram baixo risco e, quatro, risco elevado, estando este, sobretudo, relacionado com a existência de perfusões parentéricas associadas a uma marcha comprometida ou a quedas pré-existentes (tabela nº 4).

Tabela nº 4 - Risco de UPP e quedas nas primeiras avaliações

Instrumento de avaliação	Grau de risco	Nº participantes
Escala de Braden	Baixo risco	4
	Alto risco	11
Escala de Morse	Sem risco	0
	Baixo Risco	6
	Risco elevado	9
	Não aplicável	7

Avaliação do autocuidado/funcionalidade

A debilidade destes doentes traduz-se também em altos graus de dependência e baixos graus de funcionalidade, conforme se pode observar na tabela nº 5.

Tabela nº 5 – Graus de dependência e de funcionalidade nas primeiras avaliações

Instrumento de avaliação	Grau de risco	Nº participantes
Índice de Barthel	Dependência total	6
	Dependência grave	3
	Dependência moderada	1
	Dependência leve	5
	Independência	0
Escala de Lawton-Brody	Independente	0
	Moderadamente dependente	2
	Severamente dependente	13

Relativamente a estas duas escalas, verificam-se scores mais baixos em todas as atividades que exigem mais esforço físico e maior mobilidade, sendo que, no índice de Barthel, os pontos são obtidos sobretudo no âmbito das atividades que implicam mobilidade dos membros superiores e no âmbito do controlo dos esfíncteres, muitas das vezes mantido (Apêndice E).

Na escala de Lawton-Brody, os participantes pontuaram principalmente nos campos relacionados com a componente cognitiva, também mantida na maioria dos participantes (Apêndice E).

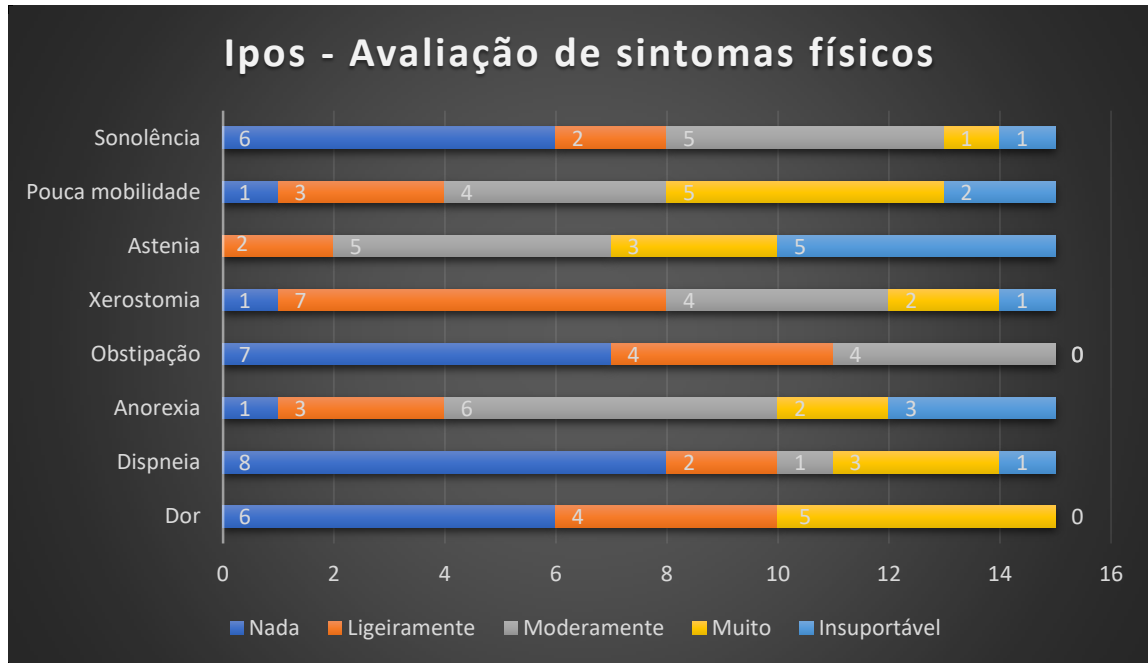
Estes resultados são reforçados pelos graus de força muscular obtidos na escala MRC e de espasticidade obtidos pela escala de Ashworth. Enquanto ao nível do pescoço e do membro superior, em todos os intervenientes do estudo, se verificou força grau 4 ou 5, no membro inferior as limitações de força muscular foram mais evidentes, apresentando sete participantes força ≤ 3 , sendo que em dois casos os valores estavam associados a uma síndrome de imobilidade, pós cuidados intensivos. No que respeita à espasticidade, esta foi observada em dois intervenientes (Apêndice F).

Avaliação de sintomas físicos/psicológicos/espirituais

Focando os sintomas físicos, verificam-se alguns muito frequentes, nomeadamente a astenia, referida pela totalidade dos participantes (n=14, uma vez que um foi incapaz de dar resposta à escala devido ao estado de sonolência/consciência), e considerada por quatro como insuportável, e a anorexia, candidíase/xerostomia e pouca mobilidade (n=13) (Apêndice G). Além destes sintomas, enaltecem-se outros, também reiterados, como a dor (cuja intensidade foi avaliada pela EN), sonolência e obstipação (n=8) e a dispneia (avaliada pela escala de Borg) (n=6), por

interferirem fortemente com a sensação de conforto, sendo nalguns casos vivenciados como insuportáveis (gráfico nº 1).

Gráfico nº 1 – Sintomas mais frequentes pela aplicação da escala IPOS nas primeiras avaliações



Realçando dois dos sintomas frequentes, dor e dispneia, podemos constatar, que os mesmos foram mencionados como não controlados, quer na escala IPOS (referente aos três dias prévios), quer na escala de Borg e EN (aplicadas antes das intervenções de ER). Num dos casos (participante 3), pelo estado cognitivo e de sonolência, não foi possível obter uma avaliação numérica da dispneia, sendo que relativamente à dor, quando o mesmo não foi possível, foi utilizada a escala de faces. Em alguns outros (participantes 1, 8, 10 e 14) parece não haver uma correspondência direta entre os valores de ambas as escalas (tabela nº 6). Este facto poderá estar relacionado com a perceção subjetiva de ambos e a valorização que cada um dá aos sintomas em momentos diferentes.

Tabela nº 6 – Avaliação da dor e da dispneia com os vários instrumentos de avaliação

Participante	IPOS – Dor (últimos 3 dias)	EN (0-10) (momento que antecede intervenção ER)	Escala de Faces (0-5)	IPOS - Dispneia (últimos 3 dias)	Escala Borg Antes ER
1	Nada (0)	2		Insuportável (4)	10
2	Nada (0)	0		Nada (0)	0
3	Muito (3)		4	Ligeiramente (1)	NR
4	Ligeiramente (1)	2		Nada (0)	0
5	Ligeiramente (1)	3		Nada (0)	0
6	Muito (3)	5		Nada (0)	0
7	Nada (0)	0		Muito (3)	6
8	Nada (0)	0		Muito (3)	2
9	Nada (0)	0		Moderadamente (2)	3
10	Ligeiramente (1)	7		Nada (0)	0
11	NA		5	NA	NA
12	Muito (3)		5	Nada (0)	0
13	Ligeiramente (1)	0		Ligeiramente (1)	1
14	Muito (3)	3		Nada (0)	0
15	Nada (0)	0		Nada (0)	0

No que toca à dor, a sua localização foi muito variável, tratando-se em dois casos de dor generalizada e na grande maioria dos restantes de dor sobretudo localizada ao nível do tronco (abdómen, n=4, e dorso, n=2) (Apêndice H).

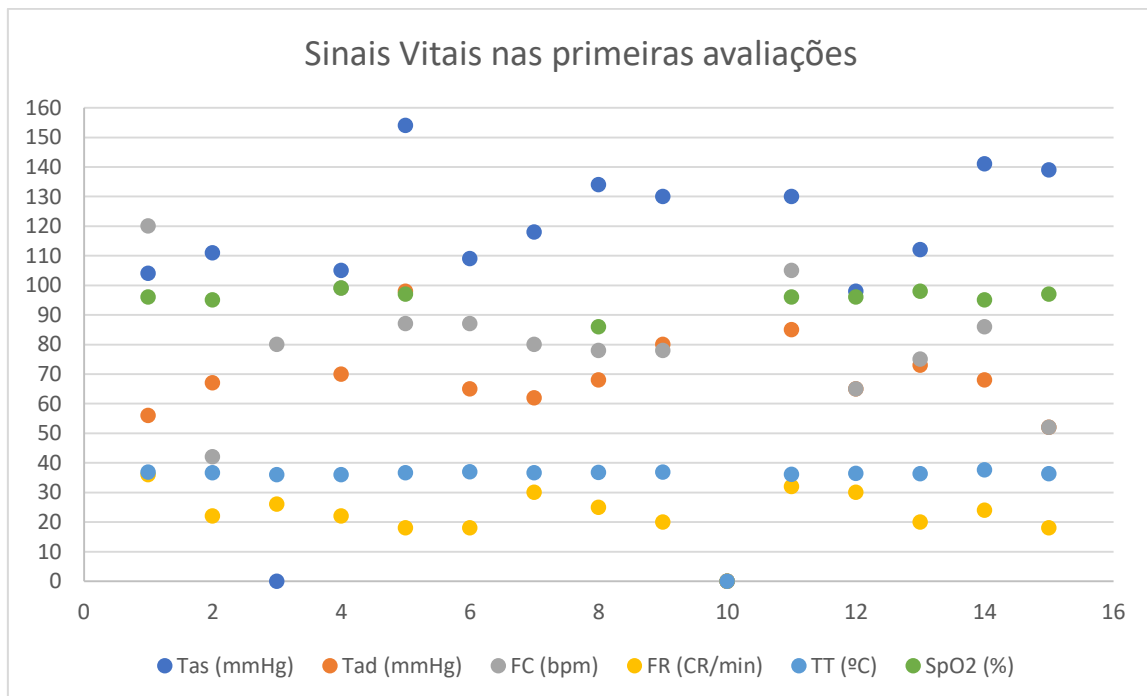
Em relação às outras questões da escala IPOS, do âmbito psicológico e espiritual, verificou-se que os doentes demonstraram maior dificuldade em dar-lhes resposta, tendo apenas 9 sido capaz de avaliá-las e de expressar o que sentia. Como tal, importa referir dos dados colhidos neste âmbito que todos os intervenientes referiram sentir-se ansiosos/preocupados e deprimidos nos três dias prévios à avaliação, tendo eles (excepto um) notado também ansiedade nos familiares. Não obstante, cinco participantes referiram ter-se sentido a maior parte do tempo em paz consigo próprios (Apêndice I).

No que respeita à informação que lhes foi fornecida, sete (de n=9) consideraram que na maior parte do tempo obtiveram a informação pretendida. Três participantes referiram total dificuldade em transmitir a informação aos familiares. Ainda assim, todos consideraram que os seus problemas foram, parcial ou maioritariamente, resolvidos nos dias prévios.

Avaliação hemodinâmica

Em todos os participantes a avaliação dos SV esteve de acordo com a perceção de conforto e/ou necessidade de controlar variáveis fisiológicas, motivo pelo qual existem valores 0, de SV não avaliados (gráfico nº 2). A grande maioria apresentou-se normotenso (n=11) (apenas um ligeiramente hipotenso e um com TA um pouco mais elevada) e normocárdico (n=10) (apenas dois com taquicardia e dois com bradicardia), encontrando-se todos apiréticos.

Gráfico nº 2 – Avaliação de SV nas primeiras avaliações



Apesar da maior parte apresentar uma respiração toraco-abdominal (n=13), foi ao nível do padrão respiratório, que as alterações foram mais notórias, verificando-se que nove se encontravam taquipneicos e restantes eupneicos (Apêndice J). Dos que apresentavam taquipneia, três, mais um dos que estava eupneico, apresentavam dispneia funcional a esforços, por vezes mínimos, e três apresentavam pelo menos um sinal de dificuldade respiratória (adejo nasal, tирagem ou uso de músculos acessórios); ainda assim, apenas um apresentou saturação periférica de O₂ < 92% (Apêndice H).

Por outro lado, apenas quatro dos participantes apresentava secreções, sendo num destes escassas. Em termos de auscultação pulmonar, verificou-se a existência de ruídos adventícios

também em quatro participantes (três deles coincidem com os que apresentavam secreções), sendo que o murmúrio vesicular se encontrava diminuído, na primeira avaliação, em 6 doentes. Em seis doentes foi ainda identificado através de exames complementares, a existência de derrame pleural (Apêndice J).

Avaliação da marcha

Relativamente à função motora, e mais concretamente à capacidade de marcha, é de salientar que em mais de metade dos participantes (n=9) a marcha não estava mantida, quer pela necessidade de repouso no leito (n=2), quer pela astenia extrema (n=4), pelos défices motores apresentados (n=1) ou pela total intolerância a este tipo de esforço muscular devido à dispneia (n=2). Dos seis participantes com capacidade de marcha mantida, verificou-se que apenas dois não apresentavam limitações nesta função, sendo a marcha, nos outros casos, arrastada (n=3) ou atáxica (n=1) (Apêndice F).

Pelas limitações descritas anteriormente, o TUG teste apenas foi aplicado em seis participantes, tendo cinco demorado mais de 30 segundos a cumprir o teste, resultado que poderá estar associado à astenia em grau ligeiro (n=1) ou moderado (n=4) referida por todos eles (tabela nº 7) (Apêndice F).

Tabela nº 7 – Apresentação de tempos de realização do TUG teste nas primeiras avaliações

Instrumento de avaliação	Tempo de realização do teste	Nº participantes
TUG teste	≤10''	0
	≥11''≤20''	0
	≥21''≤29''	1
	≥30''	5
	Não aplicável	9

Avaliação neurológica

No que respeita à capacidade de deglutição, verificou-se que na maioria dos participantes (n=11) a mesma estava conservada, embora um deles exigisse maior vigilância perante líquidos devido ao estado de sonolência. Três apresentavam disfagia a líquidos: dois por défice neurológico e um por astenia extrema em contexto de situação de últimos dias (Apêndice F).

Por fim, constataram-se ainda algumas alterações no que se refere à linguagem, sendo que dois participantes apresentaram disartria (um por défice neurológico, outro relacionado com a xerostomia), um afasia de nomeação e quatro lentificação do discurso (Apêndice F).

5.3. Diagnósticos de ER

Tendo em conta todos os dados obtidos na avaliação diagnóstica, foram definidos os diagnósticos de enfermagem, tal como ilustra o gráfico nº 3, tendo-se verificado uma prevalência significativa ($n \geq 7$) de alguns, nomeadamente:

- Capacidade para autocuidar-se comprometida;
- Presença de dor;
- Movimento muscular comprometido
- Ansiedade/tristeza presente;
- Obstipação presente;
- Dispneia presente;
- Comunicação comprometida.

Gráfico nº 3 – Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação



5.4. Intervenções de ER

De acordo com os diagnósticos estabelecidos, foram executadas intervenções de ER ajustadas às necessidades do doente em questão (Apêndice L).

As intervenções realizadas serão, em seguida, agrupadas de acordo com as três grandes áreas em que a ER se baseia (Regulamento nº 350/2015, 2015): bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional e prevenção de complicações.

No que respeita à promoção do bem-estar e do auto-cuidado, as intervenções focaram-se, de forma mais geral e com o intuito de manter a funcionalidade do doente, no treino de AVD, no ensino de técnicas de adaptação para transferência cama-cadeira, na instrução de técnicas de gestão de energia e no ensino e treino de exercícios da motricidade fina.

De forma mais específica, e com enfoque na melhoria dos sintomas e na promoção do bem-estar e do conforto, há algumas que se destacam, e que podem ver-se na figura nº 3.

Figura nº 3 - Intervenções promotoras do bem-estar e do auto-cuidado



A aromaterapia, com preferência por óleos relaxantes e de enraizamento, surgiu grande parte das vezes associada à massagem quer relaxante, quer ativadora da circulação, drenante ou abdominal.

Além destas, com frequência foram realizadas mobilizações passivas e aplicadas técnicas de consciencialização e controlo da respiração e de posicionamento, não só como promotoras do bem-estar, mas também como impulsionadoras da readaptação funcional. Nesta área destacam-se três subcategorias: respiratória, motora e neurológica. Em cada uma delas foram implementadas diversas intervenções, com ensino e instrução prévios, tal como apresentadas na figura nº 4.

Figura nº 4 – Intervenções de readaptação funcional

Reeducação Funcional Respiratória

- Dissociação dos tempos respiratórios com lábios semicerrados
- Ventilações dirigidas
- Abertura costal seletiva
- Reeducação diafragmática, costal e costal global com bastão
- Ensino de tosse assistida e dirigida e de *huffing*



Reeducação Funcional Motora

- Mobilizações ativas-assistidas e/ou ativas-resistidas ($FM \geq 3$)
- Exercícios isotônicos, isométricos e proprioceptivos
- Exercícios de fortalecimento muscular de vários grupos musculares (MI, MS e peitorais), com e sem dispositivo mecânico
- Exercícios de ponte e de dissociação da cintura pélvica
- Treino de marcha, com e sem auxiliar de marcha



Reeducação Funcional Neurológica

- Automobilização do membro superior
- Estratégias compensatórias da deglutição: posturais, sensoriais e de consistência
- Exercícios musculares da face
- Exercícios de estimulação da linguagem e da memória



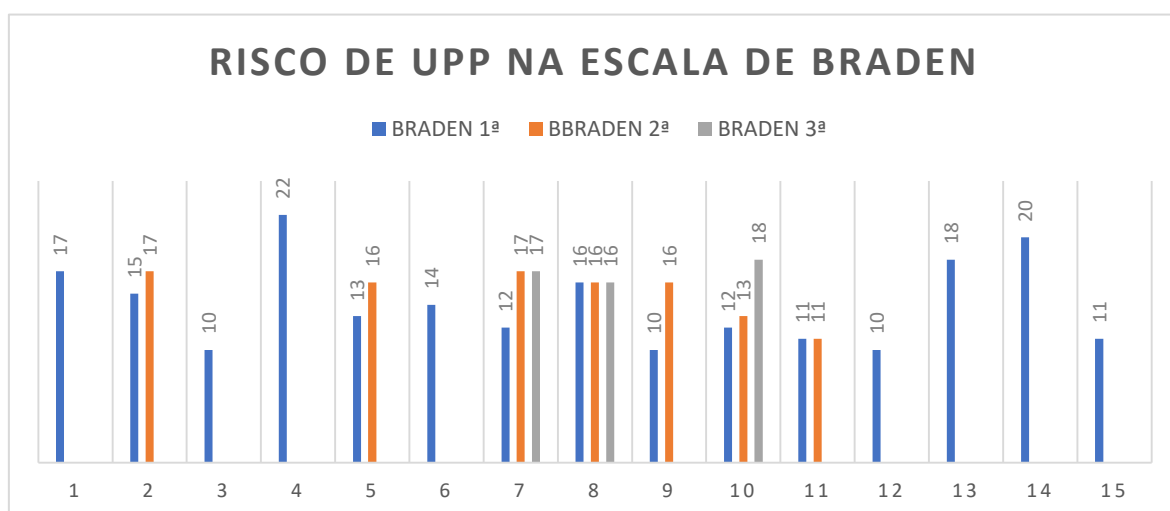
Com enfoque na prevenção de complicações, as principais intervenções passaram pelo incentivo ao levante, mas, sobretudo, por ensinamentos: sobre posicionamentos e cuidados à mobilização, de exercícios para treino de equilíbrio e ortostatismo, e sobre o regime medicamentoso.

5.5. Resultados da Intervenção de ER

Fixando as várias avaliações dos participantes deste estudo, conseguem obter-se dois tipos de resultados. Uns são obtidos após as várias sessões de intervenção e têm por base a evolução evidenciada através das reavaliações; os outros remetem-se aos resultados obtidos no final de cada sessão e são fundamentados por registos pré e pós intervenção e por sensações evidenciadas pelos doentes após os cuidados de ER.

Após os vários dias de intervenção, no que reporta ao risco de UPP, houve melhoria do score em cinco participantes, correspondendo em três, à redução de alto para baixo risco (dois deles da primeira para a segunda avaliação) (gráfico nº 4).

Gráfico nº 4 – Evolução do risco de UPP após intervenção de ER

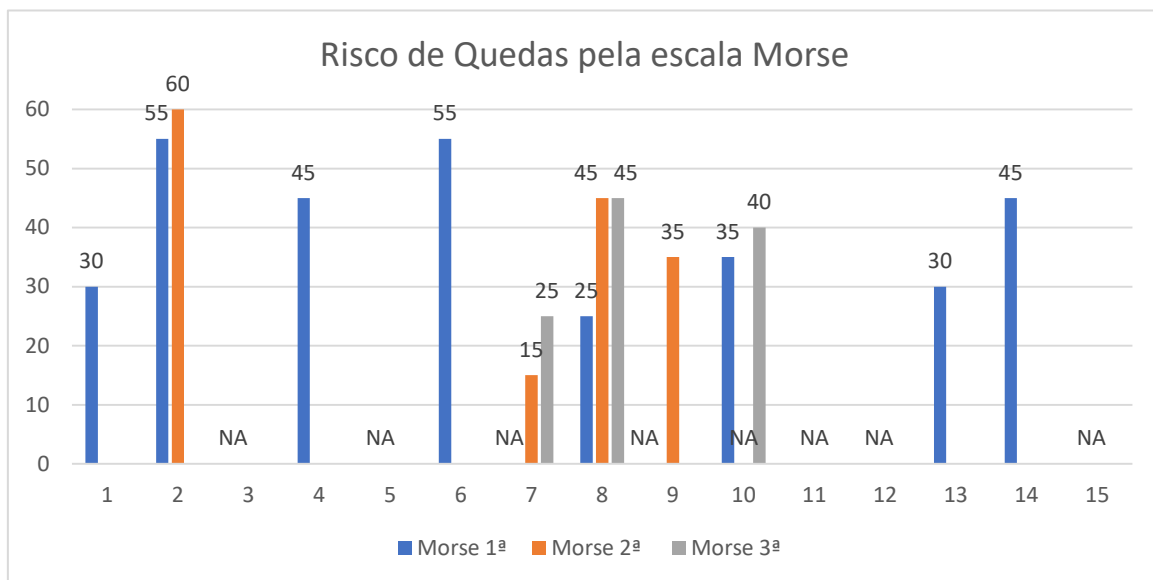


Os fatores que contribuíram para a redução do risco foram o aumento do nível de atividade física e da mobilidade, a adequação da alimentação e a redução da exposição à humidade (Apêndice D). O plano de reeducação funcional motora implementado contribuiu para os resultados obtidos.

Quanto ao risco de quedas, os participantes 2 e 10, apesar do aumento da pontuação, mantiveram o risco prévio, e o participante 8 passou de baixo para alto risco, devido à prescrição de terapêutica em perfusão. Dos participantes sem critérios de aplicabilidade na primeira avaliação, dois mantiveram-se sem critérios (participantes 5 e 11) e dois, um na segunda e um na

terceira avaliação, apresentaram baixo risco de quedas, relacionado sobretudo com o início do levantar e aumento da atividade física (gráfico nº 5) (Apêndice D).

Gráfico nº 5 - Evolução do risco de quedas após intervenção de ER



Relativamente ao autocuidado, quatro participantes melhoraram o grau de dependência (tabela 8): três, entre a primeira e segunda avaliações – de dependência grave para moderada (participante 5), de total para moderada (participante 7), de total para grave (participante 9) –; um, entre a segunda e terceira avaliações – de dependência grave para leve (participante 10) (Apêndice E). Esta evolução parece estar relacionada com a melhoria da pontuação nos campos relacionados com a mobilidade, com o aumento da capacidade funcional dos membros superiores, e também com um melhor controlo de esfíncteres. Houve, no entanto, um participante (participante 8) que, entre as duas últimas avaliações, agravou de um grau de dependência moderada para grave, relacionado com a perda progressiva de reserva funcional respiratória para realização de AVD. Dois outros mantiveram grau de dependência.

O autocuidado mobilização apresentou nos participantes sujeitos a intervenção de ER evolução favorável em quatro casos (participantes 5, 7, 9, 10).

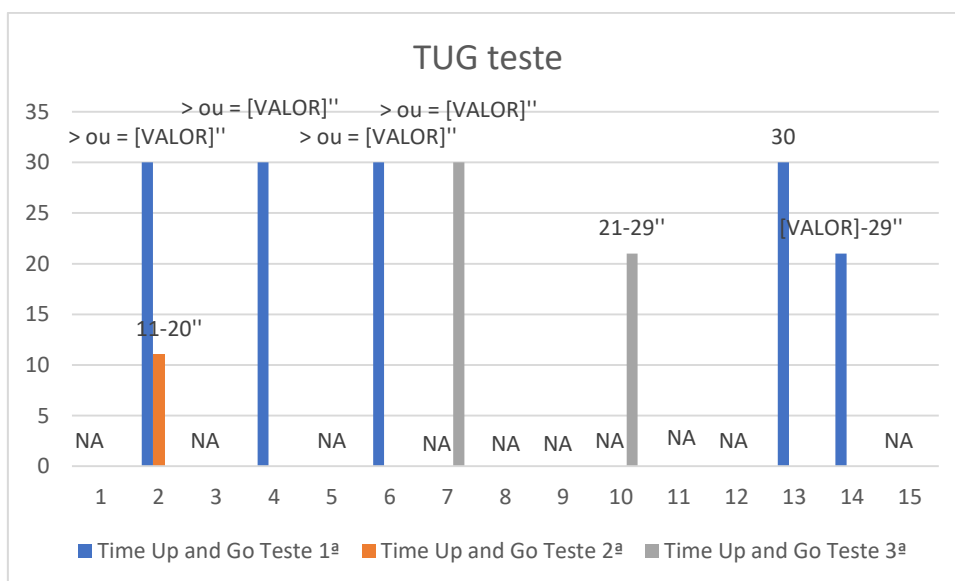
Quanto à escala de Lawton-Brody, um participante manteve a pontuação, cinco obtiveram uma melhoria e um agravou (Apêndice E), sem que, em qualquer dos casos, as oscilações de pontuação se traduzam numa melhoria na funcionalidade (tabela nº 8).

Tabela 8 – Evolução dos graus de autocuidado e funcionalidade ao longo da intervenção de ER

Instrumento de avaliação	Grau de dependência	1ª avaliação (n=15)	2ª avaliação (n=7)	3ª avaliação (n=3)
Índice de Barthel	Dependência total	6	1	0
	Dependência grave	3	2	1
	Dependência Moderada	1	3	1
	Dependência leve	5	1	1
	Independência	0	0	0
Escala de Lawton-Brody	Independente	0	0	0
	Moderadamente dependente	2	0	0
	Severamente dependente	13	7	3

No que se refere ao TUG teste, apenas um participante que o tinha realizado na avaliação inicial conseguiu repeti-lo numa avaliação seguinte, com redução do tempo. Outros dois participantes que inicialmente não apresentaram capacidade de cumprir este teste, conseguiram na terceira avaliação cumpri-lo, um deles no tempo máximo e o outro em 21 a 29'' (gráfico 6). O aumento desta capacidade deveu-se, sobretudo ao aumento da atividade física e aos exercícios de fortalecimento muscular. Coincidentemente, nos dois casos de melhoria de tempo, verificou-se, em ambos, uma melhoria da intensidade da astenia (Apêndice L).

Gráfico 6 - Evolução do tempo de realização do TUG teste após intervenção de ER



Relativamente ao movimento muscular, após intervenção de ER, quatro participantes melhoraram a FM do MS de grau 4 para 5; num destes casos (participante 10) houve também melhoria da espasticidade. Verificou-se ainda que, na primeira reavaliação, um participante melhorou de grau 3 para 4 (participante 9) e um outro de 1 e 2 para 3 e 4, respetivamente no membro inferior direito e esquerdo (participante 7), tendo este, atingido, na avaliação final, FM grau 5 em ambos. Para estes resultados contribuíram o elevado número de sessões realizadas (nº sessões=10). Nos restantes, houve manutenção da FM, exceto em um caso que reduziu de grau 5 para grau 4 (Apêndice F).

Quanto à marcha, houve dois casos (participantes 2 e 10) em que as intervenções de ER permitiram uma marcha mais autónoma, ainda que num deles com recurso a auxiliar de marcha (Apêndice F).

Em dois outros casos (participantes 7 e 9), o levante e o treino de ortostatismo, permitiram também uma melhoria da mobilidade e a adoção de uma postura mais funcional para o quotidiano. Nestes participantes, os resultados indiciam que pode haver uma relação positiva entre aumento da mobilidade, menor risco de UPP, menor dependência no autocuidado e na funcionalidade e, conseqüentemente, maior risco de queda.

Colocando enfoque nos sintomas, verificou-se que nos das dimensões psicológica e espiritual, houve redução da intensidade, após a intervenção de ER. Quatro participantes reduziram o grau de ansiedade (gráfico nº 7) e depressão (gráfico nº 8), não tendo a perceção de ansiedade nos familiares sido tão evidente, uma vez que apenas dois consideraram que eles estavam menos ansiosos. Um participante (7) teve agravamento da ansiedade na avaliação final.

Gráfico nº 7 – Evolução da ansiedade após intervenção ER

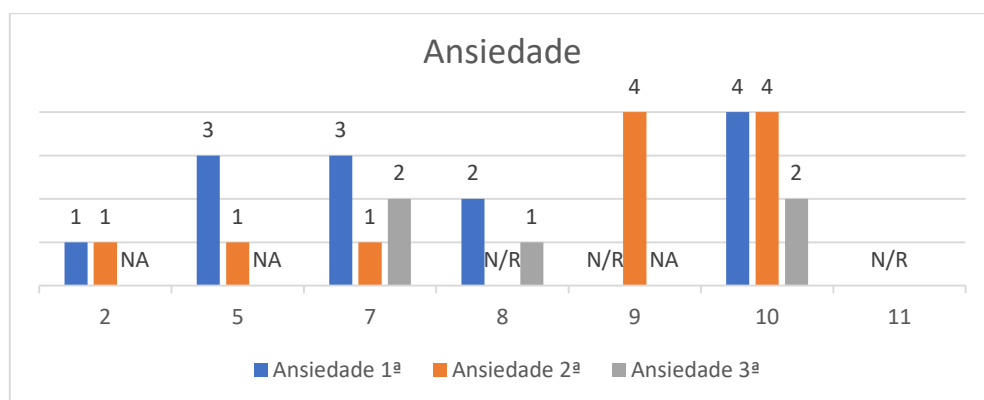
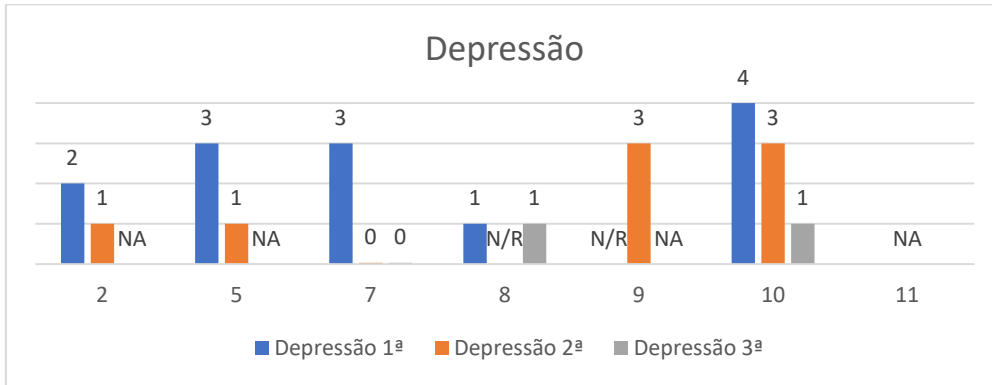


Gráfico 8 – Evolução da depressão após intervenção ER

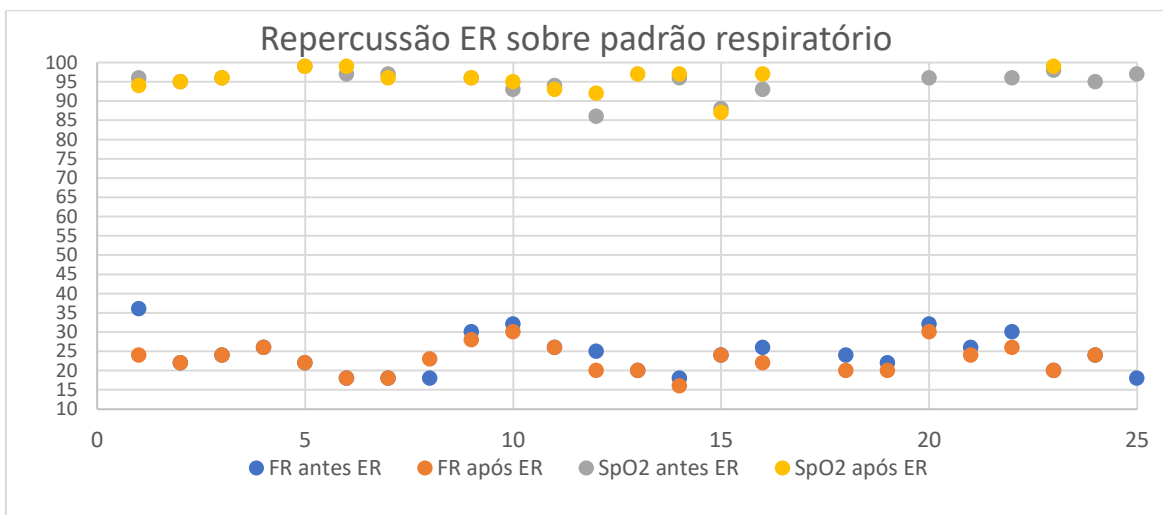


Quatro participantes melhoraram a capacidade de transmissão da informação aos familiares; quatro consideraram haver uma melhor resolução dos seus problemas e três referiram sentir-se em paz com maior frequência (Apêndice I).

O plano de cuidados integrou técnicas de descanso e relaxamento, massagem associada a aromaterapia com óleos relaxantes e técnicas de imaginação guiada, em resposta aos sintomas apresentados.

Remetendo para resultados imediatos e focando a repercussão da ER sobre o padrão hemodinâmico, observa-se sobretudo ao nível da frequência respiratória, uma melhoria generalizada da mesma, por vezes significativa, sobretudo em casos de taquipneia mais grave. Em termos de saturações periféricas de O₂ as oscilações não são tão evidentes, havendo quatro casos de ligeira melhoria após cuidados de ER (gráfico nº 9). Também ao nível da TA e da FC não se verificaram alterações significativas nos doentes em que foi feita avaliação à priori e à posteriori (Apêndice H).

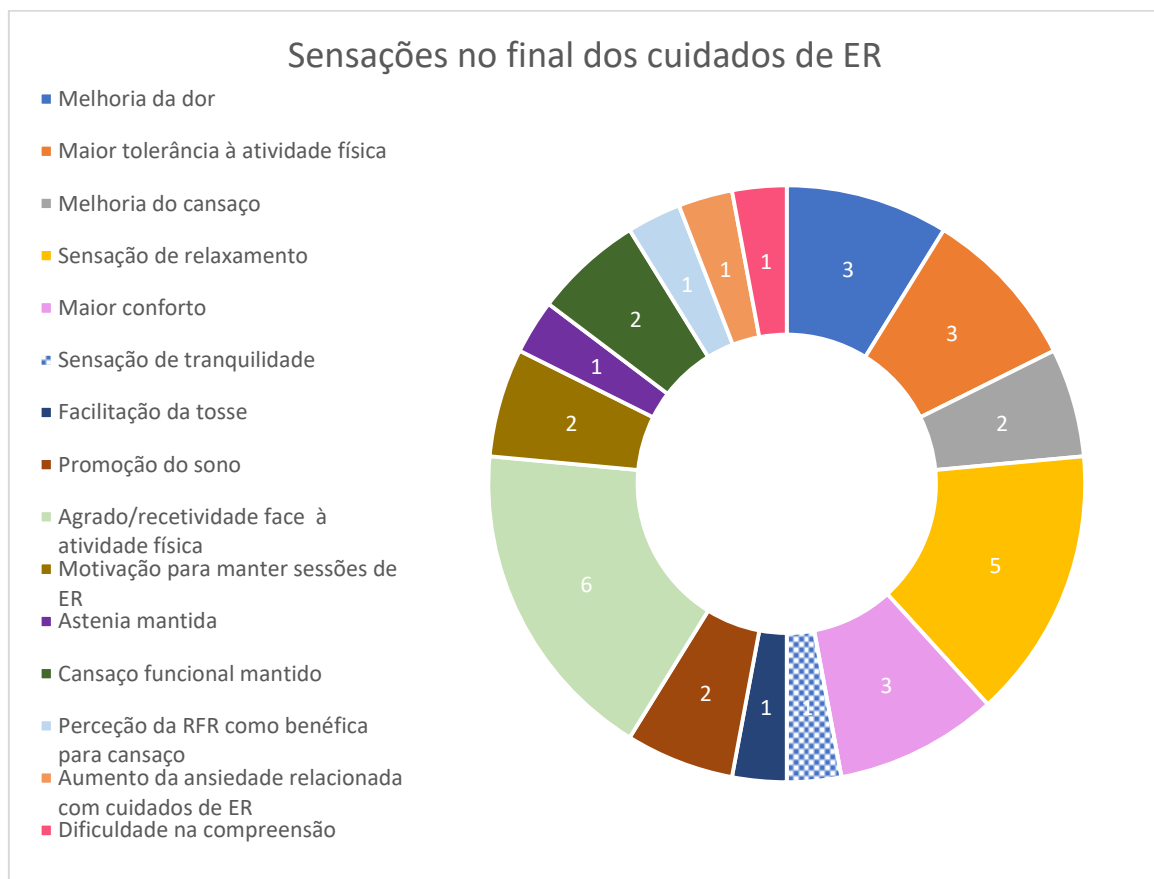
Gráfico nº 9 – Repercussão da intervenção de ER sobre o padrão respiratório



Relativamente à sensação de dispneia, apesar desta se manter, sobretudo funcional a esforços, verificou-se uma melhoria quase generalizada da FR, referindo os participantes uma melhor tolerância ao esforço.

Verifica-se ainda, pelas verbalizações e sensações do doente registadas, que, após as intervenções de ER, os doentes que inicialmente referiram dor, expressaram sobretudo agrado com a sessão quer pela sensação de relaxamento (em três casos associada à massagem), quer pela melhoria do conforto ou até mesmo da dor, revelando desejo de manter cuidados (Apêndice M). Um participante, apesar de expressar motivação para continuar, reforçou a exacerbação da astenia após atividade física, não evidenciando melhoria significativa face aos sintomas (Gráfico nº 10).

Gráfico nº 10 – Resultados baseados nas sensações relatadas após cuidados de ER.



Adequando estes resultados à realidade do estágio em que este projeto foi implementado a motivação e o agrado também podem ter sido elevados pelo facto de no turno da tarde os participantes raramente terem cuidados de reabilitação, contrariamente ao da manhã. Neste, os doentes recebem cuidados não só dos enfermeiros de cuidados gerais, como também dos

médicos, dos técnicos de exames e dos técnicos de reabilitação, o que lhe provoca muitas vezes uma sensação de saturação, e conseqüentemente uma redução na disponibilidade física e mental para intervenções que, em doentes que se sentem tão debilitados, lhe exigem algum esforço, como é o caso dos cuidados de reabilitação.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Após a análise dos resultados apresentados, verificou-se que a avaliação do EEER permite caracterizar sinais e sintomas que limitam o quotidiano da pessoa com doença ameaçadora de vida, a partir dos quais é possível planear cuidados com vista ao controlo/alívio dos mesmos e à maximização da funcionalidade e autocuidado.

Durante a implementação do programa de reeducação funcional, que permitiu a promoção da atividade física junto dos doentes com doença ameaçadora da vida, foram-se realizando ensinamentos sobre vários aspetos, nomeadamente limitações provocadas pela situação de doença e estratégias de adaptação a essas limitações. Perante esta abordagem, notaram-se progressos na díade EEER-doente, começando a construir-se uma relação de confiança, o que permitiu uma maior abertura dos participantes para esclarecer dúvidas existentes.

A realização destes ensinamentos, bem como o esclarecimento de dúvidas sobre os mais variados temas, ao longo das sessões, permitem o “*empowerment*” dos participantes, contribuindo para uma melhor capacidade de autogestão dos sintomas (Moreira, 2023; Nottelmann et al., 2019).

O EEER pode ter um papel bastante ativo e eficaz ao nível do controlo de sintomas, uma vez que programas de reabilitação física precoces potenciam a mobilidade, ao mesmo tempo que previnem complicações e reduzem a intensidade da dor, tornando-se um fator preponderante para o aumento da qualidade de vida, que pode mesmo marcar a diferença (Moreira, 2023; Santos & Pêla, 2017). Neste sentido, investiu-se nas intervenções com vista sobretudo ao controlo da dor e da dispneia, tal como da astenia, um dos sintomas mais prevalentes nos participantes e identificado na literatura como uma das principais barreiras à atividade física, pela “esmagadora” sensação de fadiga (Mikkelsen et al., 2019).

Nos doentes em últimas horas a dias de vida, as intervenções de ER que tiveram maior impacto no bem-estar e que mais tranquilizaram os participantes foram os exercícios de relaxamento, os de controlo da respiração, as mobilizações passivas, os posicionamentos e a massagem, frequentemente associada a aromaterapia. Este aspeto potencializa o facto do grande objetivo do posicionamento, mobilizações articulares e massagem à pessoa em cuidados paliativos e fim de vida ser o conforto e a diminuição ou supressão da dor, sintoma que mais beneficia das intervenções do EEER (Santos & Pêla, 2017).

Nos doentes com um melhor prognóstico e com uma situação de doença mais estável, conseguiu-se, mais facilmente, implementar sessões de atividade física mais ativa, tendo sido mais evidentes os ganhos ao nível de força muscular e mobilidade. Estes ganhos, juntamente com a melhoria dos sintomas, foram cruciais tanto para melhoria dos graus de dependência no autocuidado e na funcionalidade, como para redução do risco de complicações.

Segundo Nottelmann et al. (2019), programas de atividade física que englobam treino de marcha, exercícios com dispositivos e exercícios com o peso do próprio corpo, complementados com ensinamentos de auto-capacitação, melhoram a sua sensação de bem estar.

Contudo a fadiga, associada a outros fatores também confirmados pelos dados apresentados, como por exemplo, desnutrição (reforçada pela prevalência da anorexia), dor e problemas musculoesqueléticos, causa, neste tipo de doentes, diminuição da mobilidade e, conseqüentemente, níveis elevados de dependência nos autocuidados bem como perdas funcionais importantes (Santos & Pêla, 2017). Pela maior debilidade e menor mobilidade, é inevitável o aumento do risco de complicações, nomeadamente UPP e quedas.

Com efeito, a prática de exercício individualizado, estruturado e supervisionado, nas diferentes sessões de ER, traz também confiança e segurança aos participantes, ajudando-os a manter a motivação e o foco para a realização de atividade física, independentemente dos índices de astenia. Ajuda, ainda, a esquecer temporariamente preocupações e sentimentos negativos, contribuindo também para reduzir os níveis de fadiga, não só física, mas também mental (Gjerset et al., 2019; Mikkelsen et al., 2019).

Por outro lado, as alterações do estado de consciência são, neste tipo de doentes, também muito frequentes, o que exigiu a aplicação de uma escala contemplativa de todas as dimensões do ser humano (IPOS) e implementação de estratégias multimodais. Esta abordagem viabilizou a obtenção de resultados positivos também nos sintomas de índole psicológica, como a depressão e a ansiedade do participante e da família, e espiritual, como a forma como cada um vive a sua experiência de doença.

A acrescentar a isto, a possibilidade dada aos participantes para expressarem as suas sensações, tornou claro e evidente o agrado e a motivação dos mesmos pelas intervenções de ER, podendo também os resultados positivos referentes ao nível de informação obtida e capacidade de transmitir estar relacionados com o tipo de abordagem adotada.

Mas o facto de ser um enfermeiro a liderar a intervenção de reabilitação parece permitir, por si só, uma maior facilidade na identificação das necessidades dos participantes (Nottelmann et al., 2019). Neste caso, tratando-se de uma enfermeira, cujo quotidiano é passado junto de pessoas com necessidades paliativas complexas e a quem é exigido que olhe para o doente

contemplando-o como um ser holístico, nas suas vertentes física, psicológica social e espiritual, a relação estabelecida com os participantes tornou-se ainda mais proveitosa para ambas as partes.

Para Kagan et al., a enfermeira de cuidados paliativos deve apoiar as tomadas de decisão do doente e coordenar cuidados interdisciplinares, trabalhando no sentido de esclarecer objetivos e delinear um planeamento avançado de cuidados, tendo toda a intervenção de ER implementada neste projeto ido ao encontro desses objetivos e tentado satisfazer vontades, dos participantes atenuando os medos expressados (Kagan et al., 2020).

Este trabalho só foi, no entanto, possível porque na intervenção de ER se tentou envolver a restante equipa de enfermagem, médicos assistentes e fisioterapeuta de referência. Além disto, alguns participantes (sobretudo os que se encontravam em fim de vida) foram referenciados à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, o que permitiu o envolvimento de profissionais de outras disciplinas no cuidado ao doente, tais como psicólogo, nutricionista, assistente social e capelão. Considera-se assim, que tal abordagem multidisciplinar poderá também ter ajudado na reorientação do foco de cuidados dos participantes no sentido da reabilitação, ainda que se encontrassem numa situação de ameaça à vida (Kagan et al., 2020; Nottelmann et al., 2019).

Considera-se de forma global, que os resultados obtidos demonstraram que a intervenção de ER pode ser muito positiva nas pessoas a quem lhes é diagnosticada uma doença com carácter indubitavelmente evolutivo, que pode levar à morte, bem como também nas suas famílias. Poder ter um EEER numa equipa de cuidados paliativos parece também ser uma mais-valia para conjugar todo o trabalho referido em prol do conforto e da qualidade de vida dos doentes com doença ameaçadora de vida.

Trata-se, no entanto, de um grupo reduzido de participantes, com muita variação no número de reavaliações, pelo que importava que este trabalho pudesse ter continuidade, para que os indícios encontrados tivessem evidência clínica que os validasse. Este facto é reconhecido como uma limitação ao estudo efetuado, pois o incremento do tempo de contacto e a continuidade parecem estar associadas a melhores resultados. Os estudos nesta área devem permitir acompanhamentos regulares e contínuos, verificando-se que, embora com um número relativamente elevado de participantes (n=15), apenas em 3 casos foi possível concretizar os momentos de avaliação planeados.

7. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS REFERENTES AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ao fazer a pesquisa da palavra competência num dicionário pode perceber-se que a mesma é definida como “aptidão; qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções”, mas também como “capacidade que uma pessoa tem para avaliar (algo ou alguém)” (*Dicionário infopédia da Língua Portuguesa*).

Com vista à uniformização entre estruturas educativas na Europa, de modo a fixar pontos de referência e de convergência entre elas, e não com o intuito de harmonizar programas de estudo nem criar programas unificados ou obrigatórios, surgiu, no ano 2000, o projeto Tuning. Como pontos de referências para os planos de estudo surgiram as competências, através das quais é possível narrar os resultados de aprendizagem, utilizando uma linguagem comum, promovendo ainda assim a flexibilidade e a autonomia, aplicando-se esta definição quer a competências genéricas, quer a competências específicas. Os resultados deste projeto demonstraram que além de transferirem conhecimentos consolidados, as instituições de ensino superior transferem uma diversidade de competências genéricas, relacionadas, sobretudo, com a estimulação mental, incentivando a curiosidade e capacidade de análise e síntese, e com habilidades comunicacionais, incluindo em equipa (Superior., 2000).

Neste capítulo pretende-se, então, descrever as competências desenvolvidas enquanto futura EEER e refletir sobre como o curso e, mais concretamente os Estágios, contribuirão para a aquisição dessas competências. Para tal, foram criados vários subcapítulos relacionados com as competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Específicas do EEER, focando, num outro as mais importantes no âmbito do projeto de intervenção desenvolvido, e ainda as competências de Mestre.

7.1. Competências de Mestre

Sendo um curso de mestrado, pretende-se que, quem o frequenta, desenvolva e aprofunde conhecimentos que já detém, podendo eles constituírem a base de desenvolvimento e de aplicação dos mesmos em contexto de investigação. Neste sentido, o mestrado em enfermagem

contribuiu para aprender a aplicar melhor os conhecimentos e a melhor compreender e resolver problemas mais inesperados e complexos e em contexto multidisciplinar, de forma autónoma e ponderada.

Assumindo a mestranda um papel de enfermeira responsável numa equipa intra-hospitalar, tornam-se importantes, para a prática diária, os contributos do curso de mestrado na capacitação para realização de planos de formação em serviço, bem como para enquadramento legal e jurídico da profissão e área de cuidados. Além disto, também os conhecimentos adquiridos no âmbito da gestão clínica foram importantes no desenvolvimento pessoal na área da liderança, bem como da qualidade, e vieram reforçar a relevância de basear a prática na evidência. Para tal, e como uma das mais valias, o presente curso concedeu competências para elaborar revisões sistemáticas da literatura de forma adequada e com rigor.

O curso em si veio também reforçar a importância de refletir sobre as implicações, bem como sobre as responsabilidades éticas e sociais das soluções assumidas para a resolução dos problemas com que a mestranda se depara e continuará a deparar. Por outro lado, e porque compete também ao mestre saber “comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes” (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018), o curso em si contribuiu ainda para a aquisição de competências no domínio da oralidade, permitindo expressar ideias de forma mais clara e menos ambígua.

7.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As funções comuns a todos os especialistas estão descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 122/2011), de 18 de fevereiro, revogado pelo Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. O regulamento estipula competências em quatro grandes domínios, pelo quais a análise está dividida.

7.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo este domínio, foram construídas, no decorrer dos estágios, estratégias de resolução para os problemas detetados em parceria com o utente, tendo a tomada de decisão sido baseada no conhecimento e na experiência, suportada por normas deontológicas e assumida na equipa.

Além disto, conseguiu-se recolher contributos para fundamentar as tomadas de decisão, aferindo os resultados das mesmas e demonstrando segurança e profissionalismo no exercício de funções.

Por outro lado, considera-se ter-se assegurado o respeito pelos direitos humanos em todas as intervenções, garantindo a privacidade, a confidencialidade e o acesso à informação necessária e solicitada, tendo em consideração valores, costumes e crenças espirituais da pessoa cuidada, o que provavelmente se deve à prática diária baseada numa abordagem holística da pessoa, inerente aos Cuidados Paliativos. Nos estágios, houve a preocupação em respeitar a escolha dos utentes garantindo a sua dignidade e segurança, alertando para práticas de risco, tendo em consideração os princípios da beneficência, não maleficência e autonomia.

7.2.2. Melhoria contínua da qualidade

No sentido de promover a melhoria contínua, houve a oportunidade de assistir ao Congresso Nacional de Cuidados Paliativos no qual foi apresentada uma mesa sobre “Reabilitação em Cuidados Paliativos”, tendo a mesma permitido incorporar conhecimentos muito pertinentes para o projeto de intervenção anteriormente descrito.

Por outro lado, foi identificada, e agilizada com a professora orientadora, uma outra oportunidade de melhoria contínua: a de integração de uma semana de estágio num serviço de um Centro Oncológico. Este deu a oportunidade de lidar com pessoas que enfrentam diariamente doenças ameaçadoras da vida e de aperfeiçoar os cuidados ao mesmo, pelo facto de ser um serviço com muita especificidade – Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Além disto, esta experiência viabilizou o conhecer de um projeto de reabilitação implementado nesse mesmo Centro, em vários serviços em simultâneo, criado com o objetivo de promover a autonomia do autocuidado e/ou potencializar o utente e/ou o cuidador para os cuidados a prestar.

Ainda no sentido de melhoria da qualidade dos cuidados, houve um esforço para promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, gerador de segurança e protetor do utente, envolvendo, quando tal foi possível, a família. Contudo este envolvimento, acabou por se proporcionar menos vezes do que o desejável, dadas as limitações ainda impostas pela pandemia, relativamente a visitas, e que se mantiveram durante grande parte do tempo dos estágios. Por outro lado, tentou, ao mesmo tempo, assegurar-se a aplicação de princípios de ergonomia, não só na própria mestranda, como nos utentes e nos outros profissionais de saúde, tentando minimizar riscos.

7.2.3. Gestão de cuidados

Tal como este domínio pressupõe, aprendeu-se a colaborar nas decisões da equipa de saúde e a melhorar a informação para a tomada de decisão no que respeita ao processo de cuidar, tendo sido reconhecida a necessidade de negociar alguns cuidados ou referenciar para outros profissionais, de acordo com dificuldades existentes. Considera-se assim, terem sido reconhecidos os distintos e interdependentes papéis/funções dos vários membros da equipa e adequados recursos às necessidades dos cuidados imprescindíveis, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, fomentando um ambiente favorável à prática.

7.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com este domínio, parece ter-se conseguido otimizar o autoconhecimento e gerir idiosincrasias, reconhecendo limites pessoais e profissionais e gerindo sentimentos e emoções por forma a antecipar eventuais conflitos. Com a implementação do projeto de intervenção, contribuiu-se para a incorporação de novos conhecimentos e divulgação de resultados provenientes da evidência baseada na prática, visando, conseqüentemente, o desenvolvimento da prática clínica especializada e ganhos em saúde para os cidadãos. Além disto, o facto de a mestranda possuir conhecimentos de outra área de especialização, nomeadamente, a pessoa em situação paliativa, contribuiu para uma prática especializada, segura e competente de cuidados, olhando para a pessoa sempre de forma holística, multidimensional. Nas oportunidades de aprendizagem possíveis, que foram variadas, foi sempre tomada a iniciativa para analisar as situações de cuidados e usadas as tecnologias e métodos de pesquisa necessários para aprofundar e adquirir novos conhecimentos, com vista a dar-lhes resposta.

7.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de ER

Para que o enfermeiro especialista conseguisse dar resposta aos cuidados especializados necessários em áreas emergentes, bem como desenvolver o conhecimento científico, incorporando-o de forma contínua na sua prática diária, tornou-se crucial a regulamentação das competências específicas para cada área de Especialização.

No que respeita ao EEER, preconiza-se que este seja capaz de criar, executar e controlar planos de intervenção diferenciados, permitindo-lhe tomar decisões relativas “à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação” (Regulamento nº.392/2019 de 3 de Maio, 2019). Neste sentido foi definido um conjunto de competências que visa regular a certificação de competências em ER. São elas, segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEER:

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

Como exemplo do que foi desenvolvido ao nível desta competência, aparecem os estágios e os planos de cuidados realizados para os diferentes doentes acompanhados. Em todos eles, foram avaliadas as alterações da funcionalidade aos diferentes níveis, nomeadamente motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação e eliminação, fazendo recurso a escalas e instrumentos de avaliação. Além disto, tentou-se sempre identificar fatores interferentes na realização das AVD bem como os aspetos psicossociais que interferiam nos processos adaptativos. Após colheita destes dados, foram definidos diagnósticos de respostas desajustadas e identificadas necessidades de intervenção aos mais diversos níveis.

Identificados diagnósticos e necessidades, foram definidos planos de intervenção com vista à minimização do risco de alteração da funcionalidade e à promoção da autonomia, nos quais foram contempladas estratégias a implementar, bem como resultados esperados e objetivos a alcançar.

Tendo em conta a tipologia de doentes abrangida, foram, sobretudo, implementados programas de reeducação funcional cardiorrespiratória e reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva, com vista à maior qualidade de vida possível, perante um diagnóstico de doença ameaçadora de vida.

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

Refletindo sobre esta competência, considera-se que a escolha de doentes com doença ameaçadora de vida, e grande parte deles com quadros clínicos graves irreversíveis, pode ter sido

limitante. Ainda assim, nalguns casos foi possível ensinar algumas técnicas de autocuidado e realizar treino de AVD, em algum momento da intervenção, incluindo dispositivos auxiliares (sobretudo auxiliares de marcha), tendo em vista a sua máxima capacidade funcional nesse momento. Na ausência de capacidade de treinar outras atividades básicas, foram desenvolvidos esforços, mesmo em situações limite, para que a pessoa se mantivesse capaz de levar à boca nem que fosse um copo de água, ou que se mantivesse capaz de adotar uma posição de conforto.

Nos poucos doentes que saíram do hospital, tentou-se identificar barreiras arquitetónicas nos locais de destino para a alta, emitindo pareceres sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade. Pelo mesmo motivo foram poucas as oportunidades de integração e participação cívica, bem como não foi possível promover ações de inclusão.

Para colmatar as lacunas referidas acima, no que a capacitação e integração familiar e social diz respeito, foi proporcionada a ida a um centro de reabilitação, onde foi vivenciada uma experiência de dois dias. A possibilidade de estar presente num serviço totalmente direcionado para a promoção do autocuidado e para a transição de cuidados (nomeadamente para o domicílio), fornecendo todo o apoio relacionado com dispositivos auxiliares e com acessibilidade e integração, permitiu a consciencialização de inúmeros aspetos valorizados pelos utentes e da forma como podemos apoiar na concretização dos mesmos, sobretudo com pequenas ações.

Além desta, a outra experiência decorrida no Centro Oncológico, permitiu a aquisição de algumas outras competências baseadas em técnicas realizadas por peritos, nomeadamente: descanulações de traqueostomias, treino de via oral em doentes traqueostomizados/traqueotomizados e laringectomizados, exercícios de mímica facial, imobilizações articulares de regiões submetidas a cirurgias de retalho, capacitação da pessoa para atividades básicas comprometidas pela complexidade das cirurgias extensas (compromisso muscular do esternocleidomastoideu, retalhos ósseos incluindo da fíbula), entre outras.

7.3.3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”

Tratando-se de doentes muito debilitados e asténicos, na grande maioria das vezes, os cuidados prestados foram sobretudo cuidados holísticos, em que não foi possível dissociar a componente respiratória da motora, pois após qualquer exercício físico, os doentes ficavam necessitados de intervenções compensatórias do esforço ao nível respiratório. Mas a reeducação funcional foi também muitas vezes aplicada como intervenção para ajudar no controlo de sintomas.

Neste sentido, no âmbito da reeducação funcional cardiotorrespiratória, as intervenções instituídas focaram-se em:

- Otimização do padrão ventilatório através de ensino e instrução sobre técnica de posicionamento, incluindo posição de descanso e de relaxamento e correção postural;
- Incentivo ao uso e treino de técnicas respiratórias como consciencialização e controlo da respiração, dissociação dos tempos respiratórios e expiração com lábios semicerrados;
- Execução de exercícios de reeducação funcional respiratória, nomeadamente abertura costal global, com bastão e com bola, e costal seletiva lateral com abertura, respiração diafragmática com leve resistência, ventilações dirigidas.

Quanto à reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva teve o seu principal enfoque em:

- Ensino, instrução e treino de técnicas de exercício muscular e articular passivo e/ou ativo-assistido e/ou ativo-resistido;
- Instrução e treino de exercícios, musculares e articulares, isométricos com estimulação da proprioceção;
- Treino de exercícios de fortalecimento muscular, com ou sem dispositivos;
- Ensino de exercícios de estimulação da motricidade fina, bem como da atividade cognitiva e da linguagem;
- Instrução sobre o treino de equilíbrio (estático e dinâmico), quer em posição de sentado como em ortostatismo, incluindo correção postural e exercícios de coordenação de movimentos;
- Ensino sobre técnicas de equilíbrio e técnicas de levante, bem como transferências.

Todas estas intervenções foram monitorizadas e sujeitas a uma avaliação dos resultados e ganhos obtidos, sobretudo ao nível de conforto.

7.4. Competências Específicas do EEER no âmbito do projeto de intervenção – controlo sintomático da pessoa com doença ameaçadora de vida

Neste nível de competências pretende-se, portanto, descrever de que forma a intervenção de ER pode ter interesse no tratamento não farmacológico de sintomas, como dor, dispneia, vômitos ou anorexia, da pessoa com doença ameaçadora da vida, e nomeadamente em últimas horas a dias de vida, passando sobretudo por intervenções como:

- Posicionamento – neste contexto foi favorecida a expansão torácica para uma consequente ventilação eficaz, mas também para evitar o aparecimento de zonas de

pressão, bem como proporcionar uma postura adequada a atividades básicas, como a alimentação, a eliminação, o sono ou o relacionamento com pessoas significativas;

- Mobilizações articulares – com o principal objetivo de controlo da dor, as mesmas foram realizadas respeitando o limiar da amplitude articular e o grau de fadiga suportado pelo doente, para que o cansaço não se sobrepusesse ao alívio da dor;
- Massagem – sendo esta considerada uma excelente técnica terapêutica para alívio da dor, foi uma intervenção utilizada muito frequentemente, não só com esse propósito, mas também com vista ao relaxamento e conforto, bem como para melhorar quadros de obstipação refratária a terapêutica laxante.
- Atividade física – o investimento em exercícios promotores da atividade física teve como propósito alguma melhoria ao nível da dependência física e funcional, como sendo a capacidade de passar da posição de deitado para a posição de sentado ou o levantar-se após rolar sobre si próprio, com base na premissa que a atividade física ajuda a melhorar não só o humor, como a fadiga, a função intelectual e, conseqüentemente, a qualidade de vida (Pimenta, 2004);
- Técnicas cognitivo-comportamentais – sendo uma competência transversal a todos os enfermeiros especialistas, também ao nível da ER elas são muito importantes, sendo que, como elemento integrante de uma equipa multidisciplinar, se tentou dar contributos, sobretudo pelas competências relacionais adquiridas na própria experiência profissional e formativa em Cuidados Paliativos, com intervenções não farmacológicas dirigidas à mente e ao comportamento, como por exemplo com o uso de imaginação orientada e de atividades promotoras de distração (Querido, 2010);
- Técnicas de reabilitação da deglutição – enquanto EEER, deu-se continuidade a exercícios e manobras com o intuito de prevenir complicações da disfagia, muitas vezes presente nos doentes em cuidados paliativos, e de conseguir manter uma alimentação de conforto, e conseqüentemente maximizar a qualidade de vida dos mesmos.

8. CONCLUSÃO

Perante uma sociedade cada vez mais envelhecida e com uma maior esperança média de vida, assistimos a uma prevalência de doenças crónicas cada vez maior, o que leva a que a idade média estimada de vida saudável, à nascença, seja, em Portugal inferior a 65 anos. Neste contexto, é estimado que muitos milhões de pessoas venham a necessitar de cuidados que promovam a qualidade de vida dessas pessoas e suas famílias.

Estes cuidados correspondem aos cuidados paliativos e visam atender precocemente as necessidades de pessoas com doenças que ameaçam a vida, e ajudar a tratar problemas físicos, psicossociais e/ou espirituais, baseados numa abordagem multidisciplinar, permitindo, assim, que a pessoa viva o mais ativamente até à morte.

Neste sentido, pode tornar-se essencial o papel do EEER uma vez que é sua competência, com base numa avaliação rigorosa da capacidade funcional e dos sintomas apresentados, maximizar a autonomia e funcionalidade da pessoa nas AVD, promovendo o conforto. Ora a importância que este conceito adquire neste trabalho, levou a que fossem procuradas bases teóricas sustentadas nele mesmo, chegando-se à teoria do conforto de Kolcaba, teórica esta que reforça o conforto como uma experiência individual solidificada na satisfação de necessidades de vários tipos e em diferentes contextos. Para Kolcaba, as intervenções de enfermagem passam por uma avaliação intencional das necessidades de conforto, para as quais são implementadas medidas a ser posteriormente reapreciadas (Dowd, 2004; Kolcaba, 2003; Oliveira et al., 2020).

Havendo uma enorme vontade de evidenciar o benefício que a ER pode ter em doentes com necessidades paliativas, foi sendo construído um caminho, que passou pelas várias UC e por estágios em vários serviços, tendo sido escolhido para o estágio mais prolongado um serviço de Medicina, que acolhe muitos doentes nestas circunstâncias. Perante isto, foi proposta a implementação de um projeto de intervenção que permitisse identificar resultados sensíveis aos cuidados de reabilitação no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora de vida, aceite pela Comissão de Ética da instituição de acolhimento do estágio.

O projeto teve a participação de 15 doentes internados, com diagnóstico de doença ameaçadora da vida, a quem foram aplicados instrumentos de avaliação de necessidades em diferentes momentos do plano de intervenção de ER: antes e depois de cada sessão e em

diferentes dias de intervenção ao longo do acompanhamento. Dada a instabilidade dos doentes selecionados para cumprir a população adequada ao estudo, os dias de intervenção foram muito variados e conseqüentemente o número de reavaliações também, o que pode ter limitado os resultados.

Em termos de resultados obtidos após os vários dias de intervenção de ER, os mais visíveis foram a melhoria ao nível do autocuidado e funcionalidade e da prevenção (quedas e UPP), mas também em termos do controlo de sintomas, quer físicos, quer psicológicos.

Dos sete casos submetidos a mais do que uma avaliação, quatro obtiveram ganhos ao nível da força muscular, dos quais: um conseguiu evoluir, na terceira avaliação, ao nível dos membros inferiores, de grau 3 e grau 1, direito e esquerdo respetivamente, para grau 5, em ambos; um melhorou também a espasticidade e a capacidade da marcha; dois conseguiram iniciar treino de ortostatismo, com melhoria da postura adotada. Houve ainda um outro que desenvolveu uma marcha mais autónoma.

Conseqüentemente a estes ganhos, verificou-se que, desses mesmos sete participantes, cinco reduziram o risco de UPP, sendo que, destes, quatro conseguiram melhorar também o grau de dependência no autocuidado e três conseguiram melhorar a performance na realização do TUG teste.

Para estes progressos ao nível da performance física e funcional, parecem ter contribuído as intervenções de reeducação funcional, quer motora e neurológica, quer respiratória, nomeadamente as estratégias de melhoria ventilatória e de adaptação ao esforço, as mobilizações ativas assistidas e/ou resistidas, os exercícios promotores do equilíbrio e de fortalecimento muscular, entre outras.

No que respeita a sintomas, verificaram-se menores níveis, tanto de ansiedade como de depressão, em quatro dos cinco casos em que se obteve uma resposta a este tipo de sintomas e, também, uma maior prevalência de sentimentos de paz. Já em termos de sintomas físicos, o benefício foi obtido sobretudo após a intervenção, verificando-se uma melhoria da FR em quase metade dos momentos de avaliação imediato da intervenção de ER, sendo essa melhoria por vezes muito significativa. Também a sensação de dispneia foi expressa pelos participantes como tendo tido alívio, quer por maior tolerância à atividade física, quer por melhoria do cansaço. A par deste resultado, surgiu também a perceção de melhoria da dor. Constatou-se ainda que sensações de conforto, tranquilidade ou relaxamento foram verbalizadas em cerca de 1/3 do total das intervenções individuais.

Consideram-se, assim, atingidos os objetivos geral e específicos do projeto de intervenção, bem como os objetivos definidos para os estágios. O primeiro estágio, além de possibilitar o início da aplicação dos conhecimentos práticos adquiridos previamente nas UC teóricas e teórico-práticas do curso de Mestrado, foi o que deu mais noção de quão positivos podem ser os resultados, a curto prazo, da intervenção da ER. Além desta, também outras experiências, como a vivência com peritos no departamento de AVD de um centro de reabilitação ou no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço de um centro oncológico de referência, permitiram o conhecimento de áreas distintas de atuação do EEER e enaltecem o papel do mesmo enquanto promotor do conforto e maximizador da funcionalidade de uma pessoa com doença ameaçadora da vida. O estágio mais longo, por sua vez, permitiu a aplicação de uma vasta diversidade de conhecimentos práticos e o desenvolvimento de competências enquanto EEER, tendo tornado possível o foco na atuação junto de pessoas com necessidades paliativas.

Conclui-se, portanto, que a intervenção de ER pode ser decisiva numa eficaz preparação e gestão não só das limitações, como no controlo de sintomas que vão surgindo, contribuindo para o bem-estar, conforto e qualidade de vida dos doentes e famílias.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 48-57). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Andrade, J. S., & Vieira, M. J. (2005). Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspetivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3).
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. ESENF. https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratórias. . In. Porto: Medesign - Edições e Design de Comunicação, Lda.
- Decreto nº 16126/2019, d. d. o. (2019). *Diário da República 2ª Série, nº 195. Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República: Ordem dos Enfermeiros
- Decreto-Lei nº 65/2018, d. d. A. (2018). *Diário da República nº 157/2018, Série I. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República
- DGS. (2003). *Circular Normativa para avaliação da dor como 5º sinal vital*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2011). *Norma de Orientação para aplicação da Escala de Braden*. Retrieved from https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- DGS. (2019). *Norma de orientação para aplicação da escala de Morse*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa*. Porto Editora. Retrieved 20-12-2022 from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência>
- Dossena, D. T., & Zacharias, D. G. (2017). Impacto do diagnóstico oncológico no meio familiar: o papel da psico-oncologia. *Anais da Jornada de Psicologia UNISC*.
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 481-496). Lusociência.
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines. *Journal of palliative medicine*, 21(12), 1684-1689.
- Fialho, P. I. P., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2023). Comfort in Rehabilitation Nursing Care: Multiple Case Study. Gerontechnology V: Contributions to the Fifth International Workshop on Gerontechnology, IWoG 2022, November 17–18, 2022, Évora, Portugal, and Cáceres, Spain,
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). *Retrato de Portugal PORDATA*. Retrieved 03/05/2022 from www.pordata.pt/Retratos/2020/Retrato+de+Portugal-85
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Censos de 2021*. Retrieved 05/02/2023 from www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361

- Gaspar, I., Loureiro, M, Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª ed. ed., pp. 12-18). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Gjerset, G. M., Kiserud, C. E., Loge, J. H., Fosså, S. D., Wisløff, T., Gudbergsson, S. B., . . . Thorsen, L. (2019). Changes in fatigue, health-related quality of life and physical activity after a one-week educational program for cancer survivors. *Acta Oncologica*, 58(5), 682-689.
- Guimarães, T. B., & Magni, C. (2020). Reflexões sobre a humanização do cuidado na presença de uma doença ameaçadora da vida. *Mudanças*, 28(1), 43-48.
- Hearn, J., & Higginson, I. J. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. *Quality in Health Care*, 8(4), 219. <https://doi.org/10.1136/qshc.8.4.219>
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). Bases Conceptuais da Enfermagem de Reabilitação. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo* (pp. 3-22). Lusodidacta.
- Institute, C. S. (2012). *Palliative care Outcome Scale*. Retrieved 05/2022 from <https://pos-pal.org/maix/pos-translations.php#portuguese>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas de Saúde - 2019*. Retrieved 29/05/2022 from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScoleccion=107773&selTab=tab0&xlang=pt
- Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero (Eds.), *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Lusodidacta.
- Kagan, S. H., Morgan, B., Smink, T., DeMille, D., Huntzinger, C., Pauly, M., & Lynch, M. P. (2020). The Oncology Nurse Navigator as "Gate Opener" to Interdisciplinary Supportive and Palliative Care for People with Head and Neck Cancer. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, 11(8), 259-266.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C., Silva, L. d. F. d., Freitas, M. C. d., & Fialho, A. V. d. M. (2017). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.
- Lopes, M. J. (2021). Definição de um percurso de cuidados para as pessoas com dependência. In M. J. Lopes, Sakellarides, C. (Ed.), *Os Cuidados de Saúde Face aos Desafios do Nosso Tempo* (pp. 217-228). Imprensa da Universidade de Évora.
- Marques, R., Ribeiro, I., Arminda Costa, M. (2021). Enfermagem de Reabilitação em Portugal: uma história contada ao contrário! In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 2-11). Lidel - Edições técnicas Lda.
- Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. S. M. (2021). A tomada de decisão em enfermagem. In Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1ª ed., pp. 51-60). Sabooks Editora.
- Mikkelsen, M. K., Nielsen, D. L., Vinther, A., Lund, C. M., & Jarden, M. (2019). Attitudes towards physical activity and exercise in older patients with advanced cancer during oncological treatment—A qualitative interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 16-23.
- Minosso, J., Souza, L., & Oliveira, M. A. (2016). Rehabilitation in palliative care. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>
- Moreira, J., Soares, P., Gomes, S., Nunes, B. (2023). Rehabilitation Nursing Program in Oncological Surgery of the Head and Neck: A Retrospective Cohort Study. *Portuguese Journal of Public Health*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1159/000527717>

- Nassar Junior, A. P., Pires Neto, R. C., Figueiredo, W. B. d., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*, 126, 215-219.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, Neto, I. G. (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed. ed., pp. 1-42). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2022). *Da ciência, do amor e do valor da vida - Relatos e padrões da identidade dos cuidados paliativos* (1ª ed.). Oficina do Livro.
- Nottelmann, L., Jensen, L. H., Vejlgard, T. B., & Groenvold, M. (2019). A new model of early, integrated palliative care: palliative rehabilitation for newly diagnosed patients with non-resectable cancer. *Supportive care in cancer*, 27(9), 3291-3300. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4629-8>
- Nunes, L. (2020). Aspectos éticos na investigação em enfermagem. In.
- OE. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* (OE, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. https://doi.org/https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Oliveira, S. M. d., Costa, K. N. d. F. M., Santos, K. F. O. d., Oliveira, J. d. S., Pereira, M. A., & Fernandes, M. d. G. M. (2020). Necessidade de conforto percebida por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de Kolcaba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Pimenta, C. (2004). Dor Oncológica: bases para a avaliação e tratamento. In L. Pessini, Bertachini, L. (Ed.), *Humanização e Cuidados Paliativos* (pp. 241-262). Edições Loyola.
- Querido, A., Bernardo A. (2010). Náuseas e vômitos. In N. I. Barbosa A. (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 127-143). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina.
- Regulamento nº 350/2015, d. d. j. (2015). *Diário da República 2ª série nº 119. Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República
- Regulamento nº 743/2019, d. d. s. (2019). *diário da República 2ª série nº 184. Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República
- Regulamento nº.392/2019 de 3 de Maio. (2019). *Diário da República 2ª Série nº.85. Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & S. L. (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 57-66). Lusodidacta.
- Robertson, M. C., Lyons, E. J., Song, J., Cox-Martin, M., Li, Y., Green, C. E., . . . Baum, G. (2019). Change in physical activity and quality of life in endometrial cancer survivors receiving a physical activity intervention. *Health and quality of life outcomes*, 17, 1-9.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1995). Modelo de Vida. In N. Roper, W. W. Logan, & A. J. Tierney (Eds.), *Modelo de Enfermagem* (3ª ed., pp. 25-41). McGrawHill.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percurso*, 15, 1-37. In.
- Santos, A., Pêla, J., Ferreira, M. F., & Trindade, N. (2014). O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero (Eds.), *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 163-178). Lusodidacta.
- Santos, A. S., & Pêla, J. (2017). Reabilitação da Pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 605-616). Lusodidacta.
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Lima, D. K. S., Padilha, M. I., & Gomes, B. P. (2018). Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6-12.

- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. *Coimbra: Quarteto Editora*.
- Serôdio, J. (2014). Conceitos principais de Reabilitação - Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. In A. Costa, Otero, M. (Ed.), *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-76). Lusodidacta.
- Silva, D. G., Santana, N. L. S., & Peixe, F. C. Q. (2022). CONHECIMENTO E APLICABILIDADE DA AROMATERAPIA. *Revista Eletrônica da Estácio Recife*, 8(1).
- Sousa, L. M. M. S., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência.
- Superior., D.-G. d. E. (2000). *Descritores de Dublin*. Retrieved 18/01/2023 from <http://www.dges.mctes.pt/Bolonha/Objectivos+e+Linhas+de+Ac%C3%A7%C3%A3o/Descritores+Dublin/>
- WHO. (2020). *Palliative Care*. Retrieved 29/05/2022 from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

ANEXOS

Anexo I – Índice de Barthel

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

Anexo II – Escala de Lawton-Brody

ESENFNC _ João Apóstolo _ Instrumentos para avaliação em geriatria
Documento de apoio Maio, 2012

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Ítems		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.; Madureira e Vedelho.

(Apóstolo, 2012)

Anexo III – Escala de RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Anexo IV – Teste do Relógio

Teste do Relógio

Fuzikawa, C. S., Uchôa, E. & Lima-Costa, M. F. (2003). Teste do relógio: uma revisão da literatura sobre este teste para rastreamento de déficite cognitivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 223-235.

Shulman, K. I. (2000) Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*, 15, 548-561.

Shulman (2000)

Utiliza-se um círculo pré-desenhado com cerca de 10cm de diâmetro.

“Este círculo representa um relógio. Por favor, coloque os números como num relógio e então marque onze horas e dez minutos”.

Após o paciente colocar os números, pode-se reforçar o comando, repetindo:

“Por favor, marque onze horas e dez minutos”.

Evita-se intencionalmente a menção da palavra ponteiros ao dar o comando. O uso de borracha para corrigir eventuais erros que o paciente perceba durante a execução é permitido. O desenho pode ser repetido se o paciente solicitar, ao se dar conta de erros, para tentar fazê-lo de forma mais correta. Pode-se inclusive perguntar ao mesmo se deseja tentar novamente, se ele expressar reconhecer erros ao terminar o desenho.

A pontuação varia de 0 a 5, sendo que quanto maior o escore, melhor o desenho

0	Inabilidade absoluta para representar o relógio
1	O desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visuoespacial grave
2	Desorganização visuoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso.
3	Distribuição visuoespacial correta com marcação da hora errada
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
5	Relógio perfeito

Funções cognitivas¹: compreensão auditiva da ordem dada; concentração e atenção na execução do desenho; memória numérica, memória semântica (para lembrar o que é e como é um relógio) e memória episódica (para lembrar todos os elementos da ordem dada); o pensamento abstrato; praxia visuoespacial; funções executivas: motivação, planejamento, monitoração da resposta para realizar correções necessárias.

¹ Atalaia-Silva, K. C., & Lourenço, R. A. (2008). Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 930-937.

Anexo V – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____	Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;
 Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato, Cristina Mignêus, Pedro Ferreira, João Almeida, Kátia Furtado
 Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Anexo VI – Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

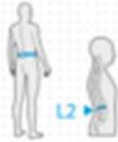
Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0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

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Anexo VII – Time Up and Go teste

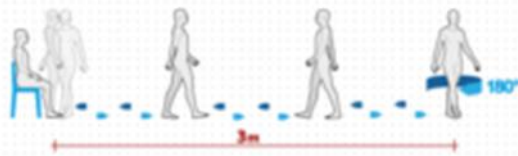
Posicionamento do Sensor

BTS G-SENSOR deve ser posicionado, com o cinto fornecido, na altura de L2



Timed Up and Go

O sujeito inicia sentado em uma cadeira, com as costas apoiadas no encosto e braços relaxados sobre as coxas. Quando o teste começar, o sujeito levanta, caminha por 3 metros, gira parado e retorna à posição sentada.



Anexo VIII – Escala numérica e de faces da dor



Anexo IX – Medical Research Council muscle scale

Tabela 1. Classificação da força muscular (Medical Research Council).

Grau	Descrição
0 - Zero	Ausência de contração muscular à palpação
1 - Vestígio	Contração muscular palpável
2 - Ruim	Movimento articular com eliminação da gravidade
3 - Regular	Movimento articular completo contra a gravidade
4 - Boa	Movimento articular completo contra a gravidade e alguma resistência
5 - Normal	Força normal do músculo contra a gravidade e resistência

Anexo X – IPOS – tradução portuguesa

IPOS Questionário do Profissional de Saúde



www.pos-pal.org

Em colaboração com:



Nome do doente: _____
 Código do doente: _____

Data (dd/mm/ano): - -

Por favor, responda às seguintes perguntas, tendo em atenção a situação do/a doente em questão. **Obrigado.**

P1. Quais têm sido os principais problemas ou preocupações do/a doente durante os últimos 3 (três) dias?

1. _____
2. _____
3. _____

P2. Segue-se uma lista de sintomas, que o/a doente poderá ou não ter tido. Para cada um destes sintomas, por favor, faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como afetou o/a doente durante os últimos 3 dias. Caso não saiba responder ou o/a doente esteja inconsciente, por favor coloque uma cruz na coluna "Não Aplicável".


	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Insuportável	Não aplicável
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza ou falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas (sensação de que vai vomitar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos (enjoado/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouco apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisão de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feridas na boca ou boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonolência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouca mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor, indique quaisquer outros sintomas que não foram aqui referidos e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como esses sintomas afetaram o/a Doente durante os últimos 3 dias.						
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante os últimos 3 dias:	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	A maior parte do tempo	Sempre	Não aplicável
P3. O/A doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4. Algum dos familiares ou amigos do/a doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com ele/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5. O/A doente tem-se sentido deprimido/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Sempre	A maior parte do tempo	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca	Não aplicável
P6. O/A doente sentiu-se em paz?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7. O/A doente tem sido capaz de partilhar com a sua família ou amigos a forma como se tem sentido, tanto quanto queria?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8. O/A doente teve toda a informação que pediu?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Foram resolvidos ou não tinha problemas	Foram maioritariamente resolvidos	Foram parcialmente resolvidos	Praticamente não foram resolvidos	Não foram resolvidos	Não aplicável
P9. Caso o/a doente tenha tido problemas práticos resultantes da sua doença, estes foram resolvidos? (tais como financeiros ou pessoais)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo XI – Aprovação do projeto



Mano CA
Cecília Varandas
Adjunta Enf. Director

António do Espírito Santo
ATA N.º *01* de *25.01.2023*
O Conselho de Administração
para
entregamento
certidão
ESSE/HE
CA

COMISSÃO DE ÉTICA
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Mano CA
Luís Roberto
José Manuel Choro
Alexandre Duarte
Luís Roberto
Dietista Clínica

Parecer da CES nº 075/22
N.º entrada no HESE: 1877 de 29/11/2022

Título do Projeto: Enfermagem de Reabilitação no Controlo de Sintomas da pessoa com Doença Ameaçadora de Vida

Investigador Principal: M.ª do Rosário Espinheira Neto Fortunato

Instituição:

Orientador: Professora Maria José Abrantes Bule

Enquadramento: Mestrado em Enfermagem na área da Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Tipo de Estudo:

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão Sim
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim


Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:


Favorável X

Condicional

NOTAS: ---

Dia: 10/01/2023


Dr. Manuel Amoedo
Presidente da Comissão de Ética

 **ESSE** anos a cuidar da sua saúde

Telefone: 266 740 100 | Fax: 266 701 821
ges@hseorocorunim-saude.pt | www.hseorocorunim-saude.pt
Largo Senhor do Patrocínio, s/n - 7005-811 EVORA
Entidade Pública Empresarial | Matriculada no Conservatório do Registo Comercial de Évora
sob o n.º 508 995 888 | NIPC/NIF: 500 085 888 | Capital Estatutário: 40 280 000,00 euros

APÊNDICES

Apêndice A – Apresentação dos resultados dos artigos da RIL

Identificação do estudo/ano	Objetivo	Desenho	Participantes	Intervenções/fenómenos de interesse	Resultados	Conclusões
<p>Título: <i>A new model of early, integrated palliative care: palliative rehabilitation for newly diagnosed patients with non-resectable cancer</i> (Nottehlmann, 2019)</p> <p>DOI: 10.1007/s00520-018-4629-8</p>	<p>Descrever um modelo de reabilitação paliativa para doentes com cancro avançado recentemente diagnosticado</p>	<p>Ensaio controlado aleatório (RCT) realizado entre dezembro de 2014 e dezembro de 2017</p>	<p>132 adultos com diagnóstico de cancro avançado, tendo sido considerados elegíveis 122, a quem foi aplicada uma entrevista semi- estruturada cerca de 12 semanas após consulta inicial ou aquando da alta</p>	<p>Aplicado um modelo de reabilitação paliativa em que foram oferecidas: - duas consultas obrigatórias: a primeira com médico e enfermeira especializados em cuidados paliativos e a segunda apenas com enfermeira; - a possibilidade de participação durante 12 semanas, de utentes/cuidadores em sessões educacionais, para debate e troca de experiências, sendo combinadas com exercício físico individualizado em grupos ou consultas individuais com a equipa de reabilitação paliativa. Esta equipa era multidisciplinar, contando com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos e reforçada com assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e capelão. Os programas de exercícios foram traçados após aplicação de testes de desempenho (6 minutos de caminhada, medição força preensão manual e capacidade sit-to-stand) e combinaram exercícios aeróbicos em passadeiras, com exercícios em máquinas, elásticos, bandas ou o próprio peso do corpo e ensino de exercícios complementares para o domicílio.</p>	<p>Após a consulta de primeira vez, 20% receberam apenas as 2 consultas obrigatórias; 45% participaram adicionalmente no programa de grupo, tendo 83% recebido uma ou mais consultas individuais suplementares; 35% receberam consultas individuais suplementares sem participar do programa de grupo, reportando-se os temas à má qualidade do sono, à dispneia, às AVD, com foco também na instrução no uso de dispositivos auxiliares, mas sobretudo ao lidar e ao gerir a dor e à nutrição. A intervenção foi liderada principalmente por enfermeiros, sendo que parece ter havido uma maior facilidade na identificação de necessidades dos participantes no programa de grupo. Apenas cerca de metade dos participantes levou um cuidador para a clínica, o que pode levar a que o potencial total desta oferta não tenha sido atingido 80% dos participantes elegíveis concordaram que a intervenção tinha sido positiva, 15% concordaram parcialmente e 4% discordara com esse efeito positivo, sendo que nenhum discordou de recomendar a intervenção a outros na mesma situação. 88% dos participantes no programa de exercício físico referiram que o mesmo tinha melhorado o seu bem-estar e 9 % concordou parcialmente.</p>	<p>A flexibilidade do modelo de reabilitação implementado permitiu atender às necessidades apresentadas pelos participantes e levando a um elevado grau de satisfação dos abrangidos, com baixa utilização de recursos</p>
<p>Título: <i>The Oncology Nurse Navigator as "Gate Opener" to Interdisciplinary Supportive and Palliative Care for People with Head and Neck Cancer</i> (Kagan, 2020)</p>	<p>Descrever a inovação de englobar o papel do ONN (Oncology Nurse Navigator) no programa de suporte interdisciplinar e cuidados paliativos, com vista a otimização do acesso e utilização desses cuidados pelas pessoas que</p>	<p>Descrição do programa clínico, apoiada em padrões clínicos relevantes e em literatura atual e apresentação de um estudo de caso</p>	<p>ONN integrados na Clínica CARE a partir de 2016 + Mr. Bear Bear</p>	<p>A clínica CARE (Cancer Appetite and Rehabilitation) foi fundada em 2007 pela equipa líder do programa oncológico de suporte e cuidados paliativos, com foco inicial na caquexia provocada pelo cancro, mas que passados dez anos alterou o foco para a pessoa após o diagnóstico de cancro, com o qual tem de aprender a viver, tendo as necessidades da família passado a ser também envolvidas neste programa. A clínica dispõe de uma equipa</p>	<p>Os doentes com cancro de cabeça e pescoço, devido à complexidade inerente ao tratamento oncológico multimodal necessitam que lhe sejam abertas as portas a serviços de suporte e de cuidados paliativos. O projeto de inclusão de ONN para possibilitar a oportunidade deste tipo de cuidados permitiu, ao ONN, estabelecer muito cedo uma relação de confiança com pacientes e cuidadores familiares. A avaliação inicial precoce e abrangente das necessidades, a realização de ensinos e a</p>	<p>A ONN, ao colaborar com a Clínica CARE, constitui uma oportunidade para pessoas que vivem com cancro de cabeça e pescoço, oferecendo uma abordagem inovadora que visa elevar a sua experiência de doença e a melhoria dos resultados clínicos, consequente a um</p>

<p>vivem com cancro de cabeça e pescoço.</p>	<p>multidisciplinar que inclui peritos em: nutrição, fisioterapia, terapia da fala e enfermagem com formação prática avançada (incluindo especialistas). A equipa de enfermagem, que lidera a administração do programa, promove, de acordo com as necessidades avaliadas, a intervenção adequada e os ensinamentos necessários aos pacientes com cancro de cabeça e pescoço e seus cuidadores familiares.</p>	<p>articulação entre os vários profissionais de saúde que cuidam o paciente e a Clínica CARE, realizada pelo ONN representam as portas que o paciente necessita que lhe abram para o cuidar. O Modelo "the CARE Clinic Plus Oncology Nurse Navigator Gate Opener" pressupõe um papel específico para cada membro da equipa multidisciplinar, sendo que o ONN colabora estreitamente com cada um deles: Nutricionista – realizar a avaliação nutricional e, em colaboração com ONN e PCNP, atender às necessidades educacionais e medicamentosas; Fisioterapeuta – realizar uma abordagem centrada na coluna cervical, ombro e postura corporal e, em colaboração com o ONN, vigiar o desenvolvimento de <u>linfedema</u> e intervir na fadiga Terapeuta da fala – avaliar função da fala, voz e deglutição e, em conjunto com o ONN, garantir cuidados de qualidade a pacientes que oferecem barreiras na adesão às recomendações para o dia-a-dia, e colaborar, com ONN e nutricionista, nos pacientes com necessidade de alimentação enteral, sobretudo no controlo de alguns sintomas, como disfagia ou trismo. Enfermeira de Cuidados Paliativos (PNCP) – apoiar tomadas de decisões e coordenar cuidados interdisciplinares e, em conjunto com o ONN, trabalhar no sentido de esclarecer objetivos de vida e delinear um planeamento avançado de cuidados</p>	<p>Realizada entrevista <u>semi-estruturada</u>, com foco nas atitudes face à atividade física (AF) e ao exercício, incluindo barreiras, facilitadores e motivadores. Foi utilizada uma estratégia de amostragem proposital para garantir variação no diagnóstico, sexo e idade. O presente artigo abrange apenas um dos tópicos de pesquisa delineados: experiências e atitudes face à AF e ao exercício durante o tratamento oncológico, com questões</p>	<p>Apesar da diminuição dos níveis de AF após o diagnóstico de cancro, foram encontradas percepções positivas do exercício entre os participantes. Contudo, o fator mais profundo identificado com barreira à AF foi a sensação esmagadora de fadiga. Os profissionais</p>	<p>suporte interdisciplinar e de cuidados paliativos. A chave de sucesso deste modelo é o foco não só na pessoa, mas na família também, o que se reflete em elevados níveis de satisfação.</p>
<p>Título: <i>Attitudes towards physical activity and exercise in older patients with advanced cancer during oncological treatment – A qualitative interview study</i> (Mikkelsen, 2019) DOI: 10.1016/j.ejon.2019.04.005</p>	<p>Explorar atitudes em relação à atividade física e ao exercício entre pacientes idosos com cancro que possam ser a base de futuras intervenções baseadas em exercícios.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Pacientes com >65 anos com cancro avançado do pulmão pancreático, do trato biliar, sob 1ª linha de QT ou imunoterapia, entre novembro/2017</p>	<p>Apesar da diminuição dos níveis de AF após o diagnóstico de cancro, foram encontradas percepções positivas do exercício entre os participantes. Contudo, o fator mais profundo identificado com barreira à AF foi a sensação esmagadora de fadiga. Os profissionais</p>	<p>suporte interdisciplinar e de cuidados paliativos. A chave de sucesso deste modelo é o foco não só na pessoa, mas na família também, o que se reflete em elevados níveis de satisfação.</p>

<p>Título: <i>Changes in fatigue, health-related quality of life and physical activity after a one-week educational program for cancer survivors</i> (Giersset, 2019) DOI: 10.1080/0284186X.2018.1562210</p>	<p>Comparar o nível de fadiga e de qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQOL) dos sobreviventes de cancro admitidos no PEI com os da população em geral; Examinar as alterações na fadiga, QOL e atividade física após o PEI entre género feminino e masculino</p>	<p>Estudo observacional com um desenho pré-pós</p>	<p>Sobreviventes de cancro com 18 ou mais anos, diagnosticados com cancro da mama, da próstata ou gastrointestinal nos últimos 10 anos, prestes a incorporar um PEI de uma semana.</p>	<p>O plano de ensinos em internamento (PEI) incluiu palestras, discussões de grupo e atividade física, visando desenvolver, nos doentes, estratégias de adaptação aos problemas de saúde relacionados com o cancro e motivar os participantes a adotar um estilo de vida saudável. A fadiga foi avaliada pelo Questionário sobre Fadiga e HRQOL pelo Short-Form-36. Os participantes convidados para o estudo responderam ao questionário no dia da chegada (T0) e três meses após a estadia (T1).</p>	<p>relacionadas com atitudes, barreiras e fatores facilitadores, motivadores e preferências.</p>	<p>não só físicos, mas também psicossociais, evitando entre outras coisas o isolamento social; - quanto a barreiras, estas estão associadas a comorbidades e circunstâncias externas que impedem a sua prática, bem como à fadiga, que acaba por ofuscar a vida, uma vez que interrompe as rotinas normais e as atividades domésticas diárias; - relacionado com os motivadores, facilitadores e preferências para AF, verificou-se que se as condições da prática do exercício forem fixas (com exercício estruturado e supervisionado), ajudam a manter o foco, que o apoio social, de familiares e amigos, assim como a interação com os pares, é fundamental para aumentar a motivação quer a curto, quer a longo prazo, ajudando na pausa de pensamentos negativos e preocupações, tal como a familiaridade com cada tipo de exercício (treino cardiovascular, de resistência, aeróbico), que também contribui para maiores índices de confiança.</p>	<p>de saúde que trabalham para promover o exercício em pacientes idosos com cancro avançado precisam de ter em conta os fatores identificados para que os programas de AF sejam viáveis.</p>
<p>Título: <i>Change in physical activity and quality of life in endometrial cancer survivors receiving a physical activity intervention</i> (Robertson, 2019)</p>	<p>Explorar as relações entre a mudança ao nível da atividade física, com as mudanças ao nível mental, social, e de outros aspectos da</p>	<p>Estudo observacional com um desenho pré-pós</p>	<p>Doentes sobreviventes de cancro do endométrio em estádios I, II e IIIa (n=100) que</p>	<p>Os participantes foram encorajados a começar a andar, com modalidade primária do exercício, e seguidamente aumentar gradualmente para marcha moderada a intensa ao longo do programa com o objetivo de atingir 30 minutos de atividade física</p>	<p>Em comparação com a população em geral, tanto os participantes femininos como os masculinos tinham níveis médios significativamente mais elevados de fadiga e pior HRQOL mais pobre em T0 e T1. Entre todos os participantes, de T0 a T1 a fadiga física foi reduzida de 12,6 para 11,8, a fadiga mental de 6,3 para 6,0 e a fadiga total de 19,0 para 17,8. Entre os participantes do sexo feminino, registou-se uma melhoria clinicamente relevante de 30% na fadiga física, 28% na fadiga total e 36% na saúde em geral. Entre os participantes masculinos, 31% mostraram uma melhoria clinicamente relevante nas limitações físicas.</p>	<p>Os participantes no PEI conseguiram uma redução nos seus níveis de fadiga e uma melhoria em alguns aspetos da HRQOL, sobretudo entre os participantes do sexo feminino. Contudo, devido à falta de um grupo de controlo, não é possível concluir se as alterações foram devidas ao PEI</p>	<p>Doentes sobreviventes de cancro do endométrio têm alto risco de sofrimento pelas alterações físicas na qualidade de vida, sendo que este estudo</p>

<p>DOI: 10.1186/s12955-019-1154-5</p>	<p>qualidade de vida dos sobreviventes de cancro endométrio que recebem uma intervenção no âmbito da atividade física</p>		<p>participaram numa intervenção de atividade física por 6 meses, recrutadas entre Janeiro e Setembro 2010.</p>	<p>acumulada na maior parte dos dias da semana. Foram oferecidas sessões de intervenção comportamental.</p>	<p>desempenhado devido à sua condição física, da dor e do sofrimento somatizado. Não há, no entanto, evidência que indique que as mudanças na atividade física estejam associadas a mudanças noutros aspetos da qualidade de vida.</p>	<p>sugere que o acréscimo de atividade física na vida destes doentes pode aliviar alguns destes problemas.</p>
<p>Título: <i>Rehabilitation Nursing Program in Oncological Surgery of the Head and Neck</i> (Moreira, 2023) DOI: 10.1159/000527717</p>	<p>Comparar o grau de dependência de utentes submetidos a cirurgia de cancro de cabeça e pescoço com e sem intervenção do ER</p>	<p>Estudo de coorte e observacional desenhado de julho de 2018 a outubro de 2020</p>	<p>Amostra de 151 utentes hospitalizados nos serviços de cirurgia de cabeça e pescoço ou ORL do IPO, divididos em 2 grupos: um em que foram prestados cuidados gerais de enfermagem (n=72) e um com intervenção do ER (n=79)</p>	<p>Utentes entre 18 e 100 anos submetidos a cirurgia oncológica extensa (Esvaziamento ganglionar cervical (EGC); laringectomia total + EGC; mandibulectomia glosso-pélvica (?) + EGC + traqueotomia; mandibulectomia glosso-pélvica (?) + EGC + retalho do músculo peitoral + traqueotomia). Foram elegíveis todos os utentes com quem o ER interveio nas primeiras 24h de pós-operatório, tendo nesta primeira avaliação sido aplicado o índice de Barthel.</p>	<p>O grau de independência aquando da alta foi significativamente no grupo sob intervenção do ER, tendo-se verificado um efeito positivo desta intervenção após a cirurgia. Observou-se a uma redução do tempo de hospitalização em 4,29 dias no período pós-operatório médio-terminal, no grupo de utentes com intervenção do ER, com melhoria evidente da capacidade funcional. Neste estudo, o ER interveio especificamente no doente com EGC com o objetivo de reduzir a dor escapulo-umeral, potenciar a amplitude de movimentos do ombro e fortalecer os músculos locais. Houve ainda sessões de educação para a saúde/ensinos sobre gestão de terapêutica inalatória, tratamento eficaz de sintomas respiratórios e empowerment dos próprios utentes, para facilitar a <u>adaptação</u> após a alta.</p>	<p>A intervenção do ER promove a independência do doente submetido a cirurgia cancro cabeça e pescoço, através da implementação de programas de reabilitação. É importante considerar um programa de reabilitação física precoce em doentes submetidos a este tipo de cirurgia uma vez que o mesmo potencia a mobilidade, previne complicações e reduz a dor, promovendo a melhoria da qualidade de vida.</p>

Apêndice B – Formulário para consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA Nº 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica:

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde – Instituto Superior de Setúbal, foi solicitada a realização de um Projeto de Intervenção Profissional, a ser desenvolvido ao longo do estágio curricular final, que se irá realizar no HESE E.P.E, mais especificamente no serviço de Medicina 1, no período de 19 de setembro de 2022 a 27 de Janeiro de 2023. A responsabilidade académica encontra-se a cargo da Professora Maria José Abrantes Bule e a orientação clínica é proporcionada pela Enfermeira Especialista Dora Morgado.

O projeto de intervenção tem como título “Enfermagem de reabilitação no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida”.

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivos:

Este projeto tem como objetivo identificar os resultados sensíveis aos cuidados de reabilitação de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida, através da metodologia de estudos de caso segundo as etapas do processo de enfermagem e a teoria do conforto de Kolcaba e da utilização de instrumentos de avaliação e recolha de dados em anexo, dos quais será feita uma análise descritiva.

Benefícios:

Contribuir para um projeto que visa perceber se a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação traz benefícios para o controlo de sintomas e consequente aumento da qualidade de vida para o doente.

Riscos graves e riscos frequentes:

Não são previsíveis riscos. Serão cumpridas as medidas e diretrizes relativas à pandemia por SARS-CoV-2 e assegurada a segurança do utente.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Não aplicável.

Riscos de não tratamento:

Sem riscos previsíveis.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data ____/____/____ Assinatura e número de cédula profissional: _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Norma n.º 015/2013 do DQS de 03/10/2013, da Direção-Geral da Saúde.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E., ___/___/_____

Nome: _____

Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU POR INCAPACIDADE

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº _____ VALIDADE ___/___/_____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Apêndice C - Dados de caracterização dos participantes

AV.	data	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Agregado Familiar	Zona de Residência	Diagnóstico	Procedimento médico/cirúrgico	Antecedentes Pessoais	Escala de RASS	Teste do Relógio
1ª	2022/11/14	57	Feminino	3º Ciclo	Sector Terciário	Divorciado	Vive só	Cidade	3 Provável neoplasia mama com metastização pulmonar	Médico	Hábitos tabágicos anteriores	0	4
1ª	2022/10/31	62	Masculino	Secundário	Sector Terciário	Casado/União de facto	Vive com cônjuge	Cidade	8 LOE múltiplas	Médico	HTA, Dislipidemia, PTA, infeção por SARS-Cov2, cirurgia/doença osteoarticular, hábitos tabágicos anteriores	0	4
1ª	2022/12/02	63	Feminino	1º Ciclo	Sector Primário	Casado/União de facto	Vive com cônjuge	Aldeia	Hepatocarcinoma + mtb hepática, pulmonar e óssea	Médico	HTA, Fibroma do ovário, infeção por SARS-Cov2	-2	0
1ª	2022/11/27	65	Masculino	2º Ciclo	Sector Primário	Solteiro	Vive só	Vila	15 Provável neoplasia pulmonar metastizada	Médico	Etilismo crónico, com múltiplos TCE nesse contexto, infeção SARS-Cov2	0	4
1ª	2023-01-15	65	Masculino	3º Ciclo	Sector Terciário	Casado/União de facto	Vive com cônjuge	Vila	6 Neo próstata com metastização óssea e EM	Médico	HTA, E.Múltipla, SAOS	0	5
1ª	2022/10/21	66	Masculino	2º Ciclo	Sector Primário	Divorciado	Vive com pessoa amiga	Aldeia	3 Carcinoma urotelial localmente avançado + infeção respiratória	Médico	Insuficiência Respiratoria, Hernia, Doença infeção-contagiosa, Hábitos etílicos	0	3
1ª	2022/11/06	66	Masculino	2º Ciclo	Sector Terciário	Casado	Vive com cônjuge	Vila	40 (D3 pós UCI)	Médico	HTA, Insuficiência Respiratoria, DPOC, infeção SARS-Cov2, hepatite C	-1	4
1ª	2022-10-22	67	Masculino	2º Ciclo	Sector Primário	Solteiro	Vive com outro familiar (não cônjuge)	Aldeia	60 DPOC + fibrose pulmonar	Médico	HTA, DPOC, Fibrose pulmonar, hipotireoidismo, Hábitos alcoólicos anteriores, infeção SARS-Cov2	0	4
1ª	2022/10/23	67	Masculino	Ensino Sup	Sector Terciário	Casado	Vive com cônjuge	Vila	Encefalopatia em doente com DHC	Médico	HTA, Dislipidemia, DPOC, HBP, Doenças osteoarticulares, SAOS, obesidade, infeção SARS-Cov2, etilismo crónico	-2	0
1ª	2022/09/28	75	Masculino	1º Ciclo	Sector Terciário	Casado	Vive com cônjuge	Cidade	30 (4 PosOp)	Médico/cirúrgico	HTA, Dislipidemia, DM com complicações microvasculares, Doenças osteoarticulares, DRC, PTA, Distúrbio hematológico	0	2
1ª	2022/10/27	75	Masculino	3º Ciclo	Reformado	Viuvo	Vive só	Cidade	20 Colangiocarcinoma + carcinomatose peritoneal	Médico	HTA, Dislipidemia, cirurgia/doença osteoarticular, alterações auditivas graves, vertigem, défice auditivo	-4	0
1ª	2022/10/28	81	Feminino	Saber e escrever	Saber e Reformado	Casado/União de facto	Vive Institucionaliz	Vila	12 Sepsis + ascite em estudo	Médico	DM, Dislipidemia, FA, Demência, cirurgia/doença osteoarticular	-2	0
1ª	2022/11/28	81	Feminino	1º Ciclo	Reformado	Casado/União de facto	Vive com cônjuge	Vila	Mieloma múltiplo + IRC sob HD	Médico	HTA, Dislipidemia, anemia, Osteoporose, Hernia, Alterações visuais, Infeção por SARS-Cov2	0	4
1ª	2022/10/10	82	Masculino	1º Ciclo	Reformado	Casado/União de facto	Vive com cônjuge	Cidade	4 Provável neo colon com mtb hepática, gástrica e suprarrenal	Médico	HTA, Dislipidemia, Hábitos tabágicos anteriores, Cirurgia/Doença osteoarticular	0	5
1ª	2022/10/03	85	Feminino	Saber e escrever	Reformado	Viuvo	Vive só	Aldeia	24 AVC isquemico ACM dia com transf.hemorragica	Médico	HTA, DM, Dislipidemia, Doenças osteoarticulares	2	0

Apêndice D – Dados de caracterização de sintomas: risco de UPP e de quedas

Particip.	AV.	Braden-Percepção sensorial	Braden-Humidade	Braden-Atividade	Braden-Mobidade	Braden-Nutrição	Braden-Friction e deslizamento	Braden total	Morse-história quedas	Morse-Diagnóstico secundário	Morse-Auxílio na deambulação	Morse-Terapia EV	Morse-Marcha	Morse-Estado mental	Total Morse
1	1ª	4	4	2	3	2	2	17	0	0	0	20	10	0	30
2	1ª	3	3	2	3	2	2	15	0	15	0	20	20	0	55
3	2ª	3	3	3	3	2	3	17	25	15	0	0	20	0	60
4	1ª	3	2	1	2	1	1	10							NA
5	1ª	4	4	3	4	4	3	22	25	0	0	20	0	0	45
6	1ª	2	3	1	2	3	1	12							NA
7	2ª	2	3	2	3	3	2	17	0	15	0	0	0	0	15
8	3ª	3	4	2	3	3	2	17	0	15	0	0	10	0	25
9	1ª	3	3	2	3	3	2	16	0	15	0	0	10	0	25
10	2ª	3	3	2	3	3	2	16	0	15	0	20	10	0	45
11	3ª	3	3	2	3	3	2	16	0	15	0	20	10	0	45
12	1ª	2	2	1	2	2	1	10							NA
13	2ª	3	3	2	3	3	2	16	0	15	0	20	0	0	35
14	1ª	3	3	2	2	1	1	12	0	15	0	20	0	0	35
15	2ª	3	3	2	2	2	1	13							NA
16	3ª	3	4	3	3	3	2	18	0	15	15	0	10	0	40
17	1ª	3	3	1	2	1	1	11							NA
18	2ª	3	3	1	2	1	1	11							NA
19	1ª	2	2	1	2	2	1	10							NA
20	1ª	4	3	3	3	3	2	18	0	0	20	0	10	0	30
21	1ª	4	4	3	3	3	3	20	25	0	0	20	0	0	45
22	1ª	2	2	1	2	2	2	11							NA

Apêndice E – Dados de caracterização do autocuidado e funcionalidade

Particip. AV.	Barthel- Alimenta ção	Barthel- Toalete	Barthel- Transferên cias	Barthel- Utilização do WC	Barthel- Banho	Barthel- Mobilidade	Barthel- Subir e Descer Escadas	Barthel- Vestir	Barthel- Controlo Intestinal	Barthel- Controlo Vesical	Barthel- total	LB-Cuidar da casa	LB-Lavar a roupa	LB- Preparar comida	LB-ir às compras	LB-Usar o telefone	LB-Usar o transporte	LB-Usar o dinheiro	LB- Responsáv el pelos medicame ntos	LB Total
1	10	5	10	5	0	5	0	5	10	10	60	4	3	3	4	1	3	1	2	21
2	10	5	10	10	0	10	5	10	10	10	80	4	3	3	4	2	3	2	2	23
2ª	10	5	15	10	0	10	10	5	10	10	85	4	3	3	3	1	3	2	2	21
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	4	4	3	4	3	3	29
4	10	5	15	10	5	10	5	10	10	10	90	3	3	2	3	2	2	2	2	19
5	5	0	0	0	0	0	0	5	10	5	25	5	3	4	4	4	4	1	3	28
2ª	10	5	5	0	0	5	0	5	10	5	45	5	3	3	4	1	3	1	1	22
6	5	0	5	0	0	5	0	5	5	5	30	5	3	4	4	3	4	2	2	27
1ª	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	10	5	3	4	4	3	4	2	3	28
2ª	5	0	5	0	0	5	0	5	10	10	40	4	3	4	4	1	3	2	2	23
3ª	5	5	10	5	0	5	0	5	10	10	55	4	3	4	4	1	3	1	2	22
8	10	5	5	5	0	5	0	5	10	10	55	4	3	3	4	1	3	1	2	21
2ª	5	5	5	5	0	5	0	5	10	5	45	5	3	4	4	2	3	1	2	24
3ª	5	0	5	0	0	0	0	0	10	10	30	5	3	4	4	2	4	2	2	26
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	4	4	3	4	3	3	29
2ª	5	0	0	0	0	5	0	5	5	5	25	5	3	4	4	2	3	2	2	25
1ª	5	0	5	0	0	0	0	0	5	5	20	4	3	4	4	3	4	2	2	26
2ª	5	0	5	0	0	0	0	0	10	10	30	4	3	4	4	2	4	2	2	25
3ª	10	5	10	5	0	10	0	5	10	10	65	4	3	3	4	2	3	1	2	22
11	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5	3	4	4	3	4	3	3	29
2ª	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	10	5	3	4	4	3	4	3	3	29
12	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5	3	4	4	4	4	3	3	30
13	10	5	10	5	0	10	5	5	10	5	65	4	3	3	4	1	3	2	2	22
14	10	5	15	10	0	10	5	5	10	10	80	3	3	3	3	1	3	2	2	20
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	4	4	4	4	3	3	30

Apêndice F – Dados de caracterização da função motora e neurológica

Partic.	AV.	MRC-Pes	MRC-MSD	MRC-MSE	MRC-MID	MRC-MIE	Ashworth	Time Up and Go Teste	Avaliação marcha e equilíbrio	Avaliação deglutição	Distúrbios linguagem/compreensão
1	1ª	5	5	5	5	5	5	0 NA	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático, Intolerância à atividade	Deglutição mantida	Sem alteração
2	1ª	5	5	5	5	5	5	0 > ou = 30'	Marcha atáxica, Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático	Deglutição mantida	Afasia nomeação
	2ª	5	5	5	5	5	5	0 10,1 - 20'	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático	Deglutição mantida	Lentificação
3	1ª	4	4	4	3	3	3	0 NA	Sem capacidade de marcha	Disfagia a líquidos	Lentificação
4	1ª	5	4	4	4	4	4	0 > ou = 30'	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático	Deglutição mantida	Sem alteração
5	1ª	5	5	4	2	2	2	0 NA	Sem capacidade de marcha e com indicação para repouso absoluto no leito	Deglutição mantida	Sem alteração
	2ª	5	5	5	2	2	2	0 NA	Sem capacidade de marcha, Equilíbrio sentado ortostático	Deglutição mantida	
6	1ª	5	5	5	5	5	5	0 > ou = 30'	Marcha arrastada, Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático	Deglutição mantida	Disartria
7	1ª	4	4	4	1	2	2	0 NA	Sem capacidade de marcha	Deglutição mantida	Sem alteração
	2ª	5	4	5	3	4	4	0 NA	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Intolerância à atividade	Deglutição mantida	
	3ª	5	5	5	5	5	5	0 > ou = 30'	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático, Intolerância à atividade	Deglutição mantida	
8	1ª	5	5	5	5	5	5	0 NA	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático, Intolerância à atividade	Deglutição mantida	Sem alteração
	2ª							0 NA	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Intolerância à atividade	Deglutição mantida	
	3ª	5	5	5	4	4	4	0 NA	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Intolerância à atividade	Deglutição mantida	
9	1ª	5	4	4	3	3	3	0 NA	Repouso absoluto no leito	Engasgamento fácil devido à	Sem alteração
	2ª	5	5	5	4	4	4	0 NA	Sem capacidade de marcha, Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico	Deglutição mantida	
10	1ª	5	5	4	5	5	5	1 NA	Marcha arrastada (apenas alguns passos), Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático,	Deglutição mantida	Sem alteração
	2ª	5	5	4	5	5	5	0 NA (repouso)	Repouso absoluto no leito	Deglutição mantida	
	3ª	5	5	5	5	5	5	0 21 - 29'	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático	Deglutição mantida	
11	1ª							0 NA	Sem capacidade de marcha	Cuidados à boca	Lentificação
	2ª	4	4	4	3	3	3	0 NA	Sem capacidade de marcha	Deglutição mantida	Disartria
12	1ª							0 NA	Sem capacidade de marcha	Disfagia a líquidos	Lentificação
13	1ª	5	5	5	5	5	5	0 > ou = 30'	Marcha arrastada, Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático, Equilíbrio em pé dinâmico,	Deglutição mantida	Lentificação
14	1ª	5	5	5	5	5	5	0 21 - 29'	Equilíbrio sentado ortostático, Equilíbrio sentado dinâmico, Equilíbrio em pé ortostático, Equilíbrio em pé dinâmico,	Deglutição mantida	Sem alteração
15	1ª	4	5	3	5	3	3	1 NA	Sem capacidade de marcha	Disfagia a líquidos	Disartria

Apêndice G – Dados de caracterização dos sintomas físicos (IPOS)

Particip. AV.	IPOS-Principais problemas / preocupações durante os últimos 3 dias?	IPOS-Dor	IPOS-Falta de ar	IPOS-Fraqueza ou astenia	IPOS-Músculos	IPOS-Vómitos	IPOS-Pouco apetite	IPOS-Obstipação	IPOS-Candídiase/Veros	IPOS-Sonolência	IPOS-Pouca mobilidade	Outro
1	Medo de morrer	Nada (0)	Insuportável (4)	Insuportável (4)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Insuportável (4)	Moderadamente (2)	Muito (3)	
2		Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	
2 ^a		Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Nada (0)	Nada (0)	Nada (0)	
3		Muito (3)	Ligeiramente (1)	Insuportável (4)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Insuportável (4)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Muito (3)	Insuportável (4)	
4	Está internado	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	
5		Ligeiramente (1)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Nada (0)	
2 ^a	A esposa	Moderadamente (2)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Nada (0)	Muito (3)	
6		Muito (3)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Ligeiramente (1)	Muito (3)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Edemas
1 ^a	A não resolução da doença, a vida profissional / reforma	Nada (0)	Muito (3)	Insuportável (4)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Muito (3)	
2 ^a	A falta de ar/cansaço	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Muito (3)	
7		Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Muito (3)	Nada (0)	Muito (3)	
3 ^a	Os filhos precisam de em casa	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
	Não conseguir andar	Nada (0)	Muito (3)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
1 ^a		Nada (0)	Muito (3)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
2 ^a		Nada (0)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	Insuportável (4)	Edemas
3 ^a	Não ver o neto crescer e porque aconteceu isto agora que estava a cumprir	Nada (0)	Muito (3)	Muito (3)	Nada (0)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Muito (3)	
		Nada (0)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
1 ^a		Nada (0)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
2 ^a		Nada (0)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
1 ^a	Dores e a não recuperação	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Muito (3)	Moderadamente (2)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
2 ^a	Não ver as coisas que construiu	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Muito (3)	Nada (0)	Muito (3)	
3 ^a	A vida fora do hospital não ser como gostaria	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	
1 ^a												
2 ^a	Ser cumprido se for para casa	Muito (3)	Muito (3)	Insuportável (4)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Insuportável (4)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Muito (3)	
1 ^a		Muito (3)	Nada (0)	Insuportável (4)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Insuportável (4)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Abdomen volumoso
1 ^a	Medo da morte com diálise	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	
1 ^a	A esposa está sozinha	Muito (3)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Moderadamente (2)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	
1 ^a		Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Nada (0)	Moderadamente (2)	Nada (0)	Ligeiramente (1)	Ligeiramente (1)	Muito (3)	

Anexo H – Dados de avaliação hemodinâmica e dor

Particip.	AV.	Localização IEN	Escala faces	Tipo Localização 2	EN2	Tipo de dor 2	TA (mmHg) - antes	TA (mmHg) - após	FC (lpm) - antes	FC (lpm) - após	FR (CR/min) - antes	FR (CR/min) - após	SpO2 (%) - antes	SpO2 (%) - após
1	1ª	Coxas	2	Formigueiro			104/56	NAv	120	124	36	24	96	94
2	1ª		0				111/67	NAv	42	NAv	22	22	95	95
	2ª		0				113/81	NAv	48	NAv	24	24	96	96
3	1ª	Generalizada		4			NAv	NAv	80	NAv	26	26		NAv
4	1ª	Flanco abdor	2				105/70	105/70	99	99	22	22	99	99
5	1ª	Lombar à mol	3	Facada			154/98	159/103	87	86	18	18	97	99
	2ª	Coluna sacro	7	Faca Cefaleia		9 Rastejar sobre a pele	152/93	152/94	92	92	18	18	97	96
6	1ª	Suprapúbica	5	Espasmo agudo			109/65	97/58	87	89	18	23	98 (11/min)96 (AA)	
7	1ª		0				118/62	NAv	80	NAv	30	28	96	96
	2ª		0				122/58	NAv	98	NAv	32	30	93	95
	3ª		0				121/73	108/67	97	94	26	26	94	93
8	1ª		0				134/68	NAv	78	NAv	25	20	86	92
	2ª		0				130/80	NAv	78	NAv	20	20	NAv	97
	3ª		0				134/82	126/74	84	80	18	16	96	97
9	1ª		0				NAv	NAv	NAv	NAv	24	24	88	87
	2ª		0				NAv	NAv	NAv	NAv	26	22	93	97
10	1ª	Lombar	7	Alfinetes			NAv	NAv	NAv	NAv	NAv	NAv	NAv	NAv
	2ª	Lombar	3	Rastejar sobre a pele			NAv	NAv	NAv	NAv	24	20	NAv	NAv
	3ª	Lombar	2	Perfurante			134/68	NAv	78	80	22	20	NAv	NAv
11	1ª	Abdominal		5			130/85	NAv	105	NAv	32	30	96	NAv
	2ª	Abdómen		5			NAv	NAv	106	102	26	24	NAv	NAv
12	1ª	Generalizada (dorso lombar)		5			98/65	NAv	65	NAv	30	26	96	NAv
13	1ª		0				112/73	136/69	75	62	20	20	98	99
14	1ª	Hipocondrio	3				141/68	NAv	86	NAv	24	24	95	NAv
15	1ª		0				139/52	NAv	52	NAv	18	NAv	97	NAv

Apêndice I – Dados de caracterização dos sintomas psicológicos e espirituais (IPOS)

Particip. AV:	IPOS-Anisioso com doença?	IPOS-Familiares ansioso consigo?	IPOS-Deprimido	IPOS-Sentiu-se em paz?	IPOS-Capaz de partilhar como se sente?	IPOS-Toda a informação que queria?	IPOS-Problemas resolvidos?	IPOS [Como é que respondeu ao questionário]
1	1ª A maior parte do tempo (3)	A maior parte do tempo (3)	Às vezes (2)	A maior parte do tempo (1)	Ocasionalmente (3)	A maior parte do tempo (1)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional
2	1ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Às vezes (2)	A maior parte do tempo (1)	Às vezes (2)	A maior parte do tempo (1)	Problemas parcialmente resolvidos (2)	Com a ajuda de profissional
3	2ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional
4	1ª Ocasionalmente (1)	Nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	Nunca (4)	A maior parte do tempo (1)	Problemas praticamente não resolvidos (3)	Com a ajuda de profissional
5	1ª A maior parte do tempo (3)	A maior parte do tempo (3)	A maior parte do tempo (3)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (3)	Às vezes (2)	Problemas parcialmente resolvidos (2)	Com a ajuda de profissional
6	2ª Ocasionalmente (1)	Ocasionalmente (1)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	Sempre (0)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional
7	1ª A maior parte do tempo (3)	A maior parte do tempo (3)	Ocasionalmente (1)	Ocasionalmente (3)	Às vezes (2)	Às vezes (2)	Problemas parcialmente resolvidos (2)	Com a ajuda de profissional
8	2ª Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (3)	Nunca (0)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	Sempre (0)	Problemas parcialmente resolvidos (2)	Com a ajuda de amigo ou familiar
9	3ª Às vezes (2)	Às vezes (2)	Nunca (0)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	Sempre (0)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional
10	1ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	Nunca (4)	A maior parte do tempo (1)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional
11	2ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	A maior parte do tempo (3)	Ocasionalmente (3)	Ocasionalmente (3)	A maior parte do tempo (1)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de amigo ou familiar
12	1ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	Às vezes (2)	A maior parte do tempo (1)	Problemas parcialmente resolvidos (2)	Com a ajuda de profissional
13	2ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	A maior parte do tempo (3)	Ocasionalmente (3)	Nunca (4)	A maior parte do tempo (1)	Problemas parcialmente resolvidos (2)	Com a ajuda de profissional
14	3ª Às vezes (2)	A maior parte do tempo (3)	Ocasionalmente (1)	Sempre (0)	Às vezes (2)	Às vezes (2)	Problemas parcialmente resolvidos (2)	Com a ajuda de profissional
15	1ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (1)	Sempre (0)	Sempre (0)	Sempre (0)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de amigo ou familiar
16	2ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional
17	1ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional
18	2ª Ocasionalmente (1)	Às vezes (2)	Ocasionalmente (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	A maior parte do tempo (1)	Problemas em grande parte resolvidos (1)	Com a ajuda de profissional

Apêndice J – Dados de avaliação da função respiratória

Particip.	AV.	Escala de padrão respiratório	Secreções	Auscultação Pulmonar	Raio X	TAC	Gasimetria
1	1ª	10 Taquipneico, Hiperventilação, Toraco-abdominal, Utilização de músculos acessórios	Moderadas, Mucosas	MV diminuído, Fervores / Crepitações	Derrame pleural	Torax - metástase pulmonar + derrame pleural + derrame pericrítico	
2	1ª	0 Taquipneico, Toraco-abdominal	Inexistentes	MV normal			
	2ª	0 Taquipneico, Toraco-abdominal	Inexistentes	MV normal			
3	1ª	Taquipneico, Toraco-abdominal, Dispneia funcional	Inexistentes			Mtx pulmonar	
4	1ª	0 Taquipneico, Toraco-abdominal	Hemáticas	MV diminuído, Fervores / Crepitações			
5	1ª	0 Eupneico, Toraco-abdominal	Inexistentes	MV diminuído	Hipotransparência	Fraturas L3, L5, S1	
	2ª	0 Eupneico, Toraco-abdominal	Inexistentes	MV diminuído			
6	1ª	0 Eupneico, Diafragmática	Inexistentes	MV diminuído		Neo vesical + adenopatias	Hipoxémia
7	1ª	6 Taquipneico, Costal	Abundantes, Purulentas	Roncos			Alcalose metabólica
	2ª	0 Taquipneico, Hiperventilação, Costal, Dispneia funcional	Moderadas, Purulentas	MV diminuído, Fervores / Crepitações			
	3ª	0 Taquipneico, Costal, Dispneia funcional	Escassas, Micropurulentas	MV diminuído	Derrame pleural		
8	1ª	2 Taquipneico, Toraco-abdominal, Dispneia funcional,	Escassas	NAV	Hipertansparência		Hipercapnia
	2ª	3 Eupneico, Toraco-abdominal					
9	3ª	8 Eupneico, Toraco-abdominal	Moderadas, Mucosas	Sibilos			
	1ª	Taquipneico, Toraco-abdominal, Dispneia funcional	Escassas	Fervores / Crepitações			
10	2ª	3 Taquipneico, Toraco-abdominal, Tiragem	Escassas				
	1ª	0 Eupneico, Toraco-abdominal	Inexistentes				
	3ª	0 Taquipneico, Costal	Inexistentes	MV normal			
11	1ª	0 Taquipneico, Toraco-abdominal	Inexistentes	MV normal			
	2ª	0 Taquipneico, Toraco-abdominal	Inexistentes	MV normal			
12	1ª	Taquipneico, Toraco-abdominal, Adejo nasal	Inexistentes	Sibilos	Derrame pleural	Coarctação carcinoma com adenoganglios e derrame pleural	
	2ª	Hiperventilação, Utilização de músculos acessórios, Tiragem, Adejo nasal	Inexistentes	MV diminuído		Derrame pleural + Colangioma com mtx hepática	
13	1ª	0 Taquipneico, Hiperventilação, Costal, Tiragem	Inexistentes		Derrame pleural	Atelectasias + derrame pleural	
14	1ª	1 Eupneico, Toraco-abdominal, Dispneia funcional	Inexistentes	MV diminuído	Derrame pleural	Derrame pleural bilateral + densificação pneumoalectásica	
15	1ª	0 Taquipneico, Toraco-abdominal, Dispneia funcional	Inexistentes		Derrame pleural	Emfisema, atelectasias, derrame pleural	
	1ª	0 Eupneico, Toraco-abdominal	Inexistentes	MV diminuído	Condensação base esqda		

Apêndice L – Intervenções implementadas no projeto de intervenção

Particip.	AV.	Dia de intervenção ER	Mobilizações/exercícios	Treino de marcha	Ensinos	RF Neurológica
1	1ª	1	Passivas	NA	Treino AVD's	
2	1ª	1	Ativas-assistidas, Exercício da ponte	Sim	Treino AVD's	
	2ª	4	Treino equilíbrio/ortostatismo, Exercícios para treino de equilíbrio, Exercícios proprioceptivos, Exercícios para fortalecimento muscular	Sim	Exercícios isotônicos e isométricos, Treino AVD's	Exercícios de estimulação da motricidade fina, Exercícios de estimulação da memória, Exercícios de estimulação da linguagem
3	1ª	1	Passivas	NA		Estratégias compensatórias da deglutição, de consistência, Exercícios de estimulação da linguagem
4	1ª	1	Ativas-assistidas, Ativas-resistidas, Isométricos, Treino equilíbrio/ortostatismo, Exercício da ponte, Exercícios proprioceptivos, Exercícios para fortalecimento muscular	Sim		
5	1ª	1	Ativas-assistidas, Com dispositivo mecânico, Exercícios proprioceptivos, Exercícios para fortalecimento muscular	NA	Exercícios isotônicos e isométricos, Treino AVD's	
	2ª	3	Ativas-assistidas, Ativas-resistidas, Isométricos, Com dispositivo mecânico, Exercícios proprioceptivos, Exercícios para fortalecimento muscular	NA	Exercícios isotônicos e isométricos, Treino AVD's	
6	1ª	1	Treino equilíbrio/ortostatismo	Andarilho, Técnica de adaptação para transferência cama-cadeira/cadeira-cama	Treino AVD's	Exercícios de estimulação da motricidade fina
7	1ª	1	Passivas	NA		
	2ª	4	Ativas-resistidas, Com dispositivo mecânico, Exercício da ponte, Exercícios proprioceptivos, Exercícios para fortalecimento muscular	NA	Exercícios isotônicos e isométricos	
	3ª	10	Ativas-resistidas, Exercício da ponte, Exercícios proprioceptivos, Exercícios para fortalecimento muscular, Treino equilíbrio/ortostatismo		Treino AVD's	
8	1ª	1		NA	Treino AVD's	
	2ª	3		NA	Treino AVD's	
	3ª	4		NA		
9	1ª	1		NA		
	2ª	3	Ativas-assistidas, Isométricos, Treino equilíbrio/ortostatismo, Exercício da ponte		Treino AVD's	
10	1ª	1	Ativas-assistidas, Ativas-resistidas, Treino equilíbrio/ortostatismo	Andarilho	Pós-operatórios, Exercícios isotônicos e isométricos, Andar com auxiliar de marcha, Treino AVD's	
	2ª	4	Ativas-assistidas, Treino equilíbrio/ortostatismo	NA		
	3ª	8	Ativas-assistidas, Ativas-resistidas, Com dispositivo mecânico, Treino equilíbrio/ortostatismo	Andarilho	Exercícios isotônicos e isométricos, Andar com auxiliar de marcha, Treino	
11	1ª	1	Passivas	NA		Estratégias compensatórias da deglutição, de consistência
	2ª	4	Passivas	NA		Exercícios de estimulação da linguagem
12	1ª	1	Passivas	NA		Estratégias compensatórias da deglutição, sensoriais
13	1ª	1	Exercícios para treino de equilíbrio	Andarilho	Treino AVD's	
14	1ª	1		Sim		
15	1ª	2	Passivas, Ativas-assistidas, Auto-mobilização do MS, Exercício da ponte, Dissociação da cintura pélvica	NA		Exercícios musculares da face, Exercícios de estimulação da linguagem

Enfermagem de Reabilitação no controlo de sintomas da pessoa com doença ameaçadora da vida

Particip.	AV.	Técnicas de RFR	Manobras de limpeza das vias aéreas	Alívio da dor
1	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Respiração diafragmática, Ventilações dirigidas, Abertura costal seletiva, Terapêutica de posição	Ensino da tosse	Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia, Direcionamento do pensamento
	2ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Terapêutica de posição		
2	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Terapêutica de posição		
	2ª	Técnicas de descanso e relaxamento		
3	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Abertura costal seletiva		Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
4	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Respiração diafragmática, Abertura costal seletiva		Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
5	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Reeducação costal global com bastão		Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Técnica de imaginação guiada, Ensino sobre regime
	2ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados		Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
6	1ª			Técnica de massagem drenante
7	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Respiração diafragmática, Reeducação costal	Ensino da tosse	Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
	2ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Ventilações dirigidas, Reeducação diafragmática, Terapêutica de posição	Ensino da tosse, Huffing	Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
	3ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Respiração diafragmática, Reeducação costal global com bastão		Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
8	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Reeducação diafragmática		
	2ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Reeducação diafragmática, Reeducação costal global com bastão, Reeducação costal seletiva, Abertura costal seletiva		Posicionamento anti-álgico
	3ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Respiração diafragmática, Ventilações dirigidas, Terapêutica de posição		Direcionamento do pensamento
9	1ª			
	2ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Reeducação costal global com bastão, Reeducação costal seletiva	Ensino da tosse	Técnica de massagem drenante
10	1ª			
	2ª	Dissociação dos tempos respiratórios		
	3ª	Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Reeducação costal global com bastão		Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
11	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Abertura costal seletiva		Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
	2ª	Técnicas de descanso e relaxamento		Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem ativadora circulação, Aromaterapia
12	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento		Técnica de massagem ativadora circulação,
13	1ª	Técnicas de descanso e relaxamento, Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Reeducação diafragmática, Abertura costal seletiva		
14	1ª	Consciencialização e controlo da respiração, Dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, Reeducação costal		
15	1ª			Posicionamento anti-álgico, Técnica de massagem drenante

Apêndice M - Resultados obtidos ao nível de sintomas após intervenção de ER

Avaliação realizada	Escala de Borg Modificada	ESAS/ Escala de faces	FR (antes ER)	FR (após ER)	Resultados visíveis e /ou expressados
1	10	2	36	24	Sensação de relaxamento após massagem e posicionamento
2	0	0	22	22	Recetivo face aos exercícios
3	0	0	24	24	Recetivo face aos exercícios, mas com dificuldade ligeira em compreender ordens, revelando discreta alt.memória recente
4	NR	4	26	26	Sem dor e expressão facial de maior conforto
5	0	2	22	22	Manteve padrão respiratório
6	0	3	18	18	Agradado com exercícios de reabilitação, com boa capacidade aprendizagem técnicas de mobilização
7	0	7	18	18	Agradado com exercícios de reabilitação e com maior tolerância física; relaxado após massagem
8	0	5	18	23	Sente-se asténico, mas motivado para manter ER
9	6	0	30	28	Facilitação da tosse
10	0	0	32	30	Melhor tolerância à atividade e satisfeito com os incentivos à atividade física
11	0	0	26	26	Melhor tolerância à atividade e com maior sensação de conforto após massagem
12	2	0	25	20	Melhoria da SpO2 após reeducação diafragmática; Mantém cansaço funcional a mínimos esforços
13	3	0	20	20	Melhoria da SpO2 após reeducação diafragmática; Mantém cansaço funcional a mínimos esforços
14	8	0	18	16	Mais relaxado e menos cansado
15	NR	0	24	24	Ansioso por realizar exercícios perante EEER
16	3	0	26	22	Melhoria do padrão respiratório
17	0	7	NAv	NAv	Confortável e sem dor
18	0	3	24	20	Sem dor, motivado e com interesse em manter intervenção de ER
19	0	2	22	20	Agradado com exercícios e com capacidade de perceção do contributo da respiração na melhoria do cansaço
20	NR	5	32	30	Manteve padrão respiratório
21	NR	5	26	24	Mais tranquilo, tendo descansado após SOS adicionais
22	0	5	30	26	Melhoria do desconforto, seguida de um período de sono
23	1	0	20	20	Maior sensação de relaxamento
24	0	3	24	24	Manteve padrão respiratório
25	0	0	18	NAv	Ligeiramente menos cansada