

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**“Do Repouso à Atividade”: Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação em contexto de Cuidados Paliativos**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Jéssica Sofia Cavaco Madeira

Orientação:

Professora Doutora Júlia da Conceição Marques dos Santos

Santarém, dezembro de 2025



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

*1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Reabilitação Escola Superior de Saúde de Santarém
UC: Estágio de Natureza Profissional II e Relatório
Ano letivo: 2024/2025*

Relatório de Estágio:

**“Do Repouso à Atividade”: Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação em contexto de Cuidados Paliativos**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Jéssica Sofia Cavaco Madeira

Orientação:

Professora Doutora Júlia da Conceição Marques dos Santos

Santarém, dezembro de 2025

“All Nurses can save lives. Rehabilitation Nurses save the Quality of Life.”

Laura Solkowitz (s.d.)

AGRADECIMENTOS

À Professora Júlia Santos, pela orientação, compreensão, disponibilidade e todo o apoio demonstrado ao longo deste percurso. Toda a confiança legada em mim e em todo o processo foi essencial para que este percurso nunca perdesse o seu sentido.

À Enfermeira Patrícia Costa, pela receptividade e colaboração como terceiro elemento do processo de avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos na revisão sistemática da literatura.

Ao meu companheiro de vida de nome João, o meu principal alicerce nesta viagem. A sua dedicação e amor transmitiram-me força para encarar cada dia desta etapa, sendo o principal apoio nos momentos mais desafiantes. Acima de tudo, agradeço-lhe por me incentivar a ser sempre melhor.

À minha família, em especial à minha mãe, pelo amor incondicional, mesmo perante a minha ausência. Como refere Sara Tavares na sua canção: “Longe do mundo, mas perto de ti”. Esta conquista é também de cada um deles, pois a educação baseada na resiliência que me foi dada foi fundamental para acreditar nesta trajetória e no meu sucesso.

Às minhas prezadas amigas Ana Sofia Damas, Sofia Ferreira, Joana Vassalo, Inês Prates, Tânia Neves e Eunice Antunes que estiveram sempre comigo nesta jornada e com quem partilho esta conquista. A vossa amizade e os momentos e palavras que me proporcionaram foram um elemento de força que guardo com toda a consideração, foram fundamentais nesta etapa.

À Cristiana Silva, Mariana Bajouco, João Torrado, Mariana Leiria pelas palavras de conforto e força que não me deixaram perder ao longo destes meses. Pelas suas palavras sábias e conselhos prestados que foram essenciais nos momentos de aperto.

À Enfermeira Gestora e todos os Colegas de Trabalho do serviço onde desempenho funções, pela compreensão, colaboração e ajustes de horário que me permitiram conciliar as diversas responsabilidades. A vossa solidariedade e apoio, bem como preocupação constante revelou-se essencial. Sou realmente grata pela equipa que integro.

Aos Enfermeiros Orientadores e Colegas de Mestrado, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, a minha sincera gratidão pelas valiosas aprendizagens e pelo espírito de partilha do saber.

Avó, é uma homenagem a ti que partiste sem aviso! O tempo pode levar os abraços, mas nunca as memórias que guardo de ti. Esta trajetória dedico-a inteiramente a ti. Espero honrar-te sempre!

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde estima que, anualmente, 56,8 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos. Considerando-se uma área prioritária em saúde, a terapêutica pelo exercício proporciona conforto e bem-estar a esta franja da população, para além de prevenir défices no autocuidado e restaurar a funcionalidade. Neste âmbito, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação contribui para a melhoria da capacidade funcional, bem-estar geral, qualidade de vida e controlo da fadiga e dispneia.

O presente Relatório visa analisar e refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas alcançadas no Estágio de Natureza Profissional II e Relatório, ancorado na prática baseada na evidência.

A integração dos modelos teóricos norteou o processo de tomada de decisão. A Teoria das Transições de Afaf Meleis orientou a intervenção na promoção de transições saudáveis; o Modelo do Autocuidado de Orem, na reconstrução da autonomia e a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, na gestão do conforto, nomeadamente, em contexto paliativo.

Os resultados da Revisão Sistemática da Literatura demonstram a efetividade da terapêutica do exercício na pessoa em contexto paliativo, com benefícios no alívio da sintomatologia, aumento da motivação, melhoria do humor, capacidade funcional e qualidade de vida e diminuição da ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE: CUIDADOS PALIATIVOS; EXERCÍCIO; ENFERMAGEM; REABILITAÇÃO.

ABSTRACT

The World Health Organization estimates that 56,8 million people require palliative care each year. Recognized as a priority area in healthcare, exercise therapy provides comfort and well-being to this segment of the population, in addition to preventing deficits in self-care and restoring functionality. In this context, the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing contributes to improving functional capacity, general well-being, quality of life, and the management of fatigue and dyspnea. This report aims to analyze and reflect on the development of common and specific competencies achieved during the Professional Internship II and Report, grounded in evidence-based practice.

The integration of theoretical models guided the decision-making process. Afaf Meleis's Theory of Transitions guided the intervention in promoting healthy transitions; Orem's Self-Care Model, in rebuilding autonomy; and Katherine Kolcaba's Theory of Comfort, in managing comfort, particularly in a palliative care context.

The results of the Systematic Literature Review demonstrate the effectiveness of exercise therapy for individuals in palliative care, with benefits including symptom relief, increased motivation, improved mood, functional capacity, and quality of life, and reduced anxiety.

KEY-WORDS: PALLIATIVE CARE; EXERCISE; NURSING; REHABILITATION.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral AVD – Atividades de Vida Diária

CMRA – Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão CHULN – Centro Hospital Universitário Lisboa Norte

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados na Comunidade Integrados EGA – Equipa de Gestão de Altas

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

FITT-VP – Frequência, Intensidade, Tipo, Tempo – Volume, Progressão MFR – Medicina Física e Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRCV – Programa de Reabilitação Cardiovascular RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RCV – Reabilitação Cardiovascular

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s.d. – Sem datação

SES – Sessão de Educação para a Saúde

SMI-UNC – Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Neurocríticos UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1 - CULTIVAR O CONHECIMENTO: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	14
2 - RAÍZES DO SABER: INFLUÊNCIA DOS MODELOS TEÓRIOS NA PRÁTICA ESPECIALIZADA	16
2.1 - TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DAS TRANSIÇÕES – AFAF MELEIS.....	16
2.2 - MODELO DO AUTOCUIDADO – DOROTHEA OREM.....	17
2.3 - TEORIA DO CONFORTO – KATHERINE KOLCABA	17
3 - DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO II: SEMENTES DA APRENDIZAGEM	19
3.1 - UNIDADE DE REABILITAÇÃO CARDÍACA.....	19
3.2 - UNIDADE DE INFECIOLOGIA RESPIRATÓRIA.....	21
3.3 - SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE ORTOPEDIA	23
3.4 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	24
3.5 - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL: INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA.....	26
4 - METAMORFOSE: ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ALCANÇADAS.....	28
4.1 - CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL I PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	30
4.2 - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II E RELATÓRIO	31
5 - FLORESCE ONDE A ESPERANÇA FOI REGADA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	43
5.1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
5.2 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	44
5.3 - SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	45
5.4 - EXTRAÇÃO DE DADOS.....	45
5.5 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA	49
5.6 - SÍNTESE DE DADOS	49
5.7 - RESULTADOS	50
5.8 - DISCUSSÃO	53
5.9 - LIMITAÇÕES.....	57
5.10 -CONCLUSÃO.....	57
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	65
ANEXO I - Questionário da dispneia MmRC.....	66
ANEXO II - Escala de Borg Modificada.....	68
ANEXO III - Índice de Barthel	70
ANEXO IV - Escala de Equilíbrio de Berg	73
ANEXO V - Escala de GUSS (Gugging Swallowing Test)	78
ANEXO VI - Questionário da Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30)	80
ANEXO VII - Escala de Qualidade de Vida de 36 itens (SF-36).....	83
ANEXO VIII - Escala de Ansiedade e Depressão em contexto Hospitalar (HADS).....	88
ANEXO IX - Inventário de Ansiedade de Beck	91
APÊNDICES.....	93
APÊNDICE I - Sessão de educação para a saúde: “Estilo de Vida Saudável: Perspetivar um Futuro com Qualidade de Vida” e Livro de Receitas	94
APÊNDICE II - Processo de Enfermagem: Intervenção do ER no Processo de Capacitação para Autonomizar – Senhor P. L.	108
APÊNDICE III - Processo de Enfermagem em Enfermagem De Reabilitação: Restauração Da Funcionalidade - Senhora M.V.	167
APÊNDICE III - Sessão de Formação em Prezi: “TERAPÊUTICA DE POSICIONAMENTO E MOBILIZAÇÃO SEGURA”	268
APÊNDICE IV - Sessão De Educação Para A Saúde: “Estilos De Vida Saudável: Exercício Físico, Sono E Vida Sexual”	278
APÊNDICE V -sessão em Grupo de Exercício: “INSPIRA & RESPIRA: Sessão de Exercício”	294
APÊNDICE VI: -Livro de bolso: “Movimento, Descanso e Intimidade com Qualidade”	296
APÊNDICE VII - Sessão De Formação: “DERRAME PLEURAL & IMOBILIDADE”	311
APÊNDICE VIII - póster: “Derrame Pleural: A atuação do Enfermeiro na pessoa com Derrame Pleural & Drenagem Torácica”	319
APÊNDICE IX - Póster: “Da Quietude no Leito ao Incitar do Movimento: A Intervenção do Enfermeiro na prevenção de complicações inerentes à imobilidade no período pós-operatório”	321
APÊNDICE X -“Do Repouso à Atividade”: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto de Cuidados Paliativos - Uma Revisão Sistemática da Literatura de Efetividade”	323
APÊNDICE XI - Revisão Sistemática da Literatura: Avaliação da Qualidade Metodológica	347

APÊNDICE XII - Revisão Sistemática da Literatura: Tabela de Extração dos Artigos	355
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma baseado no PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), 2020	Erro! Marcador não definido.
Figura 2 - Representação visual dos países	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -Tabela Resumo dos artigos incluídos na RSL	48
--	----

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional II e Relatório, integrada no 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, prevê o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, tanto em contexto hospitalar, como comunitário, à pessoa/família/pessoa significativa em alteração em saúde no processo cardiorrespiratório, ortotraumatológico e na área de opção. Incorpora a realização do relatório das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, com vista à sua documentação analítica e reflexiva, bem como das competências especializadas atingidas neste percurso.

O objetivo geral visa a reflexão crítica acerca do desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito do Estágio de Natureza Profissional II e Relatório. Como objetivos específicos definiram-se: enquadrar o relatório e contextualizar a problemática; descrever os contextos de estágio; integrar a mobilização dos modelos teóricos na prática clínica; refletir acerca do desenvolvimento de competências especializadas e o contributo das atividades realizadas na prática em Enfermagem de Reabilitação; integrar os resultados da Revisão Sistemática da Literatura no percurso formativo do Mestrado Enfermagem de Reabilitação.

A temática do Relatório, “Do Repouso à Atividade”: Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto de Cuidados Paliativos, nasceu da necessidade de valorização do exercício na Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de cuidados paliativos. Apesar do reconhecimento crescente da Enfermagem de Reabilitação em cuidados paliativos, a intervenção baseada no exercício terapêutico permanece subvalorizada e pouco sistematizada, justificando a necessidade de analisar a sua efetividade.

O Relatório espelha o processo de formação e as competências especializadas desenvolvidas na área de Enfermagem de Reabilitação. A prática clínica permite aos estudantes desenvolver conhecimentos e habilidades clínicas, integrando a componente teórica na componente prática (Ferreira et al., 2025).

Em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação publicado em 2011 e retificado em 2019, em Diário da República, este concebe, realiza e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa. Por isso, os conhecimentos, as competências e a experiência permitem-lhe tomar decisões no âmbito da promoção da saúde, prevenção de complicações, maximizando a sua qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

Os modelos teóricos apoiam a prática e constituem-se como elementos estruturantes na otimização da qualidade do exercício profissional (Regulamento nº350/2015). Deste modo, como

suporte à elaboração deste relatório e à prática de cuidados, são mobilizadas: a Teoria do Autocuidado de Orem, a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria do Conforto de Kolcaba.

Na pessoa dependente no autocuidado, a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação incide sobre os processos adaptativos da pessoa à sua nova condição após o declínio funcional. Assim, o o Enfermeiro de Reabilitação deve gerir as necessidades da pessoa para que esta obtenha o nível máximo de independência, promovendo o autocuidado. Este facto demonstra a importância da integração da Teoria do Autocuidado na prática clínica especializada (António et al., 2025). Intrínseca a esta especialidade de Enfermagem, a Teoria das Transições apoia o processo de transição experienciado pela pessoa requerendo intervenções que facilitem esta vivência (Meleis, 2012 citado por Ribeiro, 2021). Em concordância com a temática da revisão sistemática da literatura faz sentido a mobilização da Teoria do Conforto, pois o Enfermeiro de Reabilitação atenta nas necessidades da pessoa, através de uma intervenção que promove o conforto e bem-estar, desenvolvendo um cuidado individualizado em todo o ciclo vital (Silva & Nascimento, 2023).

Este documento está dividido nas seguintes partes: introdução, desenvolvimento e a conclusão. Na introdução são definidos os objetivos do relatório e é apresentada a estrutura do mesmo. O desenvolvimento integra o primeiro capítulo relativo ao enquadramento teórico para contextualizar com a temática; o segundo capítulo assenta na descrição dos contextos de estágio; o terceiro capítulo integra o enquadramento teórico e conceptual dos modelos teóricos; o quarto é um momento crítico e reflexivo acerca do desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, perante as atividades desenvolvidas em contexto de estágio; o quinto inclui a revisão sistemática da literatura; e por fim, o sexto capítulo aborda a análise e reflexão da evidência científica encontrada. Na conclusão será realizada uma síntese da análise crítica e reflexão, pontos fortes e dificuldades sentidas na aquisição de competências e na realização do relatório.

São também apresentadas as referências bibliográficas, os apêndices e anexos que contêm os processos de enfermagem e atividades desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio, bem como as escalas que contextualizam e fomentam a mobilização de instrumentos da prática diária.

Com enfoque no crescimento pessoal e profissional, o Relatório contém títulos de capítulos metaforizados, refletindo o ciclo do florescer na evolução do processo de “aspirante” a Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

Espera-se que este relatório contribua para o aprofundamento do conhecimento e competências em Enfermagem de Reabilitação, promovendo uma prática consciente, fundamentada e centrada na qualidade de vida da pessoa em cuidados paliativos.

1 - CULTIVAR O CONHECIMENTO: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A Organização Mundial de Saúde (2024) relata que pessoas que são insuficientemente ativas apresentam um risco de 20% a 30% superior de morte em comparação com pessoas que são suficientemente ativas. Atividade física é, deste modo, descrita como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia (OMS, 2024).

Novo et al. (2025) explicam, por sua vez, que o exercício físico se define como uma sequência sistematizada de movimentos de diferentes segmentos corporais. Deste modo, constata-se como um tipo de atividade física realizada de forma programada e estruturada, com um objetivo definido e com uma determinada duração e intensidade.

A terapêutica do exercício é caracterizada pelo desempenho de movimentos físicos, posturas ou atividades destinadas a fornecer à pessoa os meios para: atenuar ou prevenir défices nas estruturas corporais e no autocuidado, restaurar ou melhorar a atividade, prevenir ou reduzir fatores de risco relacionados com a saúde e por fim, otimizar a saúde e sensação de bem-estar geral e qualidade de vida (Kisner, Colby e Borstad, 2021).

Desta forma, no *Diário da República, Lei nº 52/2012*, definem-se Cuidados Paliativos como cuidados prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a pessoas em situação de sofrimento decorrente de alterações em saúde incuráveis ou graves, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. O principal propósito é a promoção do bem-estar e qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, através da identificação e da intervenção o mais precoce possível perante as suas necessidades.

Desta forma, o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 392/2019), onde se incluem os cuidados paliativos.

A Enfermagem de Reabilitação é uma área especializada na ciência do cuidado de enfermagem e tem como foco a pessoa ao longo do ciclo vital, visando a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida (Vargas et al., 2023).

A prescrição, a educação e o treino da terapêutica do exercício pelo EEER constata-se como uma intervenção substancial na promoção da funcionalidade e na prevenção e reabilitação de condições agudas e crónicas, com consequente impacto na capacidade para o autocuidado e qualidade de vida (Novo et al., 2025).

Estes autores salientam que o EEER utiliza uma abordagem baseada em guidelines internacionais, como as recomendações da Organização Mundial de Saúde, garantindo a eficácia nesta prescrição, através das suas competências específicas que permitem a conceção, implementação e monitorização de programas de atividade e exercício físico, assegurando a sua

personalização ao contexto clínico, à finalidade terapêutica e à própria pessoa. Sendo assim, a sua intervenção no contexto dos Cuidados Paliativos procura responder às necessidades da pessoa com benefício na capacidade funcional, fadiga, dispneia, no estado físico e emocional, na qualidade de vida e no bem-estar (Ribeiro, 2021).

Neste âmbito, a Mesa do Colégio da Especialidade (2015) citado em Ribeiro (2021), identifica intervenções autónomas pelo EEER, na área do controlo de sintomas em Cuidados Paliativos, nomeadamente: avalia a funcionalidade, o nível de autonomia e sintomas; coopera com a equipa multidisciplinar na elaboração do plano integrado de cuidados e na gestão de expectativas face aos objetivos da reabilitação e de acordo com os desejos da pessoa; realiza planos de intervenção negociados com a pessoa e com a família, com o objetivo de controlar sintomas e promover habilidades adaptativas no autocuidado; implementa intervenções, reconhecendo as condições físicas e psíquicas da pessoa; promove a mobilidade possível; estimula a participação da família no processo de cuidados; avalia os resultados das intervenções e o plano de reabilitação implementado, adaptando-o.

Ainda de acordo com a autora referida, a pessoa e a sua família estão a vivenciar um processo de transição e consciencialização deste percurso. Segundo Meleis (2012), pode percecionar-se que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação pretendem facilitar as transições impostas pela situação em saúde, facilitando o processo de aprendizagem de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para ultrapassar as limitações existentes.

Diversos estudos indicam que pessoas que mantêm um nível adequado de atividade física detêm menor incidência no que toca a alterações em saúde crónicas, bem como maior longevidade e funcionalidade (Novo et al., 2025). Ainda de acordo com os autores, os principais benefícios da prática regular de exercício físico estão relacionados com a melhoria da função cardiovascular, da regulação metabólica, da saúde musculoesquelética, da saúde mental e do bem-estar emocional, da funcionalidade e mobilidade, redução da inflamação sistémica, gestão do peso e aumento da qualidade de vida.

Neste sentido, a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, através da terapêutica do exercício, assume-se como um recurso efetivo e transformador nos Cuidados Paliativos, uma vez que o EER é detentor de conhecimentos especializados, capacitando a pessoa e os cuidadores à adaptação a esta nova realidade, de modo a responder às suas necessidades. E assim, contribui para a promoção da qualidade de vida e dignidade da pessoa em situação de cuidados paliativos.

2 - RAÍZES DO SABER: INFLUÊNCIA DOS MODELOS TEÓRIOS NA PRÁTICA ESPECIALIZADA

Este capítulo incorpora os fundamentos teóricos e conceituais de Enfermagem, revelando as suas implicações para a prática clínica. Apelidada metaforicamente, visto que esta conceptualização deve ser a base para a intervenção do EEER.

2.1 - TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DAS TRANSIÇÕES – AFAF MELEIS

A Teoria de Médio Alcance das Transições detém a situação de saúde, população ou faixa etária específica, área de prática e a intervenção (Tomey & Aliigood, 2014, p.10). A Transição é uma vivência antecipada por um acontecimento marcante que requer capacitação para uma mudança comportamental, o Enfermeiro capacita a pessoa a viver a transição positivamente (Meleis, 2012).

De acordo com Meleis (2012), as transições podem diferenciar-se em quatro tipologias: transições de desenvolvimento, situacionais, situações de saúde/alteração em saúde e organizacionais. Segundo a autora, as transições são uma propriedade no contexto da consciencialização, envolvimento, mudança, temporalidade, eventos e pontos críticos. Devem, por isso, ser considerados os fatores do domínio pessoal, comunitário ou social, como facilitadores e inibidores da transição. Finalmente, surgem os padrões de resposta à transição que demonstram os indicadores de processo (o sentir-se ligado, o poder de interagir, o estar situado e o desenvolvimento de confiança e coping) e os indicadores de resultado (mestria, integração fluída de nova identidade) (Silva et al., 2018; McEwen, 2016) citado por (Ribeiro, 2021).

Este referencial teórico proporciona a identificação das necessidades da pessoa, planeamento e execução de terapêuticas de enfermagem para a facilitação do processo de transição (Ribeiro, 2021). O EEER considera como a pessoa ou cuidador/família experiencia a situação transitória, contribuindo para a consciencialização na transição vivida (Silva et al., 2019 citado em Ribeiro, 2021). As transições vividas são processos complexos que a fragilizam. Por isso, o EEER deve apoiar a pessoa a experienciar este processo, atingindo a mestria (Ribeiro, 2021).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional II, foi possível identificar que a pessoa que vivencia um processo de transição associados à sua alteração em saúde, necessita de adaptação à nova condição de vida em que se encontra e capacitação para a adoção de novos comportamentos. Enquanto estudante de Mestrado em EEER, a intervenção revelou-se essencial neste processo de consciencialização da pessoa.

2.2 - MODELO DO AUTOCUIDADO – DOROTHEA OREM

Autocuidado é uma concepção inerente à Enfermagem de Reabilitação, sendo definido por Orem (2001) como uma função reguladora que é ensinada, transmitida e que se desenvolve ao longo do ciclo vital, garantindo o bem-estar, a saúde, a manutenção da vida e o desenvolvimento pessoal de cada pessoa. Contudo, por vezes, a pessoa é confrontada com situações que colocam em risco a homeostasia de satisfazer as necessidades do autocuidado por perda de autonomia.

Orem (2001) elaborou este modelo fundamentado em três teorias interligadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Na Teoria do Déficit de Autocuidado, visto que a pessoa se encontra em situação de dependência no autocuidado, a intervenção é adaptada às necessidades presentes, incluindo: agir por outrem; encaminhar e orientar; apoiar; harmonizar o ambiente do desenvolvimento pessoal e da capacitação; educar (Petronilho, 2012). A Teoria dos Sistemas de Enfermagem revela a conexão subsistente entre a pessoa dependente e enfermeiro, onde os sistemas de intervenção são: totalmente e parcialmente compensatório e o de apoio e educação (Tomey & Alligood, 2002).

A pertinência desta Teoria no âmbito da ER sustenta a prática face às possíveis limitações da pessoa (Ribeiro, 2021). O EEER, na sequência da formação avançada, integra de uma forma fluida e intencional esta área de atenção, através da promoção do autocuidado, reconstrução da autonomia e bem-estar (Ribeiro, 2021). A sua constante inquietação consiste em garantir a capacitação efetiva da pessoa na concretização do autocuidado, justificando a elevada concordância deste referencial teórico com a ER (Ribeiro, 2021). Finalizando, essencial à ER, Ribeiro (2021) refere ainda que também esta teoria visa a participação ativa dos cuidadores que são elementos cruciais na continuidade de cuidados.

Em contexto da prática em ensino clínico, tornou-se evidente a importância da promoção do autocuidado como eixo na centralidade da pessoa perante a intervenção do EEER. Através da avaliação das capacidades da pessoa e da implementação de intervenções no âmbito da educação para a saúde, orientação e treino funcional, promoveu-se progressivamente a autonomia e a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação, reforçando os princípios preconizados na Teoria de Dorothea Orem.

2.3 - TEORIA DO CONFORTO – KATHERINE KOLCABA

Íntima e tradicionalmente ligada à dimensão física da pessoa, o conforto é um processo essencial e abrangente. Assim, surge a Teoria de Médio Alcance do Conforto, publicada em 2003,

considerando o conforto de importância básica. Os princípios desta Teoria asseguram estratégias promotoras do conforto nos cuidados de enfermagem.

Segundo Kolcaba, o enfermeiro deve reconhecer as necessidades da pessoa e família, definir e coordenar as intervenções que vão ao seu encontro da satisfação e avaliar as variáveis presentes no decorrer do processo por serem essenciais para o sucesso. Quando a intervenção é eficaz, o resultado do conforto é alcançado de imediato (Kolcaba, 2003).

As experiências vivenciadas em contexto de estágio permitiram reconhecer que a promoção do conforto constituiu uma dimensão transversal aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. A intervenção do EEER, ao integrar a finalidade do aumento do conforto físico, emocional e social, contribui para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa, princípios que convergem com os pressupostos da teoria de Kolcaba.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação devem preservar a dignidade humana e a qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados, tornando-se essencial a inclusão da presente teoria, uma vez que o EEER, no seu exercício profissional, recorre a referenciais teóricos de enfermagem garantindo a satisfação das reais necessidades da pessoa (Ventura-Silva et al., 2021).

A articulação entre a Teoria das Transições, o Modelo do Autocuidado e a Teoria do Conforto permitem ao EEER desenvolver uma intervenção intencional, centrada na pessoa em cuidados paliativos, sustentando a prática especializada, existindo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e uma maior visibilidade dos mesmos, acrescentando-lhes valor.

3 - DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO II: SEMENTES DA APRENDIZAGEM

O Estágio de Natureza Profissional I representa o início do percurso de aprendizagem em contexto de estágio no processo neurológico em três contextos distintos: Centro de Medicina Física e Reabilitação; Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Neurocríticos; Unidade de Cuidados na Comunidade.

O Estágio de Natureza Profissional II e Relatório decorreu em cinco contextos distintos, nomeadamente: Unidade de Reabilitação Cardíaca; Unidade de Reabilitação Respiratória; Serviço de Internamento de Ortopedia; Unidade de Cuidados na Comunidade; e, finalmente, o estágio de opção, no Serviço de Cirurgia no Instituto Português de Oncologia.

Os subcapítulos seguintes espelham o desenvolvimento do processo formativo no âmbito do Estágio de Natureza Profissional II e Relatório. Destinado à descrição sumária dos contextos por mim integrados, com referência aos recursos físicos, humanos, método de trabalho, modelo de trabalho em equipa e eventuais projetos de melhoria contínua existentes nos mesmos.

3.1 - UNIDADE DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

O Estágio de Natureza Profissional II e Relatório decorreu neste contexto entre 18/02/2025 e 07/03/2025, período em que foram desenvolvidas competências específicas em enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações de saúde do foro cardíaco.

Inserida num Centro Hospitalar Universitário, a Unidade de Reabilitação Cardíaca está integrada no Serviço de Cardiologia.

A Unidade de Reabilitação Cardíaca dispõe de oito camas para realização de exercício na posição de deitado e de espaço para a realização de exercícios na posição de sentado até quatro pessoas, simultaneamente. Esta encontra-se equipada com dispositivos de monitorização hemodinâmica, utilizados antes, durante (em caso de necessidade) e após a intervenção. Estão disponíveis equipamentos de treino respiratório e de fortalecimento muscular, como sacos de areia (1–2,5 kg), bolas de tonificação (0,5 kg), caneleiras (1 kg), bastões, halteres (0,5 kg–3 kg) e faixas elásticas de diferentes resistências.

A equipa interdisciplinar integra Cardiologistas, Fisiatra, Médico de medicina interna, duas EEER, Fisioterapeutas, Psicóloga, Nutricionista, Cardiopneumologistas e Administrativa. Conforme as necessidades identificadas, a intervenção pode ser complementada com a colaboração da Pneumologia, Psiquiatria e Serviço Social.

O método de trabalho da unidade é interdisciplinar, caracterizado pela articulação constante entre os diferentes profissionais desta equipa. O modelo de trabalho assenta na individualidade da

pessoa com foco no autocuidado, com base na Teoria do Autocuidado de Orem. Inclui avaliação inicial, plano de cuidados personalizado, atendendo às necessidades individuais, implementação de intervenções e avaliação de resultados, com registo na plataforma Glinntt.

A referenciação da pessoa para o programa pode ser realizada pelo médico assistente durante o internamento nos serviços do Departamento Coração e Vasos, por outros hospitais públicos ou privados ou pelo médico de Medicina Geral e Familiar.

Após a referenciação, a pessoa realiza uma consulta médica e uma consulta de enfermagem de reabilitação no início e no final do programa, bem como seis meses após o término do programa. A consulta médica compreende exame físico e definição da estratégia terapêutica, incluindo a decisão de inclusão no programa. A consulta de ER integra acolhimento, explicação do funcionamento do programa e definição de objetivos de cuidados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2020), a reabilitação cardíaca constitui uma intervenção multifatorial de prevenção secundária, concebida para limitar os efeitos fisiológicos e psicológicos da alteração em saúde do foro cardiovascular. A Fase I inicia-se 24 a 48 horas após o evento agudo não complicado, mediante indicação médica, com o objetivo de prevenir complicações da imobilidade, iniciar mobilização precoce e exercícios de baixa intensidade, promover adesão ao regime terapêutico e estilos de vida saudáveis, identificar alterações psicológicas e encaminhar para a Fase II (Abreu et al., 2021).

Na unidade, o EEER intervém na Fase II, que decorre nos primeiros três a seis meses após o evento, podendo prolongar-se até um ano. Esta fase preconiza um programa supervisionado de exercício, destinado a avaliar a tolerância ao esforço, estabilidade clínica e a identificar precocemente sinais que impliquem suspensão ou ajuste da intervenção previamente planeada (Abreu et al., 2021).

O Programa de Reabilitação Cardíaca tem a duração de oito a doze semanas, com frequência de duas a três sessões semanais. No final da Fase II, a pessoa e família são orientadas para manter a prática regular de exercício, adesão ao regime terapêutico e controlo dos fatores de risco, sendo incentivadas a prosseguir para a Fase III no Centro de Reabilitação Cardiovascular, onde as sessões são supervisionadas por fisiologistas do exercício e EEER, com apoio clínico de cardiologistas.

Neste contexto encontrava-se em elaboração um projeto candidato ao Orçamento Participativo 2025 da Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional do Sul, intitulado “Coração em movimento: Programa de Reabilitação Cardíaca para a pessoa com EAM – pós-alta imediata”, no qual cooperei na elaboração do enquadramento teórico. Adicionalmente, a unidade integra práticas de melhoria contínua, incluindo monitorização de indicadores de desempenho e protocolos de boas práticas, garantindo qualidade, segurança e eficácia na intervenção.

Reforço que no decorrer deste estágio me deparei com situações imprevisíveis de intolerância ao esforço, o que permitiu o desenvolvimento da capacidade de análise e tomada de decisão na prática clínica. Este primeiro estágio reforçou ainda a importância de realizar processos de enfermagem individualizados baseados em evidência e com objetivos ajustados à motivação da pessoa, garantindo a adesão às intervenções preconizadas nos mesmos.

Assim, o contexto permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EEER, nomeadamente na avaliação funcional e prescrição de exercício terapêutico adaptado, bem como monitorização de sinais de intolerância ao esforço, fundamentais na reabilitação da pessoa com alterações em saúde do foro cardiovascular.

3.2 - UNIDADE DE INFECIOLOGIA RESPIRATÓRIA

O estágio no âmbito do Processo Respiratório concretizou-se na Unidade de Reabilitação Respiratória localizada na região centro. Durante três semanas, de 10/03/2025 a 29/03/2025, foram atingidas competências especializadas na intervenção do EEER na Pessoa com o Processo Respiratório Comprometido.

Para contextualização, as primeiras duas semanas foram realizadas numa unidade de internamento de enfermaria de pneumologia, enquanto a última semana decorreu numa unidade específica de infecioologia respiratória, uma vez que a equipa de ER é constituída por quatro elementos que intervêm em ambos os contextos.

A Equipa de Reabilitação Respiratória é constituída por Pneumologistas, Fisiatras, 4 EEER e Fisioterapeutas. Conforme as necessidades identificadas, pode ainda ser solicitada a colaboração da Nutrição, Psiquiatria, Paliativos e Assistente Social.

A Unidade de Reabilitação Respiratória é constituída por dois ginásios personalizados com duas camas, espaço utilizado por pessoas com alterações em saúde do foro respiratório tanto do internamento, como do domicílio, Unidade de Internamento de Infecioologia Respiratória, Hospital de Dia de Infecioologia Respiratória, 2 gabinetes de consulta de enfermagem de reabilitação e 2 gabinetes de consulta médica.

A Unidade de Internamento de Pneumologia apresenta 18 camas, em que 10 são de pneumologia e 8 do foro pneumológico em contexto paliativo. Existe ainda uma sala partilhada com os médicos assistentes para preparação e realização do plano de trabalho do EEER, registos de enfermagem e armazenamento de material necessário à reabilitação (1 andarilho dinâmico, canadianas, bastões, halteres de 0,5 a 3 kg e bolas suíças).

O modelo que sustenta a intervenção na unidade de reabilitação respiratória assenta na Teoria do Autocuidado de Orem e na Teoria das Transições, visto que o processo de enfermagem é apoiado

nas transições situacionais vividas pela pessoa e no autocuidado. São mobilizadas as etapas de avaliação inicial, planeamento individualizado das intervenções, implementação das mesmas e avaliação contínua dos resultados, registados na plataforma Glinnt. O método de trabalho é em equipa, assente na interdisciplinaridade, garantindo a comunicação constante entre os profissionais e, assim, a uniformidade e consistência no processo de enfermagem da pessoa.

No início do turno são analisados todos os processos clínicos das pessoas internadas para avaliar a necessidade de intervenção do EEER. Segue-se um momento de *debriefing* com os enfermeiros responsáveis para partilha de informações essenciais para que depois possam ser planeados os cuidados de ER que se iniciam após o término dos cuidados de higiene.

A última semana ocorre na Unidade de Infeciologia Respiratória, onde se intervém no internamento (4 camas individuais de isolamento com pressão negativa); no Hospital de Dia, onde a pessoa com Micobactérias não tuberculosas vem do domicílio para realizar antibioterapia endovenosa, colheitas de sangue, de expetoração e urina; é realizada educação para a saúde, explícita adiante, em regime de consultas de ER e consultas médicas decorrem semanalmente.

As Micobactérias não tuberculosas são as micobactérias que não pertencem ao complexo *Mycobacterium tuberculosis* ou *Mycobacterium leprae*. Esta alteração é mais prevalente em pessoas com patologia estrutural, como bronquiectasias, por exemplo, e em imunodeprimidos. O diagnóstico de doença implica a presença de sintomatologia, como tosse crónica ou recorrente expetoração mucopurulenta, hemoptises, dispneia, toracalgia, febre, fadiga, perda ponderal e mal-estar geral, alterações imagiológicas, como cavidades de parede fina nos lobos superiores e envolvimento pleural, padrão de vidro despolido e bronquiectasias e, por fim, isolamentos microbiológicos com culturas positivas para estas bactérias (DGS, 2020).

A pessoa com Processo Respiratório Comprometido relacionado com Micobactérias não tuberculosas é seguida na consulta de enfermagem de reabilitação e em ginásio com as sessões de ER, em regime de hospital de dia. Durante a consulta são aplicadas diversas escalas de medida e testes de funcionalidade, incluindo o teste de levantar e sentar (avaliação da força dos membros inferiores) para perceber a sua capacidade para o autocuidado, o questionário da dispneia MmRC (ANEXO I) e avaliação das características da tosse, expetoração e cansaço (Escala de Borg Modificada: ANEXO II). Assim, após realizada avaliação da pessoa, caso exista o cumprimento de todos os critérios de inclusão nas sessões, esta integra o programa de reabilitação respiratória no ginásio funcional existente na unidade. O programa tem a duração de 12 a 14 semanas, com a frequência de uma a três vezes por semana.

Os registos são realizados na plataforma Glinnt e são avaliados os focos correspondentes à componente respiratória, dispneia, expetorar, limpeza das vias aéreas e ventilação e componente

motora, o andar, o equilíbrio, a mobilidade e a marcha, entre outros de acordo com as necessidades da pessoa alvo de cuidados.

No estágio integrei um projeto existente na unidade que estuda a eficácia da reabilitação respiratória na pessoa com Micobactérias não tuberculosas. Foram inseridas as avaliações iniciais e finais das escalas referidas anteriormente, bem como o registo do desempenho da pessoa, em cada sessão, em documento Excel, como suporte a um estudo futuro acerca da temática, com resultados sensíveis e precisos.

Neste contexto aperfeiçoei técnicas para otimização da ventilação e da higiene brônquica, bem como a introdução destas como estratégias no âmbito da educação para a saúde. O contexto possibilitou ainda o desenvolvimento de competências especializadas da ER, no que respeita à avaliação funcional, bem como monitorização de sinais de comprometimento à atividade, aspetos fundamentais à reabilitação da pessoa com alterações respiratórias.

3.3 - SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE ORTOPEDIA

O estágio no âmbito do Processo Ortotraumatológico foi realizado no Serviço de Internamento de Ortopedia de um hospital da região centro, contemplando uma duração de 3 semanas de 31/03/2025 a 25/04/2025. Esta experiência permitiu a aquisição de competências especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação, especificamente na pessoa com alterações em saúde do foro ortopédico e traumatológico.

Este serviço possui uma lotação de 34 camas. A equipa interdisciplinar integra: 13 Ortopedistas, 22 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 1 EEER, 2 Fisioterapeutas e 11 Técnicas Auxiliares de Saúde. De acordo com as necessidades identificadas na pessoa, poderá ser providenciado apoio da especialidade médica ou cirúrgica, Nutricionista, Assistente Espiritual, Padre e Assistente Social. O método de trabalho é baseado no trabalho em equipa, promovendo-se a participação interdisciplinar e, assim, a consistência no processo de cuidados da pessoa. O modelo de trabalho assenta na Teoria do Autocuidado de Orem, baseando-se o processo de enfermagem no autocuidado e nas necessidades identificadas na pessoa. A monitorização dos resultados é discutida numa reunião semanal com a participação da equipa médica, um Enfermeiro de Cuidados Gerais, um EEER e Assistente Social, reajustando o plano de intervenção de cada pessoa alvo de cuidados. A intervenção do EEER é ajustada de acordo com o tipo de fratura e cirurgia realizada. O serviço dispõe de um ginásio, atualmente interdito, encontrando-se em ocupação por outra entidade. A inexistência de um ginásio funcional constitui uma limitação à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, exigindo a adaptação da intervenção ao espaço do quarto e corredor, potenciando o desenvolvimento de competências de criatividade clínica e segurança.

Como material de apoio à ER existem cadeiras de rodas, tábua de transferência; cadeiras higiénicas; talas dinâmicas; andarilhos (estáticos e dinâmicos); canadianas; pedaleiras e pesos.

O dia do EEER inicia-se pelas 9 horas com a perceção e análise dos processos clínicos de cada pessoa para avaliação das necessidades de intervenção. Surge, seguidamente, um momento de *debriefing* com o enfermeiro responsável por cada pessoa, após o qual são planeados os cuidados de ER. Concluídos os cuidados de higiene, inicia-se a sua intervenção. Esta experiência a nível clínico exigia uma preparação eficaz do regresso a casa à pessoa que apresentava limitações funcionais.

Os registos de enfermagem são realizados na plataforma informática SClínico, avaliando o compromisso dos seguintes focos: Autocuidado; Movimento Muscular; Equilíbrio Corporal; Transferir-se; e por fim, Andar com Auxiliar de Marcha, permitindo monitorizar continuamente a evolução da pessoa no decorrer do internamento.

Atualmente, encontra-se em vigor um projeto de melhoria contínua na área da Enfermagem de Reabilitação relacionado com a promoção da independência da pessoa/cuidador após fratura proximal do fémur. Na plataforma de registo denominada *SmartBusiness* são introduzidas as informações relativas às pessoas que apresentem este tipo de fraturas. Essas informações incluem o tipo de fratura, a cirurgia, a data de entrada e saída do internamento, a primeira avaliação do EEER e a reavaliação final, bem como destino após a alta (com apoio de ECCI ou UMDR). Este registo permite uma avaliação da eficácia da intervenção do EEER à pessoa com alteração em saúde relativa a fratura proximal do fémur, traduzindo-se nos ganhos em saúde mensuráveis para a pessoa, evidenciando os resultados obtidos.

3.4 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Dando continuidade ao percurso formativo, realizou-se o estágio em contexto comunitário, nomeadamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, inserida na Unidade de Cuidados na Comunidade, pertencente a um Centro de Saúde da região Centro. Este estágio desenvolveu-se durante 6 semanas, tendo decorrido de 28/04/2025 a 06/06/2025.

A área geográfica com influência para a UCC diz respeito à área global do concelho num total de 558,29 km. O processo de admissão da pessoa ocorre por referência da Equipa de Gestão de Alta dos hospitais da área geográfica ou das equipas referenciadoras dos Centros de Saúde através da plataforma da RNCCI. Na ausência de referência pela EGA, a família pode solicitar, através da entrega de carta de alta e referência do médico de família. Após receção, a ECCI agenda a primeira consulta domiciliária em 24 horas.

A intervenção da UCC de Santarém é realizada em equipa, nomeadamente, enfermeiros de cuidados gerais, 4 EEER, Enfermeiros Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeiros

Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária, Médicos, Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Psicólogos, Técnicos Auxiliares de Saúde, Administrativos e Assistentes Sociais.

Para articulação profissional e monitorização do progresso da pessoa, realizam-se reuniões semanais com a equipa interdisciplinar à quinta-feira. O método de trabalho definido nesta UCC é individual, onde existe um gestor de caso para cada pessoa, acompanhando o seu processo, desde o início ao fim do percurso da pessoa. O modelo de trabalho assenta no autocuidado, baseando-se na Teoria do Autocuidado de Orem, incluindo a avaliação inicial, a definição e implementação de intervenções adaptadas às transições vividas pela mesma.

Este ensino clínico foi realizado em regime de consultas domiciliárias, atuando no ambiente e cultura da pessoa. A prática diária no domicílio da pessoa alvo de cuidados exigiu a adaptação das estratégias ao espaço disponível, o que fomentou o desenvolver de competências de criatividade e de segurança durante a intervenção.

A documentação dos registos de enfermagem é realizada na plataforma SClínico, após implementação das escalas, permitindo a avaliação dos focos: Gestão do Regime Terapêutico, Autocuidado (Escala de Barthel: ANEXO III), Risco de Queda (Escala de Morse), Risco de Lesões por Pressão (Escala de Braden), Papel do Cuidador e Feridas (no caso de existirem). Concomitantemente, no âmbito da ER, são avaliados os focos de enfermagem: Equilíbrio Corporal (Escala de Berg: ANEXO IV) e a Força Muscular (Escala de Lower). A referir que, no caso de existirem outras necessidades individuais, o plano de cuidados é adequado e personalizado, de modo a responder às mesmas.

Existem na equipa projetos de melhoria contínua no âmbito da prevenção de quedas, na gestão e controlo da dor e DPOC. O projeto de melhoria contínua da DPOC existente no contexto está relacionado com a intervenção do EEER na DPOC/Asma, proporcionando-se um Programa de Reabilitação Respiratória que procura otimizar a qualidade de vida da pessoa com comprometimento do sistema respiratório relacionado com DPOC e Asma. Durante o estágio foi possível colaborar neste projeto, integrando uma das suas sessões teórica e outra de cariz prático, permitindo fomentar competências no âmbito da educação e prática do exercício na pessoa com alterações respiratórias, respeitando as suas limitações e restrições de atividade.

Neste contexto clínico, desenvolvi competências no âmbito da integração do ambiente domiciliário e fatores familiares no planeamento da intervenção, adaptando os exercícios às condições reais de cada casa e rotina da pessoa.

3.5 - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL: INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

Esta caminhada dirige-se para a reta final e culmina na área de opção realizada no Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia que ocorre de 09/06/2025 a 28/06/2025. Este permitiu a consolidação das competências especializadas na intervenção do EEER na pessoa contexto paliativo, área desde sempre querida e de interesse para mim.

Esta unidade de internamento dispõe de 46 camas distribuídas pelas distintas especialidades cirúrgicas, técnicas de gastroenterologia e o hospital de dia. Existem ainda duas salas de vigilância pós-operatória de maior complexidade, com capacidade para 7 e 3 pessoas, respetivamente.

O contexto de estágio baseia-se no método de trabalho em equipa. Equipa constituída por Médicos das diferentes especialidades, 42 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 2 EEER, Técnicas Auxiliares em Saúde e uma Administrativa.

A articulação de cuidados é realizada em colaboração com a equipa de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição e serviço social. O método de trabalho em equipa é reforçado por reuniões semanais, promovendo uniformidade na tomada de decisão. Na base de dados, SClínico o processo de enfermagem tem enfoque no autocuidado, assim o modelo de trabalho é regido pela Teoria do Autocuidado de Orem.

A admissão da pessoa decorre por internamento programado para cirurgia eletiva, cirurgia de urgência ou tratamento conservador. Predomina a presença de pessoas submetidas a cirurgia oncológica abdominal. Sendo as intervenções cirúrgicas mais frequentes: colectomias, esofagectomias, gastrectomias totais ou subtotais, duodenopancreatectomias e citorredução multivisceral com quimioterapia hipertérmica intraperitoneal, realização de estomas e reconstruções da parede abdominal (ileostomias, colostomias e herniorrafias).

A intervenção do EEER inicia-se na fase pré-operatória e no pós-operatório imediato e mantém-se até à alta hospitalar. O dia do mesmo inicia-se pelas 8 horas com a análise dos processos clínicos de cada pessoa para identificar as necessidades de intervenção. Em seguida, o EEER procura um momento de *debriefing* com o enfermeiro responsável por cada pessoa. Depois, são planeados os cuidados de ER e procede-se à implementação das intervenções planeadas.

Os registos são efetuados através da plataforma SClínico, avaliando-se os focos: Movimento muscular, Autocuidado e Ventilação, e para além dos focos preconizados, são também tidas em conta outras necessidades da pessoa, no caso de existirem. No caso da pessoa submetida a esofagectomia, o EEER procede à avaliação sistemática da deglutição, através da escala de GUSS (ANEXO V), registando e monitorizando a sua evolução, com vista ao início e progressão da dieta de

forma segura. A deglutição como área de atenção está a ser alvo de desenvolvimento de uma norma de procedimento.

Existem na equipa projetos de melhoria contínua no âmbito da prevenção de quedas e prevenção de lesões por pressão e o projeto de melhoria contínua da enfermagem de reabilitação implementada no serviço de internamento.

Posto isto, este contexto clínico contribuiu para reforçar o desenvolvimento de competências específicas do EEER, nomeadamente na prescrição de exercício terapêutico adaptado e fundamentais na reabilitação da pessoa em contexto cirúrgico. Conviver com a fragilidade física associada à fragilidade emocional junto da pessoa com alteração em saúde de cariz oncológica exigiu empatia, ética e comunicação eficaz, além de uma avaliação contínua, ajustada a qualquer alteração no estado clínico, prevenindo complicações. Esta experiência reforçou a relevância do EEER como agente promotor da qualidade de vida.

A diversidade dos contextos de estágio permitiu o desenvolvimento progressivo de competências comuns e específicas do EEER nos diferentes processos de saúde, contribuindo para uma prática especializada, adaptada e centrada na pessoa ao longo do ciclo vital.

4 - METAMORFOSE: ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ALCANÇADAS

É desta forma que se intitula o capítulo que retrata o processo de crescimento assente num paradigma transformacional no percurso do Enfermeiro de Cuidados Gerais que aspira a EEER.

O desenvolvimento do pensamento reflexivo posiciona-se na enfermagem a nível do processo de aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016). A prática reflexiva é uma habilidade que permite o princípio da autoconsciência com atitudes reflexivas refletidas no processo de cuidados.

O Enfermeiro Especialista é definido como um profissional que reúne competências especializadas que lhe permitem “prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” e ao qual foi atribuído o título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 140/2019, p. 4744).

Silva et al. (2019) referem que a prática de ER não tem por base apenas a perceção científica, mas também uma intencionalidade e reconhecimento nos cuidados prestados à pessoa em processo de transição, para que esta aconteça de forma consciente.

No decorrer destas semanas de estágio, em contexto hospitalar e na comunidade, existiram oportunidades de aprendizagem e momentos passíveis de análise e reflexão constante, um período marcante no desenvolvimento de competências especializadas na área da ER.

Em primeira instância, é de ressaltar que os diversos contextos demonstraram receptividade ao processo de aprendizagem, facilitando a integração e o crescimento no âmbito formativo.

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista preconiza que o profissional de enfermagem desenvolva um conjunto de competências comuns, aplicáveis em qualquer contexto da sua prestação de cuidados, para além das competências específicas da respetiva especialidade. Assim, de acordo com o Regulamento nº 140/2019, estão implícitas competências comuns. Segue-se a reflexão crítica relativa ao seu desenvolvimento durante o estágio (OE, 2019).

O “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”, assume uma prática baseada na ética e no respeito pelos direitos humanos.

Neste sentido, durante a prestação de cuidados, foi sempre respeitada a pessoa e mantida a responsabilidade profissional, princípios transversais na prática profissional diária. O estágio foi desenvolvido em consonância com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, atendendo aos documentos legais: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Código Deontológico do Enfermeiro e Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, bem como, normas e procedimentos implementados pelos contextos de estágio.

Os processos de enfermagem concebidos e implementados nos diversos contextos foram baseados nas necessidades reais da pessoa, honrando princípios éticos e deontológicos como o sigilo, privacidade, dignidade, autonomia e crenças.

No que diz respeito, ao “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” foram mobilizados conhecimentos que contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pois na posição de estudante, tendo em consideração a duração de cada estágio, não existiu a oportunidade de participar, integralmente, em projetos institucionais na área da qualidade. No entanto, foi desenvolvida uma prática de Cuidados Especializados da ER baseada na qualidade e procurou-se colaborar, quando possível, em programas de melhoria contínua nas equipas multidisciplinares onde se desenvolveu o estágio.

Mobilizaram-se os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de ER que devem ser incorporados, pois traduzem o contributo do EEER na saúde das pessoas, garantindo uma avaliação contínua da qualidade da prestação de cuidados (Ribeiro, 2021).

No decorrer do estágio realizou-se sempre uma avaliação metódica dos cuidados especializados prestados, e uma consequente reflexão com sentido crítico, em função dos resultados obtidos, no sentido de melhorar a qualidade dos mesmos.

O Enfermeiro Especialista, no domínio da gestão dos cuidados: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p.4745). Desta forma, no que se refere ao “Domínio da Gestão dos Cuidados”, os cuidados especializados de ER, em contexto de estágio, foram sempre otimizados para dar resposta à equipa, articulando-os com a restante equipa.

No decorrer da prática clínica foi desenvolvida a avaliação das necessidades da pessoa, dos profissionais de saúde e recursos disponíveis, para planeamento, otimização e adequação dos cuidados de ER, fomentados com apresentações no âmbito da capacitação e educação para a saúde através de métodos expositivos e informativos que respondessem à necessidade tanto da equipa, como da pessoa alvo de cuidados. Em cada contexto, exceto na unidade de reabilitação respiratória, foi proporcionada uma SES e facultados recursos às pessoas alvo de cuidados para que se pudessem adequar da sua alteração em saúde, facilitando a transição vivenciada.

O “Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais” corresponde à capacidade de autoconhecimento, fundamental na prática de enfermagem, reconhecendo que melhora o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Também se baseia no alicerçar dos processos de tomada de decisão e nas intervenções com conhecimento atual e pertinente, facilitando os processos de aprendizagem (Regulamento nº 140/2019).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023), a investigação é o motor impulsionador da profissão, com particular importância para o EEER, uma vez que o processo de tomada de decisão deve ser baseado na melhor evidência científica, tendo em conta as necessidades da pessoa. Existiu, assim, ao longo de todos os contextos, uma necessidade constante de inovar no cuidar, de acordo com a evidência científica.

A intervenção do EEER envolve um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que viabiliza o cuidar de pessoas com alterações em saúde agudas, crônicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e de independência. A sua finalidade depreende-se no melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação e, deste modo, preservar a autoestima e autonomia da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

4.1 - CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL I PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este subcapítulo revela os contributos do Estágio de Natureza Profissional I, pois foi crucial para o desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional II e Relatório, ancorando a inquietação e motivação para a temática do Relatório.

Deste modo, no Centro de Medicina Física e Reabilitação foram desenvolvidas competências junto da pessoa com Processo do Sistema Neurológico Comprometido com autocuidado prejudicado, visando a sua autonomia e inserção social.

Esta experiência inicial deteve um papel essencial no desenvolvimento de competências na avaliação global da pessoa, na identificação das suas necessidades e do seu potencial de reabilitação e implementação de estratégias promotoras da autonomia foram essenciais para desenvolver competências no âmbito da criatividade em ER.

É dada continuidade ao processo formativo com o contexto de estágio no Serviço de Medicina Intensiva - Unidade de Neurocríticos. Neste contexto, o EEER avalia as necessidades da pessoa no âmbito da sua intervenção, sendo que desenvolvi competências especializadas no âmbito da avaliação funcional e neurológica da pessoa em situação crítica. Participei em intervenções de estimulação cognitiva e sensorial ajustadas ao grau de consciência, como atividades que desafiam o declínio cognitivo com recurso a nomeação de palavras a objetos e atividades sensoriais com observação de cores, ligar pontos a imagens, identificação de diferentes cheiros, incorporando os estímulos nas rotinas diárias.

Foi possível implementar intervenções no âmbito da mobilização precoce e posicionamento terapêutico. Realizei técnicas de reeducação funcional respiratória e otimização da eficácia ventilatória como controlo da respiração, exercícios de expansão pulmonar, drenagem postural modificada, manobras acessórias com vibrocompressão, associando hiperinsuflação manual, promovendo o aumento do fluxo de ar expiratório e dando grande ênfase na reeducação da tosse através de tosse assistida ou dirigida.

Em continuidade, na equipa de Cuidados Continuados Integrados na Unidade de Cuidados na Comunidade, a intervenção do EEER demonstrou-se essencial na análise e definição das estratégias

a implementar perante as alterações das funcionalidades presentes, os resultados esperados e metas a atingir, com a finalidade de qualidade de vida da pessoa (Regulamento nº 350/2015). No decorrer do estágio existiu a necessidade de adequar os cuidados de ER às estruturas arquitetónicas e aos recursos que existiam no domicílio. Foi necessário instituir uma relação de confiança para o envolvimento e capacitação da família no processo de enfermagem e na continuidade dos cuidados.

A realização do Estágio de Natureza Profissional I constituiu um marco no início da construção deste percurso formativo, proporcionando bases para o Estágio de Natureza Profissional II e motivando a inquietação que detinha, no que se refere à importância da terapêutica do exercício.

4.2 - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II E RELATÓRIO

A intervenção do EEER proporciona ganhos em saúde em todos os contextos da prática, com base na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, maximizando a funcionalidade da pessoa (Regulamento nº 350/2015).

Assim, na Unidade de Reabilitação Cardíaca, o EEER desenvolve a sua intervenção na Fase II da Reabilitação Cardíaca, a qual ocorre, geralmente, nos primeiros 3 a 6 meses após a alteração cardiovascular, podendo prolongar-se até um ano.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes” (Regulamento nº 350/2015, p. 16657). Neste âmbito, integrei um programa de exercício realizado sob indicação e supervisão da equipa de enfermagem de reabilitação, permitindo-me avaliar a tolerância individual ao exercício e a identificar precocemente sinais que exijam o ajuste do plano. A capacidade de identificação precoce adquirida ao longo dos estágios remeteu-me para a importância da segurança na relação estreita com a eficácia e continuidade do processo de reabilitação, traduzindo a competência diferenciada do EEER.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEER nº 392/2019, este implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. No âmbito cardiovascular, as intervenções permitiram melhorar a capacidade funcional da pessoa, a adesão ao regime terapêutico e adesão de estilo de vida saudável, controlando os fatores de risco. Identifico, assim, a pertinência do programa na ER incluso em estratégias de prevenção secundária.

A articulação com a Teoria do Autocuidado de Orem é clara, pois o EEER ao capacitar a pessoa para assumir comportamentos de gestão do autocuidado, promove a transição de um sistema de apoio total para o sistema de apoio-educação. Juntamente, a Teoria das Transições suporta a

intervenção, reforçando a corresponsabilização pelo próprio no processo de cuidados, através da monitorização de indicadores de transição saudável.

Os critérios de inclusão para integração da pessoa no PRCV são a ocorrência dos processos de transição: Enfarte Agudo do Miocárdio; Síndrome Coronário Agudo; Angôr estável; Intervenção Coronária Percutânea; Insuficiência Cardíaca; Cirurgia Valvular; Cirurgia de Bypass de Artéria coronária; Pacemaker; Cardioversor-desfibrilhador e Ressincronizador Cardíaco; Doença Arterial Periférica; Diabetes *Mellitus* e Síndrome Metabólico.

O EEER avalia a funcionalidade e perceciona alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento nº392/2019). Assim, foi possível presenciar e participar na primeira consulta de ER para acolhimento e recolha de dados da pessoa.

Foram questionados os antecedentes pessoais, a situação sociofamiliar, as condições habitacionais, a adesão ao regime terapêutico e estilo de vida. Foram avaliados o peso corporal, o perímetro abdominal, a glicemia capilar, a presença de edemas, lesões da pele ou alterações motoras e respiratórias. Foi explicada a dinâmica do PRCV. Posteriormente, definiu-se o plano de intervenção. Foi essencial percecionar a intervenção neste âmbito, porque o EEER “utiliza informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.” (Regulamento nº392/2019, p.13567).

Cada sessão do programa apresentava a duração de duas horas. No início da sessão eram avaliados os sinais vitais, o peso corporal e a presença de dispneia, através da avaliação da Escala de Borg Modificada. Assim, poderiam ser identificados sinais de descompensação, nomeadamente alterações fisiológicas como hipertensão arterial, taquicardia, edema corporal ou aumento da dispneia (sinais/sintomas limitativos ou impeditivos para a realização da sessão). Tal como é referido no Regulamento de Competências do EEER nº 392/2019, no decorrer dos programas de reabilitação cardíaca, respiratória e motora são identificadas situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade, com a necessidade de adaptar o programa a estas situações.

A sessão iniciava-se com a pessoa em posição de relaxamento para redução de tensão psíquica e muscular. Os exercícios de RFR realizavam-se, no início, na posição deitado, evoluindo para posição de sentado e no fim, em ortostatismo, preparando o corpo para o exercício.

No início, realiza-se uma série de dez repetições em cada exercício e, conforme a evolução da pessoa, existe um aumento de séries ou repetições. Durante os momentos de transição reconheço, enfatizando Afaf Meleis, que as terapêuticas implementadas devem gerar padrões de resposta adequados ao momento da transição para a experienciar com sucesso (Ribeiro, 2021).

O EEER educa, implementa e treina técnicas (incluindo a atividade e o exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório (Regulamento nº392/2019). Por isso, foram adquiridas competências de educação e treino de técnicas a nível da reeducação ao

esforço dinamizada através de exercícios de mobilização torácica e osteoarticular, nomeadamente, consciencialização e controlo dos tempos respiratórios e, seguidamente, respiração diafragmática, reeducação abdominodiafragmática com resistência manual ou com peso, reeducação das hemicúpulas com resistência manual, abertura costal global e seletiva com bastão e flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna e externa da articulação coxofemoral, com ou sem resistência, respetivamente. Foram realizados exercícios de correção postural, com recurso ao espelho quadriculado e treino de subir e descer escadas. No fim da sessão, a pessoa realizava a posição de descanso na posição de cocheiro sentado ou em pé durante 2 minutos.

Os registos foram realizados no final de cada sessão, sendo mobilizados os focos: Ventilação, Dispneia (Escala de Borg Modificada), Treino de Exercício, Treino de Equilíbrio Corporal, Peso Corporal, Edema, Reeducação Funcional Respiratória e Educação para a Saúde, entre outras necessidades apresentadas pela pessoa alvo de cuidados. Esta avaliação permitiu-me refletir acerca da evolução da pessoa no processo de reabilitação.

De salientar que são realizadas sessões de educação para a saúde pelos diferentes profissionais que integram a equipa multidisciplinar dirigidos à pessoa e família. Os EEER estão capacitados para a promoção de aprendizagem, reforçando comportamentos de adaptação, dotando a pessoa de competências para gerir a transição vivida (Ribeiro, 2021).

Assim, enquanto estudante de mestrado em ER, dinamizei uma sessão de educação para a saúde intitulada: “Estilo de Vida Saudável: Perspetivar um Futuro com Qualidade de Vida” e um Livro de Receitas (APÊNDICE I). A sessão esclareceu os fatores de risco e sinais de alerta a considerar na pessoa com alteração em saúde do foro cardíaco, a importância do exercício na saúde cardiovascular, o impacto da alimentação saudável com exemplos práticos e, por fim, um momento final de reflexão e compromisso com o autocuidado. Também via email foi enviado um livro personalizado da minha autoria com opções de receitas saudáveis, de modo a despertar o interesse das mesmas neste sentido. O impacto da avaliação da SES foi muito positivo.

Para além disso, como preconizado, foi elaborado um processo de enfermagem dirigido a uma pessoa do género masculino (APÊNDICE II). O mesmo apresentava uma alteração em saúde complexa, Síndrome de QT Longo com paragem cardiorrespiratória subsequente e repercussões funcionais significativas ao nível da mobilidade, equilíbrio e tolerância ao esforço.

As exigências do autocuidado e a redução da capacidade de resposta da pessoa perante desequilíbrio conduzem a alterações no seu desempenho global, produzindo repercussões ao nível da satisfação e bem-estar (Orem, 2001). A partir de uma avaliação, baseada nos Padrões Funcionais de Saúde de Marjory Gordon, foram formulados diagnósticos de enfermagem centrados no compromisso cardíaco, na intolerância à atividade e no risco de queda.

Implementou-se um programa de exercício direcionado a esta pessoa que incluíam técnicas de conservação de energia, atividades de reeducação funcional respiratória e fortalecimento muscular adaptadas às limitações apresentadas; educação para a saúde na gestão dos fatores de risco cardiovascular, destacando a importância da adesão ao regime terapêutico e estratégias de conservação de energia. Importa salientar que promovi a participação ativa e capacitação da pessoa no seu processo de recuperação com o reforço positivo, valorizando-a no processo de reabilitação.

Os resultados obtidos revelaram ganhos em saúde, através da reavaliação dos instrumentos de avaliação. Observou-se uma maior tolerância à atividade, redução da fadiga a esforços moderados, através da reavaliação da Escala de Borg Modificada e aumento do conhecimento de estratégias para realizar os exercícios, através de questões que validavam a sua mestria neste domínio. A nível comportamental, saliento uma compreensão visivelmente maior da prática de exercício, bem como maior motivação e confiança para gerir autonomamente a sua transição de saúde/alteração em saúde. Resultados expressivos, apesar do tempo reduzido de intervenção.

A realização deste processo de enfermagem permitiu evidenciar a função diferenciadora do EEER na capacitação da pessoa e tornou-se um contributo essencial para o desenvolvimento de competências na área da ER através da interação com a pessoa em atividades que potenciavam a maximização da sua funcionalidade e do seu desenvolvimento pessoal (Regulamento nº392/2019).

Em seguida, surge o contexto de estágio Unidade de Reabilitação Respiratória. Ao longo de 2 semanas, integrei o serviço de internamento, onde são comuns alterações em saúde como: Infecções Respiratórias, Patologias Crónicas Obstrutivas, como DPOC e Asma, Patologia do Interstício e Neoplasia do Pulmão.

Na procura pela excelência no exercício profissional, o EEER desenvolve processos de reeducação funcional, potenciando qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade (Regulamento nº 350/2015). O EEER intervém com enfoque nas necessidades da pessoa, após a sua avaliação. Assim, dinamizei intervenções no âmbito da RFR e na Reeducação Funcional Motora, reduzindo a dispneia, otimizando a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida.

A ventilação eficaz está dependente dos músculos respiratórios e das propriedades elásticas do pulmão, logo a melhoria do processo ventilatório depende do recurso a técnicas de RFR (Ribeiro, 2021). Assim, em cada pessoa alvo de cuidados foram realizados os seguintes exercícios: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática (posterior e anterior, com e sem resistência; seletiva; global) e reeducação costal (global com bastão, peso ou bola suíça; seletiva esquerda e direita com abdução dos membros superiores; ântero-lateral esquerda e direita com resistência). Foram coadjuvadas manobras acessórias durante os exercícios anteriores como percussões e vibrações, no caso de presença de secreções e por fim, tosse assistida

e dirigida. Estas intervenções revelaram-se essenciais no processo respiratório comprometido, com resultados a nível da dispneia e melhoria da função ventilatória.

De acordo com a OE (2018), as sessões de treino de exercício, incluídas no programa de RR, devem obedecer a um formato específico, segundo os princípios gerais do treino e com regras específicas. O treino de exercício preconizado na unidade seguia a metodologia FITT-VP. Este é considerado o mais adequado para a pessoas com alteração em saúde do foro respiratório: Frequência, tendo em conta o número de sessões de exercício; Intensidade, de acordo com o consumo energético; Tempo, nomeadamente a duração de uma sessão; Tipo de Treino, mais precisamente de força e/ou resistência; Volume e Progressão, devem ser de acordo com a tolerância da pessoa (OE, 2018). Na prescrição do treino de exercício, recomenda-se uma frequência de 2 a 3 vezes por semana, duas a quatro séries para cada grupo muscular, com 8 a 12 repetições e intervalos de 2 a 3 minutos entre séries (António et al., 2010).

Na Reeducação Funcional Motora foram realizadas mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas, ativas resistidas, promovendo mobilidade à pessoa. À posteriori, era realizado o treino de exercício (resistência e força). No treino de resistência, com recurso à pedaleira/treino de marca, foi avaliada a frequência cardíaca máxima e a saturação periférica de oxigénio mínima atingida, de modo a perceber a evolução da pessoa e a identificar limitações ao exercício. O treino de força incluía os membros superiores e inferiores com exercícios em cadeia cinética aberta e fechada, com recurso a halteres, pesos e faixas elásticas.

Ainda na unidade de internamento foi desenvolvido um processo de enfermagem (APÊNDICE III). Este foi delineado para uma pessoa que apresentava pneumonia adquirida na comunidade e que evoluiu para Síndrome da Dificuldade Respiratória no Adulto, transição marcada por grave compromisso ventilatório e repercussões significativas no desempenho do autocuidado. A avaliação inicial evidenciou intolerância à atividade, dispneia, ansiedade associada ao padrão respiratório e dependência parcial associada ao autocuidado.

A intervenção do EEER no autocuidado assume ser facilitadora de processos adaptativos, apoiando a pessoa na sua nova condição de vida, tal como preconiza a Teoria das Transições (Ribeiro, 2021). Assim, o EEER desenvolve processos de adaptação eficazes às alterações de saúde, através da conceção de planos de cuidados que contribuem para maximizar as capacidades funcionais da pessoa (Regulamento nº 350/2015). As alterações evidenciadas suportaram a formulação de diagnósticos de ER que nortearam a definição de terapêuticas centradas na melhoria da função respiratória, na capacitação para a autogestão da dispneia e na recuperação da capacidade funcional.

A intervenção, enquanto estudante de mestrado em ER, foi fundamentada num conjunto de estratégias adaptativas individualizadas e progressivas. Priorizaram-se exercícios respiratórios

dirigidos ao fortalecimento da musculatura respiratória e ao controlo da dinâmica ventilatória, associados à mobilização precoce e ao treino motor, adaptado às limitações da pessoa. Considerou-se positivo reforçar a educação terapêutica, promovendo a adesão ao regime terapêutico e a adoção de técnicas de conservação de energia. Reconheço que este processo decorreu numa estratégia de parceria, permitindo a participação ativa da mesma e o seu envolvimento no processo de cuidados.

Existiram ganhos em saúde evidentes na melhoria da capacidade ventilatória, na redução da dispneia, no aumento da tolerância ao esforço e na aquisição de competências para gerir os sintomas respiratórios. Observou-se ainda uma diminuição da ansiedade associada ao padrão ventilatório e um aumento da motivação no processo de cuidados.

Já em outro piso, em regime de ginásio adaptado, a metodologia utilizada era a FITT-VP, norteando a intervenção e os critérios de segurança estipulados. As orientações deste modelo permitiram desenvolver planos de exercício físico estruturados e individualizados, adequados às necessidades das pessoas, ao longo do ciclo de vida (Novo et al., 2025).

Os exercícios realizados no ginásio foram de encontro aos exercícios realizados no serviço de internamento. Existia uma tabela de avaliação e reavaliação do desempenho da pessoa a cada sessão, como termo de reavaliação da pessoa e, em função da avaliação da pessoa, a monitorização dos resultados obtidos. De referir que no início e no fim do programa é também realizada pelo EEER uma prova de marcha de 6 minutos para identificar o grau de evolução da pessoa. Isto, porque, deve ser dada visibilidade à intervenção do EEER, através de indicadores sensíveis aos cuidados de ER, avaliando os ganhos em saúde (Regulamento nº 392/2019).

No ginásio são realizados treino de exercício aeróbico, treino de força e fortalecimento muscular com recurso a passadeira, bicicleta ergométrica e halteres.

Inicialmente, a minha prática centrava-se no domínio das técnicas de RFR, progressivamente adquiri maior capacidade de análise, reconhecendo a importância da capacitação e da promoção de conforto na pessoa com alteração em saúde do foro respiratório.

No âmbito do processo ortotraumatológico, foi integrado o serviço de internamento de Ortopedia da região centro.

O Regulamento nº 392/2019 evidencia a competência que refere a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Assim, nas primeiras 24h, é realizada recolha de dados, identificando-se antecedentes pessoais que influenciam a capacidade funcional da pessoa e o grau de dependência prévia que possa já comprometer o autocuidado; a causa do internamento, nomeadamente da fratura (queda/acidente) e/ou alterações crónicas e degenerativas do sistema musculoesquelético; o tipo de intervenção cirúrgica (no caso de já ter sido operada); enquadramento social e familiar e

condições habitacionais (apoio social/familiar no regresso a casa, cuidador principal, barreiras arquitetónicas no acesso e interior da habitação).

De acordo com a Teoria do Autocuidado e, em consonância, com a constante inquietação da ER, o EEER procura progredir eficazmente para um sistema em que se encontre garantida a capacitação efetiva da pessoa na concretização do autocuidado (Ribeiro, 2021). Logo, a avaliação da pessoa é essencial para o planeamento, execução e reavaliação dos cuidados de ER, permitindo a personalização destes e a adequação ao grau de funcionalidade e objetivos pessoais.

Posteriormente, eram realizados os registos de enfermagem na plataforma informática, SClínico, relativamente às primeiras 24 horas de internamento. Era também avaliado o compromisso dos seguintes focos: Autocuidado (potencial para melhorar o conhecimento e o potencial para a reconstrução da autonomia) e Movimento Muscular (potencial para melhorar a capacidade; capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; potencial para melhorar o conhecimento; conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular), bem como restantes necessidades identificadas na pessoa.

A intervenção desenvolvida no contexto no primeiro dia de pós-operatório da pessoa alvo de cuidados era baseada na realização de exercícios isométricos dos membros inferiores, exercícios isotónicos dos membros superiores e dos membros inferiores. Nas pessoas submetidas a artroplastia da anca e do joelho foi respeitada a amplitude articular possível à pessoa. Esta era incentivada à realização de exercícios musculares e eram reavaliados os focos, informaticamente.

Também se aplica neste primeiro dia de pós-operatório, no decorrer da sessão de ER, a importância na prevenção da dor e promoção do conforto ao longo das mobilizações, visto a cirurgia ser recente, perspetivando Kolcaba. Ainda a referir, que a intervenção precoce me consciencializou para a sua importância nesta fase, pois são prevenidas complicações, como dor, diminuição da força muscular, da amplitude articular, imobilidade prolongada, luxações ou trombose venosa profunda e é diminuído o tempo de internamento (Ribeiro, 2021). Relativamente à preparação da alta, avaliadas as necessidades de reabilitação da pessoa, esta era referenciada para a RNCCI, na tipologia de ECCI ou UMDR nesse dia.

A preparação do regresso a casa foi sempre priorizada. Foram mobilizadas competências no apoio ao cuidador, preparando-o para os cuidados no domicílio, como treino de posicionamentos, auxílio nas transferências, utilização de dispositivos de apoio e organização do espaço habitacional. No segundo dia de pós-operatório, para além de seguir o protocolo, eram validados os processos clínicos de cada pessoa alvo de cuidados e mantinham-se repetidos os exercícios do dia anterior e, posteriormente, era realizado o primeiro levante para cadeirão e treino de marcha, se a mesma reunisse condições. Neste dia procedia-se à avaliação dos focos Equilíbrio Corporal, Transferir-se (capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se e capacidade do prestador de

cuidados para transferir/assistir no transferir-se) e Andar com Auxiliar de Marcha (capacidade para andar com auxiliar de marcha e conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha). Nos dias posteriores, era avaliada a capacidade de progressão no treino de marcha.

No decorrer do estágio foi igualmente estruturado e desenvolvido um processo de cuidados de ER (APÊNDICE IV). Este processo de enfermagem de reabilitação foi delineado para a senhora

A.S. na sequência de uma artroplastia total da anca não cimentada por via póstero-lateral. Este constituiu-se como uma resposta às necessidades emergentes de um período pós-operatório com limitações significativas da mobilidade, restrição da amplitude articular e risco acrescido de queda. No âmbito do processo de tomada de decisão, o EEER demonstra um envolvimento crescente na integração do processo de enfermagem focado na capacitação, na autonomia e na qualidade de vida que conduzem a implicações na funcionalidade e no autocuidado (Ribeiro, 2021).

De acordo com o supracitado, a avaliação inicial, segundo aplicação da escala de Barthel, evidenciou dependência total no autocuidado. Também a ansiedade se encontrava presente perante o processo de recuperação.

O EEER “J1.2.6 — Promove e dinamiza planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional” (Regulamento nº392/2019, p. 13567). Assim, as intervenções de enfermagem de reabilitação centraram-se em exercícios graduais de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores com recurso a halteres, treino de equilíbrio e realização de técnicas de mobilização, transferência e treino de marcha com recurso a andarilho, respeitando as precauções específicas da cirurgia.

Ribeiro (2021) refere que a teoria de Orem visa a participação ativa dos cuidadores e familiares que são elementos cruciais na continuidade de cuidados, aspeto também inerente à conceção da ER. Para tal, no que se referiu à educação para a saúde, capacitou-se a pessoa e o cuidador para a adoção de estratégias de prevenção de luxação, gestão da dor, utilização adequada do auxiliar de marcha e cuidados essenciais à continuidade da recuperação no domicílio. O treino foi substancialmente ajustado às necessidades da pessoa. Foi incitada a motivação através do elogio durante as sessões de reabilitação, atenuando a ansiedade e promovendo a autoestima.

Foi ainda providenciado um livro informativo da minha autoria que abordava: o conceito da cirurgia, os cuidados pós-operatórios a nível hospitalar, a ferida cirúrgica e os fatores que afetam a sua cicatrização, as possíveis complicações pós-operatórias e por fim, estratégias promotoras de autonomia no autocuidado e na realização das AVD's (APÊNDICE IV).

Assim, a reavaliação final revelou progressos e ganhos em saúde expressos no aumento da força e movimento muscular, na melhoria da execução da marcha com recurso a andarilho, na aquisição

de competências para prevenir complicações e na consciencialização e gestão da situação de mudança vivida pela pessoa e cuidador, demonstrando indicadores de transição saudáveis.

É de salientar que o EEER promove estratégias de prevenção de complicações, percecionando a cultura de segurança, sendo utilizadas abordagens na definição de estratégias para implementação de planos de intervenção com base na redução das mesmas (Regulamento nº392/2019). Desta forma, na última semana de estágio foi possível realizar uma sessão de formação para os enfermeiros do serviço, em Prezi, intitulada: “Terapêutica de Posicionamento e Mobilização Segura” (APÊNDICE V). Foram abordados os cuidados de enfermagem no âmbito do posicionamento e mobilização segura na pessoa com alterações em saúde do foro ortotraumatológico. Foram evidenciados os cuidados a adotar nos posicionamentos e mobilizações, em concordância, com a alteração que apresenta e a sua localização. Também foi explicitada a intervenção educacional no período pós-operatório na pessoa submetida a artroplastia total e parcial da anca e na artroplastia total do joelho.

Em continuidade, surge o contexto de estágio na comunidade, realizado numa equipa de ECCI. Como estudante do mestrado em ER, durante o estágio desenvolvido neste contexto, a intervenção teve sempre em consideração, a presença da pessoa e família/cuidador. Foram avaliadas as alterações da funcionalidade e definidas expectativas e metas a alcançar, estratégias a implementar, bem como os resultados esperados, promovendo o bem-estar e qualidade de vida à pessoa (Regulamento nº 350/2015).

Neste contexto, senti uma crescente autonomia na minha intervenção e fui desenvolvendo segurança nesse sentido, pois tornou-se facilitadora a intervenção prévia no contexto de UCC do estágio I e, uma vez adquiridas anteriormente competências especializadas em ER neste âmbito, senti apenas necessidade de as fomentar e trabalhar a criatividade inserida neste âmbito de consulta domiciliária.

Este contexto de estágio incluiu a realização de consultas domiciliárias, intervindo no espaço íntimo da Pessoa, sentindo-se a necessidade de gerir as circunstâncias ambientais que potenciavam a ocorrência de eventos adversos, como quedas, associados à alteração da funcionalidade (Regulamento nº 392/2019). De salientar ainda que, apesar da intervenção do EEER promover uma evolução positiva no domínio da função, também o contributo da pessoa e família/cuidador é fundamental para a integração de forma fluída no processo de transição (Ribeiro, 2021).

Foi essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica, de forma a integrar e maximizar o potencial de reabilitação da pessoa, adaptando-se ao próprio meio onde a mesma se insere. Percecionando o ambiente de cuidados, existiu também a necessidade de adaptar o programa de reabilitação e os exercícios aos recursos disponíveis no domicílio. Enquanto estudante, foi um

desafio constante identificar e gerir os recursos à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos em determinadas condições habitacionais (Regulamento nº 392/2019).

Na procura de excelência no exercício profissional, o EEER procura o maior nível de satisfação da pessoa (Regulamento nº 350/2015, 2015). Como tal, neste contexto de estágio, foi desenvolvido um projeto com a finalidade de capacitar as pessoas portadoras de Asma/DPOC para a adoção de comportamentos saudáveis, adesão ao regime terapêutico, redução da limitação funcional associada à atividade física ou AVD e monitorização do agravamento de sintomas.

Neste sentido, o EEER “J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento nº 392/2019). Assim, intervém-se na capacitação da pessoa para a autogestão da alteração em saúde, contribuindo para a redução do número de recorrências ao serviço de urgência por agravamento da sintomatologia e, assim, na melhoria da qualidade de vida.

A implementação deste projeto ocupa lugar após identificação das pessoas a partir da plataforma de registos. É realizado um momento diagnóstico. Neste momento, são utilizados instrumentos de avaliação como: escala da dispneia mMRC, prova de marcha 6 minutos, teste sentar e levantar de 1 minuto e apresentação prévia de Espirometria.

Preconizam-se seis sessões de educação para a saúde com a duração de 60 minutos. São realizadas sessões de treino de 60 minutos com aquecimento, exercícios aeróbicos, exercícios de força, resistência e correção postural e, por fim, exercícios de relaxamento.

De acordo com o Regulamento de Competências nº 392/2019, o EEER “J2.2.7 – Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.” Posto isto, dinamizei uma SES do presente projeto, integrando a componente formativa no âmbito dos “Estilos de vida saudável: Exercício Físico, Sono e Vida Sexual” (APÊNDICE VI) e componente prática: “INSPIRA & RESPIRA: Sessão de Exercício” (APÊNDICE VII) com a duração de 40 e 20 minutos, respetivamente. Integrado na SES, foi entregue a cada pessoa um pequeno livro denominado “Movimento, Descanso e Intimidade com Qualidade” (APÊNDICE VIII), fomentando as conceções principais da sessão realizada. A referir que foi muito enriquecedor, uma vez que se tratava de um grupo de pessoas extremamente dinâmico.

O percurso formativo em contexto de estágio terminou no serviço de internamento de Cirurgia Geral do IPO. Este local de estágio recebe pessoas que são intervencionadas cirurgicamente e que necessitam da intervenção do EEER tanto no contexto de recuperação funcional, como na perspetiva de manutenção da funcionalidade residual.

É neste contexto, que reside a minha paixão fortalecida pela ligação dos cuidados paliativos com a ER, numa perspetiva diferenciada. É de referir que a minha intervenção, em concordância com a Teoria do Conforto de Kolcaba, não se baseou apenas no restaurar da função, mas também no

proporcionar de conforto de cariz multidimensional, fomentando a motivação da pessoa na capacitação para se redescobrir para além da transição do processo de saúde/doença. A minha intervenção demonstrou como o conforto pode ser uma finalidade terapêutica e não apenas um aspeto secundário.

Neste sentido, a minha intervenção iniciava-se ainda na fase pré-operatória. Através da avaliação funcional da pessoa, por meio da escala de Barthel, avaliação da dispneia, pela escala mMRC, treino respiratório com espirómetro na inspiração e educação acerca de técnicas de tosse com contenção da ferida cirúrgica. Esta intervenção tornou-se crucial, na medida em que assumia a finalidade de reduzir complicações pulmonares e otimizar a recuperação pós-cirúrgica, em consonância com a Teoria de Afaf Meleis que objetiva a facilitação durante o processo de transição vivido e Kolcaba que reflete a promoção do conforto.

No pós-operatório imediato, foi promovida a mobilização precoce, treino dos exercícios respiratórios e treino funcional gradual, garantindo a gestão da dor no decorrer da sua intervenção. O Regulamento de Competências do EEER (2019) descreve que devem ser implementadas estratégias para otimizar e reeducar as funções a todos os níveis. Assim, nos dias seguintes, a intervenção centrou-se no treino de ortostatismo e equilíbrio corporal, marcha assistida progressiva e treino de fortalecimento muscular, garantindo o máximo ganho funcional até à alta hospitalar. A preparação da alta efetuava-se no início do internamento, percecionando o destino após a mesma e, era perscrutado novamente, no pós-operatório, dada a condição da pessoa e as suas necessidades.

O EEER deve ensinar, demonstrar e treinar técnicas com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados de reabilitação (Regulamento nº 392/2019). Por isso, paralelamente, foi prestada educação para a saúde desde o treino diário para o autocuidado e AVD, gestão do regime terapêutico e prevenção de complicações junto da pessoa.

Na última semana do estágio foram realizadas duas apresentações expositivas em Power Point, direcionadas à equipa de enfermagem de nome “Derrame Pleural: A atuação do Enfermeiro na pessoa com Derrame Pleural & Drenagem Torácica” (APÊNDICE IX) e “Da Quietude no Leito ao Incitar do Movimento: A Intervenção do Enfermeiro na prevenção de complicações inerentes à imobilidade no período pós-operatório” (APÊNDICE X).

Foram igualmente realizados dois pósteres acerca das temáticas acima referidas com base em evidência científica atual para esclarecimento em caso de dúvida por parte de todos elementos de enfermagem. A prática de cuidados de ER integra orientações para a práticas de cuidados, baseados na evidência científica. Assim, foram disponibilizados estes instrumentos que contribuíram para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (Regulamento nº 350/2015).

A promoção/manutenção da funcionalidade e qualidade de vida assume particular relevância na pessoa em situação de cuidados paliativos. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2025) define Cuidados Paliativos como uma área prioritária de saúde pública. No entanto, apenas cerca de 14% das pessoas que necessitam de cuidados paliativos os recebem atualmente (OMS, 2020).

O estágio realizado neste contexto evidenciou o contributo do EEER na promoção do exercício terapêutico, em situação paliativa, perspetivando a manutenção da funcionalidade residual e o controlo de sintomas como a fadiga, dor e a dispneia.

De acordo com a evidência científica encontrada na RSL, o exercício deve ser ajustado às necessidades da pessoa, permitindo a sua segurança e eficácia. Assim, a experiência formativa no IPO reforçou a compreensão de que a intervenção do EEER integra a capacitação da pessoa, promoção de conforto e da autonomia e envolvimento da pessoa no processo de cuidados, em concordância com Kolcaba, Orem e Meleis.

A ER intervém em todos os contextos de cuidados de saúde, com a finalidade de capacitar a pessoa com compromisso na funcionalidade para plena participação social e cidadania (Ribeiro, 2021). O EEER marca pela diferença, sendo um elemento de referência que presta cuidados especializados à pessoa e família, perante momentos de vulnerabilidade.

A metamorfose traduziu-se na transição de uma prática centrada na execução para uma prática especializada, intencional e fundamentada na evidência científica.

Pretendo ter um papel ativo e dinamizador nesta área de especialidade, através da capacitação para o autocuidado e gestão da funcionalidade após a alta, articulando com recursos da comunidade, promovendo a continuidade do processo de reabilitação e identificando as necessidades da pessoa e suporte comunitário disponível.

Concluo convicta de que este trajeto e o respetivo processo de metamorfose não se encerram com o término do estágio. Enfrentar desafios diários e responder a situações de maior complexidade nos diversos contextos fortaleceu a minha confiança profissional e consolidou o meu sentido de vocação para a ER.

5 - FLORESCE ONDE A ESPERANÇA FOI REGADA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A presente RSL pretende refletir sobre a intervenção do EEER na pessoa em contexto paliativo, considerando as experiências adquiridas ao longo do Estágio de Natureza Profissional II, realizado em diferentes contextos, bem como a minha prática profissional no serviço onde desempenho funções que integra as áreas de Pneumologia, Infeciologia e Neurologia.

A minha inquietação acerca da problemática em estudo decorre da minha prática clínica, robustecida no desenvolvimento do Estágio De Natureza Profissional I, no contexto da UCC, onde foi possível vivenciar a intervenção do EEER no contexto paliativo e ganhou contornos no Estágio de Natureza Profissional II, em diversos contextos, como Unidade de Reabilitação Respiratória, UCC e por fim, no Instituto Português de Oncologia.

De modo a integrar a evidência científica mais atual acerca da intervenção do EEER, no âmbito do exercício, na pessoa em situação de Cuidados Paliativos, procedeu-se a uma RSL (APÊNDICE XI). Seguidamente, serão descritos os principais procedimentos metodológicos, dado que a sua completude se encontra em Apêndice.

5.1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A questão de investigação consiste: “Qual a efetividade da terapêutica do exercício na pessoa em contexto paliativo?”.

Esta questão foi construída e formulada, seguindo a metodologia PICOD, com o intuito de incluir: População, Intervenção, Comparador, *Outcome* e Design do Estudo, conforme se encontra apresentado em seguida:

No que se refere à população, foram considerados elegíveis para inclusão os participantes adultos (com 18 anos ou mais), do sexo masculino ou feminino, com alteração em saúde crónica avançada e progressiva (contexto paliativo). Estes deveriam apresentar uma alteração em saúde crónica e potencialmente progressiva ou que atendiam aos critérios de classificação (contexto paliativo) para maximizar a precisão da mesma.

A nível da intervenção foram incluídas intervenções não farmacológicas relacionadas com o exercício. Além disso, as intervenções necessitavam de ser promovidas por um profissional de saúde ou da área do exercício, para que a intervenção pudesse ser transposta para o mundo da Enfermagem de Reabilitação. Esta estratégia permitia justificar os ganhos em saúde alcançados através da mesma, comprovando a sua eficácia.

Quanto ao comparador, esta revisão incluiu estudos comparativos e não comparativos. Quanto aos estudos comparativos entendiam-se como comparador: a população receber placebo ou apenas cuidados habituais.

Em relação aos *outcomes*, os conceitos centrais foram: melhoria da qualidade de vida; redução da taxa de exacerbação da sintomatologia; redução do sofrimento e promoção do conforto.

No que diz respeito ao design de estudo, para a revisão em questão foram alvo de inclusão os estudos clínicos randomizados e controlados, estudos experimentais e quase-experimentais e estudos de coorte.

A referir que foram selecionados apenas textos completos e de acesso gratuito com informação acerca da intervenção da ER no âmbito do exercício. As pesquisas nas bases de dados apresentaram um limite temporal de 5 anos, para que se tratasse da evidência mais recente e atualizada. Como critérios de exclusão foram descartados os estudos que não apresentavam explícita a sua intervenção.

5.2 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A revisão sistemática da literatura foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo Manual *JB* (*Institute for Evidence-Based Healthcare*).

Através da questão de investigação emergiram termos validados como descritores de pesquisa e respetiva *SCOPE NOTE* na plataforma *MeSH Browser*. Assim, foram obtidos os seguintes descritores *MeSH*: *Palliative Care* (“*Care alleviating symptoms without curing the underlying disease*”); *Exercise* (“*Physical activity which is usually regular and done with the intention of improving or maintaining physical fitness or health*”); *Nursing* (“*The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health*”); *Rehabilitation* (“*Restoration of human functions to the maximum degree possible in a person or persons suffering from disease or injury*”).

Foram selecionadas as bases de dados: *CINAHL*, *MEDLINE* e *MEDICLATINA* a partir da plataforma *EBSCOhost*, *SCOPUS* e *PUBMED* e realizada a pesquisa nas mesmas. As bases de dados foram selecionadas devido à sua relevância na área de enfermagem.

Em seguida, utilizaram-se os descritores *MeSH* supramencionados, com recurso ao operador booleano “*AND*”, resultando na seguinte expressão de pesquisa “*Palliative care AND Exercise AND Nursing AND Rehabilitation*” ao nível do Assunto.

A data inicial da pesquisa foi 30 de setembro de 2025. Como limitadores universais de pesquisa definiram-se: *free full text*; período temporal de 5 anos, resultando em artigos publicados nesse limite temporal (2020-2025) para inclusão da evidência mais atual possível; e, por fim, foram considerados para inclusão estudos publicados em português, inglês e espanhol, devido à proficiência linguística dos revisores.

Todas as citações identificadas foram importadas para uma biblioteca *Medley* e as que se encontravam duplicadas foram eliminadas. Dois revisores independentes analisaram o título e, posteriormente, o resumo de cada estudo para avaliar os critérios de elegibilidade. Foi incluído um terceiro revisor para análise da qualidade dos estudos. Em seguida, os três revisores analisaram os artigos completos para compreender a relação com os critérios de inclusão, de modo a despistar a presença de informações insuficientes. Para o efeito de possíveis divergências, estava preconizada a discussão para atingir o consenso, todavia não existiu discrepância na análise realizada.

5.3 - SELEÇÃO DOS ESTUDOS

O processo de seleção dos estudos é apresentado por meio de fluxograma PRISMA (Figura 1).

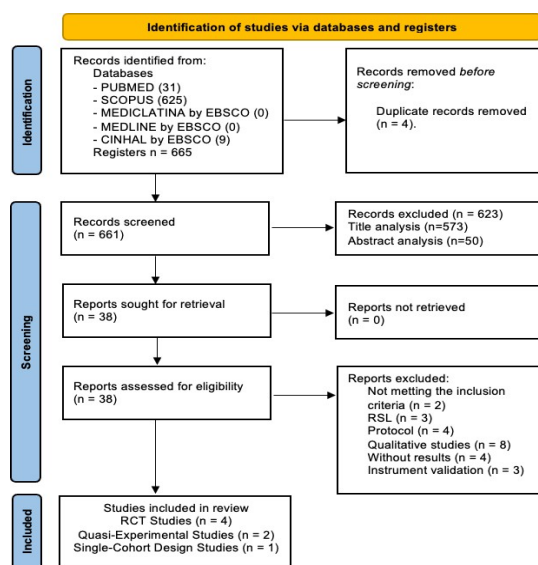


Figura 1
Fluxograma baseado no PRISMA

De um total de 665 artigos, 38 foram selecionados para revisão na sua íntegra do texto. Constituíram o corpus de análise, um total de sete artigos. Posteriormente, após seleção final dos artigos incluídos para o estudo foi realizada uma avaliação cega com dois revisores independentes, sem discussão a apresentar, sendo que esta técnica serviu para minimizar o risco de erros.

5.4 - EXTRAÇÃO DE DADOS

Depois de aplicados os critérios de exclusão e a lista final dos estudos identificados, os requisitos de extração de dados foram adaptados à questão de investigação.

Assim, a extração de dados foi realizada manualmente pelos revisores de forma independente, utilizando uma tabela de extração de dados para revisões sistemáticas (APÊNDICE XIII), não existindo divergências ao longo da etapa.

Em seguida, é apresentada uma tabela resumida que demonstra a extração de dados dos estudos incluídos na presente RSL.

O presente processo englobou uma avaliação descritiva de cada estudo, os detalhes do estudo e os dados para a análise. Para uma análise mais precisa dos dados extraídos são apresentados os detalhes sobre a população em estudo, os objetivos gerais e específicos do mesmo, a metodologia e intervenção realizada, o contexto em que ocorre, e por fim, os resultados apresentados. Foram também incluídos os dados dos autores e o país de origem do estudo, uma vez que as realidades são díspares nos vários contextos e países, podendo haver resultados que possam ou não ser equiparados ao da realidade portuguesa.

Tabela 1 -Tabela Resumo dos artigos incluídos na RSL

Estudo /País	Participantes	Objetivos	Intervenção	Resultados
E1. <i>Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study..</i> Egito. Estudo Quasi-Experimental.	❖ Pessoa s com cancro em fase terminal e cuidadores;	➤ Avaliar o impacto de um programa de reabilitação em cuidados paliativos na qualidade de vida das pessoas com cancro e reduzir a necessidade de cuidados dos mesmos.	➤ Programa de reabilitação durante 16 semanas que incluiu exercícios, psicoeducação, aconselhamento individual e componentes que abordam questões espirituais e existenciais.	❖ Integração precoce dos cuidados paliativos; ❖ Melhoria da capacidade funcional; ❖ Educação para a saúde aos cuidadores; ❖ Bem-estar emocional melhorado;
E2. <i>Practice and Outcome of Exercise Intervention on Breast Cancer-Specific Quality of Life of Breast Cancer Survivors.</i> Nigéria. Estudo Experimental.	❖ Mulhere s sobreviventes de cancro da mama.	➤ Avaliar o efeito de uma intervenção de exercício físico sobre a qualidade de vida específica da pessoa com cancro da mama.	➤ Programa de reabilitação durante 12 semanas, sendo que os exercícios incluíram exercícios aeróbicos, de resistência e flexibilidade	❖ Aumento da Qualidade de vida; ❖ Melhoria na capacidade funcional; ❖ Sintomatologia Melhorada; ❖ Imagem Corporal Melhorada; ❖ Função e Prazer Sexual Melhorada.
E3. <i>Comparative Impact of Aerobic vs Resistance Training on Fatigue, Mobility, and Disability in Cancer Patients.</i> Israel. Estudo Clínico Randomizado e Controlado.	❖ Pessoas com cancro em estadio III.	➤ Esclarecer o impacto do exercício físico nas atividades funcionais e nos níveis de fadiga na pessoa com cancro.	➤ Programa de exercício de 4 semanas: grupo A que realizou exercícios resistidos e aeróbicos. Por outro lado, o grupo B foi instruído a continuar as atividades diárias sem participar em qualquer programa terapêutico de exercício.	❖ Aumento da Qualidade de vida; ❖ Fadiga Melhorada; ❖ Bem-estar Mental Atingido; ❖ Capacidade Funcional Melhorada; ❖ Mobilidade Melhorada.
E4. <i>Anxiety, dyspnea management, and quality of life in palliative care patients: a randomized controlled trial.</i> Turquia. Estudo Clínico Randomizado e Controlado.	❖ Pessoas em situação de contexto paliativo.	➤ Compreender a influência da intervenção de enfermagem na ansiedade, controlo da dispneia e qualidade de vida.	➤ Programa de 8 semanas que incluiu: técnicas de comunicação, de relaxamento, estimulação visual, música, pintura, realização de exercício físico e exercícios respiratórios.	❖ Aumento da Qualidade de vida; ❖ Dispneia Melhorada; ❖ Ansiedade Reduzida.
E5. <i>Effects of moderate intensity continuous training combined with emotional freedom techniques on fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a four-arm parallel randomized controlled trial.</i> China. Estudo Clínico Randomizado e Controlado.	❖ Pessoas com DPOC hospitalizados.	➤ Explorar terapêuticas não farmacológicas propícias ao alívio da fadiga na pessoa com DPOC.	➤ Programa de 8 semanas que incluiu quatro grupos de intervenção (cuidados habituais; componente física; componente cognitiva; intervenção combinada).	❖ Aumento da Qualidade de vida; ❖ Fadiga Melhorada; ❖ Ansiedade Reduzida; ❖ Qualidade do Sono Melhorada; ❖ Capacidade Funcional Melhorada.
E6. <i>Nurse-supervised exercise for people with stage IV cancer: the EFICANCER randomized clinical trial.</i> Espanha. Estudo Clínico Randomizado e Controlado.	❖ Pessoas com cancro gastrointestinal, da mama e pulmão de células não pequenas em estadio IV.	➤ Avaliar a eficácia do programa de exercícios por enfermeiras nos participantes na qualidade de vida e capacidade funcional.	➤ Programa de 1 ano, com reavaliação aos 6 e 12 meses, três sessões por semana que inclui exercícios aeróbicos e treino de força.	❖ Aumento da Qualidade de vida; ❖ Fadiga Melhorada; ❖ Capacidade Funcional Melhorada; ❖ Força Muscular Melhorada.
E7. <i>Physical activity in older adults with metastatic gastrointestinal cancer: a pilot and feasibility study.</i> Estados Unidos. Estudo de Desenho de Corte Único.	❖ Pessoas com cancro gastrointestinal, em fase avançada, metastizado.	➤ Compreender a viabilidade de um programa de exercício durante a quimioterapia.	➤ Programa de exercício com 12 semanas que inclui atividade aeróbica, treino de flexibilidade, força e equilíbrio.	❖ Aumento da Qualidade de vida; ❖ Fadiga Melhorada; ❖ Prevenção do Declínio Funcional Atingido; ❖ Capacidade Funcional Melhorada;

5.5 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Para avaliação dos estudos e da sua qualidade metodológica recorreu-se à Lista de Verificação de Avaliação da Qualidade da JBI dos Estudos Clínicos Randomizados e Controlados, Estudos Quase-Experimentais e Estudos de *Design de Cohort*, disponível em <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>, (APÊNDICE XII).

A referir que a maioria dos estudos apresentou qualidade metodológica elevada, cumprindo cerca de 70% dos critérios JBI, evidenciando clareza na descrição da amostra, intervenção e *outcomes*. Dois dos estudos apresentaram limitações decorrentes da falta de ocultação da intervenção efetuada nos participantes e do reduzido tamanho da amostra, sendo classificados como estudos de qualidade moderada. Os estudos clínicos randomizados e controlados apresentaram limitações maioritariamente na participação cega da população, sendo difícil ocultar os resultados esperado dada a natureza da intervenção não farmacológica. Ainda assim, todos os estudos avaliados foram incluídos na presente revisão.

5.6 - SÍNTESE DE DADOS

Para a síntese dos dados privilegiou-se uma abordagem clara e organizada, permitindo perceber como diferentes aspetos devem ser mensurados num programa estruturado de exercício com impacto para a pessoa em situação de cuidados paliativos.

Assim, é de referir que a meta análise apenas é exequível quando existem estudos semelhantes e com dados compatíveis de análise. Os estudos incluídos na revisão são comparáveis quanto ao desenho, à intervenção e à população, contudo medem resultados diferentes, com instrumentos de avaliação distintos. Este facto não fornece dados estatísticos necessários à realização de meta análise, daí que apenas seja possível realizar uma síntese narrativa de acordo com os ganhos em saúde apresentados.

Os diferentes estudos aconteceram em diferentes locais, nomeadamente, no domicílio ou em contexto hospitalar, com supervisão de um enfermeiro, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, profissional do exercício e fisioterapeuta.

De um modo geral, em relação ao exercício, nos estudos são referidas as várias tipologias como a prática da componente aeróbica e a componente de força e treino de resistência (considerando a sua duração, frequência e progressão, bem como o tempo do programa instituído em cada estudo).

As escalas de avaliação mais utilizadas nos dados dos estudos incluídos são: o Questionário *Short-Form Health Survey* (SF-36) (n=3), direcionado à avaliação da qualidade de vida multidimensional; o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) (n=2), também no âmbito da qualidade de vida; *Hospital Anxiety*

and Depression Scale (HADS) (n=3), percecionando o estado emocional da pessoa; e, por fim, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Fatigue* (n=2), relacionada com a sintomatologia avaliada na pessoa em situação de cuidados paliativos, neste caso específico na fadiga. Ainda assim, existiu um elevado número de escalas distintas, indicando uma falta de padronização na avaliação do exercício.

A qualidade de vida surge como resultado primordial descrito nos estudos. Em seguida, a fadiga encontra-se como *outcome* presente em vários estudos com impacto positivo relacionado com a intervenção no âmbito do exercício. A ansiedade/depressão e os desfechos psicossociais (bem-estar emocional, humor, motivação, autonomia e interações sociais) definem-se como resultado principal no âmbito da efetividade do exercício na dimensão emocional no processo de recuperação/manutenção da pessoa. A capacidade funcional também é um *outcome* a considerar, uma vez que os estudos pretendia manter/aumentar a funcionalidade dos participantes. Como *outcome* secundário avaliado para reforço metodológico foi perceptível a qualidade do sono com melhoria significativa, após a intervenção.

É de enaltecer a intervenção combinada, entre o treino de exercício e a intervenção psicoeducacional com maior efetividade.

A intervenção precoce em cuidados paliativos, a monitorização, segurança, viabilidade e adesão, são aspetos que constituem implicações práticas e aspetos a considerar como futuras linhas de investigação em estudos semelhantes aos incluídos nesta revisão.

5.7 - RESULTADOS

“Após o inverno, a Flor” metaforicamente, como a nomeação indica surgem os resultados e a discussão dos resultados da presente Revisão Sistemática da Literatura.

Os estudos incluídos na RSL revelaram a eficácia da intervenção do EEER no âmbito do exercício na pessoa em contexto de cuidados paliativos. O desenho dos estudos predominante na revisão consiste em estudos clínicos randomizados e controlados (n=4; 57,143%); estudos quasi-experimentais (n=2; 28,571%); e, por fim, um estudo de *design de coorte* (n=1; 14,286%). Estes estudos integram resultados qualitativos e quantitativos, permitindo uma compreensão mais ampla do tema escrutinado.

Os diversos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura foram conduzidos em diversas regiões do mundo, nomeadamente: Egito, Nigéria, Israel, Turquia, China, Espanha e Estados Unidos.



Figura 1
Representação visual dos países

A análise e interpretação dos estudos selecionados possibilitou a classificação das publicações em quatro categorias temáticas: Integração precoce da reabilitação em Cuidados Paliativos; Efetividade do exercício na melhoria da capacidade funcional; Impacto do exercício na promoção da qualidade de vida; Intervenção do EEER na gestão e controlo de sintomatologia; Eficácia do exercício na promoção de bem-estar emocional.

No que se refere à integração precoce da reabilitação em Cuidados Paliativos, os resultados destacaram que o início precoce de intervenções estruturadas baseadas no exercício físico e treino funcional contribuiu para a preservação da autonomia, manutenção da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida da pessoa. Apesar da diversidade existente no desenho dos estudos, dos contextos de intervenção incorporados e as características das intervenções terem limitado a realização de uma meta análise nesta categoria, percecionou-se a integração precoce da intervenção como prática recomendada.

Sendo assim, a prática em ER deve progredir no sentido de implementar programas de reabilitação precoces, como componente estruturante e não apenas uma complementaridade ligada à transição vivida pela pessoa.

Quanto à efetividade do exercício na melhoria da capacidade funcional, a análise dos estudos incluídos revela que o exercício foi eficaz na melhoria da capacidade funcional da pessoa em contexto paliativo, nomeadamente exercício aeróbico. Neste âmbito, o treino aeróbico, o treino de resistência e a intervenção combinada com a componente psicoeducacional estabeleceram-se como elementos vantajosos na funcionalidade da pessoa. Assim, a consistência dos resultados numéricos demonstrou a importância da integração de programas de exercícios na prática clínica do EEER na pessoa em contexto de cuidados paliativos.

Considerando a categoria temática, impacto do exercício na promoção da qualidade de vida, os estudos incluídos demonstram como o exercício é essencial na pessoa em contexto de Cuidados Paliativos, através da promoção da qualidade de vida, constituindo-se um resultado central nesta RSL de Efetividade.

Desta maneira, os estudos apresentaram melhorias significativas na qualidade de vida global, por meio da avaliação de instrumentos validados, como o Questionário da Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30) (ANEXO VII) e a Escala de Qualidade de Vida de 36 itens (SF-36) (ANEXO VIII). Embora dois dos estudos não recorram a instrumentos padronizados que apreciem a qualidade de vida, todos referiram benefícios indiretos que se inserem nesta categoria temática.

Posto isto, os resultados demonstram que o exercício melhora a qualidade de vida ao promover capacidade funcional, alívio sintomático e bem-estar emocional, destacando-se como intervenção não farmacológica altamente relevante.

Ainda como categoria temática, revela-se a intervenção do EEER na gestão e controlo de sintomatologia, apresentando contributos na gestão da sintomatologia na área de cuidados paliativos. Desta forma, programas centralizados no exercício terapêutico, com base no exercício aeróbio, na reeducação funcional respiratória, reeducação postural e estratégias de relaxamento, mostraram-se eficientes nos estudos incluídos na presente RSL.

Globalmente, os estudos sugerem que o controlo da dispneia foi mais eficaz quando a intervenção incluía componente aeróbia e reeducação funcional respiratória. A redução da fadiga também se evidenciou mais favorável quando o exercício aeróbio se combinava com o treino de resistência e exercícios de relaxamento. Finalmente, o controlo da dor beneficiava particularmente de exercícios de mobilidade e exercícios de relaxamento.

Melhorias significativas no domínio de controlo da sintomatologia foram evidenciadas e referidas nos estudos incluídos para a revisão. Sintomatologia como a fadiga, dispneia, dor, náusea, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia, linfedema, neuropatia periférica e dificuldades financeiras, foram evidenciadas como objeto de estudo e expectativas de resultado. Deste modo, os estudos sustentam a intervenção do EEER na monitorização de programas de exercícios no domínio da sintomatologia sentida no âmbito dos cuidados paliativos.

Por fim, como última categoria definiu-se a eficácia do exercício na promoção do bem-estar emocional da pessoa. A dimensão emocional considerou-se um fator fulcral na pessoa alvo de cuidados paliativos e a evidência sintetizada demonstrou que o exercício físico teve impacto positivo no bem-estar psicológico, redução da ansiedade, sintomas de depressão, stress e melhoria do humor.

Os resultados foram retratados por meio da avaliação da escala de qualidade de vida (SF-36), no âmbito da componente mental e após avaliação da Escala de Ansiedade e Depressão em contexto Hospitalar (HADS) (ANEXO IX), bem como da Escala de Ansiedade de *Beck* (ANEXO X).

Fundamentalmente, o exercício físico assumiu-se como terapêutica essencial à promoção do bem-estar emocional, devendo ser integrado de forma personalizada e estruturada na vida da pessoa em situação de cuidados paliativos.

5.8 - DISCUSSÃO

São diversos os estudos que nos mostram que o mundo está a envelhecer demograficamente e a esperança média de vida está a aumentar, e Portugal não consta como exceção (Afonso, 2025). Assim, e ainda de acordo com a autora, existem indicadores que não favorecem a qualidade de vida e o bem-estar associados à longevidade, destacando-se a prevalência de doenças crónicas e avançadas, uma realidade que exige reparo.

De acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2024), em Portugal, os Cuidados Paliativos já constam com um percurso expressivo, pois os sistemas de saúde disponibilizam-nos às pessoas com doenças crónicas que ameacem a vida.

Por isso, nesta RSL realizou-se uma análise detalhada do impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da terapêutica do exercício, em contexto paliativo. Resultante da interpretação dos resultados obtidos, emergiram categorias temáticas relacionadas com o tema e foram incluídos sete estudos, cuja qualidade metodológica contribuiu para a credibilidade da intervenção.

A inclusão dos resultados obtidos reforça a importância do exercício na dimensão funcional e emocional, bem como na sintomatologia, enfatizando o contributo da intervenção do EEER junto da pessoa em situação de cuidados paliativos.

A inserção precoce de cuidados paliativos constitui uma estratégia eficaz para elevar a qualidade de vida da pessoa e ao mesmo tempo favorece o suporte psicossocial à família (Souza et al., 2025). Os resultados demonstram a importância da integração precoce da reabilitação em Cuidados Paliativos como estratégia essencial para otimizar a adaptação funcional e emocional da pessoa em condição de Cuidados Paliativos (Ribeiro, 2021).

Neste âmbito, a área de intervenção do EEER detém uma abrangência ampla tanto em problemas reais, como potenciais, sendo fundamental o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de ações preventivas, assegurando a preservação das capacidades funcionais e prevenção de complicações, com vista a maximizar o potencial da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

De acordo com Nottelmann et al. (2021), a integração precoce da reabilitação paliativa melhora a qualidade de vida da pessoa recém-diagnosticada com cancro avançado. Os estudos analisados corroboram este princípio, ao demonstrarem que programas de exercício físico iniciados nas fases iniciais da evolução clínica resultam em ganhos em saúde expressivos na autonomia, no bem-estar emocional e qualidade de vida.

Assim, a integração antecipada da reabilitação, no âmbito do exercício, reforça-se como uma opção terapêutica recomendada, sustentando a intervenção do EEER na avaliação contínua, prescrição e monitorização de programas de exercício adaptados às necessidades individuais.

Também a perda de funcionalidade acompanha a trajetória das doenças que ameaçam a continuidade da vida, a par das funções físicas, emocionais e espirituais experienciadas pela pessoa, desde o diagnóstico até ao fim da vida (Ribeiro, 2021).

Por isso, os resultados presentes nos estudos incluídos na revisão exibiram que a intervenção sustentada em exercício no contexto de cuidados paliativos apresentava melhorias na preservação e melhoria da capacidade funcional da pessoa.

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática evidenciaram melhorias relevantes na função física, mobilidade e, consequentemente, na independência funcional e desempenho nas atividades de vida diária, destacando-se intervenções no âmbito do exercício aeróbio, exercícios de fortalecimento muscular e treino de resistência. A reabilitação em cuidados paliativos permite otimizar a condição de saúde da pessoa (Ribeiro, 2021).

A fim de comprovar a informação acima referida, no E1 foram notáveis as melhorias na capacidade funcional após o programa com um aumento na mesma de 76,9 para 91,36 após avaliação do instrumento de avaliação da qualidade de vida no fim da intervenção. O E5 sugere que programas de intervenção combinados potencializam os efeitos sobre a capacidade funcional (força e mobilidade), mas também a sintomatologia sentida e aumenta a motivação, refletindo uma abordagem integrada e especializada.

A revisão sistemática e meta-análise de Yang et al. (2020) revelou que o exercício físico aumentou significativamente o nível de atividade física dos participantes em situação de cuidados paliativos.

Os resultados encontrados corroboram com a literatura existente, realçando que a manutenção da função física na pessoa em situação de cuidados paliativos é essencial na preservação da independência funcional, otimizando a sua qualidade de vida. Ainda assim, é referido que a intervenção do EEER deve ser personalizada, ajustando a frequência, intensidade e tipo de exercício às necessidades individuais da pessoa, em cada momento (Ribeiro, 2021).

Os conceitos de Cuidados Paliativos e reabilitação apresentam uma finalidade análoga, nomeadamente, na integração e na focalização da pessoa e da família, com o intuito da manutenção da qualidade de vida (Ribeiro, 2021).

A intervenção do EEER, neste âmbito, pretende melhorar a qualidade de vida da pessoa, assistindo-a a atingir o seu potencial físico, psicológico e social, independentemente da expectativa de vida (Regulamento nº 350/2015).

Por isso, na revisão sistemática verificou-se que o exercício é determinante na melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, revelando-se uma intervenção estruturante na prática de cuidados do EEER.

Yang et al. (2020) reafirmaram que, na sua revisão, os estudos incluídos revelaram melhorias significativas na qualidade de vida global por meio de avaliação do instrumento padronizado EORTC QLQ-C30. Marques-Vieira & Souza (2017) reforçam ainda que, em cuidados paliativos, mais que a restituição da função, importa a preservação e otimização da qualidade de vida e a conservação da autonomia.

De forma consistente, os estudos incluídos no âmbito nesta análise de efetividade demonstraram melhorias na qualidade de vida global, através da aplicação de instrumentos como o EORTC-C30 e o SF-36. Estes resultados estão em consonância com a literatura, reconhecendo-se o exercício físico como uma intervenção eficaz na promoção do bem-estar da pessoa com doença progressiva e avançada.

Para além disso, as intervenções que combinaram o exercício físico com a componente psicoeducacional permitiram a autoperceção da alteração em saúde, autoconfiança e a capacidade de autogestão da condição de saúde.

Apesar dos estudos limitarem a comparação direta dos resultados, existe consenso de que o exercício é uma intervenção eficaz, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa em contexto paliativo.

Na gestão e controlo da sintomatologia, os resultados desta RSL evidenciaram ainda que o exercício possuiu um marco fundamental neste âmbito. Assim, os estudos incluídos destacaram melhorias a nível da fadiga, dispneia, dor, náuseas e vômitos, sintomas experienciados pelos participantes que se consideram incapacitantes, perante a realização das atividades de vida diária.

A revisão integrativa de Minosso, Souza & Oliveira (2016) reforçou exatamente estes resultados, com benefícios na diminuição de sintomas como dor, dispneia e fadiga. É demonstrado também no estudo desenvolvido por Pyszora et al. (2017) que um programa de exercícios em cuidados paliativos reduz significativamente a fadiga, em termos de gravidade e do seu impacto nas atividades de vida diárias.

Os sintomas mais comuns na pessoa em situação paliativa, nomeadamente, a fadiga afeta a sua qualidade de vida. No entanto, a sua gestão permanece desafiante. O enfermeiro desempenha uma intervenção primordial, incluindo intervenções no âmbito do exercício físico conciliado com estratégias de conservação de energia (exercícios passivos), educação e aconselhamento (higiene do sono e alimentação) e terapia cognitivo-comportamental (Cunha et al., 2022).

Os diferentes instrumentos de avaliação utilizados demonstram os resultados expressivos nesta temática. Desta forma, o exercício evidenciou-se estruturador como ferramenta central na gestão e controlo sintomático.

Neste âmbito, a intervenção do EEER através do exercício assume-se preponderante, pois, em conformidade com o Regulamento de Competência do EEER nº 392/2019 (p.13566), o mesmo: “Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária.” e ainda, “Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida (...)”.

A reabilitação em Cuidados Paliativos proporciona uma aproximação que capacita cada pessoa a alcançar os seus objetivos e prioridades para viver a vida (Marques-Vieira & Souza, 2016). Ainda de acordo com os autores, a reabilitação, neste âmbito, pretende reduzir as complicações que impossibilitem o conforto e o bem-estar emocional.

Após analisada a dimensão física e a sintomatologia sentida, o impacto emocional das intervenções torna-se igualmente evidente o impacto positivo do exercício na dimensão emocional, aspeto expressivo nos estudos incluídos, revelando que um programa de exercício bem estruturado desempenha uma intervenção essencial com impacto significativo na pessoa em situação de cuidados paliativos.

A ER tem como foco essencial facilitar as transições de vida da pessoa e da família, ajudando a identificar as mudanças impostas pela situação e a implementar estratégias de capacitação para as ultrapassar, preparando-os para que possam conviver com as suas limitações mais preparados a nível emocional (Ribeiro, 2021).

De acordo com esta afirmação, os resultados obtidos nos estudos incluídos na presente revisão demonstram uma redução preponderante nos níveis de ansiedade e depressão, stress e fragilidade emocional. Deste mesmo modo, o exercício considera-se promotor de benefícios físicos, mas também psicológicos.

É de salientar que os Cuidados Paliativos incluem reabilitação, na medida em que procuram auxiliar a pessoa com doença crónica, incurável, progressiva e/ou avançada a atingirem o seu elevado potencial de bem-estar psicológico, social e espiritual, integrando-a nas suas diferentes tipologias de resposta (Costa & Othero, 2014).

Existiu uma melhoria da perceção de saúde mental e na redução da ansiedade percecionada pela avaliação dos instrumentos padronizados: SF-36 e HADS.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”

(Regulamento nº 350/2015, p. 16657), daí que, tendo em conta os indicadores apresentados, assuma relevância a integração do exercício como terapêutica estruturante na intervenção perante a pessoa em contexto paliativo.

A coerência dos resultados observados explica a necessidade de inclusão desta intervenção com influência no bem-estar global da população estudada.

Clarificando a pertinência desta RSL, a Reabilitação não está alheia às especificidades da pessoa em contexto paliativo, por isso devem ser estabelecidos programas de prestação de Cuidados de Enfermagem de reabilitação devidamente estruturados e personalizados no âmbito do exercício.

5.9 - LIMITAÇÕES

A RSL apresenta limitações a nível da heterogeneidade dos estudos, dificultando o processo de síntese dos dados e a apresentação de resultados exatos. Evidenciaram-se contributos significativos para compreensão do fenómeno em estudo, no entanto, existe a possibilidade das várias alterações em saúde e os referentes estadios influenciarem o mesmo. De outra forma, os estudos em idiomas distintos dos selecionados poderiam ter resultados importantes como resposta à questão de pesquisa, contudo não foram analisados pela proficiência linguística dos revisores. Os estudos incluídos podem mostrar a efetividade no momento, mas não se relevam dados acerca dos efeitos a longo prazo da intervenção do EEER.

5.10 -CONCLUSÃO

Nesta RSL destaca-se o impacto que um programa de exercício estruturado tem na pessoa em situação de cuidados paliativos.

As evidências disponíveis e incluídas na revisão sugerem que estabelecer um programa de reabilitação no âmbito de exercício é fundamental para a pessoa no contexto paliativo com benefícios a nível do bem-estar físico, bem-estar emocional e da qualidade de vida global.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo diz respeito à finalização do Relatório de Estágio. A referir que esta etapa permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências, através da integração dos conhecimentos teóricos e práticos na área da Enfermagem de Reabilitação.

A excelência emersa na Enfermagem de Reabilitação proporciona ganhos efetivos em saúde em todos os contextos da prática, que se manifestam na prevenção da incapacidade e na manutenção e restauração das capacidades remanescentes (Regulamento nº 350/2015). Deste modo, a prescrição, educação e o treino da terapêutica do exercício pelo EEER é uma intervenção substancial na promoção da funcionalidade e na prevenção e manutenção de condições agudas e crónicas, com impacto na capacidade para o autocuidado e qualidade de vida (Novo et al., 2025).

Neste sentido, esta etapa culminou num processo de cultivo de aprendizagem inserido num paradigma transformacional, onde as raízes do saber foram fortificadas através da submersão nos diversos contextos clínicos, desabrochando e dando frutos enquanto estudante de MER.

O Estágio de Natureza Profissional II permitiu-me evoluir pessoal e profissionalmente no âmbito da intervenção do EEER, considerando a sua importância na promoção da funcionalidade e qualidade de vida das pessoas alvo de cuidados. A passagem em cada contexto clínico e a aplicação dos conceitos teóricos, por meio dos instrumentos de avaliação, instrumentos de colheita de dados e mobilização dos modelos conceptuais inerentes à prática da ER, possibilitaram absorver e embeber conhecimento relativo à prática diária especializada do EEER.

O Relatório espelha o processo de formação e as competências especializadas desenvolvidas na área de Enfermagem de Reabilitação. Sendo assim, é de afirmar que a elaboração do presente relatório e a análise reflexiva das competências alcançadas realizada no presente relatório ditou uma aprendizagem consciente, resultante das experiências vivenciadas, permitindo complementar o processo de metamorfose, enquanto futura EEER. A conceção deste Relatório resultou da reflexão crítica desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio, onde foi possível habilitar-me da intervenção do EEER na promoção da funcionalidade através da terapêutica do exercício.

O processo reflexivo que consta do relatório revelou progressos no processo de pensamento crítico. O seu desenvolvimento baseou-se na integração de referenciais teóricos essenciais à ER, nomeadamente a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, no domínio do processo de readaptação da pessoa à sua condição em saúde, e ademais a Teoria de Kolcaba, realçando o conforto e a manutenção da qualidade de vida da pessoa.

No sentido de fortalecer as competências desenvolvidas e tendo em conta a pertinência da minha inquietação relacionada com o contexto paliativo, surgiu o interesse de analisar a efetividade da terapêutica do exercício na pessoa em contexto paliativo, dando origem a uma RSL, conduzida

de acordo com as diretrizes do Manual JBI e relatada segundo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Esta revisão contribuiu para a aquisição de conhecimento e competências na área da investigação e na adequação da temática equacionada para a implementação, no futuro, de intervenções eficazes na área da ER em CP, integrando a evidência científica mais atual.

O desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional I, Estágio de Natureza Profissional II e do presente Relatório contribuíram para aprofundar e especializar a minha visão clínica sobre a pessoa com alterações em saúde, particularmente na área onde desempenho funções, Pneumologia, Neurologia e Infeciologia, contextos onde desenvolvo a minha prática profissional diária. Este percurso permitiu-me desenvolver competências na capacidade de avaliação funcional sistematizada da pessoa, na identificação precoce de limitações ao esforço e na integração da terapêutica do exercício como estratégia de intervenção. Paralelamente, promoveu uma maior valorização da prática baseada na evidência, sustentando a tomada de decisão clínica.

Assim, o regresso ao contexto profissional será marcado por uma intervenção mais estruturada e intencional na promoção da funcionalidade, integrando a prescrição de exercício terapêutico, ajustado às necessidades da pessoa alvo de cuidados. Pretendo igualmente reforçar e sensibilizar a equipa para o contributo da ER na melhoria da autonomia, conforto e qualidade de vida da pessoa, em contexto de doença crónica, avançada e progressiva, nomeadamente, em situação de cuidados paliativos, considerada uma área que carece, atualmente, de intervenção prioritária.

A pessoa necessita de manter a qualidade de vida e bem-estar global. No entanto, perante transições sentidas que se refletem em alterações em saúde, a capacidade de realizar atividades de autocuidado poderá estar prejudicada, o que poderá comprometer a independência funcional.

Os Cuidados Paliativos remetem para a qualidade de vida da pessoa e famílias, bem como cuidadores, prevenindo e aliviando o sofrimento (OMS, 2020). Sendo assim, a intervenção do EEER no contexto dos Cuidados Paliativos procura responder às necessidades da pessoa com benefício na capacidade funcional, na sintomatologia, na qualidade de vida e no bem-estar (Ribeiro, 2021).

Apesar do crescimento dos CP e da importância do conforto e manutenção da funcionalidade, não existe evidência robusta que valorize o impacto da intervenção do EEER no âmbito do exercício. A prática é orientada por pressupostos que beneficiam de atualização, pois não é explorado o potencial transformador da reabilitação no contexto paliativo. Por isso, foi necessário reunir, analisar e sintetizar a evidência disponível, reposicionando a intervenção do EEER e a mudança de paradigma.

Assim, após a realização da RSL foram perceptíveis os benefícios na integração precoce da ER em Cuidados Paliativos, na eficácia do exercício na melhoria da capacidade funcional e na promoção da qualidade de vida e no controlo de sintomatologia, com melhoria no bem-estar emocional.

Face aos resultados obtidos na RSL perspectiva-se a integração futura da terapêutica do exercício de forma mais estruturada na minha prática profissional, uma vez que me encontro desperta para esta necessidade como benefício para a pessoa, enquanto futura EEER. No contexto onde exerço funções, a evidência científica sustentará o desenvolvimento de intervenções adaptadas à condição da pessoa em contexto paliativo.

Os objetivos estabelecidos para o presente relatório foram atingidos, na medida em que existiu um compromisso de reflexão crítica perante o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, adquiridas ao longo do estágio, na prestação de cuidados em Enfermagem de Reabilitação.

Foi também realizado um enquadramento do relatório para adequação da temática do relatório, bem como contextualização da problemática; foi realizada uma descrição breve dos contextos de estágio; os Modelos Teóricos utilizados foram evidenciados e mobilizados no processo reflexivo; refletiu-se criticamente acerca do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, tendo em conta as atividades desenvolvidas em contexto de estágio; foi explicitado o contributo das atividades realizadas para o desenvolvimento pessoal e profissional; apresentou-se a RSL realizada de acordo com a temática selecionada; demonstraram-se os resultados, a sua aplicação e recomendações futuras no âmbito da eficácia da Enfermagem de Reabilitação na Pessoa em situação de Cuidados Paliativos.

Em suma, este ciclo de florescimento simboliza o meu processo de crescimento ao longo desta caminhada, que culminou na conquista do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Foi, sem dúvida, uma etapa marcante no meu percurso académico, profissional e pessoal.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R. (2025). *Representações sociais dos cuidadores formais sobre o envelhecimento de pessoas idosas em cuidados paliativos*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/6942>
- Alarab, A., Hroub, N., & Abu Shameh, R. (2025). Comparative impact of aerobic vs. resistance training on fatigue, mobility, and disability in cancer patients. *Physical Treatments: Specific Physical Therapy Journal*, 15(3), 231–242. <https://doi.org/10.32598/ptj.15.3.670.3>
- António, M., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A., & João, A. (2025). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas: Uma revisão sistemática de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), e35999. <https://revistas.rcaap.pt/rper/article/view/35999>
- Associação Europeia de Cuidados Paliativos (2025). *Atlas da EAPC de Cuidados Paliativos na região europeia*. <https://eapcnet.eu/the-eapc-atlas-of-palliative-care-in-the-european-region-2025/>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2025). *Posicionamento da APCP sobre o European Atlas of Palliative Care*. <https://apcp.com.pt/299306/posicionamento-da-apcp-sobre-o-european-atlas-of-palliative-care-2025>
- Bitencourt, G., Souza, P., Ferreira, A., Fernandes, L., Silva, C. & Corrêa, D. (2023). Teoria de enfermagem padrões funcionais de saúde no contexto hospitalar: avaliação segundo Meleis. *Global Academic Nursing Journal*, 4(1). <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200336>
- Brown, J. C., Brighton, E., Campbell, N., McCleary, N. J., Abrams, T. A., Cleary, J. M., Enzinger, P. C., Ng, K., Robinson, D., Wolpin, B. M., Yurgelun, M. B., & Meyerhardt, J. A. (2022). Physical activity in older adults with metastatic gastrointestinal cancer: A pilot and feasibility study. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 8(2). <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2022-001353>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. In P.L. Chinn (Ed.). *Nursing research methodology*, 237-257. Boulder, CO: Aspen Publication. <http://repository.upenn.edu/nrs>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2024). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental: Biénio 2023–2024*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.minsaude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Plano-Estrategico-Cuidados-Paliativos-2023-2024.pdf>
- Costa, A. P., & Othero, M. B. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lusodidacta.
- Cunha, S., Jasmins, C., Barroso, C., & Reis, L. (2022). Intervenções de enfermagem na pessoa em Cuidados Paliativos com fadiga: uma scoping review. *Millenium*, 2(18), 43-50. <https://doi.org/10.29352/mill0218.26430>

- Decreto-Lei nº 93/2009 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República*, 1ª Série, nº74 (2009). https://www.seg-social.pt/documents/10152/13169/DL_93_2009/19bb4f53-1c56-46f4-bb99-b5bef2902aaf/19bb4f53-1c56-46f4-bb99-b5bef2902aaf
- Direção Geral da Saúde (2020). *Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas Recomendações (1st ed.)*. Programa Nacional para a Tuberculose. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-recomendacoes-pdf.aspx>
- Ferreira, L., Silva, A., Lopes, I., Pinho, C., & Feijó, N. (2025). Supervisão no ensino clínico de enfermagem: Perspetiva dos estudantes da licenciatura em enfermagem. *Germinare*, 5, 12–29. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17201985>
- Ibrahim, A. M., Wahba, N. M. I., Zaghamir, D. E. F., Mersal, N. A., Mersal, F. A., Ali, R. A. E. S., Eltaib, F. A., & Mohamed, H. A. H. (2024). Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>
- Joanna Briggs Institute. (2025). *Critical appraisal tools*. JBI. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Kisner, C., Colby, L.A. & Borstad, J. (2021). *Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques* (7 ed.). Manole.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro da Lei de Base dos Cuidados Paliativos. *Diário da República*. 1ª série, nº 172 (2012). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidata.
- Martins, M. M., & Sousa, L. (2019). Editorial / atividade física e exercício físico: fundamentos e aplicações em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 4–5. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.e>
- Mendizabal-Gallastegui, N., Arieteleanizbeaskoa, M. S., Latorre, P. M., García-Álvarez, A., Sancho, A., Iruarrizaga, E., López-Vivanco, G., & Grandes, G. (2023). Nurse-supervised exercise for people with stage IV cancer: The EFICANCER randomized clinical trial. *Seminars in Oncology Nursing*, 39(4). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2023.151448>
- Minosso, J. S. M., Souza, L. J. de, & Oliveira, M. A. de C. (2016). Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(3), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer.
- Nottelmann, L., Groenvold, M., Vejlgård, T., Petersen, M., & Jensen, L. (2021). Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: The Pal-

- Rehab randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 35(7), 1344–1355.
<https://doi.org/10.1177/02692163211015574>
- Novo, A., Loureiro, M., Delgado, B., Vaz, S., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2025). Atividade e exercício físico em enfermagem de reabilitação: Análise documental baseada em evidência e teorias de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(2), e41115.
<https://doi.org/10.33194/rper.2025.41115>
- Odikpo, L. C., & Chiejina, E. N. (2021). Practice and outcome of exercise intervention on breast cancer-specific quality of life of breast cancer survivors in Nigeria. *Archives of Breast Cancer*, 8(3), 174–182.
<https://doi.org/10.32768/abc.202183174-182>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação: instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Reabilitação Respiratória In Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitacao-respiratoria_mceer_final-para-divulgacao-site.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th edition). Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2024). *Physical activity*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#>
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em estágio. *Referência*, 4 (11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/riv16030>
- Pyszora, A., Prokop, A., Wójcik, A., Budzyński, J., & Krajnik, M. (2017). Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: Randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 25(9).
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3715-2>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República: II Série*, n.º 26.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*: II Série, n.º 119. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*: II Série, n.º 85. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceitos e Práticas*. Lidel.
- Seven, A., & Sert, H. (2023). Anxiety, dyspnea management, and quality of life in palliative care patients: A randomized controlled trial. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 31(1), 13–21. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2023.23016>
- Silva, A. & Nascimento, S.. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Académicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Araújo, T., Pinho, N., Barbosa, L., Bettencourt, M., & Ribeiro, O. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26(2), 35–44. <http://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Souza, G. S. de, Leão, L. M., Felipe, M. S. P., Bezerra, I. E. de L., Cardoso, M. N., Lopes, Y. C. de A., Prado, R. C., Barbosa, L. R. P., Oliveira, G. C. de, & Santos, M. P. dos. (2025). *A intervenção precoce de cuidados paliativos no câncer: Melhorando a qualidade de vida desde o diagnóstico*. In *Saúde da Família: Integrando tecnologia, humanização e cuidado integral para um futuro mais saudável* (Capítulo 2). Editora Cognitus. <https://editoracognitus.com.br/captulo/10041-a-intervencao-precoce-de-cuidados-paliativos-no-cancer-melhorando-a-qualidade-de-vida-desde-o-diagnostico>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusociência.
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2024). In Guia prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nº37, 4(24). https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrado_s_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Vargas, C. P., Martins, M. M., Schoeller, S. D., Antunes, L., & Pereira, R. S. da S. (2025). Um flash do processo de cuidados de reabilitação dos enfermeiros especialistas numa instituição portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(3), e39026. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.39028>

- Vargas, C., Schoeller, S., Zuchetto, M., Martins, M. (2023). Modelo Teórico De Enfermagem De Reabilitação: Construção Metodológica. *Texto Contexto em Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0078pt>
- Ventura-Silva, J. M., Ferreira, M. M., Trindade, L., Pimenta, O. M., Ribeiro, M. I., & Cardoso, M. F. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 72–80. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.7>
- Wang, J., Yao, J.-L., Cai, S.-S., Yu, Y.-D., Chen, L.-P., Wang, Z.-Q., Liu, Y., & Huang, L.-H. (2025). Effects of moderate intensity continuous training combined with emotional freedom techniques on fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A four-arm parallel randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 66(A), 103581. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103581>
- World Health Organization. (2020). *Global atlas of palliative care* (2nd ed.). WHO. <https://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/Global-Atlas-2nd-Edition-2020.pdf>
- Yang, J., Choi, M., Choi, J., Kang, M., J., A., Chung, S. H., Sim, S. H., Kim, Y. J., Yang, E. J., & Yu, S. Y. (2020). Supervised physical rehabilitation in the treatment of patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Medical Science*, 35(29). <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e242>

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DA DISPNEIA MMRC

Questionário de dispneia (Medical Research Council Dyspnoea
Questionnaire)

Nome: Data: / /

GRAU 1 Sem problemas de falta de ar excerto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	☐
GRAU 2 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	☐
GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	☐
GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</i>	☐
GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>"Estou sem fôlego para sair de casa".</i>	☐

ANEXO II - ESCALA DE BORG MODIFICADA

10 /	ATIVIDADE DE ESFORÇO MÁXIMO É quase impossível continuar. Completamente sem fôlego, incapaz de falar. Não é possível manter por mais tempo.
9 /	ATIVIDADE MUITO DIFÍCIL Muito difícil manter a intensidade do exercício. Mal consigo respirar e falar apenas algumas palavras.
7-8 /	ATIVIDADE VIGOROSA No limite do desconfortável. Falta de ar, consigo falar uma frase.
4-6 /	ATIVIDADE MODERADA Respirar profundo, posso manter uma conversa curta. Ainda um pouco confortável, mas cada vez mais desafiador.
2-3 /	ATIVIDADE LEVE Parece que podemos manter durante horas. Fácil de respirar e manter uma conversa.
1 /	ATIVIDADE MUITO LEVE Quase nenhum esforço, mas mais do que dormir, ver TV, etc.

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

ANEXO III - ÍNDICE DE BARTHEL

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

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Continente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Continente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

ANEXO IV - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. SENTADO PARA EM PÉ

- *INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.*

- () 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- () 2 capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas
- () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

- *INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.*

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência
- Se é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item #4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

- *INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.*

- () 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- () 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- () 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- () 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

- *INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.*

- () 4 senta com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 controla descida utilizando as mãos
- () 2 apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- () 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- () 0 necessita de ajuda para sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

- *INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).*

- () 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- () 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- () 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- () 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

- *INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos*

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- () 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- () 0 necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

- *INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar*

- () 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- () 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- () 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- () 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

- *INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (É colocada uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir para que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)*

- () 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
- () 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)
- () 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)
- () 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão
- () 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

- *INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés*
- () 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- () 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão
- () 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- () 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

- *INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás da pessoa para encorajá-lo a realizar o giro.*
- () 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- () 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- () 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão ao virar
- () 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR EM 360 GRAUS

- *INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção*
- () 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
- () 0 necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEDGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

- *INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.*

- () 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão
- () 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
- () 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

- *INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se perceber que a pessoa não consegue colocar o pé diretamente na frente, deve tentar dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).*

- () 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos
- () 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos
- () 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos
- () 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos
- () 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

- *INSTRUÇÕES: Permanecer apoiado numa perna o quanto puder sem se apoiar*
- () 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos
- () 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
- () 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
- () 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
- () 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

() **PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)**

ANEXO V - ESCALA DE GUSS (GUGGING SWALLOWING TEST)

GUSS *Gugging Swallowing Test*

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	☐ 1	☐ 0
Deglutição de saliva	☐ 1	☐ 0
• Deglutição com sucesso		
• Sialorreia	☐ 0	☐ 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior [†] 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• Deglutição com sucesso	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
SIALORREIA			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior [†] 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior [†] 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior [†] 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	_____ (20)		

ANEXO VI - QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA (EORTC QLQ-C30)

EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

ANEXO VII - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DE 36 ITENS (SF-36)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima
1

Muito boa
2

Boa
3

Razoável
4

Fraca
5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito
melhor
1

Com algumas
melhoras
2

Aproximadamente
igual
3

Um pouco
pior
4

Muito
pior
5

3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

ANEXO VIII - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

ANEXO IX - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana**, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

BAI - ANSIEDADE	
0-10	Ansiedade Mínima
11-19	Ansiedade Leve
20-30	Ansiedade Moderada
31-63	Ansiedade Severa

APÊNDICES

APÊNDICE I - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: “ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL:
PERSPETIVAR UM FUTURO COM QUALIDADE DE VIDA” E LIVRO DE RECEITAS

Cuidar da Saúde Cardiovascular

Estilos de Vida Saudáveis:

Perspetivar um Futuro com Qualidade de Vida!

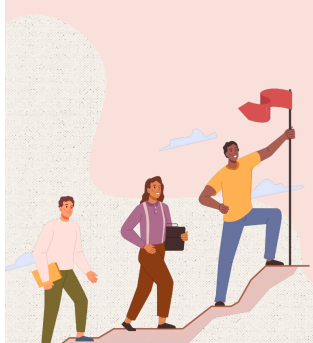


Estudante:
Enfermeira Jéssica Madeira nº 160408005
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Plano de Sessão

Etapa	Duração	Conteúdo	Método	Meios Multidimensionais
Introdução	5	- Apresentação da preleitora e dos temas a abordar e a sua importância no âmbito da Saúde Cardiovascular; - Contextualização da apresentação; - Exposição dos objetivos da apresentação	Expositivo	Power Point
Desenvolvimento	25	- Exposição dos fatores de risco na Saúde Cardiovascular; - Apresentação dos sinais de alerta neste âmbito; - Descrição acerca da temática do sedentarismo e dos riscos para a saúde; - Explicitação da importância do exercício físico e apresentação dos seus benefícios; - Demonstração dos riscos de uma alimentação e hidratação desadequada; - Fomentação de ensinamentos implícitos a uma alimentação saudável e hidratação correta.	Expositivo/ participativo	Power Point
Conclusão/ Debate	15	- Síntese das ideias principais; - Apresentação do livro de receitas elaborado; - Dúvidas e sugestões.	Expositivo/ participativo	Power Point

OBJETIVOS DA APRESENTAÇÃO

- 
- 1 Relembrar os fatores de risco cardiovasculares e os sinais de alerta a considerar;
 - 2 Consciencializar sobre a importância do exercício e a saúde cardiovascular;
 - 3 Explicar o impacto de uma alimentação saudável: da teoria à prática;
 - 4 Promover a Reflexão e o Compromisso com o Autocuidado.



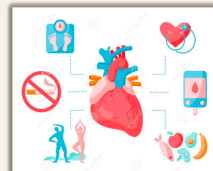
Fatores de Risco na Saúde Cardiovascular

NÃO MODIFICÁVEIS

- Idade;
- Raça;
- Sexo;
- História Familiar;
- Genética.

MODIFICÁVEIS

- Hipertensão Arterial;
- Diabetes Mellitus;
- Dislipidemia;
- Obesidade;
- Tabagismo;
- Stress emocional;
- Sedentarismo;
- Alimentação inadequada;
- Excesso de consumo de álcool.



(Dores, 2024)



Sinais de Alerta

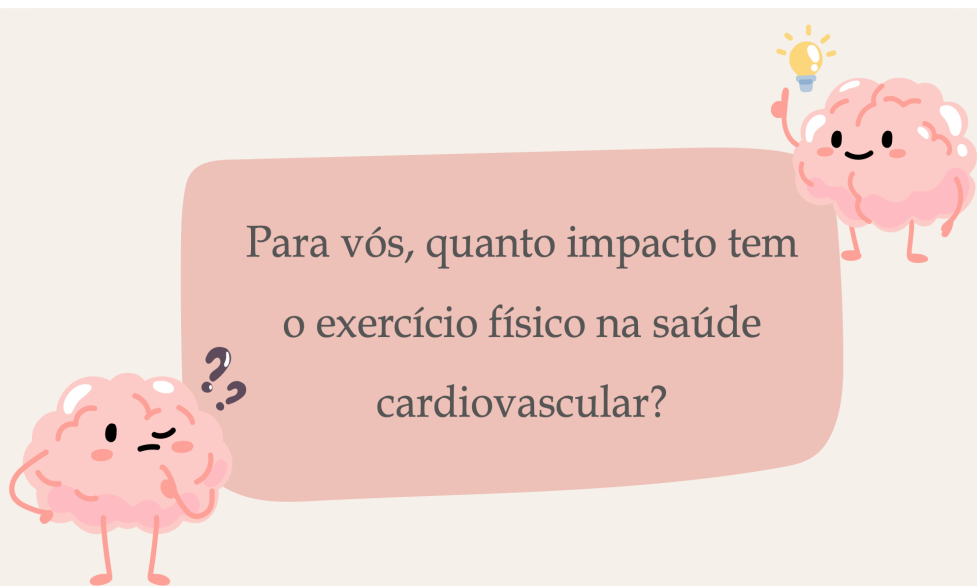


- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 Dor no Tórax; | 5 Palpitações; |
| 2 Dor ou desconforto nos membros superiores; | 6 Sensação de desmaio ou tonturas; |
| 3 Taquicardia; | 7 Náuseas e/ou vômitos; |
| 4 Dispneia: "dificuldade em respirar; falta de ar"; | 8 Cansaço extremo. |

É importante estar desperto para os sinais de alerta, para que possa agir com a maior brevidade possível!



(Dores, 2024)



O SEDENTARISMO É UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA!

ESTE CONTRIBUI PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS:

- **CARDIOVASCULARES (AVC e EAM: MAIOR PREVALÊNCIA);**
- **METABÓLICAS;**
- **PULMONARES;**
- **NEUROLÓGICAS E PSIQUIÁTRICAS;**
- **MUSCULOESQUELÉTICAS;**
- **NEOPLÁSICAS;**
- **GASTROINTESTINAIS.**



TODOS NÓS PODEMOS PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO!

De uma maneira geral, qualquer pessoa pode praticar algum tipo de exercício físico, desde que ajustado à sua condição clínica!

Características a valorizar relativas à prática de exercício físico em pessoas com doenças cardiovasculares:

- TIPO DE DOENÇA;
- GRAVIDADE DA DOENÇA;
- OBJETIVO PESSOAL EM RELAÇÃO À PRÁTICA DO EXERCÍCIO;
- TIPO DE EXERCÍCIO;
- INTENSIDADE DO EXERCÍCIO;



A PRÁTICA DE EXERCÍCIO REGULAR DIMINUI 20-30% A PROBABILIDADE DE EVENTOS CARDIOVASCULARES A LONGO PRAZO!

(Dores, 2024)

- BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO-

- DO PONTO DE VISTA CARDIOVASCULAR, O EXERCÍCIO FÍSICO TEM UM IMPACTO FAVORÁVEL NA PREVENÇÃO, NO CONTROLE E NO TRATAMENTO DOS FATORES DE RISCO, COMO A HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, COLESTEROL ELEVADO E OBESIDADE.
- PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO ENQUADRADO EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA CONTRIBUI PARA A REDUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES, MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA, MESMO APÓS OCORRÊNCIA DE EVENTOS CLÍNICOS AGUDOS.
- No **sistema respiratório**, o exercício físico melhora a capacidade pulmonar,
- A **nível musculoesquelético**, o exercício físico é fundamental na prevenção de doenças como osteoporose e osteoartrite, na redução do risco de quedas, logo na redução de fraturas ósseas. Isto é possível através do fortalecimento muscular e treino de equilíbrio, postura e flexibilidade.
- **Neurologicamente** e a **nível mental** retarda o declínio cognitivo e perda de memória e melhora o humor, a qualidade do sono, a confiança, as relações interpessoais e a sensação de bem-estar geral aumenta.
- Do ponto de vista **oncológico**, o exercício físico tem revelado contribuir para a redução do risco de aparecimento de alguns tumores como mama, cólon, pulmão, endométrio, rim, esôfago, estômago ou próstata.



(Dores, 2024)

MANTENHA UMA VIDA ATIVA:

INDIVIDUAL:

- PASSAR MENOS TEMPO SENTADO;
- USE MAIS AS ESCADAS E MENOS O ELEVADOR;
- FAZER CAMINHADAS, CONFORME TOLERÂNCIA;
- COLOQUE DESPERTADORES NO SEU DISPOSITIVO MÓVEL PARA SE OBRIGAR A LEVANTAR, QUANDO DECIDE REPOUSAR NO SOFÁ OU NA SUA CAMA!



NÃO LHE FALTARÁ TEMPO,
QUANDO SE DECIDIR
PRIORIZAR!

COLETIVO:

- DESAFIAR PESSOAS PRÓXIMAS PARA UM PASSEIO DIVERTIDO A PÉ OU DE BICICLETA;
- PARTICIPAR EM ATIVIDADES SOCIAIS CENTRADAS NA ATIVIDADE FÍSICA PERTO DA SUA RESIDÊNCIA;
- INTEGRE GRUPOS DE ATIVIDADE COMO DANÇA, NATAÇÃO, YOGA, PILATES, ENTRE OUTRAS!



(Dores,2024)

Aliado ao Exercício Físico é importante não esquecer o Sistema Respiratório e controlar a Respiração!

Relembremo-nos sempre
de Ventilar Eficazmente!



Inspirar e contar até 4;



Segurar o ar e contar até 4;



Expirar e contar até 4.

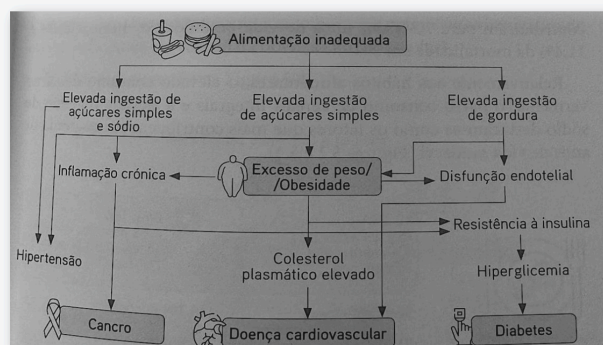


(Dores,2024)

A ALIMENTAÇÃO É DETERMINANTE PARA A SAÚDE!



A alimentação inadequada é uma das primeiras causas evitáveis de doenças cardiovasculares. Ter uma alimentação saudável é saber escolher o que comer.



(Dores,2024)

10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

PEQUENOS CUIDADOS QUE PODEM FAZER GRANDE DIFERENÇA!

- 1 CONSUMIR MAIS FRUTA E HORTÍCOLAS;
- 2 AUMENTAR O CONSUMO DE CEREAIS INTEGRAIS (pão escuro), EM VEZ DE CEREAIS REFINADOS (bolos, bolachas, biscoitos e cereais de pequeno almoço açucarados);
- 3 PREFERIR GORDURAS SAUDÁVEIS E CONSUMIR COM MODERAÇÃO (Azeite virgem, óleo de coco, lascas de coco, coco ralado, abacate);
- 4 CONSUMIR MAIS LEGUMINOSAS (fonte de controlo do apetite);
- 5 HIDRATAR-SE CORRETAMENTE (35 ml de água por kg/dia, à exceção da pessoa com insuficiência cardíaca que não pode ingerir mais do que 1,5L de líquidos por dia);
- 6 REDUZIR A QUANTIDADE DE SAL NA CONFEÇÃO DAS REFEIÇÕES;
- 7 PLANEAR LANCHES EQUILIBRADOS;



EQUILÍBRIO + VARIAÇÃO + MODERAÇÃO = PRATO SAUDÁVEL



COMO FAÇO A DIVISÃO NO MEU PRATO?



DIVIDINDO O PRATO EM PORÇÕES

1/2

HORTALIÇAS

SALADAS

LEGUMES

1/4

PROTEÍNAS

ANIMAL
CARNE, FRANGO,
PEIXE, OVO,
FRUTOS DO MAR

VEGETAL
SOJA, FEIJÃO,
LENTILHA, TOFU,
GRÃO DE BICO

1/4

CARBOIDRATOS

ARROZ, QUINOA,
BATATA ASSADA
OU PURÉ,
COUSCOUS,
MARROQUINO

10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

PEQUENOS CUIDADOS QUE PODEM FAZER GRANDE DIFERENÇA!

(Continuação)

- 8 ESCOLHER CORRETAMENTE OS ALIMENTOS AO ALMOÇO E JANTAR (sopa sempre incluída na refeição principal);
- 9 CONTROLAR O TAMANHO DAS PORÇÕES;
- 10 SOLICITAR ACOMPANHAMENTO JUNTO DE NUTRICIONISTA.

EQUAÇÃO CHAVE:

EQUILÍBRIO + VARIAÇÃO + MODERAÇÃO = PRATO SAUDÁVEL

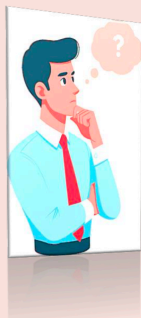
A mudança de hábitos alimentares é um processo difícil e demorado;



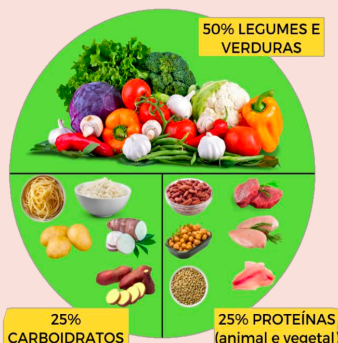
Assim, sugere-se que seja algo gradual e faseado.

EQUILÍBRIO + VARIAÇÃO + MODERAÇÃO = PRATO SAUDÁVEL

COMO POSSO CONTROLAR O TAMANHO DAS PORÇÕES?



- Responsáveis pelo fornecimento de energia;
- Prefira as preparações cozidas e assadas;
- Opte por aqueles que contêm maior teor de fibras (integrais, batata doce e mandioca).



- Ricos em vitaminas, minerais, antioxidantes e fibras.
- Os legumes e as verduras possuem baixa densidade calórica e contribuem para o emagrecimento.
- Proporcionam saciedade e auxiliam no bom funcionamento do intestino.

- Responsáveis pela construção dos tecidos do corpo.
- Dar preferência a carnes magras, peixes, ovos, ervilhas, lentilhas, grão-de-bico, tofu.

(OMS, 2023)

Conclusão:

O exercício físico é essencial para as pessoas com doenças cardiovasculares já diagnosticadas, devendo ser parte integrante dos programas de recuperação e de reabilitação cardíaca. Neste contexto, o exercício físico associa-se à melhoria da qualidade de vida e à redução do risco de eventos clínicos agudos, melhorando o prognóstico da pessoa com o sistema cardiovascular comprometido.

Relativamente aos hábitos alimentares devemos seguir uma alimentação equilibrada e variada. O elevado consumo de carne vermelha, o baixo consumo de cereais integrais e a elevada ingestão de sódio, destacam-se como fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudáveis. Seguir um padrão de alimentação adequada às necessidades de cada pessoa é essencial para a qualidade de vida futura.

Sedentarismo e alimentação inadequada são fatores de risco problemáticos a nível mundial. É de extrema importância adotar um estilo de vida saudável que permita obter saúde cardiovascular e qualidade de vida!

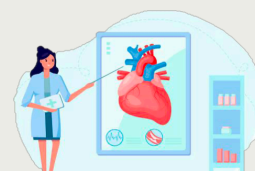
É importante referir que aderir a um estilo de vida saudável é processo longo e demorado que exige força de vontade. Todos nós devemos ser agentes de mudança, procurando o melhor para cada um de nós. Existe uma boa notícia, pois o sedentarismo e a alimentação inadequada são comportamentos de risco, contudo SÃO MODIFICÁVEIS!

(Dores, 2024)

Cuidar da sua saúde cardiovascular
é dar qualidade e vitalidade ao seu
futuro!



OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO E
PARTICIPAÇÃO!







Índice

1. Pequeno Almoço
2. Almoço
3. Lanche
4. Jantar
5. Referências Bibliográficas



MENU - Pequeno-almoço -

OPÇÕES SAUDÁVEIS!



Papas de Aveia
com maçã



Pudim
de Chia



Panquecas
de amêndoa

DISFRUTE DO SEU "CAFÉ DA MANHÃ" COM UMA DAS
PRESENTES OPÇÕES!

Papas de Aveia com Maçã

A fruta poderá ser à escolha, mas tem de estar
presente para dar sabor à sua receita!

INGREDIENTES

- 2 maçãs;
- 130 gr flocos de aveia;
- 150 gr de água;
- 200 ml de leite;
- 1 pau de canela;
- Mel (opcional);
- Canela em pó a gosto.

PREPARAÇÃO

1. Rale as maçãs e reserve;
2. Num recipiente para ir ao lume, junte o leite, a água, os flocos de aveia e o pau de canela e leve a lume brando;
3. Deixe ferver, baixo o lume e mexa cerca de 15 minutos até ficar em papa.
4. Junte a maçã ralada e deixe cozinhar mais 2 a 3 minutos.
5. Para terminar, sirva e polvilhe com canela, decore com maçã e um fio de mel.

É saciante e fácil de preparar!





Panquecas de amêndoa

As pancakes têm uma grande versatilidade podem ser simples, com canela e combinam bem com inúmeros alimentos.

INGREDIENTES

- 1 banana;
- 3 ovos;
- 1 colher chá de fermento;
- 1 chávena e 1/2 de farinha de amêndoa;
- Iogurte Natural q.b.;
- Frutos Vermelhos q.b.;
- 1 colher chá de mel.

PREPARAÇÃO

1. Junte a banana e um dos ovos e bata até a banana ficar desfeita;
2. Passe esta mistura para uma taça e junte os restantes ovos, fermento e a farinha de amêndoa e mexa até obter uma mistura suave;
3. Aqueça uma frigideira antiaderente e coloque a massa na mesma, fazendo círculos, para criar as pancakes;
4. Sirva as pancakes com iogurte, frutos vermelhos e um fio de mel.

A farinha de amêndoa auxilia na perda de peso e garante a saúde do coração, uma vez que tem poucos carboidratos e é rica em proteínas, fibras, vitaminas e minerais.



Pudim de Chia

Por ser tão fácil de fazer, dá-lhe muito descanso na cozinha e, curiosamente, precisa de repousar uma noite no frigorífico.

INGREDIENTES

- 1 colher de sopa de sementes de chia;
- Leite; iogurte natural; bebida vegetal;
- Fruta, a gosto.

PREPARAÇÃO

1. Num recipiente, misture a bebida com as sementes de chia;
2. Deixe repousar durante a noite;
3. De manhã acrescente fruta cortada em pedaços.

De origem mexicana, as sementes de chia são ricas em ácidos gordos Omega 3 e 6 que desempenham um papel essencial na proteção da saúde cardiovascular.



MENU - Almoço -

OPÇÕES SAUDÁVEIS!



Lombos de salmão grelhados em cama de legumes salteados



Salada de atum com feijão frade



Abóbora Recheada

NA HORA DE ALMOÇAR PODE TESTAR UMA DAS PRESENTES OPÇÕES!



Lombos de salmão grelhados em cama de legumes salteados

Um prato saudável, nutritivo e visualmente muito atraente.

INGREDIENTES

- 2 lombos de salmão;
- Sumo de limão;
- 1 limão;
- Alho picado;
- Ervas a gosto (tomilho, salsa...)
- 1 colher de chá de azeite;
- Legumes a gosto;
- 1 colher de café de sal e pimenta.

PREPARAÇÃO

1. Num recipiente, tempere os lombos de salmão com o limão, o alho e as ervas e deixe a marinar 10 minutos no frigorífico;
2. Pré aqueça uma frigideira em lume médio; Enquanto está a aquecer, prepare outra frigideira com uma colher de azeite e use-a para fazer os legumes.
3. Adicione alho picado e deixe cozinhar até ficar dourado;
4. Retire o salmão do recipiente e ponha-o na frigideira e deixe grelhar 4 minutos de cada lado;
5. Corte os legumes a gosto aos cubos;
6. Adicione os legumes à frigideira reservada para os mesmos e tempere-os com sal, pimenta e ervas a gosto.
7. Deixar os legumes a cozinhar durante 5-8 minutos, mexendo a mistura regularmente;
8. Retire o salmão quando tiver uma crosta dourada por fora e quando os legumes estiverem macios;

O salmão é uma excelente fonte de proteína e de ácidos gordos, ômega 3, enquanto os legumes fornecem fibra e uma grande variedade de vitaminas e minerais.





Salada de atum com feijão frade

Prato reconhecido pela sua confeção simples e rápida, com um elevado valor nutricional!

INGREDIENTES

- 3 ovos pequenos;
- Água q.b.;
- 1 lata pequena de feijão-frade cozido;
- 1 cebola roxa;
- 3 tomates;
- 2 colheres de sopa de vinagre;
- 1 embalagem de rúcula;
- 1 colher de café de sal.

PREPARAÇÃO

1. Coza os ovos durante 7 a 8 minutos em água temperada com sal;
2. Passe-os por água fria e descaque-os. Reserve.
3. Adicione alho picado e deixe cozinhar até ficar dourado;
4. Misture o feijão frade bem escorrido com atum, adicione a cebola finamente picada e o tomate sem sementes cortado em cubos;
5. Junte o vinagre e misture bem;
6. Coloque a rúcula num prato fundo e disponha a mistura preparada.
7. Polvilhe com os ovos cozidos picados.

O feijão frade é uma fonte proteica, rico em ácido fólico e minerais, tais como: potássio, fósforo, ferro, magnésio e zinco.



Abóbora Recheada

Dentro de qualquer cozinha, esta receita é um raio de sol reconfortante nos dias gelados de inverno.

INGREDIENTES

- Abóbora média;
- Legumes à escolha;
- 1 cebola picada;
- 1 carne de aves picada;
- 2 dentes de alho;
- 1 colher de café de azeite;
- Alecrim a gosto;
- 1 colher de café de sal;
- Pimenta a gosto.

PREPARAÇÃO

1. Pré-aqueça o forno a 180°C;
2. Corte as abóboras ao meio, retire as sementes e unte a abóbora, tanto por dentro, como por fora com azeite e tempere-a com sal e pimenta;
3. Coloque a abóbora no forno durante 30 minutos até ficar macia;
4. Tempere a carne e os vegetais escolhidos, separadamente ao seu gosto;
5. Num tacho, faça um refogado com a cebola, alho e um fio de azeite e deixe a carne a cozinhar;
6. Junte os legumes ao refogado e deixe cozinhar cerca de 10 minutos em lume brando.
7. Coloque o preparado dentro da abóbora e sirva.

A abóbora contém fibras, potássio e antioxidantes que ajudam a reduzir a pressão arterial e o risco de doenças cardiovasculares.



MENU - Lanche -

OPÇÕES SAUDÁVEIS!



Queques de banana e manteiga de amendoim



Iogurte natural com fruta e nozes



Gelatina com Queijo Quark

AS MERENDAS MAIS DELICIOSAS E SAUDÁVEIS QUE JÁ PODE EXPERIENCIAR NA HORA DO LANCHE!



Queques de banana e manteiga de amendoim

Dentro de qualquer cozinha, esta receita é um raio de sol reconfortante nos dias gelados de inverno.

INGREDIENTES

- 3 bananas maduras;
- 2/3 chavena de leite magro ou bebida vegetal sem adição de açúcar;
- 2/3 chavena de farinha de aveia;
- 4 colheres de sopa de manteiga de amendoim cremosa;
- 2 ovos
- 1 colher de chá de fermento em pó;
- Canela q.b.

PREPARAÇÃO

1. Numa taça junte a farinha, o fermento e a canela;
2. Numa outra taça esmague as bananas com ajuda de um garfo e junte a manteiga de amendoim, o leite ou bebida vegetal e os ovos e misture bem;
3. Adicione os ingredientes secos à mistura e envolva bem até ficar com uma consistência homogénea;
4. Coloque em formas e leve ao forno a 180°C durante 25 minutos ou até dourar por cima.

As bananas são ricas em potássio, um mineral incontornável para a saúde por várias razões, nomeadamente para manter uma tensão arterial saudável, o que, por sua vez, é essencial para a saúde cardiovascular.





Iogurte natural com fruta e nozes

O iogurte natural é um dos lanches mais versáteis e saudáveis que pode escolher.

INGREDIENTES

- Iogurte Natural;
- Fruta fresca à escolha;
- Nozes.

PREPARAÇÃO

1. Colocar iogurte natural num recipiente;
2. Adicionar fruta por cima, de acordo com o seu gosto;
3. Junte uma mão de nozes e disfrute do seu lanche nutricional.

As nozes são um fruto oleaginoso rico em gorduras insaturadas, benéficas para a saúde cardiovascular.



Gelatina com Queijo Quark

O iogurte natural é um dos lanches mais versáteis e saudáveis que pode escolher.

INGREDIENTES

- Queijo Fresco Batido 0%;
- Gelatina Light 0% açúcar;
- Água.

PREPARAÇÃO

1. Colocar num recipiente 500 ml de água quente, 500 ml de água fria, um pacote de gelatina e 1 embalagem de 500 mg de queijo fresco batido.
2. Misturar tudo até ficar homogêneo;
3. Dividir em 5 taças e levar ao frigorífico.

A gelatina fortalece os ossos articulações, aumenta a sensação de saciedade, regula o funcionamento do intestino e combate a prisão de ventre.



MENU - Jantar -

OPÇÕES SAUDÁVEIS!



Filetes de
pescada com
batata doce
assada



Frango Salteado
com
Legumes



Cuscuz com
legumes
salteados

Se para o Jantar não sabe o que confeccionar, ficam opções saudáveis para saborear!



Filetes de pescada com batata doce assada

Uma refeição preparada num só tabuleiro de forno, combinada com os melhores temperos e aromas.

INGREDIENTES

- Filetes de pescada;
- Azeitona preta em rodela;
- Espargo verde;
- Batata doce;
- Um colher de chá de sal;
- Uma pitada de pimenta moída;
- Alecrim a gosto;
- Uma colher de chá de azeite.

PREPARAÇÃO

1. Pré-aqueça o forno a 190°C;
2. Coloque os filetes num tabuleiro de forno e polvilhe-os com tomate picado;
3. Corte os talos os espargos, rejeitando as bases mais rijas e coloque-os em redor dos filetes;
4. Corte as batatas ao meio e disponha-os no tabuleiro;
5. Tempere com sal, pimenta, folhas de alecrim e azeite;
6. Leve ao forno cerca de 20 minutos e sirva.

O consumo habitual de pescada desencadeia uma redução do perímetro abdominal e da tensão arterial diastólica, reduzindo os riscos de doenças cardiovasculares.





Cuscuz com legumes grelhados

Combine com o cuscuz, leve e solto com legumes e delície-se com esta refeição.



Frango salteado com legumes

Sirva este prato equilibrado, saboroso e saudável!

INGREDIENTES

- Cuscuz;
- Uma colher de café de sal;
- Tomilho;
- Uma colher de chá de azeite;
- Alho;
- Vegetais;
- Queijo feta;
- Pimenta q.b..

PREPARAÇÃO

1. Coloque o cuscuz numa tigela, meça a quantidade de água e aqueça-a;
2. Tempere com o sal, tomilho, o azeite e verta-a por cima do cuscuz.
3. Tape e deixe descansar 5 minutos;
4. Aqueça o restante azeite numa frigideira, junte o alho e salteie durante 2 minutos;
5. Adicione vegetais e cozinhe 10 minutos;
6. Corte o queijo em cubos e reserve;
7. Solte o cuscuz com um garfo, disponha-o num prato e por fim, coloque os legumes salteados, o queijo e o tomilho reservados e sirva.

As fibras presentes nos cuscuz podem auxiliar na redução do colesterol, contribuindo para a saúde cardiovascular



INGREDIENTES

- Peito de frango;
- Uma colher de café de sal;
- Alho em pó;
- Uma colher de chá de azeite;
- Cogumelos laminados;
- Legumes a gosto;
- Arroz basmati;
- Limão;
- Hortelã;
- Água;
- Uma pitada de pimenta;
- Vinagre balsâmico.

PREPARAÇÃO

1. Coloque as tiras de frango dentro de um saco para alimentos, junte-lhes o sal, o alho em pó e o caril. Feche o saco e agite-o.
2. Aqueça o azeite numa frigideira e adicione-lhe as tiras de frango e os cogumelos. Salteie sobre lume forte durante 3 minutos, mexendo sempre.
3. Junte a mistura de legumes, tempere com o sal e mexa e deixe em lume moderado durante 20 minutos.
4. Ao mesmo tempo aqueça o restante azeite num tacho, junte o arroz e frite por 1 a 2 minutos, mexendo frequentemente.
5. Adicione uma tira da casca do limão e hortelã, regue com a água e coza durante 15 minutos.
6. Salpique o frango e os legumes com pimenta moída na altura e regue com o vinagre balsâmico.
7. Retire a casca de limão e os pés de hortelã ao arroz, junte-lhe a restante hortelã picada e mexa com um garfo e sirva.

Comparado à carne vermelha, o frango tem baixo teor de gordura saturada, o que pode ajudar a reduzir os níveis de colesterol e diminuir o risco de doença cardiovascular.



*A saúde alimentar é o
resultado de encontrar o
equilíbrio e um pouco de
satisfação à mesa.*



Referências Bibliográficas

- <https://www.arodadaalimentacao.pt/receita/pequeno-almoco-rapido-e-saudavel/>
- <https://www.arodadaalimentacao.pt/receita/lanches-proteicos-rapidos-saudaveis/>
- <https://www.arodadaalimentacao.pt/alimentacao/refeicoes-saudaveis-restaurantes/>
- <https://www.arodadaalimentacao.pt/receitas/>
- <https://www.royalcontigo.com/pt/receitas/gelatina-com-queijo-quark-431161>
- <https://www.pingodoce.pt/receitas/filetes-de-pescada-com-batata-assada/>
- <https://www.pingodoce.pt/receitas/cuscuz-legumes-grelhados-queijo-feta/>
- <https://www.pingodoce.pt/receitas/frango-salteado-com-legumes>
- <https://omeumundosaudavel.blogspot.pt>



APÊNDICE II - PROCESSO DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÃO DO ER NO PROCESSO DE
CAPACITAÇÃO PARA AUTONOMIZAR – SENHOR P. L.



Escola Superior de Saúde de Santarém

Processo de Enfermagem

Intervenção do ER no Processo de Capacitação para Autonomizar – Senhor P. L.

Discente:

Jéssica Madeira



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Saúde de Santarém

UC: Estágio I de Natureza Profissional – UCC Cartaxo

Ano

letivo:

2024/2025

Processo de Enfermagem

Intervenção do ER no Processo de Capacitação para Autonomizar – Senhor P. L.

Discente:

Jéssica Madeira nº160408005

Enfermeira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Edite Caldeira

Docente Orientadora:

Professora Doutora Júlia Santos

Cooperante:

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ATP – Adenosina Trifosfato;

CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

Escala de NIHSS – Escala National Institutes of Health Stroke Scale;

ER – Enfermagem de Reabilitação;

PNV - Plano Nacional de Vacinação;

SOS – *Si Opus Sit* (Se necessário);

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio;

SQTL – Síndrome de QT Longo;

TA – Tensão Arterial;

UC – Unidade Curricular.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. CONHECER QUEM SE CUIDA: AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL – PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE.....	5
1.1. PADRÃO DE MANUTENÇÃO/PERCEÇÃO DE SAÚDE.....	5
1.2. PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO.....	8
1.3. PADRÃO DE ELIMINAÇÃO.....	9
1.4. PADRÃO ATIVIDADE-EXERCÍCIO.. ..	9
1.5. PADRÃO SONO-REPOUSO.....	13
1.6. PADRÃO COGNITIVO-PERCETIVO.....	13
1.7. PADRÃO AUTOPERCEÇÃO-AUTOCONCEITO.....	14
1.8. PADRÃO PAPEL-RELAÇÃO.....	14
1.9. PADRÃO SEXUALIDADE-REPRODUÇÃO.....	14
1.10. PADRÃO ADAPTAÇÃO-TOLERÂNCIA AO STRESS.....	15
1.11. PADRÃO VALORES E CRENÇAS.....	15
1.12. PLANEAMENTO DA ALTA.....	15
2. ELEMENTO ESTRUTURANTE AO CUIDADO: AVALIAÇÃO FÍSICA E MENTAL.....	17
3. PLANO DE CUIDADOS.....	25
CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação (ER) define-se como uma área da Enfermagem que visa a resolução de problemas, prevenindo de complicações, capacitando e maximizando o potencial da pessoa alvo de cuidados (Ribeiro, 2021). De acordo com a autora, a ER preconiza a melhoria da qualidade de vida e proporciona a reintegração e a sua participação na sociedade.

Deste modo, o Processo de Enfermagem constitui-se como um instrumento essencial à organização do processo de cuidados e ao implementar das intervenções, de forma a garantir a continuidade e a excelência dos cuidados prestados.

Em Enfermagem de Reabilitação, o Processo de Enfermagem possibilita uma abordagem personalizada, através da concretização de objetivos realistas, de acordo com a condição da pessoa. Este processo reflete uma atuação restaurativa, através da identificação personalizada das necessidades e potencialidades da pessoa. O presente processo de cuidados de reabilitação potencia as capacidades existentes, prevenindo complicações e fomentando a independência nas atividades da vida diária. Através da capacitação, é valorizada a participação ativa da pessoa nos autocuidados, incitando uma melhoria na sua qualidade de vida.

O senhor P.L. foi a pessoa selecionada para a realização do processo de enfermagem, baseado na colheita de dados realizada perante o mesmo. Assim, será exibida em primeira instância, a colheita de dados realizada que inclui os 11 Padrões Funcionais de Saúde (PFS) e *à posteriori* o plano de cuidados com os diagnósticos, resultados esperados e intervenções formuladas, respondendo às necessidades individualizadas da mesma.

Este Processo de Enfermagem visa: incorporar os conhecimentos teóricos na prática de enfermagem e na Enfermagem de Reabilitação, uma vez que são indissociáveis; perceber sinais e sintomas de alterações em cada um dos PFS; estabelecer relação terapêutica com a pessoa; constatar situações de desequilíbrio na saúde da pessoa e no seio familiar; assegurar a continuidade de cuidados; mobilizar conhecimentos pedagógicos na área de educação para a saúde; planejar, realizar e avaliar os cuidados de enfermagem, utilizando esta metodologia; demonstrar conhecimentos no âmbito das intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER); agir em conformidade com os princípios humanistas.

CONHECER QUEM SE CUIDA: AVALIAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL – PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE

O presente capítulo constitui a colheita de dados, objetivando uma análise profunda referente à pessoa selecionada, integrando a apresentação da mesma, neste contexto.

Para contextualização, a apresentação da pessoa constitui-se essencial. Assim, o senhor P.L. do sexo masculino, nasceu no dia 25/08/1989 e possui 35 anos. Possui nacionalidade portuguesa, natural do Carnaxide, Lisboa.

O senhor P.L. possui o 12º ano de escolaridade. Trabalhava anteriormente na área Comercial, no entanto, tinha concluído o curso de Piloto de Linha Aérea em 2023, no mesmo ano em que a sua saúde sofreu alterações, pelo que, neste momento, possui o estatuto de Incapacidade Temporária. No entanto, não poderá voltar a exercer funções no âmbito de Piloto, dadas as limitações que o acompanharão.

Os Padrões Funcionais de Saúde concebidos por Marjory Gordon revelam-se elementos facilitadores para a elaboração de diagnósticos de Enfermagem.

A Funcionalidade é apreciada de acordo com a pessoa e a sua interação biopsicossocial com o ambiente, sendo os padrões funcionais de saúde influenciados por fatores biológicos, culturais, sociais e espirituais. A análise da funcionalidade provém de uma avaliação individualizada, tendo em ponderação a idade, o nível de cuidado requerido e o contexto cultural e social, onde a pessoa se encontra inserida (Bitencourt et al., 2023).

1.1. PADRÃO DE MANUTENÇÃO/PERCEÇÃO DE SAÚDE:

O Padrão de manutenção/perceção de saúde consiste na perceção da pessoa acerca do padrão de saúde e bem-estar e como sua saúde é controlada (Bitencourt et al., 2023).

P.L. possuiu hábitos tabágicos desde os 16 anos, cessando-os no ano de 2022. Fumador de cerca de 1 a 2 maços por dia, durante 17 anos. Hábitos etanólicos apenas socialmente, cerca de uma bebida alcoólica por semana.

Apresenta alergia ao pó e ácaros, bem como ao pólen. O Plano Nacional de Vacinação (PNV) encontra-se completo e atualizado (segundo informação do mesmo).

No que respeita à terapêutica habitual, apresenta-se, em seguida, uma tabela que demonstra a terapêutica, a via de administração, a dosagem e a frequência com que a realiza.

TERAPÊUTICA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA
Nadolol	Oral	80 mg	1x Dia: 20H

O senhor P. apresenta alterações na sua saúde, nomeadamente: Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com Síndrome de QT Longo (SQTL). Apresenta também Processo do Sistema Endócrino Comprometido relacionado com Carcinoma Papilar na Tiróide, a aguardar cirurgia programada e Processo do Sistema Metabólico Comprometido relacionado com Obesidade. Contextualizando, esta alteração em saúde no sistema cardíaco é de cariz genético caracterizada por um prolongamento significativo do intervalo QT, predispondo a arritmias ventriculares, manifestando-se clinicamente com síncope, convulsões ou morte súbita (Fernandes et al., 2015).

O Nadolol atua como antagonista beta-adrenérgico não seletivo com uma semivida longa, estando indicado nesta situação em específico com o intuito de diminuir o ritmo cardíaco, diminuindo o volume de sangue bombeado e por sua vez reduzindo a pressão arterial, aumentando a eficiência do sangue impulsionado e reduzindo o esforço por parte do coração.

Assim, o segundo Infarmed, Nadolol liga-se aos recetores beta-adrenérgicos (responsáveis pelo relaxamento vascular) no coração, inibindo os efeitos da epinefrina, da norepinefrina e catecolaminas e diminui a frequência cardíaca, débito cardíaco e a pressão arterial sistólica e diastólica. Também bloqueia os recetores beta-2 adrenérgicos localizados na musculatura lisa dos bronquíolos, causando vasoconstrição. Ao ligar-se aos recetores beta-2 no aparelho justaglomerular, o Nadolol inibe a produção de renina, inibindo assim a produção de angiotensina II e aldosterona. Portanto, o Nadolol inibe a vasoconstrição, respetivamente.

Na verdade, o senhor apresenta já antecedentes familiares neste âmbito, nomeadamente, de síncope e morte súbita da mãe aos 36 anos e do avô aos 51 anos.

Os autores anteriormente mencionados referem que no que diz respeito ao beta bloqueador mais eficaz, existe alguma evidência de que o nadolol e o propranolol possam ser mais seguros e eficazes. No caso de a pessoa, com a presente condição de saúde, ser reanimada por paragem cardiorrespiratória está indicada a implantação de Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI).

P.L. apresentou o Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com Paragem Cardiorrespiratória em Agosto de 2023, dando entrada no serviço de urgência da ULS Santa Maria, com recuperação após 69 minutos de reanimação.

Após estabilizado, foi transferido para o serviço de medicina intensiva da ULS Santa Maria, permaneceu no serviço desde Julho de 2023 a Novembro de 2023. Com necessidade de traqueostomia, a qual permaneceu até outubro de 2023, sendo que o encerramento decorreu sem intercorrências. Como sequelas a nível do Processo do Sistema Neurológico relacionado com Encefalopatia Hipóxico-isquémica difusa resultou neuropatia ótica (perda parcial da visão a nível bilateral, compensada com lentes de contacto, informação fornecida pelo senhor) e ataxia da marcha.

Ainda, neste contexto, foi submetido a uma pequena cirurgia cardíaca relacionada com o Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com SQT, para colocação de Cardioversor Desfibrilhador Implantável em Julho de 2023, uma vez que é uma opção terapêutica indicada na prevenção secundária de morte súbita cardíaca após paragem cardiorrespiratória por taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, eventos sincopais recorrentes de origem arritmogénica (Carvalho et al., 2024).

P.L. teve alta diretamente do serviço de medicina intensiva para o domicílio, sendo que ficou referenciado para o Programa de Reabilitação Cardiovascular na primeira consulta de seguimento após alta em março de 2023. A 10 de abril de 2024, foi à primeira consulta médica e de enfermagem e realizou a prova de esforço cardiorrespiratória, na companhia da mulher, onde foi explicada a dinâmica do programa, sendo que iniciou o programa em agosto de 2024 e mantém até aos dias de hoje, às terças e quintas-feiras com a componente respiratória e motora das 8h às 9h (com a equipa de enfermagem de reabilitação) e apenas motora, das 9h às 10h (com a equipa de fisioterapia no ginásio).

No mês de dezembro de 2023 e janeiro de 2024 esteve integrado no programa de reabilitação motora do Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão (CMRA). Na atualidade mantém apenas hidroterapia e terapia ocupacional no CMRA às segundas, quartas e sextas-feiras, a fisioterapia encontra-se suspensa por questões inerentes à gestão e estrutura organizacional do centro. Posto isto, frequenta uma clínica Particular de Fisioterapia às segundas e quintas-feiras.

Apresentam-se, nesta sequência, os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

Processo Cardíaco Comprometido

Processo do Sistema Musculoesquelético Comprometido

A pessoa alvo de cuidados possui plena consciência dos seus défices, com cognição mantida e perceção do estado de saúde transposta à sua realidade. A esposa também com perceção mantida acerca dos défices do senhor P.L., estando também integrado no processo de cuidados.

A esposa encontra-se a trabalhar por conta de outrem numa empresa de contentora, sendo comercial da empresa, em modo híbrido (desloca-se apenas 1 a 2 vezes por semana à empresa, os restantes dias trabalha remotamente) e, por isso, tem alguma disponibilidade para o acompanhar no processo de cuidados. De notar que ambos possuem uma relação de proximidade e ligação forte, bem como com o filho.

1.2. PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO

O Padrão Nutricional-Metabólico integra aspetos relacionados com o consumo de alimentos (dieta) e ingesta hídrica relativa à necessidade metabólica, além de considerar o suporte de nutrientes específicos e o estado da pele da pessoa (Bitencourt et al., 2023).

O senhor P.L. apresenta 175 cm e 94,200 kg. Assim, um Índice de Massa Corporal (IMC) de aproximadamente 30,8 kg/m². Com perímetro abdominal de 91,2 cm. Este valor encontra-se acima dos parâmetros considerados normais, foi realizada uma sessão de educação para a saúde, acerca de hábitos de vida saudáveis, para que possa consciencializar-se acerca da sua alimentação e da importância da hidratação e da realização de exercício físico.

A alimentação cumprida pela pessoa selecionada constitui-se como variada e equilibrada, com poucos açúcares, segundo revelou. Este refere apetite mantido. Para além do mesmo, sem sintomas de náuseas, vômitos, estomatite ou diminuição/alteração do paladar. Não apresenta prótese dentária, no entanto, refere falta de 2 peças dentárias.

A pessoa alvo de cuidados refere ingerir cerca de 1 litro e meio de água por dia. Neste contexto, o mesmo não apresenta alterações na deglutição. O senhor P.L. refere não se lembrar que deve beber água, devendo ser incentivada a fazer ingestão hídrica e introduzir alimentos que possam possuir moléculas de hidrogénio, como o pepino, a couve e o tomate e frutas como a melancia, o morango, o melão e a laranja.

No que se refere à sua integridade cutânea, apresenta pele íntegra e mucosas coradas e hidratadas. Não apresenta sinais e sintomas de desidratação, como secura da pele e mucosas, aumento da temperatura corporal ou alteração do estado de consciência.

De referir que dado o seu estado nutricional e a sua pele, e de acordo com os parâmetros de avaliação da Escala de Braden, o senhor P. apresenta baixo risco para o desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP's), com o valor de 21 pontos na sua totalidade.

ESCALA DE BRADEN					Total
Percepção sensorial	Completamente Limitada	Muito Limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma Limitação	Valor 4
Humidade	Pele constantemente húmida	Pele muito húmida	Pele ocasionalmente húmida	Pele raramente húmida	Valor 4
Atividade	Acamado	Sentado	Anda ocasionalmente	Anda Frequentemente	Valor 4
Mobilidade	Completamente imobilizado	Muito Limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma Limitação	Valor 3

Nutrição	Muito Pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente	Valor 3
Fricção e Forças de Deslizamento	Problema	Problema Potencial	Nenhum Problema		Valor 3

Diagnósticos de Enfermagem:

Risco de Desidratação

Peso Comprometido

1.3. PADRÃO DE ELIMINAÇÃO

O Padrão de Eliminação consiste na exploração de aspetos relacionados com a eliminação, nomeadamente excreção vesical e intestinal (Bitencourt et al., 2023). O senhor apresenta controlo do esfíncter vesical, sem alterações na eliminação urinária, urinando no WC.

No que se refere ao controlo do esfíncter intestinal, não apresenta alterações na eliminação intestinal, com dejeções diárias e mantidas, descrevendo fezes de consistência mole e cor castanha.

1.4. PADRÃO ATIVIDADE-EXERCÍCIO

O Padrão de Atividade-Exercício diz respeito à maneira como se realiza a atividade/lazer da pessoa, nomeadamente capacidade para se autocuidar, bem como se utiliza dispositivos auxiliares para se deslocar e como é o seu desempenho nas atividades (Bitencourt et al., 2023).

O senhor P.L. integra o programa de Reabilitação Cardíaca Fase II no Hospital Pulido Valente (HPV). De acordo com a Direção Geral de Saúde (2017), a reabilitação cardíaca constitui-se como uma intervenção, onde a pessoa mantém ou recupera a sua condição física, psicológica, social e laboral de forma satisfatória, após um evento cardíaco ou no contexto de doença crónica, com o objetivo major de melhorar a qualidade de vida da mesma.

Os programas de reabilitação cardíaca são estruturados ao longo de 3 fases: fase I (intra-hospitalar), fase II (fase de transição, em regime ambulatorio) e, por fim, fase III (manutenção) (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2022). É um programa desenvolvido por uma equipa interdisciplinar, onde se inclui o EEER. A integração dos conhecimentos de várias áreas profissionais culmina na obtenção dos objetivos específicos delineados para cada pessoa ao longo do programa.

Deste modo, a fase II corresponde à fase realizada em contexto de ambulatorio. Esta deve iniciar-se 1 a 2 semanas após o evento, tendo uma duração entre 8 a 12 semanas, ocorrendo em centros especializados de reabilitação cardíaca e inclui a delineação de um programa de exercício físico

adaptado às necessidades de cada pessoa, com a intensidade, tipo, duração, frequência e modalidade necessária e através da intervenção educacional no âmbito dos estilos de vida saudáveis. A intervenção da ER centra-se na educação para a saúde e na conceção e implementação de programas de treino a nível motor, cardíaco e respiratório e na reavaliação e reformulação dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A Unidade de Reabilitação do serviço de Cardiologia do Hospital Pulido Valente integra uma equipa multiprofissional que se traduz em médicos cardiologistas, EEER, fisiatras, psicólogos, fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, nutricionistas, médicos internistas e administrativas. A sua finalidade é a recuperação funcional da pessoa que sofre um evento cardiovascular, com vista à obtenção de qualidade de vida e redução dos fatores de risco cardiovascular, prevenindo futuras complicações.

A fase II envolvendo sessões de carácter presencial, e tem uma duração de 8 a 12 semanas, duas vezes por semana que decorrem de segunda a sexta-feira entre as 10 e as 13 horas.

Neste caso, P.L. integra o grupo das 8h15 às 9h15 de terça e quinta-feira. O programa integra dois momentos distintos: uma sessão de reeducação funcional respiratória, dirigida pelas enfermeiras especialista em enfermagem de reabilitação presentes com a duração de 60 minutos e, em seguida uma sessão de reabilitação motora no ginásio do hospital orientada pela equipa de medicina física e reabilitação com a duração de 60 minutos.

No decorrer do programa de reabilitação foi assíduo ao mesmo e às consultas marcadas neste âmbito, sempre motivado pela sua vontade em recuperar.

No decorrer dos dias em que foram prestados cuidados, P.L. apresentou os seguintes Sinais Vitais:

Data	Hora (Antes e depois do programa)		TA		FC		SpO2		Dor (Escala Numérica da Dor)	
18/02/2025	8h15	9h00	123/70 mmHg	117/69 mmHg	67 Bpm	72 Bpm	97%	95%	0/10	0/10
20/02/2025	8h15	9h00	121/71 mmHg	123/74 mmHg	68 Bpm	67 Bpm	92%	94%	0/10	0/10
25/02/2025	8h15	9h00	132/74 mmHg	128/67 mmHg	66 Bpm	69 Bpm	96%	98%	0/10	0/10

Assim, nas três avaliações de sinais vitais, o senhor P.L. apresentava-se: normotenso, normocárdico, com pulso rítmico e fino. A saturação periférica de oxigénio encontra-se dentro dos parâmetros considerados normais, nos dias 18/02/2025 e 25/02/2025. No dia 20/02/2025, a pessoa

alvo de cuidados encontrava-se com o Processo do Sistema Respiratório Comprometido relacionado com Infecção Respiratória. Refere não apresentar dor.

No decorrer dos turnos, foi possível observar cansaço a médios esforços, com necessidade de gerir a sua atividade, sendo que foram realizados ensinamentos acerca de técnicas de conservação de energia. A sintomatologia descrita até ao momento é evidência de Tolerância à Atividade Diminuída que poderá ser comprovada através da Escala de Borg Modificada (Instrumento que permite avaliar o esforço percebido de 0 a 10 numericamente, 0 = Nenhum; 0,5 = Muito, muito leve; 1 = Muito Leve; 2 = Leve; 3 = Moderado; 4 = Um pouco intenso; 5-6 = Intenso; 7-8 = Muito intenso; 9 = Muito, muito intenso; 10 = Máximo).

Data	Hora		Escala de Borg Modificada (0-10)	
	(Antes e depois do programa)			
18/02/2025	8h15	9h00	2/10	3/10
20/02/2025	8h15	9h00	4/10	3/10
25/02/2025	8h15	9h00	2/10	2/10

Para além disto, P.L. apresenta limitações físicas decorrentes do Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com Paragem Cardiorrespiratória, nomeadamente, **Mobilidade Diminuída, Força Muscular Diminuída, Tónus Muscular Diminuído e Equilíbrio Estático e Dinâmico Comprometido.**

De acordo com a Escala de Barthel, o senhor P.L. apresenta um grau de funcionalidade alto, traduzindo-se em dependência ligeira na satisfação das suas Atividades de Vida Diárias, como se pode verificar abaixo. A capacidade para se autocuidar pode ser avaliada (0 = Independente; 1 = Dispositivos auxiliares; 2 = Com ajuda parcial; 3 = Com Ajuda parcial da equipa; 4 = Totalmente dependente):

De acordo com a Escala de Avaliação do Risco de Quedas – Escala de Morse, em seguida retratada:

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	0	1	2	3	4
<u>Comer e beber</u>	X				
<u>Lavar-se / tomar banho</u>	X				
<u>Vestir-se/despir-se</u>	X				
<u>Uso do wc</u>	X				
<u>Mobilidade no leito</u>	X				
<u>Transferências</u>	X				
<u>Deambulação</u>	X				
<u>Subir escadas</u>	X				
<u>Ir às compras</u>	X				
<u>Cozinhar</u>	X				
<u>Atividades de manutenção da casa</u>	X				
Historial de quedas (nos últimos 3 meses): Não (0 pts); Sim (25 pts).		VALOR: 25			
Diagnóstico(s) Não (0 pts); Sim (15 pts).		Secundário(s): VALOR: 15			
Ajuda para Caminhar: Nenhuma/ajuda de enfermeiro/ acamado/ cadeira de rodas (0 pts); Muletas / canadianas / bengala / andarilho (15 pts); Apoia-se no mobiliário para andar (30 pts).		VALOR: 30			
Terapia Intravenosa: Não (0 pts); Sim (20 pts).		VALOR: 0			
Postura no andar e na transferência: Normal / Acamado / Imóvel (0 pts); Debilitado (10 pts); Dependente de ajuda (20 pts).		VALOR: 10			
Estado Mental: Consciente das suas capacidades (0 pts); Esquece-se das suas limitações (15 pts).		VALOR: 0			
Valor – Escala de Morse (Risco de Queda)		TOTAL: 80 pontos			

Desta maneira, o senhor apresenta **Alto Risco de Queda**, com pontuação superior a 51 pontos, nomeadamente uma totalidade de 80 pontos.

A nível da marcha, o senhor P. apresenta uma marcha atáxica, no entanto, com imensa melhoria, com as terapias coadjuvantes. Com alguns movimentos descoordenados, passos irregulares, uma marcha algo cambaleante com base de sustentação alargada, realiza também flexão acentuada do joelho, levantando um pouco os pés deixando-os cair com pouco controlo e pouco segurança, mais visível no membro inferior esquerdo. São utilizados os membros superiores para compensar o desequilíbrio.

Durante o treino de marcha e atividade, este apresenta défices motores, como já referidos anteriormente, apresentando vontade de melhorar, colaborando sempre dentro do que lhe é possível.

Assim, apresentam-se os seguintes diagnósticos:

Diagnósticos de Enfermagem:

Força Muscular Diminuída

Tónus Muscular Diminuído

Equilíbrio Comprometido

Intolerância à Atividade em grau moderado

Risco de Queda

1.5. PADRÃO SONO-REPOUSO

O Padrão de Sono-Reposo encontra-se relacionado com os hábitos de sono, descanso e relaxamento da pessoa alvo de cuidados (Bitencourt et al., 2023).

O senhor P.L. refere não ter hábitos antes de adormecer, esclarecendo que mantém o sono no período noturno, sem interrupções. Possui um sono que considera reparador, de acordo com informação prestada pelo mesmo. Não possui necessidade de terapêutica farmacológica associada a este padrão. O mesmo partilha quarto com a esposa, o ambiente é calmo e seguro.

1.6. PADRÃO COGNITIVO-PERCETIVO

O Padrão Cognitivo-Percetivo integra aspetos relacionados com perceção sensorial e cognitiva (Bitencourt et al., 2023).

P.L. refere sentir-se motivado a ultrapassar algumas das suas limitações e a viver com outras, apresentando um humor eutímico. Assim, refere apenas sentimentos de preocupação, no que se refere à sua condição de saúde e à sua vida profissional, uma vez que é novo e deseja continuar a trabalhar.

O senhor P.L. é orientado na pessoa, no tempo e no espaço e apresenta um discurso fluente. Este não apresenta alterações no raciocínio, concentração ou memória. Apresenta alterações a nível da visão, utilizando lentes de contacto graduadas como regime de compensação. No entanto, apresenta olfato, tato e paladar mantidos. Tem noção dos seus défices.

1.7. PADRÃO AUTOPERCEÇÃO-AUTOCONCEITO

O Padrão Autoperceção-Autoconceito consiste no autoconceito e próprias percepções (autopercepção, do trabalho, imagem corporal, estado de espírito) da pessoa (Bitencourt et al., 2023).

O senhor verbalizou que apesar da sua condição, sempre se sentiu resolvido interiormente, no entanto apresenta desconforto relativamente às limitações na visão e na marcha, contudo sabe que está a fazer o possível para melhorar, de acordo com palavras suas.

Diagnósticos de Enfermagem:

Autoimagem Comprometida

1.8. PADRÃO PAPEL-RELAÇÃO

O Padrão Papel-Relação integra o desempenho do indivíduo nos relacionamentos, bem como regras de estabelecimento de relacionamentos e vínculos (Bitencourt et al., 2023).

Deste modo, P.L. vive com a esposa e o filho de três anos. Possui um excelente relacionamento com os restantes membros da sua família e no decorrer do programa, também foi possível perceber a sua boa relação com os restantes profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados.

1.9. PADRÃO SEXUALIDADE-REPRODUÇÃO

O Padrão de Sexualidade-Reprodução refere-se ao nível de satisfação relacionada com o padrão sexual e reprodutivo experienciada pelo indivíduo (Bitencourt et al., 2023).

O senhor P. referiu ter um filho saudável.

Apesar do estado de saúde que apresenta atualmente, este releva que não existem quaisquer implicações na sua vida sexual.

1.10. PADRÃO ADAPTAÇÃO-TOLERÂNCIA AO STRESS

O Padrão Adaptação e Tolerância ao Stress descreve a resposta associada a situações de maior pressão que a pessoa enfrenta e como as tolera ou reage sobre as mesmas (Bitencourt et al., 2023). O senhor alvo de cuidados revela força de vontade associada ao estado atual da sua saúde. Este confessa que, inicialmente, deteve alguma dificuldade em enfrentar as mudanças, com sentimento de revolta associado, contudo com o seu progresso e evolução a nível das suas alterações, apenas quer melhorar ao máximo as suas potencialidades, segundo informação da pessoa.

Como estratégia facilitadora ao processo optou-se por realizar junto do senhor um processo de interiorização, no que diz respeito à orientação dos seus pensamentos, focalizando-os, no que, para si, se constitui como positivo e controlável por si, abstraindo-se da negatividade que possa surgir. Assim, este referiu que a estratégia foi eficaz para alterar o seu processo de pensamento. Esta estratégia foi trabalhada ao longo do processo de cuidados e teve um impacto positivo para o mesmo.

1.11. PADRÃO VALORES E CRENÇAS

O Padrão Valores e Crenças refere-se aos valores e crenças, incluindo espirituais e metas de vida para a orientação da tomada de decisão (Bitencourt et al., 2023).

O senhor P.L. revelou ser agnóstico, não acreditando ou negando a existência de Deus, sem filiação a qualquer tipo de religião.

O seu estado civil é casado. “Casado há 6 anos” (sic).

1.12. PLANEAMENTO DA ALTA

Perspetivando a alta do programa de reabilitação cardiovascular por parte do senhor P.L. foram sido discutidos aspetos essenciais que podem ser cruciais para esse mesmo momento.

Assim, é de conhecimento adquirido pela informação prestada pelo mesmo que a esposa lhe garante apoio, bem como alguns familiares mais próximos.

O senhor P. refere que conseguirá aceder ao que a mesmo necessitar para a manutenção ou resolução das suas alterações de saúde, tendo em conta a sua capacidade económica. Neste momento, este já integra também um programa reabilitação numa clínica particular que tenciona manter.

A preocupação que refere ter será acerca da sua condição de saúde na sua atividade diária, está relacionada com a sua vontade de regressar à vida profissional. Contudo, revela ter muita força de vontade e refere que irá colaborar em todo o processo para se autonomizar o máximo quanto

possível. Neste momento, esta temática não é um motivo de ansiedade ou preocupação, pois a sua prioridade é melhorar a sua funcionalidade.

2. ELEMENTO ESTRUTURANTE AO CUIDADO: AVALIAÇÃO FÍSICA E MENTAL

Este capítulo retrata o exame neurológico realizado ao senhor P.L., cuja finalidade será identificar as limitações físicas e psicológicas do mesmo, integrando o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem diferenciados ao mesmo.

Avaliação das Capacidades Cognitivas:

Estado de Consciência: Desperto, consciente, escala de Glasgow com score de 15.

Orientação espaço-temporal: Orientado no tempo e no espaço.

Atenção: Vígil e atento.

Memória e aprendizagem: Memória recente e antiga, bem como capacidade de aprendizagem mantida.

Expressão e compreensão oral: Discurso normal.

Estado emocional: Humor eufímico.

Avaliação Neurológica

Pares Cranianos M-Mantido D - Diminuída A - Ausente NA- Não Avaliável		14/01/2025
I - Olfativo	Fecha os Olhos Identifica os Odores	M
II – Óptico	Encerra um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro)	D
III – Óculo-motor IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	Segue o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H Simetria dos movimentos oculares	M
V – Trigêmeo	Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa Reflexo córneo-palpebral Encerra e move a mandíbula bilateralmente	M
VII – Facial	Sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras Apagamento do sulco nasogeniano	M
VIII – VestíbuloCoclear	Acuidade auditiva de olhos fechados Equilíbrio estático e dinâmico Tonturas e ou vertigens	D

	Teste de Romberg – De pé com os pés juntos e os membros superiores em extensão (anterior) e olhos fechados	
IX – Glossofaríngeo	Reconhece os sabores como o doce e salgado	M
X – Vago	Reflexo do vômito Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	M
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência	M
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência	M

- Avaliação da Força Muscular**

Articulações		Força Muscular
Pescoço		5/5
Tronco		5/5
Membro Superior Direito	Ombro	5/5
	Cotovelo	5/5
	Punho	5/5
	Dedos	5/5
Membro Superior esquerdo	Ombro	5/5
	Cotovelo	4/5
	Punho	4/5
	Dedos	4/5
Membro Inferior Direito	Anca	5/5
	Joelho	5/5
	Pé	5/5
	Dedos	5/5
Membro Inferior esquerdo	Anca	4/5
	Joelho	4/5
	Pé	4/5
	Dedos	5/5

Instrumento de avaliação da força de LOWER:

- 5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;
- 4/5 – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
- 3/5 – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
- 2/5 – Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;
- 1/5 – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
- 0/5 – Sem contração muscular e sem movimento.

- **Avaliação do Tônus Muscular**

Tônus Muscular			
Membro superior		Membro Inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
0	0	0	0

Instrumento de avaliação do Tônus Muscular de Ashworth

- Grau 0 – Tônus normal. Sem aumento do tônus muscular.
- Grau 1 – Discreto aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
- Grau 1+ – Discreto aumento do tônus em menos de metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
- Grau 2 – Aumento do tônus em mais de metade do arco de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
- Grau 3 – Considerável aumento do tônus muscular, movimentos passivos dificultados. Partes em flexão ou extensão.
- Grau 4 – Partes rígidas em flexão ou extensão.

- **Avaliação da Sensibilidade**

	Face e Cabeça		Membro superior		Membro Inferior	
	Direita	Esquerda	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Térmica	2	2	2	2	2	2
Álgica	2	2	2	2	2	2
Táctil	2	2	2	2	2	2

Postural	2	2	2	2	2	2
----------	---	---	---	---	---	---

SENSIBILIDADE: 0 – Ausente 1 – Diminuída 2 – Normal NT – não testável

- Avaliação da Amplitude Articular**

		Amplitude normal dos movimentos (º)	Direita	Esquerda
Ombro	Flexão	180	M	M
	Abdução	180	M	M
	Rotação externa	90	M	D
	Rotação interna	70	M	D
Cotovelo	Flexão	150	M	M
	Extensão	0	M	M
Antebraço	Pronação	80	M	D
	Supinação	80	M	D
Punho	Flexão	80	M	M
	Extensão	70	M	M
	Desvio radial	20	M	M
	Desvio cubital	30	M	M
Anca	Flexão	120	M	M
	Extensão	30	M	M
	Abdução	45	M	D
	Adução	30	M	D
	Rotação externa	45	M	D
	Rotação interna	45	M	D
Joelho	Flexão	135	M	M
	Extensão	5-10	M	M
Pé	Dorsiflexão	20	M	D
	Flexão plantar	50	M	D
	Inversão	35	M	M
	Eversão	15	M	M

AMPLITUDE: M – Mantida D - Diminuída

- Avaliação do Equilíbrio**

Escala de Equilíbrio de Berg

1) Posição sentada para posição em pé Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	(4) Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente (3) Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos (2) Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas (1) Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se (0) Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se
2) Permanecer em pé sem apoio Instrução: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar. <i>Se o pessoa for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos o item Nº 3.</i> <i>Continue com o item Nº4.</i>	(4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos (3) Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão (2) Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (1) Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho Instrução: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.	(4) Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos (3) Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão (2) Capaz de permanecer sentado por 30 segundos (1) Capaz de permanecer sentado por 10 segundos (0) Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos
4) Posição em pé para posição sentada Instrução: Por favor, sente-se.	(4) Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) Controla a descida utilizando as mãos

	(2) Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida (1) Senta-se independentemente, mas tem descida sem controlo (0) Necessita de ajuda para sentar-se
5) Transferências Instrução: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça à pessoa para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa.	(4) Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos (2) Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão (1) Necessita de uma pessoa para ajudar (0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados Instrução: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	(4) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança (3) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (2) Capaz de permanecer em pé por 3 segundos (1) Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé (0) Necessita de ajuda para não cair
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos Instrução: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.	(4) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança (3) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão (2) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos

	(1) Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (0) Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé Instrução: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.	(4) Pode avançar a frente > 25 cm com segurança (3) Pode avançar a frente > 12,5 cm com segurança (2) Pode avançar a frente > 5 cm com segurança (1) Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão (0) Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo
9) Agarrar um objeto do chão a partir de uma posição em pé Instrução: Agarre um sapato/chinelo que está na frente dos seus pés	(4) Capaz de agarrar o chinelo com facilidade e segurança (3) Capaz de agarrar o chinelo, mas precisa de supervisão (2) Incapaz de agarrá-lo, mas estica-se até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma (1) Incapaz de agarrá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé Instrução: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.	(4) Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso (3) Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso (2) Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (1) Necessita de supervisão para virar

	(0) Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
11) Girar 360 graus Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.	(4) Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos (3) Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos (2) Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente (1) Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais (0) Necessita de ajuda enquanto gira
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio Instrução: Toque cada pé alternadamente no degrau/banco. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banco quatro vezes.	(4) Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos (3) Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em > 20 segundos (2) Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda (1) Capaz de completar > 2 movimentos com o mínimo de ajuda (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente Instrução: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	(4) Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos (3) Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos (2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente, e permanecer por 30 segundos

	(1) Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos (0) Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé
14) Permanecer em pé sobre uma perna Instrução: Fique em pé sobre uma perna o máximo que puder sem se segurar.	(4) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por > 10 segundos (3) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos (2) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 segundos (1) Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
Total de pontos	38/56

- Avaliação do grau de dependência**

Índice de Barthel

Autocuidado	Categorias	Pontuação
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar o copo	5
	Dependente – Incapaz de se alimentar	0
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava e seca sozinho.	0
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes e barbeia-se sem ajuda	5

	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta os fechos, cintos e sapatos	10
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0
Eliminação Intestinal	Continência Normal	10
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema.	5
	Incontinente	0
Eliminação vesical	Continência Normal	10
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5
	Incontinência	0
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5
	Dependente	0
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – Mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5
	Dependente	0
Deambular	Independente	15
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para deambular 50 metros	10
	Move-se em cadeiras de rodas sem ajuda	5
	Dependente	0
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10
	Necessita de ajuda física ou supervisão para o fazer	5
	Dependente	0

Soma do Índice: 100 pontos

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de Dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>60	Leve
100	Independente

3. PLANO DE CUIDADOS

O presente capítulo de nome Plano de Cuidados explora o processo de cuidados em enfermagem e resulta nos diagnósticos e intervenções formulados como orientador à prestação de cuidados, com vista ao alcance dos resultados esperados idealmente delineados.

O Processo de Enfermagem é integrador dos conceitos implícitos à ciência da enfermagem e aos cuidados prestados, em simultâneo.

Assim, na colheita de dados está implícita a colheita de informações essenciais e à sua organização de acordo com os respetivos padrões funcionais.

O diagnóstico de enfermagem consiste no julgamento clínico a uma resposta humana ou condição de saúde. A colheita de dados origina os diagnósticos de enfermagem (Herdman et al., 2015). A elaboração de um Diagnóstico de Enfermagem deve incluir um termo do Eixo do Foco da Prática de Enfermagem, um termo do Eixo do Juízo ou do Eixo da Probabilidade, o recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico, se se constatar uma necessidade e um termo do Eixo do Portador, sendo que apenas um termo de cada eixo pode ser usado na construção de um diagnóstico (CIPE, 2015). A identificação das intervenções e resultados esperados direcionam os cuidados de enfermagem, sendo que as terapêuticas de enfermagem requerem uma intencionalidade na ação do profissional refletida no bem estar da pessoa (Ribeiro, 2021).

Assim, o plano de cuidados explanado em seguida, surge como um processo de enfermagem integrado no ensino clínico de Enfermagem de Reabilitação em contexto Cardíaco. Deste modo, foi dirigido às necessidades da pessoa no âmbito da ER, importando clarificar que nunca foram descorados ou dissociados os cuidados gerais de enfermagem.

Desta forma, surge o plano de cuidados dirigido ao senhor P.L. O plano de cuidados subjacente à intervenção no âmbito da ER foi desenvolvido em parceria com o senhor, tendo sido definidos os seguintes objetivos: capacitar com vista à melhoria da capacidade funcional; promover a adesão à realização do exercício físico; educar para a saúde; fomentar a autogestão da doença; instigar a continuidade da reabilitação a longo prazo.

Finalizando, os diagnósticos de enfermagem de reabilitação formulados foram os seguintes:

Plano de Cuidados			
NOME DA PESSOA (iniciais): P.L.			
Colheita de dados: “O senhor P. apresenta alterações na sua saúde, nomeadamente: Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com Síndrome de QT Longo (SQTL).”; “P.L. apresentou o Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com Paragem Cardiorrespiratória em Agosto de 2023”; “(...) o senhor apresenta já antecedentes familiares neste âmbito, nomeadamente, de síncope e morte súbita da mãe aos 36 anos e do avô aos 51 anos.”			
Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicadores
Início: 20/02/2025 Fim: 06/03/2025	Início: <u>Processo Cardíaco</u> <u>Comprometido em Grau</u> <u>Elevado</u>	1. Estado Circulatório 2. Perfusão Tecidual: Cardíaca 3. Autocontrolo da Doença Cardíaca	1.1: Pressão arterial – Manter; 1.2: Frequência cardíaca – Manter; 1.3: Pulso – Manter; 1.4: Saturação periférica de Oxigénio – Melhorar; 2.1: Prova de Esforço Cardiopulmonar – Melhorar. 3.1: Procura informações para manutenção da Saúde Cardiovascular: Manter; 3.2: Participa ativamente na reabilitação cardíaca prescrita – Manter;
PFS			
PADRÃO MANUTENÇÃO/PERCEÇÃO DE SAÚDE			

		4. Controlo de Riscos: Doença Cardiovascular 5. Participação em Programa de Exercício Físico	3.3: Realiza o regime terapêutico conforme prescrição – Manter; 3.4: Segue a dieta recomendada – Melhorar; 3.5: Monitoriza sintomas da doença – Manter. 4.1: Sinais e sintomas da Doença Cardíaca – Manter; 4.2: Benefícios do exercício prescrito – Manter; 4.3: Estratégias para cumprir com o programa de exercícios – Melhorar; 4.4: Benefícios da dieta saudável – Melhorar; 4.5: Importância da monitorização da pressão arterial – Manter. 5.1: Identifica dificuldades do programa de exercício – Manter. 5.2: Utiliza estratégias para vencer dificuldades do exercício – Melhorar. 5.3: Adere a programa de exercício – Manter. 5.4: Pratica exercícios em ambiente seguro – Melhorar.
--	--	--	--

	Fim: <u>Processo Cardíaco</u> <u>Comprometido em Grau</u> <u>Moderado</u>	É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 07/03/2025).	5.5: Monitoriza o seu progresso – Melhorar.
Intervenções Enfermagem			
1. Monitorização Cardíaca 1.1. Reavaliar a tensão arterial e frequência cardíaca a cada terça e quinta-feira; 1.2. Monitorizar sinais e sintomatologia que possa apresentar ou referir a cada turno que esteja presente; 1.3. Reavaliar capacidade de gestão dos fatores de risco cardiovasculares; 2. Promoção do exercício 2.1. Reforçar importância da realização dos exercícios no programa de reabilitação, em todos os exercícios uma série com 10 repetições: 2.1.1. Incentivar à realização de dissociação dos tempos respiratórios (visando a tomada de consciência da respiração e o controlo da mesma, diminuindo a hipoventilação, melhora a capacidade pulmonar, o desempenho dos músculos inspiratórios e reduz o trabalho respiratório); 2.1.2. Realizar reeducação abdominodiafragmática (fortalecendo os músculos respiratórios);			

- 2.1.3. Realizar reeducação costal unilateral, bilateral e global com recurso ao bastão (de preferência em frente ao espelho quadriculado, melhorando a mobilidade e expansão torácica e a ventilação pulmonar);
- 2.1.4. Realizar exercício de fortalecimento de bíceps com flexão do antebraço com haltere de 1 kg, em posição de sentado;
- 2.1.5. Realizar exercício de fortalecimento de tricípites, na posição sentado com extensão dos antebraços com haltere de 1 kg;
- 2.1.6. Realizar exercício de fortalecimento da musculatura dos ombros, com abdução dos braços com halteres de 1kg, flexão dos braços com halteres e elevação diagonal dos mesmos;
- 2.1.7. Realizar exercício de fortalecimento de quadricípites com extensão dos joelhos com pesos de 1 kg em cada membro inferior, em posição de sentado;
- 2.1.8. Realizar exercício de fortalecimento de bicípites femoral com flexão do joelho em pé, com pesos de 1 kg em cada membro inferior, em posição ortostática;
- 2.1.9. Realizar exercício de fortalecimento dos gastrocnémios com extensão da articulação tibiotársica, com movimento de elevação dos calcanhares, mantendo os joelhos em extensão, , com pesos de 1 kg em cada membro inferior, em posição ortostática com apoio dos MS's numa cadeira ou cama adaptada à sua altura, providenciando ergonomia;
- 2.1.10. Realizar exercício de fortalecimento dos músculos adutores/abdutres dos membros inferiores com adução e abdução da anca, em posição ortostática, com pesos de 1kg nos membros inferiores com apoio dos MS's numa cadeira ou cama adaptada à sua altura, preconizando a ergonomia;
- 2.1.11. Realizar posição de descanso (cocheiro – inclinação frontal do tronco, com ligeira acentuação da cifose torácica e apoio dos cotovelos nos joelhos) cerca de 5 minutos no final de cada sessão do programa (diminuindo a frequência ventilatória e reduzindo o esforço após atividade realizada anteriormente).

2.2. Avaliar e documentar a resposta aos exercícios realizados.

3. Educação para a Saúde

- 3.1. Reforçar a importância da realização dos exercícios ensinados no programa;
- 3.2. Reforçar ensinamentos sobre a importância da mobilização (Segundo a DGS (2010), as mobilizações ativas devem ser realizadas 2 a 3 vezes por dia e repetidas, no mínimo 10 vezes, sendo executadas até ao limiar da dor, da fadiga cumulativa, da tolerância e de acordo com a reação da pessoa);
- 3.3. Reforçar a importância de realização de caminhadas de acordo com a sua tolerância, sempre que tiver oportunidade, evitando o sedentarismo;
- 3.4. Reforçar a reconhecer sinais de alerta, como arritmia, palpitações, sudorese, falta de ar, dor no tórax, dor no membro superior e fadiga;
- 3.5. Reforçar sobre a importância da gestão dos fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente pressão arterial, colesterol, hábitos alimentares, sedentarismo e stress;
- 3.6. Reforçar a importância de manter a adesão ao regime terapêutico;
- 3.7. Instruir sobre efeitos secundários da medicação, tais como hipotensão e bradicardia, tonturas, náuseas e vômitos e sonolência;
- 3.8. Providenciar material educativo acerca do regime dietético e de ingestão hídrica, com apresentação de opções saudáveis de confeção culinária e reforçada importância de diminuir o peso corporal.
- 3.9. Providenciar informação e ou tempo para esclarecer dúvidas, sempre que a pessoa questionar;
- 3.10. Reavaliar conhecimento acerca da importância da adesão ao programa de exercício.

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 06/03/2025	1: Estado Circulatório 1.1: Pressão arterial – Mantida; 1.2: Frequência cardíaca – Mantida; 1.3: Pulso – Mantido; 1.4: Saturação periférica de Oxigénio – Melhorada;

	2: Perfusão Tecidular: Cardíaca 2.1: Prova de Esforço Cardiopulmonar – Melhorada. 3: Autocontrole da Doença Cardíaca 3.1: Procura informações para manutenção da Saúde Cardiovascular: Mantida; 3.2: Participa ativamente na reabilitação cardíaca prescrita – Mantida; 3.3: Realiza o regime terapêutico conforme prescrição – Mantido; 3.4: Segue a dieta recomendada – Melhorado; 3.5: Monitoriza sintomas da doença – Mantido. 4: Controlo de Riscos: Doença Cardiovascular 4.1: Sinais e sintomas da Doença Cardíaca – Mantido; 4.2: Benefícios do exercício prescrito – Mantido; 4.3: Estratégias para cumprir com o programa de exercícios – Melhorado; 4.4: Benefícios da dieta saudável – Melhorado; 4.5: Importância da monitorização da pressão arterial – Mantido. 5: Participação em Programa de Exercício Físico 5.1: Identifica dificuldades do programa de exercício – Manter. 5.2: Utiliza estratégias para vencer dificuldades do exercício – Melhorar. 5.3: Adere a programa de exercício – Manter.
--	--

	5.4: Pratica exercícios em ambiente seguro – Melhorar. 5.5: Monitoriza o seu progresso – Melhorar.
Fundamentação	
Segundo Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2015), Processo Cardíaco corresponde ao “Processo do sistema circulatório: bombeamento do sangue através do coração”. O senhor P.L. apresenta uma alteração em saúde que compromete o normal funcionamento do Processo Cardíaco, encontrando-se comprometido. A síndrome do QT longo caracteriza-se por uma alteração rara genética que tem como consequência o prolongamento significativo do intervalo QT do traçado cardíaco (Fernandes et al., 2015). Viver com a presente condição, predispõe o indivíduo a arritmias ventriculares. Os autores anteriormente mencionados referem que esta condição emerge através de sensação de palpitações, síncope, convulsões ou morte súbita, sendo a maior parte das vezes o diagnóstico tardio e fulminante. Como opções terapêuticas farmacológicas, segundo Fernandes et al. (2015): a pessoa com o presente diagnóstico clínico deve realizar betabloqueadores. No que se refere ao betabloqueador mais eficaz, existe evidência de que o nadolol e o propranolol possam ser mais seguros e eficazes. Na pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória revertida e em pessoas taquicardia ventricular e síncope sob beta bloqueador está indicada a implantação de CDI e a manutenção da terapêutica medicamentosa. Em agosto de 2023, o senhor P. decorrente desta alteração em saúde entrou em paragem cardiorrespiratória durante 69 minutos, com reversão posterior. Ainda no contexto do internamento, foi implantado CDI, terapêutica eficaz na prevenção primária e secundária de morte súbita por arritmias ventriculares. Este é um dispositivo subcutâneo colocado na zona do tórax para a deteção de ritmos cardíacos anómalos graves, que tenham origem nos ventrículos (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2022). Deste modo, e após encaminhamento e referência pela Hospital de Santa Maria onde esteve internado no serviço de Medicina Intensiva, integrou o Programa de Reabilitação Cardíaca Fase II do Hospital Pulido Valente, onde se mantém até aos dias de hoje, com melhorias significativas na sua qualidade de vida. A Reabilitação Cardíaca acresce benefícios como a redução da sintomatologia, redução da incidência de fatores de risco da doença cardiovascular, melhoria da tolerância ao esforço, recuperação da autonomia na realização dos autocuidados, promoção da confiança e diminuição dos medos e receios (Abreu, et al., 2018).	

A intervenção do EEER na Fase II direciona-se no sentido de educar para a saúde e na conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório e constante avaliação e reformulação desses mesmos programas, para que possa estar ajustado às reais necessidades da pessoa com alteração no sistema cardíaco (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Plano de Cuidados

NOME DA PESSOA (iniciais): P.L.

Colheita de dados: “P.L. apresenta limitações físicas decorrentes do Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com Paragem Cardiorrespiratória, nomeadamente, **Mobilidade Diminuída, Força Muscular Diminuída, Tónus Muscular Diminuído e Equilíbrio Estático e Dinâmico Comprometido.**”; “ A nível da marcha, o senhor P. apresenta uma marcha atáxica, no entanto, perto de estar corrigida, com as terapias coadjuvantes.”; “Com alguns movimentos descoordenados, passos irregulares, uma marcha algo cambaleante com base de sustentação alargada, realiza também flexão acentuada do joelho, levantando um pouco os pés deixando-os cair com pouco controlo e pouco segurança, mais visível no membro inferior esquerdo.”

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicadores
Início: 20/02/2025 Fim: 06/03/2025	Início: <u>Processo do Sistema</u> <u>Musculoesquelético</u> <u>Comprometido em Grau</u> <u>Moderado</u>	1. Movimento Articular	1.1: Ombros, cotovelos e punhos – Manter; 1.2: Quadril, joelhos e tornozelos – Melhorar; 1.3: Pescoço – Manter;
PFS			
PADRÃO DE ATIVIDADE - EXERCÍCIO			
		2. Equilíbrio	2.1: Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas – Manter. 2.2: Mantém o equilíbrio em pé. – Manter.

	Fim: <u>Processo do Sistema Musculoesquelético</u> <u>Comprometido em Grau Reduzido</u>	3. Desempenho da Mecânica Corporal 4. Movimento Coordenado 5. Marcha	2.3: Mantém o equilíbrio enquanto caminha – Melhorar. 2.4: Postura – Melhorar. 3.1: Mantém força muscular – Melhorar (Mão esquerda e MI esquerdo, mais precisamente). 3.2: Mantém a flexibilidade das articulações – Manter. 3.3: Utiliza mecânica corporal correta – Melhorar. 4.1: Força da contração muscular – Melhorar. 4.2: Tônus muscular – Melhorar (Mão esquerda). 4.3: Estabilidade do movimento – Melhorar. 5.1: Estabilidade da marcha – Melhorar. 5.2: Andar em linha reta – Manter. 5.3: Base de apoio – Melhorar. 5.4: Elevação dos joelhos durante a marcha – Melhorar.
--	---	--	---

		É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 07/03/2025).	
Intervenções Enfermagem			
1. Exercícios de Mobilidade			
1.1. Realizar exercícios de mobilidade ativa assistida e resistida, numa das vezes por semana, nas seguintes articulações:			
1.1.1. Mobilização da articulação coxofemoral: flexão/extensão; adução e abdução da anca; hiperextensão; rotação externa e interna com 10 repetições em cada plano de movimento;			
1.1.2. Mobilização da articulação do joelho: flexão/extensão; mobilização da rótula crânio-caudal e latero-medial com 10 repetições em cada plano de movimento;			
1.1.3. Mobilização da articulação tibiotársica: inversão e eversão; flexão plantar/dorsiflexão com 10 repetições em cada plano de movimento.			
1.1.4. Mobilização dos dedos: flexão e extensão com 10 repetições em cada plano de movimento;			
1.1.5. Realizar exercícios de agachamento com apoio dos membros superiores 1 série com 10 repetições.			
1.1.6. Reforçar o ensino de técnicas de conservação de energia à pessoa, nomeadamente inspiração no momento de esforço e expiração no momento de relaxamento dos membros.			
1.2. Monitorizar progresso da força e tónus muscular no penúltimo dia de ensino clínico.			
1.3. Reavaliar amplitude articular na última semana do contexto clínico.			
2. Treino de Equilíbrio			
2.1. Realizar exercícios de fortalecimento muscular, pelo menos uma vez por semana, 1 série com 10 repetições (transferência de peso entre os pés, como lateral e ântero-posterior; elevação dos calcanhares; agachamentos);			

- 2.2. Caminhar em linha reta sobre um percurso delimitado;
- 2.3. Treinar estratégias de recuperação de equilíbrio (através da simulação de situações do cotidiano, como iniciar e parar a marcha, virar-se rapidamente e inclinar-se para recolher objetos do chão);
- 2.4. Incentivar à adoção de postura correta ao longo dos exercícios realizados;
- 2.5. Reavaliar o progresso no treino do equilíbrio através da escala de Berg.

3. Treino de Marcha

- 3.1. Realizar treino de marcha com supervisão para otimização a postura durante a marcha, uma vez por turno.
- 3.2. Ajustar a intensidade e frequência dos treinos, de acordo com a tolerância da pessoa.
- 3.3. Realizar atividades de coordenação motora, uma vez por turno, como realizar treino de marcha com obstáculos;

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 06/03/2025	1: Movimento Articular 1.1: Ombros, cotovelos e punhos – Mantido; 1.2: Quadril, joelhos e tornozelos – Melhorado; 1.3: Pescoço – Mantido; 2: Equilíbrio 2.1: Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas – Mantido. 2.2: Mantém o equilíbrio em pé – Mantido. 2.3: Mantém o equilíbrio enquanto caminha– Melhorado. 2.4: Postura – Melhorada.

	3: Desempenho da Mecânica Corporal 3.1: Mantém força muscular – Melhorada (Mão esquerda e MI esquerdo, mais precisamente). 3.2: Mantém a flexibilidade das articulações – Mantida. 3.3: Utiliza mecânica corporal correta – Melhorada. 4: Movimento Coordenado 4.1: Força da contração muscular – Melhorada. 4.2: Tônus muscular – Melhorada (Mão esquerda). 4.3: Estabilidade do movimento – Melhorada. 5: Marcha 5.1: Estabilidade da marcha – Melhorada. 5.2: Andar em linha reta – Mantida. 5.3: Base de apoio – Melhorada. 5.4: Elevação dos joelhos durante a marcha – Melhorada.
Fundamentação	
Explanado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015), o diagnóstico Processo do Sistema Musculoesquelético Comprometido implica diversas áreas fulcrais no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.	

Na sequência de uma Paragem Cardiorrespiratória com a duração de 69 minutos, o senhor P.L. ficou com limitações a nível do sistema musculoesquelético consequentes à anoxia cerebral durante o tempo em que esteve em paragem, bem como decorrentes da imobilidade prolongada, enquanto estaria no serviço de medicina intensiva.

A fisiopatologia das consequências após paragem cardíaca é complexa e com domínios por esclarecer, contudo é baseada em fenómenos que resultam da isquémia-reperusão, afetando todo o organismo, uma vez que existe o esgotamento de reservas celulares de oxigénio, bem como de adenosina trifosfato (ATP). A ativação da glicose anaeróbia, gera aumento do lactato e dos iões de hidrogénio intracelulares. Esta sobrecarga leva a um aumento de cálcio devido à maior permeabilidade da membrana mitocondrial, existindo uma destruição das proteínas da célula, conduzindo à sua distribuição (Oliveira, 2014). Esta situação clínica pode, por sua vez, levar desde um estado comatoso até à morte.

O senhor P.L. esteve em internamento de medicina intensiva desde agosto até novembro, sendo que apenas iniciou levantar em outubro, pelo que as consequências da imobilidade podem ser consideradas devastadoras. O levantar precoce após uma alteração em saúde prolongada é essencial para que se possa restabelecer um conjunto de alterações orgânicas e funcionais induzidas pela inatividade (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Ainda de acordo com Ordem dos Enfermeiros (2013), referenciado no Guia Orientador de Boas Práticas, é referido que a mobilidade funcional pode estar alterada em virtude da situação física ou clínica e reveste-se de um teor negativo com repercussões na qualidade de vida da pessoa. Embora, o repouso (enquanto prescrição para a restrição da mobilidade) a curto prazo possa ter um efeito benéfico no tratamento em algumas situações na condição da saúde da pessoa.

É de ressaltar também que o repouso prolongado leva à redução da síntese de proteína muscular e à diminuição da massa muscular, especialmente nas extremidades inferiores. O osso reage ao estímulo mecânico e adapta-se em conformidade, sem estímulo mecânico através da redução da contração muscular perdem-se componentes minerais ou massa, através da atividade osteoclástica (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Os autores referem que a nível articular acontece uma menor circulação do líquido sinovial e proliferação do tecido fibroso e gorduroso, o que provoca aderências entre as superfícies interarticulares.

Assim, enquanto EEER deve preconizar-se a minimização dos efeitos da imobilidade, através do diagnóstico precoce e do planeamento de intervenções que tenham como objetivo a prevenção de complicações e a manutenção ou recuperação da funcionalidade, nomeadamente cuidados no âmbito da mobilização, posicionamento e treino de equilíbrio e deambulação, o que se traduz em ganhos importantes para a pessoa em independência e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Plano de Cuidados			
NOME DA PESSOA (iniciais): P.L.			
Colheita de dados: “A saturação periférica de oxigénio encontra-se dentro dos parâmetros considerados normais, nos dias 18/02/2025 e 25/02/2025.”; “No decorrer dos turnos, foi possível observar cansaço a médios esforços, com necessidade de gerir a sua atividade.”			
Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicadores
Início: 20/02/2025 Fim: 06/03/2025	Início: <u>Intolerância à Atividade em grau moderado</u> Fim: <u>Intolerância à Atividade em grau moderado</u>	1. Tolerância à Atividade 2. Conservação de Energia 3. Nível de Fadiga	1.1: Saturação de oxigénio durante a atividade – Melhorar. 1.2: Facilidade de respirar durante a atividade – Melhorar. 1.3: Capacidade de falar durante a atividade física – Manter. 2.1: Reconhece limitações de energia – Manter. 2.2: Equilibra atividade e repouso – Melhorar. 3.1: Exaustão – Manter. 3.2: Dor nas articulações – Manter. 3.3: Mal estar após esforço – Melhorar.
PFS			
PADRÃO DE ATIVIDADE-EXERCÍCIO			

		É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 06/03/2025).	
Intervenções Enfermagem			
1. Reabilitação Respiratória 1.1. Reforçar técnica de dissociação dos tempos respiratórios nas sessões, ao longo dos exercícios propostos; 1.2. Monitorizar a saturação periférica de oxigénio no início e no fim da atividade, a cada sessão; 1.3. Incentivar à realização do inspirómetro que possui no domicílio, pelo menos duas vezes por dia, de preferência de manhã e ao fim do dia; 1.4. Incentivar o senhor P. à realização do ciclo ativo de respiração (controlo da respiração através da dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de expansão torácica e expiração forçada, nomeadamente com vários huffings, tosse assistida e tosse dirigida); 1.5. Reavaliar o nível de tolerância à atividade, através da avaliação pelo instrumento de nome escala de Borg Modificada, antes e após os exercícios realizados na consulta domiciliária para perceber se é necessário ajuste dos exercícios. 2. Técnicas de conservação de Energia 1.1. Explicar ao senhor a importância de referir se cansado e não aguardar até estar exausto para descansar; 1.2. Reforçar que deve realizar movimentos lentos e suaves durante as atividades em cada sessão; 1.3. Ensinar sobre alternar tarefas mais cansativas com tarefas menos exaustivas, com períodos de descansos em ambas; 1.4. Elucidar que deve puxar objetos pesados em vez de os empurrar e nas atividades realizadas tentar trabalhar ao nível da cintura; 1.5. Incentivar à colocação de objetos mais pesados e que utiliza mais vezes ao nível da cintura. 1.6. Realizar as atividades que exigem mais esforço no período do dia em que se sente com mais energia; 1.7. Manter uma postura correta;			

- 1.8. Planejar pausas durante as atividades que exijam esforço físico, de acordo com a tolerância do senhor;
- 1.9. Incentivar a manter-se ativo para progressão da tolerância ao exercícios e atividade;
- 1.10. Reforçar e validar ensinamentos de que se estiver de pé enquanto realiza uma atividade, certificar-se de que consegue trabalhar ao nível da cintura, para não se esticar ou dobrar demasiado, como apanhar a roupa ou arrumar objetos em prateleiras mais altas, exigindo menos esforço da sua parte;
- 1.11. Reforçar e validar no caso de necessidade de subir e descer escadas, o planeamento com antecedência das tarefas a realizar para não ter de subir e descer várias vezes, se sentir fadiga.

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 06/03/2025	1: Tolerância à Atividade 1.1: Saturação de oxigénio durante a atividade – Melhorada. 1.2: Facilidade de respirar durante a atividade – Melhorada. 1.3: Capacidade de falar durante a atividade física – Mantida. 2: Conservação de Energia 2.1: Reconhece limitações de energia – Mantida. 2.2: Equilibra atividade e repouso – Melhorada. 3: Nível de Fadiga 3.1: Exaustão – Melhorada. 3.2: Dor nas articulações – Mantida. 3.3: Mal estar após esforço – Melhorada.
Fundamentação	

CIPE (2015) descreve Intolerância à Atividade como “Status comprometido: falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades”.

A doença cardíaca congênita constitui uma malformação estrutural ou funcional do coração ou dos grandes vasos que ocorre durante o período fetal, que pode causar uma função cardíaca anormal, insuficiência cardíaca congestiva e hipoxemia (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Os autores mencionam que os sintomas variam de acordo com a severidade da patologia, contudo os sintomas mais comuns incluem: Cianose; Disritmia; Pré-síncope e/ou síncope; Dificuldade respiratória; Fadiga/intolerância à atividade; Edema; Dor torácica. O senhor P.L. possui Intolerância à Atividade decorrente da sua condição cardiovascular.

Assim, a prescrição dos programas de Reeducação funcional respiratória deve ser personalizada e única, adaptada às necessidades da pessoa, antecedida de uma avaliação cuidada do estado de saúde geral da pessoa, devendo conter dados funcionais que sirvam de base não só para avaliar a capacidade individual de resposta ao exercício, como ainda para determinar a intensidade do mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Posto isto, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), existem estratégias terapêuticas para melhorar a tolerância ao exercício, nomeadamente: o treino intervalado, onde se alterna períodos de alta intensidade com baixa intensidade ou períodos de exercício com períodos de pausa e o treino muscular localizado, limitando o número de músculos envolvidos no exercício para melhorar a tolerância à atividade.

Associada à imobilidade condição também experienciada pela pessoa, a ventilação mecânica invasiva condiciona um padrão ventilatório predominantemente restritivo até muito tempo após necessidade da mesma, com uma diminuição da expansão da caixa torácica, pela rigidez progressiva das estruturas pleurocostais (Vaz et al., 2011). Os autores citam que o padrão restritivo leva a uma diminuição global dos volumes pulmonares, da capacidade residual funcional e hipoventilação alveolar com alterações da relação ventilação/perfusão, conduzindo à hipoxemia e consequente intolerância à atividade. As técnicas de expansão pulmonar podem minimizar estes efeitos, o ciclo ativo da respiração é uma opção terapêutica promovida pelo EEER eficaz no controlo desta alteração em saúde e na obtenção de qualidade de vida e ganhos em saúde para a pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Plano de Cuidados

NOME DA PESSOA (iniciais): P.L.

Colheita de dados: “ O senhor apresenta Risco de Queda , com pontuação superior a 51 pontos, nomeadamente uma totalidade de 80 pontos.”; “Escala de Morse: Historial de quedas (últimos 3 meses): Sim; Diagnósticos Secundários: Sim; Ajuda para Caminhar: Apoia-se no mobiliário; Terapia Intravenosa: Não; Postura no andar e transferência: Debilitado; Estado Mental: Consciente das suas limitações”; “O senhor P.L. refere queda há 3 semanas da própria altura por desequilíbrio.”			
Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicadores
Início: 20/02/2025 Fim: 06/03/2025	Início: <u>Alto Risco de Queda</u> Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse > 50)	1. Estado Neurológico: Periférico	1.1: Sensação igual bilateralmente – Melhorar. 1.2: Função motora igual bilateralmente – Melhorar. 1.3: Propriocepção igual bilateralmente – Melhorar. 1.4: Discriminação entre calor e frio bilateralmente – Manter. 1.5: Tónus muscular igual bilateralmente – Melhorar.
PFS		2. Conhecimento: Prevenção de quedas	2.1: Doença aguda que aumenta o risco de quedas – Manter. 2.2: Calçado adequado – Melhorar. 2.3: Estratégias para manter seguras as superfícies do chão – Manter.
PADRÃO DE ATIVIDADE-EXERCÍCIO		3. Desempenho na transferência	3.1: Capacidade de se transferir – Manter. 3.2: Segurança na transferência – Melhorar.
	Fim: <u>Baixo Risco de Queda</u>		

	Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse < 50)	É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 06/03/2025).	
Intervenções Enfermagem			
1. Prevenção de Quedas 1.1. Avaliar tensão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio antes e depois de cada sessão, em caso de realizar exercício no domicílio e em SOS; 1.2. Monitorizar o ambiente para eliminar possíveis obstáculos durante cada sessão e perceber possíveis obstáculos no domicílio (explicando a importância de tapetes fixos, boa iluminação, arrumação em todas as divisões, WC com base de duche e barras de apoio laterais); 1.3. Ajustar a altura do mobiliário durante a sessão para prevenir quedas. 1.4. Monitorizar o comportamento da pessoa durante as atividades para corrigir possíveis comportamentos de maior risco; 1.5. Monitorizar quedas. 2. Conhecimento: Prevenção de Quedas 2.1. Reavaliar conhecimento acerca dos fatores de risco individuais e ambientais para quedas, na primeira e última sessão junto do senhor P.L.; 2.2. Alertar acerca dos efeitos secundários da terapêutica instituída (tonturas, hipotensão, distúrbios do equilíbrio, alterações motoras, sonolência); 2.3. Reavaliar o conhecimento do senhor acerca de condições de segurança para evitar risco de quedas, na sessão de 06/03/2025. 2.4. Elucidar acerca da importância de vestuário e calçado: sapatos com sola antiderrapante, chinelos fechados atrás e atacadores ajustáveis. 2.5. Reforçar ao P.L. que deve comunicar à equipa médica e de enfermagem quando ocorrerem quedas.			

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 06/03/2025	1: Estado Neurológico: Periférico 1.1: Sensação igual bilateralmente – Melhorada. 1.2: Função motora igual bilateralmente – Melhorada. 1.3: Propriocepção igual bilateralmente – Melhorada. 1.4: Discriminação entre calor e frio bilateralmente – Mantida. 1.5: Tônus muscular igual bilateralmente – Melhorada. 2: Conhecimento: Prevenção de quedas 2.1: Doença aguda que aumenta o risco de quedas – Mantida. 2.2: Calçado adequado – Melhorado. 2.3: Estratégias para manter seguras as superfícies do chão – Melhoradas. 3: Desempenho na transferência 3.1: Capacidade de se transferir – Mantida. 3.2: Segurança na transferência – Melhorada.
Fundamentação	

"Risco de Queda" é baseada na identificação de fatores que comprometem a integridade da pessoa através de um evento ou episódio, descrição para o Foco Queda, em CIPE 2015. Este é avaliado através da escala de Morse, através de 6 parâmetros de avaliação (História de Quedas, Diagnósticos Secundários, Apoio na deambulação, Medicação intravenosa, Marcha e Estado de Consciência).

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo útil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal (Luzia et al., 2014).

O Enfermeiro visa diariamente a excelência no seu exercício profissional pelo que a prevenção de complicações, nomeadamente a referente às quedas, é um dos seus focos de atenção (Barbosa, Carvalho & Cruz, 2015).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um profissional dotado de conhecimentos técnico-científicos e de habilidades específicas, que lhe permite avaliar a capacidade funcional das pessoas, identificar os fatores de risco potenciadores de quedas, implementando intervenções adequadas para prevenção das mesmas (Avinet al., 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na prática especializada de ER são utilizados instrumentos de avaliação adequados para avaliar o equilíbrio corporal, nomeadamente a escala de Berg e o risco de queda na pessoa, escala de Morse, sustentando a sua tomada de decisão.

Assim, o EEER de forma autónoma planeia, executa e avalia as terapêuticas que incluem: sessões de educação para a saúde (como a identificação de barreiras arquitetónicas; o reconhecimento dos fatores de risco potenciadores de quedas, como prevenir e como agir perante este episódio; informar sobre dispositivos de apoio na deambulação), estratégias de coping perante alterações que comprometam a visão e audição e o incentivo à componente de exercício físico regular, promotor do equilíbrio e de fortalecimento e tonicidade muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Plano de Cuidados

NOME DA PESSOA (iniciais): P.L.

Colheita de dados: “O senhor P.L. apresenta 175 cm e 94,200 kg.”; “Índice de Massa Corporal (IMC) de aproximadamente 30,8 kg/m2.”; “Com perímetro abdominal de 91,2 cm.”

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicadores
Início: 20/02/2025 Fim: 06/03/2025	Início: <u>Peso Comprometido em grau moderado</u>	1. Peso Corporal	1.1: Peso – Manter ou diminuir. 1.2: Perímetro abdominal – Manter ou diminuir. 1.3: Índice de Massa Corporal -Manter ou Diminuir.
PFS			
PADRÃO NUTRICIONAL - METABÓLICO		2. Conhecimento: Controlo do Peso	2.1: Benefícios de hábitos de vida saudáveis – Melhorar. 2.2: Estratégias para alterar hábitos alimentares – Melhorar. 2.3: Importância da adesão aos hábitos saudáveis – Melhorar. 2.4: Causas e fatores contribuintes – Melhorar. 2.5: Complicações associadas ao aumento de peso – Melhorar. 3.1: Seleciona uma meta de peso saudável – Melhorar. 3.2: Monitoriza o nível do apetite – Melhorar. 3.3: Mantém equilíbrio hídrico – Melhorar.
		3. Comportamento de Ganho de Peso	

	Fim: <u>Peso Comprometido em grau reduzido</u>	É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 06/03/2025).	3.4: Mantém o sono adequado – Manter. 3.5: Monitoriza o peso corporal – Manter. 3.6: Solicita assistência quanto ao peso do profissional de saúde – Melhorar,
Intervenções Enfermagem			
1. Monitorização ponderal 1.1. Reavaliar peso corporal no início de cada sessão; 1.2. Reavaliar perímetro abdominal, uma vez por semana; 1.3. Reavaliar IMC, uma vez por semana; 1.4. Avaliar a história familiar, neste âmbito, na sessão de dia 22/02/2025; 1.5. Reavaliar regime alimentar, na sessão de dia 06/03/2025. 2. Educação para a Saúde 2.1. Sugerir alterações no regime alimentar (cerca de 6 refeições ao longo do dia; dieta pobre em gorduras saturadas e rica em gorduras como o azeite, ainda que em reduzida quantidade, ácidos gordos e ómega-3; Incluir vegetais, leguminosas, fruta da época e cereais integrais, preferindo sempre			

os alimentos não processados; Ingestão diária de líquidos até perfazer 2L, como a água, chá, sumo natural, alimentos ricos em moléculas de hidrogénio como o penino, a alface, a couve e fruta como a melancia, o melão e abacaxi; Introduzir sopa em todas as refeições principais; Procurar substituir o sal por ervas aromáticas; Preferir alimentos assados ou cozidos aos fritos;

- 2.2. Negociar estratégias para contornar os obstáculos sentidos nesta área, para ir de encontro às suas necessidades no seu regime alimentar;
- 2.3. Reforçar ensinios sobre necessidade de manter prática regular de exercício físico, como pequenas caminhadas diárias;
- 2.4. Realizar ensinios acerca da importância da manutenção do peso corporal adequado;
- 2.5. Refletir junto do senhor P.L. quais os benefícios acerca da sua saúde cardiovascular, praticando hábitos de vida saudáveis;

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 06/03/2025	1: Peso Corporal 1.1: Peso – Diminuído. 1.2: Perímetro abdominal – Diminuído. 1.3: índice de Massa Corporal – Diminuído. 2: Conhecimento: Controlo do Peso 2.1: Benefícios de hábitos de vida saudáveis – Melhorados. 2.2: Estratégias para alterar hábitos alimentares – Melhoradas. 2.3: Importância da adesão aos hábitos saudáveis – Melhorada. 2.4: Causas e fatores contribuintes – Melhoradas. 2.5: Complicações associadas ao aumento de peso – Melhoradas.

	3: Comportamento de Ganho de Peso 3.1: Seleciona uma meta de peso saudável – Melhor. 3.2: Monitoriza o nível do apetite – Melhorada. 3.3: Mantém equilíbrio hídrico – Melhorado. 3.4: Mantém o sono adequado – Mantido. 3.5: Monitoriza o peso corporal – Mantido. 3.6: Solicita assistência quanto ao peso do profissional de saúde – Melhorado.
Fundamentação	
Peso é definido por CIPE (2015), como dimensão física, encontra-se comprometido, quando se encontra acima dos valores considerados normais, tendo em conta a altura da pessoa e perímetro abdominal. Um Índice de Massa Corporal superior a 25 surge como o segundo fator de risco cardiovascular mais frequente na população (Magalhães et al., 2015). Ainda de acordo com Magalhães et al. (2015), diversos estudos têm revelado que a obesidade aumenta a mortalidade cardiovascular e que uma redução de 5% no peso corporal reduz os fatores de risco cardiovascular e uma diminuição de 10% tem efeitos significativos no perfil lipídico, controlo da hipertensão, resistência à insulina e distúrbios na coagulação. Os programas de reabilitação cardíaca visam melhorar a capacidade funcional da pessoa com patologia cardíaca, assim como educar e acompanhar no controlo dos seus fatores de risco cardiovasculares (Magalhães et al., 2015). De acordo com Dores (2024), os fatores de risco cardiovasculares subdividem-se em modificáveis, em que podemos ser agentes de mudança como: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Obesidade, Tabagismo, Stress emocional, Sedentarismo, Alimentação inadequada e Excesso de consumo de álcool; e não modificáveis: idade; raça; sexo; história familiar e genética. Sedentarismo e alimentação inadequada são fatores de risco problemáticos a nível mundial. É de extrema importância adotar um estilo de vida saudável que permita obter saúde cardiovascular e qualidade de vida (Dores, 2024). O presente autor descreve o exercício físico como uma medida essencial para a pessoa com alterações cardiovasculares já diagnosticadas que possuem também o peso corporal comprometido, devendo ser parte integrante dos programas de recuperação e de reabilitação	

cardíaca. Neste contexto, o exercício físico associa-se também à melhoria da qualidade de vida e à redução do risco de eventos clínicos agudos, melhorando o prognóstico da pessoa com o sistema cardiovascular comprometido.

Assim, o EEER atua como agente promotor da mudança, uma vez que a iniciativa major é da pessoa alvo de cuidados. A educação da pessoa, no âmbito dos hábitos em saúde deve ser vista como processo em que aprender implica construir e não adquirir conhecimentos, significa desenvolver habilidades pessoais e sociais e não reproduzir comportamentos (Sousa, Martins & Novo, 2020). Este referem que as práticas educativas devem ser realizadas com a finalidade de permitir a participação ativa da pessoa no processo de tomada de decisão e na implementação de estratégias para a melhoria da sua condição de saúde.

3.1. REAVALIAÇÃO GENERALIZADA

A fim de contextualizar, embora a intervenção do EEER proporcione uma evolução muito positiva no domínio da função, é formidável o seu desenvolvimento na capacidade das pessoas para integrarem de forma fluída o seu processo de reabilitação e recuperação.

Assim, no que se refere à interpretação dos resultados obtidos após intervenção junto da senhora A.S. são perceptíveis os ganhos em saúde obtidos. Através da implementação do programa de reabilitação com enfoque na restauração da funcionalidade, treino de exercício e treino de marcha com dispositivo auxiliar de marcha. Posto isto, perante a intervenção realizada junto da senhora foi possível aumentar o seu nível de independência funcional, diminuir o impacto do comprometimento do movimento muscular após fratura subcapital à direita e posterior artroplastia total da anca, aumento da força e tónus muscular, bem como equilíbrio corporal e na melhoria da capacidade funcional, logo um aumento significativo na sua qualidade de vida.

Reportando ao plano de reabilitação descrito no capítulo anterior, salientam-se os ganhos a nível da força (5/5 no membro inferior esquerdo mantida em relação ao valor inicial e 4/5 no membro inferior direito melhorada, em relação à primeira avaliação 3/5) e tónus muscular, através dos exercícios de fortalecimento muscular realizados. Relativamente à tolerância ao esforço foi colmatada, através da intervenção no âmbito do controlo ventilatório, perante o esforço. Em relação à avaliação do índice de Barthel foi possível observar uma evolução positiva, progredindo no Autocuidado de Grau Elevado para Grau Moderado através do seu desempenho evolutivo a nível dos diversos constituindo do presente foco de enfermagem. No que se refere aos ensinamentos prestados, foi possível prestar e posteriormente validar os mesmos com a senhora, através do folheto informativo disponível no serviço de internamento e do livro personalizado adaptado às necessidades da mesma, sendo realizado por mim. Foi facultado, foi disponibilizado tempo para ler e compreender e posteriormente, existiu um momento para discussão e colmatção das dúvidas existentes. Quanto aos ensinamentos realizados aos cuidados, também foram validados e constituíram-se como adquiridos.

A senhora teve alta do serviço de Ortopedia do Hospital Distrital de Santarém no dia 21/04/2025 referenciada para ECCL, onde se encontra inteiramente motivada para dar continuidade ao seu processo de reabilitação.

CONCLUSÃO

A excelência na prestação de cuidados de saúde exige um compromisso com a centralidade na pessoa alvo de cuidados. O processo de enfermagem demonstra a individualidade de vida do senhor

P.L., identificando as suas necessidades específicas, a partir da análise dos padrões funcionais em saúde.

A implementação deste processo para o senhor P.L. reforça o papel indispensável da Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade e autonomia na pessoa com Processo do Sistema Cardíaco Comprometido.

A colheita de dados defino-a como “conhecer quem se cuida”, uma vez que é um determinante essencial na formulação dos diagnósticos CIPE de enfermagem. Através da mesma, os diagnósticos CIPE que surgiram, focalizaram-se no contexto atual de saúde do Sr. P.L. por meio de resultados que se esperavam obter (NOC), com indicadores de resultado que conduzem a intervenção. Após validação dos mesmos diagnósticos, nasceram as intervenções que tiveram como foco central não só a restauração da funcionalidade, a autonomia do senhor nas atividades do quotidiano, a prevenção de complicações decorrentes das sequelas da sua alteração de saúde e a promoção da qualidade de vida do mesmo.

Este processo é um exemplo claro de como a enfermagem de reabilitação pode contribuir para a humanização dos cuidados e para a melhoria do bem-estar da pessoa, fortalecendo-se, assim, o compromisso com a autonomia. O programa de reabilitação desenvolvido e implementado contribuiu para a concretização dos objetivos propostos inicialmente.

Ao longo do programa de reabilitação cardiovascular fase II o senhor P.L. que ainda mantém demonstrou empenho e sentido de responsabilidade e compromisso com o seu processo de reabilitação. Foi instruído sobre a continuidade dos exercícios respiratórios, prática de exercício físico, estratégias de conservação de energia e a importância de manter controlo sobre os fatores de risco cardiovasculares.

Posto isto, este trabalho demonstra a integração dos conhecimentos teóricos e práticos na área da Enfermagem de Reabilitação. “A Enfermagem de Reabilitação constitui uma forma particular de cuidar em Enfermagem. Toda a sua ação e sentido visam prevenir incapacidades e/ou maximizar capacidades para o futuro da pessoa.” (Freitas, 2017, p.1) No fundo, o foco passa pela obtenção de qualidade de vida, através da intervenção do EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A., Mendes, M. Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, T. & Morais, J. (2018). Mandatory criteria for rehabilitation programs: 2018 guidelines from de Portuguese

Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 37(5). 363-373.
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02>.

Barbosa, P., Carvalho, A. L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. In *comum.rcaap.pt*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
<http://hdl.handle.net/10400.26/31804>

Carvalho, W. N., Viana, T. T., Figueiredo, C. S., Martins, F., & Passos, L. C. S. (2024). Implantes potencialmente inapropriados de cardioversor-desfibrilador na prevenção secundária de morte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 121(10), e20220899.
<https://doi.org/10.36660/abc.20220899>

Dores, H. (2024). *Exercício Físico e Coração: Saiba como e até onde ir!*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Luzia, M. de F., Victor, M. A. de G., & Lucena, A. de F. (2014). Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 262–268. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3250.2411>

Delgado, B., Lopes, I., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B., & Novo, A. (2019). Modulação cardíaca pelo exercício físico na pessoa com Insuficiência Cardíaca Descompensada – Relato de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(2), 65–73.
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4583>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). Escala de Barthel: Manual de utilização. Lisboa: DGS.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

Fernandes, M., Martins Ribeiro, S., Sanfins, V., & Lourenço, A. (2015). Síndrome do QT longo: mutação trigénica, um caso raro. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 34(5), 359.e1–359.e5.
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.10.004>

Freitas, L. (2017). *Reabilitação e a eficiência que faz a diferença*. Secção Regional da Região Autónoma da Madeira. In *Ordem dos Enfermeiros*. Funchal.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas_rev_elvio_artigo-reabilita-ao.pdf

Galvão, P., Cavaco, D., Adragão, P., Costa, F., Carmo, P., Morgado, F., Bernardo, R., Nunes, M., Abecasis, M., Neves, J., & Mendes, M. (2014). Cardioversor desfibrilhador implantável subcutâneo – experiência de um centro. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(9), 511–517.
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.01.018>

Magalhães, S., Viamonte, S., Miguel Ribeiro, M., Barreira, A., Fernandes, P., Torres, S., & Lopes Gomes, J. (2013). Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controlo

dos fatores de risco cardiovasculares. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(3), 191–199.
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.08.005>

Moorhead, S.; Johnson, M.; Swanson, E.; Maas, L. (2020). *NOC Classificação dos resultados de enfermagem*. 6.ed.

Neves, S. (2023). *Promoção de estilos de vida saudável: Intervenção de enfermagem numa academia sénior*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal.
<http://hdl.handle.net/10400.26/48590>

Oliveira, J. D. (2013). *Síndrome pós-paragem cardíaca: Fisiopatologia, aspetos clínicos e abordagem terapêutica*. Tese de Mestrado integrado em Medicina. Repositório Estudo Geral. Faculdade de medicina. Universidade de Coimbra.
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/26122/2/Joana%20Oliveira%20TF%206%20ano.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2023). Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular (2ª ed.). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação respiratória*. Cadernos OE, série 1(10). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE versão 2. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, Diário da República, Série II (n.o 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceitos e Práticas*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Sociedade Europeia de Cardiologia (2022). Recomendações de bolso da ESC (Versão Portuguesa): Arritmias ventriculares e MSC. Recomendações para o tratamento de doentes com arritmias ventriculares e prevenção de morte súbita cardíaca. *European Heart Journal*.
<https://spc.pt/profissional-de-saude/wp->

[content/uploads/Arritmias%20Ventriculares%20e%20Morte%20Súbita%20Cardíaca%20-%20versão%20definitiva.compressed.pdf](http://hdl.handle.net/10198/23122)

Teixeira, M. de L. R. P. (2020). *Efeito de uma intervenção de enfermagem de reabilitação no equilíbrio funcional e no risco de queda de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Bragança. Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/23122>

Teixeira; M. & Azevedo, A. (2016). Retorno à atividade profissional, condução de automóvel e viagem em altitude no doente cardiovascular. In A. Abreu, C. Araújo, M. Mendes & S. Serra (Eds.), *Prevenção e Reabilitação Cardiovascular* (pp.351-63). Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <https://derc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/publication.pdf>

APÊNDICE III - PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:
RESTAURAÇÃO DA FUNCIONALIDADE - SENHORA M.V.



Escola Superior de Saúde de Santarém

Processo de Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação

Restauração da Funcionalidade - Senhora M.V.

Discente:

Jéssica Madeira



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Saúde de Santarém

UC: Estágio II de Natureza Profissional – Hospital Pulido Valente: Unidade de Reabilitação Respiratória

Ano

letivo:

2024/2025

Processo de Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação

Restauração da Funcionalidade - Senhora M.V.

Discente:

Jéssica Madeira nº160408005

Enfermeira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Cátia Sebastião

Docente Orientadora:

Professora Doutora Júlia Santos

Cooperante:

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
Escala de NIHSS – Escala National Institutes of Health Stroke Scale;
ER – Enfermagem de Reabilitação;
HPV – Hospital Pulido Valente;
PE – Processo de Enfermagem;
PNV - Plano Nacional de Vacinação;
PFS - Padrões Funcionais de Saúde;
RFR – Reeducação Funcional Respiratória;
RR – Reabilitação Respiratória;
SOS – *Si Opus Sit* (Se necessário);
SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio;
TA – Tensão Arterial;
UC – Unidade Curricular.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. ENTENDER QUEM SE CUIDA: COLHEITA DE DADOS – PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE.....	5
1.1.PADRÃO DE MANUTENÇÃO / PERCEÇÃO DE SAÚDE.....	5
1.2.PADRÃO NUTRICIONAL METABÓLICO.....	8
1.3.PADRÃO DE ELIMINAÇÃO.....	10
1.4.PADRÃO ATIVIDADE-EXERCÍCIO.....	10
1.5.PADRÃO SONO REPOUSO.....	15
1.6.PADRÃO COGNITIVO-PERCETIVO.....	15
1.7.PADRÃO AUTOPERCEÇÃO-AUTOCONCEITO.....	16
1.8.PADRÃO PAPEL-RELAÇÃO.....	16
1.9.PADRÃO SEXUALIDADE REPRODUÇÃO.....	16
1.10.PADRÃO ADAPTAÇÃO-TOLERÂNCIA AO STRESS.....	16
1.11.PADRÃO VALORES E CRENÇAS.....	17
1.12.PLANEAMENTO DA ALTA.....	17
2.ESSENCIAL AO CUIDADO: AVALIAÇÃO FÍSICA EMENTAL.....	18
3.INTERVENÇÃO NA ER: PLANO DE CUIDADOS.....	26
3.1.PLANO DE CUIDADOS.....	27
3.2.REAVALIAÇÃO GENERALIZADA.....	46
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	50
ANEXO I: ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	51
ANEXO II: ÍNDICE DE AUTOEFICÁCIA ADAPTADO PARA A REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA.....	56
ANEXO III: QUESTIONÁRIO DE DISPNEIA (MODIFIED MRC DYSPPNEA QUESTIONNAIRE).....	59
ANEXO IV: Escala Visual Analógica Vertical.....	62

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de reabilitação é uma área de especialidade que atua ao longo do ciclo vital, incluindo nas diversas transições vivenciadas e experienciadas pelas pessoas. É orientada para a pessoa, família e grupos, com o objetivo de promover a alteração nos estilos de vida e capacitar as pessoas com défices de funcionalidade, dotando os cidadãos de competências que contribuem para o processo de socialização, promovendo o seu bem-estar (Pinto et al., 2022).

Desta forma, o Processo de Enfermagem (PE) possibilita um cuidado integral, seguro, individualizado e eficaz, atendendo às necessidades da pessoa, de forma personalizada. Quanto ao enfermeiro permite o desenvolvimento do raciocínio clínico e científico (Silva et al., 2020). Considera-se um instrumento intencional, dinâmico, interativo, flexível e sistemático, constituído por fases complementares à construção do cuidado, para garantir a continuidade de cuidados.

O Processo de Enfermagem inserido na Enfermagem de Reabilitação permite uma intervenção particularizada, por meio da definição de objetivos realistas, tendo por base a condição da pessoa. O presente processo espelha uma abordagem com enfoque na restauração da funcionalidade. São potenciadas capacidades que se encontrem presentes e prevenidas complicações, fomentando a independência no autocuidado e qualidade de vida. Através da capacitação para habilitar para a autonomia é valorizada a participação ativa da pessoa nos autocuidados, através de objetivos realistas previamente definidos.

A senhora M.V. foi a pessoa eleita para a execução do PE, sendo que este foi realizado com base na colheita de dados realizada perante a mesma. Posto isto, primeiramente, será apresentada a colheita de dados. Esta compreende os 11 Padrões Funcionais de Saúde (PFS) e, em seguida, o plano de cuidados com os diagnósticos, resultados esperados e intervenções formuladas e respetiva fundamentação, com vista a responder às necessidades individualizadas da mesma. Seguindo esta premissa e, no âmbito da Prática Clínica integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente, encontra-se o presente processo de enfermagem.

A finalidade do presente processo acima descrito perspectiva: a mobilização dos conhecimentos teóricos na prática de enfermagem e na Enfermagem de Reabilitação conhecimentos pedagógicos na área de educação para a saúde; a perceção de sinais e sintomas de alterações em cada um dos PFS; desenvolver relação terapêutica com a pessoa; perceber situações de desequilíbrio na saúde da pessoa e no seio familiar; garantir a continuidade de cuidados; planejar, implementar e reavaliar os cuidados de enfermagem realizados, através desta metodologia; apresentar conhecimentos no âmbito das intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER); proceder em conformidade com os princípios humanistas.

1. ENTENDER QUEM SE CUIDA: COLHEITA DE DADOS – PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE

O presente capítulo constitui a colheita de dados, com a finalidade de perspetivar uma análise completa e profunda referente à pessoa selecionada, integrando a apresentação da mesma, neste contexto.

A apresentação da pessoa constitui-se essencial para a contextualização do Processo de Enfermagem. Desta forma, a senhora M. é sexo feminino e nasceu no dia 07/08/1944, com 80 anos de idade. Possui nacionalidade portuguesa, natural da Ilha de São Miguel nos Açores. Reside sozinha atualmente, possui três filhos, no entanto, apenas mantém relação com dois deles. Têm apoio da filha, pessoa de referência, neste momento.

A senhora M. veio para Portugal Continental com apenas 18 anos, sendo que ingressou no curso de assistente social aos 20 anos, porém não deu término ao mesmo, tendo frequentado, em seguida, o curso de formação profissional de bancária que terminou com cerca de 23 anos. Ingressou na sua vida profissional num banco, inicialmente, onde se manteve durante 10 anos, enquanto bancária na vertente de atendimento ao público e posteriormente, exerceu funções até à sua reforma no Banco Millennium como bancária, no âmbito da direção internacional, uma vez que refere ser poliglota. Neste momento, encontra-se aposentada das suas funções, desde os seus 62 anos, segundo informação fornecida pela mesma.

A Funcionalidade deve ser avaliada tendo em consideração a pessoa e a sua interação biopsicossocial com o ambiente. Os Padrões Funcionais de Saúde concebidos por Marjory Gordon constituem-se como padrões subdivididos cuja finalidade é facilitar a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem. Estes são influenciados por elementos biológicos, culturais, sociais e espirituais. Assim, através da utilização dos PFS, a análise da funcionalidade determina uma avaliação mais individualizada e personalizada, tendo em ponderação a idade, o nível de cuidado requerido e o contexto cultural e social, onde a pessoa se insere (Bitencourt et al., 2023).

1.1. PADRÃO DE MANUTENÇÃO / PERCEÇÃO DE SAÚDE:

O Padrão de manutenção/perceção de saúde consiste na perceção da pessoa acerca do padrão de saúde e bem-estar e como sua saúde é controlada (Bitencourt et al., 2023).

M.V. possuiu hábitos tabágicos desde entre os 20 e os 40 anos, contudo apenas socialmente, segundo a mesma. Contudo, revela com sinceridade que não se tratou de um vício, mas sim de um meio presente no seu processo de socialização. Quanto a hábitos etanólicos, releva não possuir,

apenas também durante a sua juventude e não foi alvo de excessos, de acordo com informação fornecida pela mesma.

Apresenta alergia à Penicilina e intolerância à lactose. O Plano Nacional de Vacinação (PNV) encontra-se completo e atualizado.

No que respeita à terapêutica de internamento, apresenta-se, em seguida, uma tabela que demonstra a terapêutica, a via de administração, a dosagem e a frequência.

TERAPÊUTICA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA
Ácido acetilsalicílico	Oral	100 mg	1xDia: 13h
Enoxaparina	SC	40 mg	1xDia: 12h
Espironolactona	Oral	12,5 mg	1xDia: 8h
Fluoxetina	Oral	20 mg	1xDia: 9h
Pantoprazol	Oral	40 mg	1xDia: 8h
Prednisolona	Oral	40 mg	1xDia: 9h
Sene	Oral	24mg	1xDia: 21h
Salbutamol (100)	Inalatória	400 ug (4 Inal.)	3xDia: 6h;14h;22h
Brometo de Ipratrópio (20)	Inalatória	120 ug (6 Inal.)	3xDia: 6h;14h;22h
Beclometasona (250)	Inalatória	500 ug (2 Inal.)	2xDia: 9h; 21h

A senhora M. apresenta alterações na sua saúde, nomeadamente: Processo do Sistema Respiratório Comprometido relacionado com Pneumonia Adquirida na Comunidade e Síndrome da Ansiedade Respiratória no Adulto (ARDS). Apresenta também Processo do Sistema Cardíaco Comprometido relacionado com Estenose aórtica com substituição de válvula cardíaca em agosto de 2024, Processo do Sistema Metabólico Comprometido relacionado com Dislipidemia e Processo do Sistema Metabólico Comprometido relacionado com Diabetes Mellitus.

M.V. apresentou o Processo do Sistema Respiratório Comprometido relacionado com Pneumonia Adquirida na comunidade e ARDS, dando entrada no serviço de medicina intensiva a 04 de fevereiro de 2025 com necessidade de ventilação mecânica invasiva e para cumprir antibioterapia. No dia 04 de fevereiro M.V. realizou TAC Tórax, que esclarece:

- Árvore traqueobrônquica com calibre e permeabilidade globalmente mantidos, com escassas secreções luminais, tendo sido removido no intervalo a entubação orotraqueal.
- Parênquima pulmonar bilateralmente e de relativamente simétrica com aumento difuso da radiodensidade com extensas opacidades em vidro despolido e consolidações com algum predomínio basal, associando-se ligeira reticulação do parênquima e notando-se face ao estudo prévio apenas ligeira melhoria das alterações parenquimatosas existentes.
- Persistem múltiplas adenomegalias mediastínicas.

Neste contexto, com evolução clinicamente favorável, foi extubada a 08 de fevereiro de 2025 e após realização de desmame de oxigenoterapia foi transferida para o Serviço de Pneumologia do Hospital

de Santa Maria no dia 11 de fevereiro com oxigenoterapia por cânula nasal a 2 L/min para continuidade de cuidados. No presente serviço de internamento, cumpriu reabilitação motora e respiratória, tendo obtido ganhos em saúde a nível da funcionalidade e a nível do controlo ventilatório, cumprindo oxigenoterapia a 2L/min em repouso e 6L/min em esforço.

No dia 20 de fevereiro de 2025, realizou AngioTAC Tórax que revelou melhoria da função pulmonar, ainda que com consolidações presentes e uma suspeita de doença intersticial, explicando o padrão respiratório da mesma e a dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios.

Após melhoria do estado geral e controlo da sintomatologia, a senhora M. foi transferida novamente para o serviço de Pneumologia do Hospital Pulido Valente, sendo admitida no dia 01/03, para continuidade de cuidados e reabilitação, a aguarda vaga para unidade de média duração da rede nacional de cuidados integrados com o intuito de reabilitação e recuperação da funcionalidade, visto que seria previamente independente.

No dia 05 de março de 2025 realizou Raio X Tórax:



Com posterior reavaliação no dia 10 de março de 2025, com melhoria geral da hipodensidade e consolidações:



No dia 17 de março de 2025, por necessidade de reavaliação, realizou novamente TAC tórax que descreve:

- Ligeira redução global das pequenas adenomegalias mediastino-hilares com dimensão atual no limite superior da normalidade.
- Pequena hérnia de deslizamento do hiato esofágico.
- Sem derrame pleural ou pericárdico.
- Árvore traqueobrônquica central permeável com alguma irregularidade do contorno do lúmen que pode traduzir secreções aderentes.
- Melhoria das áreas de consolidação do parênquima pulmonar, sobretudo nos lobos inferiores e no lobo médio, contudo refere-se a persistência de um padrão de densidades reticulares, não sendo possível excluir bronquiectasias. Estes aspetos para além de processo infeccioso em resolução, impõem correlação com antecedentes clínicos para excluir envolvimento retículo intersticial prévio fibrosante.

Assim, neste momento, não apresenta alterações nos componentes da deambulação, no entanto, apresenta alterações a nível da tolerância ao esforço, pelo que a nível de reabilitação o foco atual compreende o controlo ventilatório, o treino de exercício e treino de marcha, devido à imobilidade prolongada e alterações a nível do sistema respiratório.

Apresentam-se, nesta sequência, os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- **Processo Respiratório Comprometido**
- **Processo do Sistema Musculoesquelético Comprometido**

A pessoa alvo de cuidados possui plena consciência dos seus défices, com cognição mantida e perceção do estado de saúde transposta à sua realidade.

A filha encontra-se a trabalhar por conta de outrem numa empresa trabalhando semanalmente e, por isso, tem alguma disponibilidade para o acompanhar no processo de cuidados, no entanto, é a pessoa de referência e a pessoa mais presente da família. A referir que ambas possuem uma relação de proximidade e ligação forte.

1.2. PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO

O Padrão Nutricional-Metabólico revela os aspetos relacionados com o consumo de alimentos (dieta) e ingesta hídrica, no que diz respeito à necessidade metabólica, além de integrar o suporte de nutrientes específicos e o estado da pele da pessoa (Bitencourt et al., 2023).

A senhora M.V. apresenta 156 cm e 62,9 kg. Assim, um Índice de Massa Corporal (IMC) de aproximadamente 25,8 kg/m². Com perímetro abdominal de 76 cm. Este valor encontra-se

ligeiramente acima dos parâmetros considerados normais, no entanto, foram realizados ensinamentos, acerca de hábitos de vida saudáveis, para que possa consciencializar-se acerca da sua alimentação e da importância da hidratação e da manutenção de exercício físico realizado para além da sessão de reabilitação.

A alimentação realizada pela senhora constitui-se como variada e equilibrada, com poucos açúcares, segundo a mesma. Esta refere apetite diminuído, no entanto, já seria desta forma anteriormente. Não apresenta sintomas de náuseas, vômitos, estomatite ou diminuição/alteração do paladar. Não apresenta prótese dentária, no entanto, refere falta de 2 peças dentárias.

A senhora alvo de cuidados refere que apenas ingere cerca de 1 litro de água por dia, com alguma dificuldade em se lembrar que deve beber água, sendo assim, ao longo dos momentos em que esteve presente incentivei sempre à sua ingestão, sendo que se melhorou a ingestão hídrica para 1,5 L. Esta não apresenta alterações na deglutição.

Apresenta pele íntegra e mucosas coradas e hidratadas. Não apresenta sinais e sintomas de desidratação, como secura da pele e mucosas, aumento da temperatura corporal ou alteração do estado de consciência.

De referir que dado o seu estado nutricional e a sua pele, e de acordo com os parâmetros de avaliação da Escala de Braden, a senhora M.V. apresenta baixo risco para o desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP's), com o valor de 20 pontos na sua totalidade.

ESCALA DE BRADEN					Total
Percepção sensorial	1. Completamente Limitada	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma Limitação	Valor 4
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	Valor 4
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda Frequentemente	Valor 3

Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma Limitação	Valor 3
Nutrição	1. Muito Pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	Valor 3
Fricção e Forças de Deslizamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum Problema		Valor 3

Diagnósticos de Enfermagem:

- **Risco de Desidratação**
- **Peso Comprometido**

1.3. PADRÃO DE ELIMINAÇÃO

O Padrão de Eliminação consiste na exploração de aspetos relacionados com a eliminação, nomeadamente excreção vesical e intestinal (Bitencourt et al., 2023).

A senhora M.V. apresenta controlo do esfíncter vesical, sem alterações na eliminação urinária, urinando no WC. Utiliza fralda apenas com o intuito de proteção durante o turno da noite por eventuais perdas de esforço associada a tosse irritativa que apresenta.

No que toca ao controlo do esfíncter intestinal, não apresenta alterações na eliminação intestinal, com dejeções diárias e mantidas, fezes de consistência mole e cor castanha, segundo refere.

1.4. PADRÃO ATIVIDADE-EXERCÍCIO

O Padrão de Atividade-Exercício diz respeito à maneira como se realiza a atividade/lazer da pessoa, nomeadamente capacidade para se autocuidar, bem como se utiliza dispositivos auxiliares para se deslocar e como é o seu desempenho nas atividades (Bitencourt et al., 2023).

A senhora integra o programa de Reabilitação Respiratória (RR) no Hospital Pulido Valente (HPV). A Ordem dos Enfermeiros (2018) define o exercício físico como o pilar da reabilitação pulmonar para melhorar a função muscular em pessoas com distúrbios respiratórios, nomeadamente com dispneia/fadiga, intolerância ao esforço ou limitações no autocuidado.

A Unidade de Reabilitação de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente possui a valência direcionada à pessoa com alteração em saúde respiratória que provém do domicílio, em contexto de ambulatório. Existe também uma enfermeira de reabilitação que se desloca ao internamento no Piso 3 (Serviço de Pneumologia) e que realiza RR à pessoa com critérios para integrar o programa a definir pelos médicos e pela mesma, em decisão mútua, após primeira avaliação pela EEER. A sua finalidade é a manutenção / recuperação funcional da pessoa, com vista à obtenção de qualidade de vida e redução dos fatores de risco, prevenindo futuras complicações.

O programa de RR na senhora M.V. pretende reverter as consequências da imobilidade prolongada, diminuição da força dos músculos respiratórios e intolerância à atividade através de uma intervenção fisiológica e psicológica, com recurso às técnicas da gestão de energia, treino de exercício físico (aeróbico, membros superiores e inferiores) e treino de marcha.

A intolerância ao exercício é uma repercussão comum e um fator altamente limitativo na qualidade de vida da pessoa e na sua satisfação do autocuidado, na pessoa com alterações em saúde, nomeadamente de cariz respiratório, traduzindo-se na incapacidade da pessoa em realizar uma determinada tarefa e/ou atividade física na intensidade ou na duração tolerável para pessoas relativamente sedentárias e sem patologia associada (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O formato FITT-VP é definido como o mais apropriado a pessoas com doença respiratória crónica: Frequência, tendo em conta o número de sessões de exercício; Intensidade, de acordo com o consumo energético; Tempo, nomeadamente a duração de uma sessão e Tipo de Treino, mais precisamente de força e/ou resistência; Volume e Progressão, devem ser de acordo com a tolerância da pessoa. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), as sessões de treino de exercício, incluídas no programa de RR, devem obedecer a um formato específico, segundo os princípios gerais do treino e com regras específicas.

O programa de reabilitação encontra-se delineado na fundamentação teórica e no programa padrão de RR do serviço em questão, de acordo com o quadro que explanarei posteriormente. Neste âmbito, a senhora M.V. integra este programa, neste formato, seguindo uma mnemónica lógica na sequência de exercícios que realiza, nomeadamente:

- Controlo Ventilatório: Dissociação dos tempos respiratórios; Respiração Abdominodiafragmática; Reeducação Costal Global; Reeducação Costal Seletiva; Tosse Assistida; Tosse Dirigida;
- Reeducação Funcional Motora: Mobilizações Ativas MS's e MI's;
- Treino de Exercício (Fortalecimento + Resistência): Membros superiores; Membros inferiores;
- Treino de Marcha.

Data:			14/03		17/03		19/03	
	Sat.O2 inicial	Sat.O2 final	93%	96%	96%	91%	95%	94%
	FC inicial	FC final	76bpm	80bpm	76bpm	91bpm	68bpm	79bpm
	Débito de O2 inicial	Débito de O2 final	1	1	1	0,5	0,5	0,5
	Escala de Borg (modificada) Final		1		2		0,5	
	TA inicial	TA Final	126/81	131/94	106/61	124/82	103/71	111/73
Reeducação abdomino-diafragmática	Posterior c/ resistência	s/ resistência	X10		X10		X15	
	Anterior c/ resistência	s/ resistência		X10		X10		X15
	Seletiva - Hemicúpula esquerda		-		-		-	
	Seletiva - Hemicúpula direita		-		-		-	
	Global		X10 (Halter:1kg)		2X10 (Halter:1kg)		X15 (Halter:1kg)	
Reeducação Costal	Global com bastão		-		-		-	
	Seletivo esq./dto com abdução MS		2/5X (Halter:1kg)		2/10X (Halter:1kg)		15X (Halter:1kg)	
	Ântero-lateral esq./dto c/resistência		X10		X10		X15	
Manobras acessórias (Percursões; Vibrações/Compressões)			-		-		-	
Reeducação Funcional Motora	Mobilizações: Passivas; Ativas; Ativas assistidas; Ativas resistidas		Ativas assistidas		Ativas resistidas		Ativas resistidas	
	Resistência	Pedaleira/Marcha	X			X	X	X
		FC máxima	83			91	83	91
		SatO2 mínima	94%			89%	92%	90%

Treino de exercício	Força	Membros inferiores	CCA	CCF	x		x	x	x	x
			Nº séries/repetições		1/10		1/10	2/5	2/10	2/10
		Membros superiores	Halteres/Pesos/Faixa		1kg		1kg		1kg	
			Nº séries/repetições		1/10		2/10		2/10	

No decorrer do programa de reabilitação, a senhora M.V. encontrou-se motivada pela sua vontade em recuperar.

No decorrer dos dias em que foram prestados cuidados, M.V. apresentou os seguintes Sinais Vitais:

Data	Hora (Antes e depois do programa)		Escala de Borg Modificada (Antes e depois do programa)		FC (Antes e depois do programa)		SpO2 (Antes e depois do programa)		Dor (Escala Numérica) (Antes e depois do programa)	
20/03/2025	9h30	10h00	0	0,5	67 bpm	72 bpm	97%	95%	0/10	0/10
24/03/2025	10h30	11h15	1	2	71 bpm	67 bpm	96%	94%	0/10	0/10

Assim, nas três avaliações de sinais vitais, a senhora M.V. apresentava-se: normotensa, normocárdica, com pulso rítmico. A saturação periférica de oxigénio encontra-se dentro dos parâmetros considerados normais. A senhora M. apresenta uma respiração mista, superficial, simétrica, com um padrão irregular, influenciado pelo seu padrão mais restritivo, dadas as alterações em saúde que apresenta.

No decorrer dos turnos, foi possível observar cansaço a médios esforços, com necessidade de efetuar uma gestão da sua atividade, sendo que foram realizados ensinamentos acerca de técnicas de conservação de energia. A sintomatologia descrita até ao momento é evidência de Tolerância à Atividade Diminuída que poderá ser comprovada através da Escala de Borg Modificada (Instrumento que permite avaliar o esforço percebido de 0 a 10 numericamente, 0 = Nenhum; 0,5 = Muito, muito leve; 1 = Muito Leve; 2 = Leve; 3 = Moderado; 4 = Um pouco intenso; 5-6 = Intenso; 7-8 = Muito intenso; 9 = Muito, muito intenso; 10 = Máximo). Refere não apresentar dor.

Para além disto, M.V. apresenta limitações físicas, logo **Processo do Sistema Músculo Esquelético Comprometido** relacionado com **Mobilidade Diminuída, Força Muscular Diminuída e Tônus Muscular Diminuído** por VMI e Imobilidade Prolongada.

De acordo com a Escala de Barthel, a senhora M.v. apresenta um grau de funcionalidade médio, traduzindo-se em dependência parcial na satisfação das suas Atividades de Vida Diárias, como se pode verificar abaixo. A capacidade para se autocuidar pode ser avaliada (0 = Independente; 1 = Dispositivos auxiliares; 2 = Com ajuda parcial; 3 = Com Ajuda parcial da equipa; 4 = Totalmente dependente):

A nível da marcha, a senhora M.V. apresenta uma marcha lentificada e no início algum desequilíbrio associado, no entanto, com imensa melhoria, com as terapias coadjuvantes, nomeadamente programa de RR (todos os dias da semana) e fisioterapia diariamente. É utilizado o andarilho dinâmico como dispositivo auxiliar de marcha para compensar o desequilíbrio. A senhora, ainda assim, apesar de apresentar uma melhoria significativa nos componentes da marcha, praticamente sem alterações, deveria manter o fortalecimento muscular e treino resistido com vista à otimização do desempenho da sua mecânica corporal.

Durante o programa de reabilitação, a senhora demonstra vontade em melhorar, colaborando sempre dentro do que lhe é possível.

Face ao programa de reabilitação desenhado para a senhora, considera-se realista e objetivável, contudo não foi cumprido regradamente, face às reavaliações diárias da tolerância ao exercício e por intercorrências na logística dos cuidados diários, pelo que foi adaptado à mesma.

Assim, apresentam-se os seguintes diagnósticos:

Diagnósticos de Enfermagem:

- **Processo do Sistema Músculo Esquelético Comprometido**
- **Intolerância à Atividade em grau moderado**
- **Risco de Queda**

1.5. PADRÃO SONO-REPOUSO

O Padrão de Sono-Reposo relaciona-se com os hábitos de sono, descanso e relaxamento da pessoa (Bitencourt et al., 2023).

A senhora M. refere não ter hábitos antes de adormecer, esclarecendo que mantém o sono no período noturno, sem interrupções. Possui um sono que considera reparador, de acordo com informação prestada pelo mesmo. Não possui necessidade de terapêutica farmacológica associada a este padrão. A mesma partilha quarto com outra pessoa, sendo que o ambiente é ligeiramente ruidoso, segundo a mesma, mas confortável.

1.6. PADRÃO COGNITIVO-PERCETIVO

O Padrão Cognitivo-Percetivo relaciona-se com aspetos relacionados com a perceção sensorial e cognitiva (Bitencourt et al., 2023).

M.V. refere sentir-se motivada a ultrapassar algumas das suas limitações e a viver com outras, apresentando um humor eutímico. Assim, refere apenas sentimentos de preocupação, no que se

refere à sua condição de saúde e ao facto de residir sozinha, contudo tem esperança na sua recuperação, através do trabalho autónomo desenvolvido e dos profissionais que a acompanham. Esta é orientado na pessoa, no tempo e no espaço e apresenta um discurso fluente. Não apresenta alterações no raciocínio, concentração ou memória. Apresenta alterações a nível da visão, utilizando óculos como regime de compensação. No entanto, apresenta olfato, tato e paladar mantidos. Tem noção dos seus défices.

1.7. PADRÃO AUTOPERCEÇÃO-AUTOCONCEITO

O Padrão Autoperceção-Autoconceito consiste no autoconceito e próprias percepções (autoperceção, do trabalho, imagem corporal, estado de espírito) da pessoa (Bitencourt et al., 2023).

M. refere que sente algum desconforto, nomeadamente relativamente às limitações a nível da intolerância da atividade, no entanto tem a consciência de que se está a fazer o possível para melhorar, de acordo com palavras suas.

1.8. PADRÃO PAPEL-RELAÇÃO

O Padrão Papel-Relação integra o desempenho do indivíduo nos relacionamentos, bem como regras de estabelecimento de relacionamentos e vínculos (Bitencourt et al., 2023).

Deste modo, M.V. vive sozinha. Tem três filhos, dois indivíduos do sexo masculino e uma pessoa do sexo feminino. Não se interrelaciona com o filho mais velho, assunto ao qual não demonstrou abertura para partilha, pelo que não foi algo explorado. Contudo, possui um excelente relacionamento com os restantes membros da sua família e no decorrer do programa, também foi possível perceber a sua boa relação com os restantes profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados.

1.9. PADRÃO SEXUALIDADE-REPRODUÇÃO

O Padrão de Sexualidade-Reprodução refere-se ao nível de satisfação relacionada com o padrão sexual e reprodutivo experienciada pelo indivíduo (Bitencourt et al., 2023).

A senhora M.V. refere ter três filhos saudáveis.

Dado o estado de saúde que apresenta atualmente, a senhora M.V. relewa não se sentir à vontade para pensar nesta temática.

1.10. PADRÃO ADAPTAÇÃO-TOLERÂNCIA AO STRESS

O Padrão Adaptação e Tolerância ao Stress descreve a resposta associada a situações de maior pressão que a pessoa enfrenta e como as tolera ou reage sobre as mesmas (Bitencourt et al., 2023). A Sr.ª M.V. revela um sentimento de ansiedade associado à sua condição de saúde. A sua ansiedade é manifestada, essencialmente, por agitação interior, dificuldade em enfrentar mudanças e preocupação.

Como estratégia facilitadora ao processo realizei junto da senhora um processo de interiorização para orientação dos seus pensamentos, focalizando-os, no que, para si, se constitui como positivo, feliz e controlável por si, abstraindo-se da negatividade.

Assim, esta referiu que esta estratégia foi eficaz para alterar o seu processo de pensamento e afastar a negatividade que a mesmo colocava em primeiro lugar. Esta estratégia foi trabalhada ao longos das visitas em que lhe foram prestados cuidados, sendo que aceitou que seria uma boa estratégia para iniciar consigo mesma.

1.11. PADRÃO VALORES E CRENÇAS

O Padrão Valores e Crenças refere-se aos valores e crenças, incluindo espirituais e metas de vida para a orientação da tomada de decisão (Bitencourt et al., 2023).

A senhora M.V. revelou ser católica praticante.

O seu estado civil é divorciada. “Divorciada há 38 anos” (sic).

1.12. PLANEAMENTO DA ALTA

Perspetivando a alta do serviço de internamento por parte da senhora M.V. foram discutidos aspetos essenciais que podem ser cruciais para esse mesmo momento.

A senhora M. está referenciada para RNCCI para uma Unidade de Convalescença, com vista à reabilitação da sua funcionalidade, com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida e a continuidade da reabilitação já iniciada em contexto de internamento. Em seguida, regressará ao domicílio.

Assim, é de conhecimento adquirido pela informação prestada pela mesma que a filha da senhora consegue garantir-lhe algum apoio.

M.V. refere que conseguirá aceder ao que necessitar, sem problemas de gestão financeira, no que se refere à capacidade económica para a resolução das suas alterações de saúde.

A preocupação que refere ter será acerca da sua condição de saúde na sua vida diária. Contudo, revela ter muita força de vontade e refere que irá colaborar em todo o processo para se autonomizar o máximo quanto possível e para melhorar a sua funcionalidade

2. ESSENCIAL AO CUIDADO: AVALIAÇÃO FÍSICA E MENTAL

Este capítulo retrata a avaliação física e mental realizada à senhora M.V., cuja finalidade será identificar as limitações físicas e psicológicas da mesma, integrando o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem diferenciados à mesma.

Avaliação das Capacidades Cognitivas:

Estado de Consciência: Desperta, consciente, escala de Glasgow com score de 15.
Orientação espaço-temporal: Orientada no tempo e no espaço.
Atenção: Vígil e atenta.
Memória e aprendizagem: Memória recente e antiga, bem como capacidade de aprendizagem mantida.
Expressão e compreensão oral: Discurso normal.
Estado emocional: Humor eutímico.

Avaliação Neurológica

Pares Cranianos		14/01/2025
M -Mantido D - Diminuída A - Ausente NA - Não Avaliável		
I - Olfativo	Fecha os Olhos Identifica os Odores	M
II – Óptico	Encerra um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro)	D
III – Óculo-motor IV – Patético VI– Motor Ocular Externo	Segue o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H Simetria dos movimentos oculares	M
V – Trigêmeo	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa Reflexo córneo-palpebral Encerra e move a mandíbula bilateralmente	M
VII – Facial	Sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras Apagamento do sulco nasogeniano	M
VIII – VestibuloCoclear	Acuidade auditiva de olhos fechados	M

	Equilíbrio estático e dinâmico Tonturas e ou vertigens Teste de Romberg – De pé com os pés juntos e os membros superiores em extensão (anterior) e olhos fechados	
IX – Glossofaríngeo	Reconhece os sabores como o doce e salgado	M
X – Vago	Reflexo do vômito Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	M
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência	M
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência	M

- Avaliação da Força Muscular**

Articulações		Força Muscular
Pescoço		5/5
Tronco		5/5
Membro Superior Direito	Ombro	4/5
	Cotovelo	4/5
	Punho	4/5
	Dedos	4/5
Membro Superior esquerdo	Ombro	4/5
	Cotovelo	4/5
	Punho	4/5
	Dedos	4/5
Membro Inferior Direito	Anca	4/5
	Joelho	4/5
	Pé	5/5
	Dedos	5/5
Membro Inferior esquerdo	Anca	4/5
	Joelho	4/5

	Pé	5/5
	Dedos	5/5

Instrumento de avaliação da força de LOWER:

- 5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;
- 4/5 – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
- 3/5 – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
- 2/5 – Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;
- 1/5 – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
- 0/5 – Sem contração muscular e sem movimento.

- **Avaliação do Tônus Muscular**

Tônus Muscular			
Membro superior		Membro Inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
0	0	0	0

Instrumento de avaliação do Tônus Muscular de Ashworth

- Grau 0 – Tônus normal. Sem aumento do tônus muscular.
- Grau 1 – Discreto aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
- Grau 1+ – Discreto aumento do tônus em menos de metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
- Grau 2 – Aumento do tônus em mais de metade do arco de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
- Grau 3 – Considerável aumento do tônus muscular, movimentos passivos dificultados. Partes em flexão ou extensão.
- Grau 4 – Partes rígidas em flexão ou extensão.

- **Avaliação da Sensibilidade**

	Face e Cabeça		Membro superior		Membro Inferior	
	Direita	Esquerda	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Térmica	2	2	2	2	2	2

Álgica	2	2	2	2	2	2
Táctil	2	2	2	2	2	2
Postural	2	2	2	2	2	2

SENSIBILIDADE: 0 – Ausente 1 – Diminuída 2 – Normal NT – não testável

- Avaliação da Amplitude Articular**

		Amplitude normal dos movimentos (º)	Direita	Esquerda
Ombro	Flexão	180	M	M
	Abdução	180	M	M
	Rotação externa	90	M	M
	Rotação interna	70	M	M
Cotovelo	Flexão	150	M	M
	Extensão	0	M	M
Antebraço	Pronação	80	M	M
	Supinação	80	M	M
Punho	Flexão	80	M	M
	Extensão	70	M	M
	Desvio radial	20	M	M
	Desvio cubital	30	M	M
Anca	Flexão	120	M	M
	Extensão	30	M	M
	Abdução	45	M	M
	Adução	30	M	M
	Rotação externa	45	M	M
	Rotação interna	45	M	M
Joelho	Flexão	135	M	M
	Extensão	5-10	M	M
Pé	Dorsiflexão	20	M	M
	Flexão plantar	50	M	M
	Inversão	35	M	M
	Eversão	15	M	M

AMPLITUDE: M – Mantida D - Diminuída

- **Avaliação do Equilíbrio**

Escala de Equilíbrio de Berg

1) Posição sentada para posição em pé Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	(4) Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente (3) Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos (2) Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas (1) Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se (0) Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se
2) Permanecer em pé sem apoio Instrução: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar. <i>Se o pessoa for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos o item Nº 3.</i> <i>Continue com o item Nº4.</i>	(4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos (3) Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão (2) Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (1) Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho Instrução: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.	(4) Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos (3) Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão (2) Capaz de permanecer sentado por 30 segundos (1) Capaz de permanecer sentado por 10 segundos (0) Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos
4) Posição em pé para posição sentada Instrução: Por favor, sente-se.	(4) Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos

	(3) Controla a descida utilizando as mãos (2) Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida (1) Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle (0) Necessita de ajuda para sentar-se
5) Transferências Instrução: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça à pessoa para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa.	(4) Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos (2) Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão (1) Necessita de uma pessoa para ajudar (0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados Instrução: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	(4) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança (3) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (2) Capaz de permanecer em pé por 3 segundos (1) Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé (0) Necessita de ajuda para não cair
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos Instrução: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.	(4) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança (3) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão

	(2) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos (1) Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (0) Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé Instrução: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.	(4) Pode avançar a frente > 25 cm com segurança (3) Pode avançar a frente > 12,5 cm com segurança (2) Pode avançar a frente > 5 cm com segurança (1) Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão (0) Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo
9) Agarrar um objeto do chão a partir de uma posição em pé Instrução: Agarre um sapato/chinelo que está na frente dos seus pés	(4) Capaz de agarrar o chinelo com facilidade e segurança (3) Capaz de agarrar o chinelo, mas precisa de supervisão (2) Incapaz de agarrá-lo, mas estica-se até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma (1) Incapaz de agarrá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé Instrução: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem	(4) Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso (3) Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso

tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.	(2) Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (1) Necessita de supervisão para virar (0) Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
11) Girar 360 graus Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.	(4) Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos (3) Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos (2) Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente (1) Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais (0) Necessita de ajuda enquanto gira
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio Instrução: Toque cada pé alternadamente no degrau/banco. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banco quatro vezes.	(4) Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos (3) Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em > 20 segundos (2) Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda (1) Capaz de completar > 2 movimentos com o mínimo de ajuda (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente Instrução: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	(4) Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos (3) Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos

	(2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente, e permanecer por 30 segundos (1) Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos (0) Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé
14) Permanecer em pé sobre uma perna Instrução: Fique em pé sobre uma perna o máximo que puder sem se segurar.	(4) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por > 10 segundos (3) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos (2) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 segundos (1) Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente (0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
Total de pontos	48/56

- Avaliação do grau de dependência**

Índice de Barthel

Autocuidado	Categorias	Pontuação
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar o copo	5
	Dependente – Incapaz de se alimentar	0
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5

	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava e seca sozinho.	0
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes e barbeia-se sem ajuda	5
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta os fechos, cintos e sapatos	10
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0
Eliminação Intestinal	Continência Normal	10
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema.	5
	Incontinente	0
Eliminação vesical	Continência Normal	10
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5
	Incontinência	0
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5
	Dependente	0
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – Mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5
	Dependente	0
Deambular	Independente	15
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para deambular 50 metros	10
	Move-se em cadeiras de rodas sem ajuda	5
	Dependente	0
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10
	Necessita de ajuda física ou supervisão para o fazer	5
	Dependente	0

Soma do Índice: 80 pontos

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de Dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>60	Leve
100	Independente

Diagnósticos de Enfermagem:

- **Equilíbrio Corporal Comprometido em Grau Elevado;**
- **Amplitude Articular Comprometida em Grau Moderado (Membro Inferior Direito);**
- **Força Muscular Comprometida em Grau Moderado (Membro Inferior Direito)**
- **Auto Cuidado Comprometido em Grau Moderado.**

3. REABILITAR COM PROPÓSITO: PLANO DE CUIDADOS

O capítulo designado de “REABILITAR COM PROPÓSITO: PLANO DE CUIDADOS” advém do planeamento do processo de cuidados em enfermagem de reabilitação e emerge nos diagnósticos e intervenções estruturados como orientação à prestação de cuidados, com a finalidade de obter os resultados esperados.

Assim, o Processo de Enfermagem referente à Senhora A.S. integra os conceitos implícitos à ciência da enfermagem de reabilitação e à prática dos cuidados prestados neste âmbito, em simultâneo.

Em primeira instância, ficou espelhada a colheita de dados, espaço essencial para a partilha da recolha de informações essenciais efetuada à pessoa, perspetivando a organização deste processo, de acordo com os padrões funcionais em saúde, por sua vez, a descrição dos factos originou os diagnósticos de enfermagem.

A fim de dar continuidade a esta jornada, os diagnósticos de enfermagem incorporam o julgamento clínico a uma resposta humana ou condição/alteração em saúde. Assim, a elaboração dos mesmos inclui um termo do Eixo do Foco da Prática de Enfermagem, um termo do Eixo do Juízo ou do Eixo da Probabilidade, o recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico, se se constatar uma necessidade e um termo do Eixo do Portador, compreendendo que apenas um termo de cada eixo deve ser empregue na composição de um diagnóstico (CIPE, 2015). Neste seguimento, neste capítulo, nascem as intervenções e os resultados esperados, direcionando os cuidados de enfermagem, promovendo uma intencionalidade na ação do profissional retratada no bem estar da pessoa através das terapêuticas de enfermagem de reabilitação implementadas (Ribeiro, 2021).

Deste modo, o plano de cuidados apresentado em seguida surge como um processo de enfermagem integrado no ensino clínico de Enfermagem de Reabilitação em contexto Ortopédico. É de referir que foi, portanto, realizado com a perspetiva de responder às necessidades da pessoa no âmbito da ER, clarificando que, em algum momento, foram dissipados ou descorados os cuidados gerais de Enfermagem.

Devido a todo o conteúdo supramencionado, germina, assim, o plano de cuidados dirigido a A.S..

3.1. PROCESSO DE ENFERMAGEM: PLANO DE CUIDADOS

Este subcapítulo nomeado de “PROCESSO DE ENFERMAGEM: PLANO DE CUIDADOS” denuncia a intervenção no âmbito da ER definida de acordo com os seguintes objetivos: habilitar para a recuperação da capacidade funcional; fomentar a adesão ao programa de reabilitação; educar para a saúde; promover a autogestão da alteração em saúde; estimular para a continuidade da reabilitação no regresso a casa.

Plano de Cuidados			
NOME DA PESSOA (iniciais): A.S.			
Colheita de dados: “De acordo com a Escala de Barthel, a senhora A.S. apresenta um grau de funcionalidade médio, traduzindo-se em dependência parcial na satisfação das suas Atividades de Vida Diárias após a realização da cirurgia.”; “Antes da Cirurgia - Totalmente dependente: 39 pontos”; “Após a Cirurgia - Parcialmente Dependente: 25 pontos.”; “A.S. refere que sente algum desconforto relativamente às limitações funcionais que apresenta no momento, no entanto tem a consciência de que se está a fazer o possível para recuperar, segundo confessa.”			
Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores (NOC)
Início: 06/04/2025 Fim: 21/04/2025	06/04/2025:	1. Autocuidado: Atividades da Vida Diária	1.1: Alimentar-se – Manter; 1.2: Vestir-se – Melhorar; 1.3: Higiene – Melhorar; 1.4: Higiene oral – Manter; 1.9: Controlo de esfíncteres – Melhorar; 1.10: Sexualidade – Melhorar.
PFS	<u>Autocuidado</u>		
	<u>Comprometido, em Grau</u>		
	<u>Elevado</u>		
PADRÃO MANUTENÇÃO/PERCEÇÃO DE SAÚDE	06/04/2025:		

	<u>Autocuidado</u> <u>Comprometido, em Grau</u> <u>Moderado</u> <u>21/04/2025:</u> <u>Autocuidado</u> <u>Comprometido, em Grau</u> <u>Moderado</u>	5. Participação em Programa de Exercício Físico É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico.	4.5: Habilidade para expressar emoções – Melhorar. 5.1: Identifica dificuldades do programa de exercício – Manter; 5.2: Utiliza estratégias para vencer dificuldades do exercício – Melhorar; 5.3: Adere a programa de exercício – Manter; 5.4: Pratica exercícios em ambiente seguro – Melhorar; 5.5: Monitoriza o seu progresso – Melhorar.
Intervenções Enfermagem			
Enfoque - Artroplastia Total da Anca:			
4. Promoção do Autocuidado			

- 4.1. Avaliar a capacidade da senhora para realizar os autocuidados;
- 4.2. Avaliar o seu potencial de reconstrução de autonomia;
- 4.3. Envolver a senhora na realização dos autocuidados, durante a prestação de cuidados à senhora A.S.;
- 4.4. Estimular a senhora para a realização dos autocuidados, dentro das suas limitações;
- 4.5. Reavaliar capacidade de gestão e execução dos autocuidados, sempre que exista progresso na sua evolução;
- 4.6. Registrar e reavaliar o autocuidado, sempre que exista progresso na sua evolução.

5. Autocuidado: Higiene (Senhora A.S. apresenta polibã e cadeira de duche)

- 5.1. Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para tomar banho;
- 5.2. Capacitar sobre dispositivos de apoio para tomar banho:
 - 5.2.1. Na parede ou na banheira devem existir dispositivos de segurança aos quais a senhora se pode agarrar para evitar escorregar ou cair (exemplo: barra de apoio no duche) ou existência de escova de longo cabo para evitar movimentos luxantes;
- 5.3. Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante a realização do presente autocuidado:
 - 5.3.1. Recomendar utilização de polibã, instruindo a pessoa a sentar-se num banco alto ou cadeira de banho, se tiver no domicílio, bem como uma barra de apoio fixa na parede para que se possa agarrar, sempre que necessário, como referido anteriormente;
 - 5.3.2. Explicar à pessoa que não deve inclinar-se para lavar ou secar os pés pelo risco de luxação da prótese;
 - 5.3.3. Reforçar à pessoa para entrar e sair do banho deverá sair primeiro com o membro são e depois com o membro intervencionado em extensão;
 - 5.3.4. Treinar para prevenir complicações na articulação, corrigindo a senhora A.S. ao longo da prestação de cuidados, durante o banho.
- 5.4. Providenciar material educativo acerca desta questão;
- 5.5. Monitorizar o progresso da pessoa e registar o progresso e evolução.

6. Autocuidado: Vestir e despir-se

6.1. Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para vestir e despir-se;

6.2. Capacitar acerca dos dispositivos de apoio para vestir e despir-se:

6.2.1. Referir que para vestir os membros inferiores, a melhor estratégia é a utilização de pinças de cabo longo ou “pegas” fixas ao vestuário, pois facilitam o deslizamento da roupa com o mínimo de flexão;

6.2.2. Instruir sobre a existência de calçadeira de cabo longo para o ato de calçar;

6.2.3. Treinar vestir e despir-se de forma autónoma, não substituindo a senhora no que consegue realizar e auxiliar apenas no que não consegue fazer;

6.3. Habilitar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o processo de vestir e despir-se:

6.3.1. Reforçar que para vestir a parte inferior do corpo e roupa íntima deve evitar ao máximo a realização do movimento de flexão ou cruzar a perna (o ideal seria utilizar pinças de cabo longo);

6.3.2. Ensinar que relativamente ao vestir as calças deve vestir primeiro o membro intervencionado e ao despir-se, deve despir primeiro o membro não intervencionado;

6.3.3. Propor a utilização de calçado adequado (se possível instruir a sapatos sem atacadores, fechados atrás, com salto baixo e base larga e sola rígida e antiderrapante, de modo que o calçado fique ajustado ao pé).

6.3.4. Treinar para prevenir complicações, nomeadamente luxação, corrigindo a técnica à senhora A.S. ao longo da prestação de cuidados no autocuidado vestir e despir-se;

6.4. Providenciar material educativo acerca deste autocuidado;

6.5. Monitorizar o progresso da pessoa e registar o progresso e evolução, neste âmbito.

7. Autocuidado e Eliminação (A.S. possui alteador de sanita)

- 7.1. Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para usar o sanitário;
- 7.2. Capacitar sobre dispositivos de apoio para tomar banho:
 - 7.2.1. Incentivar à utilização de alteador de sanita e/ ou cadeira sanitária para diminuir o risco de luxação da prótese da anca;
 - 7.2.2. Instruir sobre a vantagem de ter barras de apoio que proporcionam um apoio semelhante à cadeira de braços;
- 7.3. Ensinar sobre prevenção de complicações e adaptação do domicílio, nomeadamente, na articulação da anca ao utilizar o sanitário, ou seja:
 - 7.3.1. Explicar a A.S. que deve ficar de costas para a sanita (apoiando-se em barra de apoio fixa na parede) e fazer deslizar o membro intervencionado para a frente, fletindo o joelho do membro não intervencionado até ficar na posição de sentada corretamente;
 - 7.3.2. No caso de não existirem barras laterais (sendo o caso da senhora), incentivar ao apoio de uma mão contra a parede e a outra mão na sanita, com o membro intervencionado em extensão, nunca fletindo acima dos 90º e abdução e baixar-se lentamente até ficar na posição de sentada corretamente, adequando a carga no membro inferior direito, membro intervencionado..
- 7.4. Treinar para prevenir complicações ao utilizar o sanitário, orientando-a durante o processo, sempre que refira essa necessidade;
- 7.5. Providenciar material educativo acerca da técnica de execução do presente autocuidado;
- 7.6. Monitorizar o progresso da pessoa e registar o progresso e evolução, neste âmbito.

8. Sexualidade

- 8.1. Estabelecer um ambiente de confiança para que a senhora possa discutir as suas preocupações e dúvidas relacionadas com a sexualidade, sempre que existirem questões;
- 8.2. Desmistificar atividades no âmbito da sexualidade e o conceito de sexualidade em si:
 - 8.2.1. Elucidar que a vida sexual não está limitada ao ato sexual. A emoção gerada através do simples toque ou momentos românticos podem também proporcionar uma grande intimidade entre a senhora e o parceiro;

8.3. Potenciar à senhora A.S. a reconstrução da sua autoimagem, desconstruindo o pensamento de que a sua vida sexual pode ter de pausar durante muito tempo;

8.4. Providenciar recomendações à senhora para facilitar o seu desempenho no ato sexual e prevenir complicações:

8.4.1. Incentivar A.S. para que se sinta segura e confiante na sua capacidade de retomar a sua atividade sexual após 4 a 6 semanas;

8.4.2. Incentivar à realização de analgesia de resgate prévia 20 minutos antes da realização da atividade sexual (Cerca de dois terços da pessoa com prótese da anca recente revelaram dificuldade em ter relações sexuais, mais frequentemente atribuída à dor e à limitação das amplitudes articulares);

8.4.3. Transmitir técnicas e estratégias de posicionamento para evitar movimentos luxantes, durante o ato sexual:

8.4.3.1. Senhora A.S. ficar deitada de barriga para cima e o homem deitar-se sobre ela;

8.4.3.2. A.S. ficar deitada de costas e o homem apoiar-se sobre a mesma;

8.4.3.3. A senhora ficar virada para o lado sã. O homem adota a sua posição na parte de trás da mesma com a perna interlaçada na sua;

8.4.4. Explicar que deve permitir que o parceiro adote uma postura mais ativa na posição sexual;

8.4.5. Ensinar que pode utilizar almofadas que promovam o conforto do casal e o auxiliem no ato sexual;

8.4.6. Incentivar à partilha de sentimentos com o parceiro.

9. Educação para a Saúde (Otimização do autocuidado)

9.1. Analisar com a senhora a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a sua recuperação ao longo da prestação de cuidados;

9.2. Ensinar à senhora A.S. as fases do processo de reabilitação no período pré-operatório, com vista à minimização da ansiedade e envolvimento e adesão à intervenção do EEER:

9.2.1. Explicar que permanecerá no leito até ao dia de realização da cirurgia e no dia da mesma, sendo que a intervenção de reabilitação, na primeira fase, será no sentido de: prevenir contraturas e atrofia dos grupos musculares adjacentes às articulações através de exercícios

musculares, passivos no membro inferior direito e ativos nos restantes membros; promover o fortalecimento muscular dos membros superiores, com vista à potenciação para utilização posterior do auxiliar de marcha no levante; prevenir úlceras por pressão no membro lesado.

9.2.2. Esclarecer que o levante será realizado no primeiro dia de pós-operatório, sendo os objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação: promover o fortalecimento muscular dos grupos musculares envolvidos no movimento da respetiva articulação, através da realização de exercícios musculartoarticulares ativos-assistidos e posteriormente, ativos-resistidos; prevenir a rigidez da articulação; potenciar o aumento progressivo da amplitude de movimento da articulação; proporcionar uma deambulação eficaz com o dispositivo auxiliar de marcha (Andarilho).

9.3. Reforçar a importância da técnica de realização dos autocuidados transmitidos durante a sessão (objetivando a sua prática, na ausência do EEER);

9.4. Reforçar ensinamentos sobre a importância da mobilização fora do âmbito da sessão de reabilitação para potenciar o processo de cuidados e a sua autonomização nos autocuidados (Segundo a DGS (2010), as mobilizações ativas devem ser realizadas 2 a 3 vezes por dia e repetidas, no mínimo 10 vezes, sendo executadas até ao limiar da dor, da fadiga cumulativa, da tolerância e de acordo com a reação da pessoa; Segundo Marques & Silva (2017), 7 dias no leito sem mobilização equivale à perda de 20% da massa muscular);

9.5. Reforçar sobre a importância da gestão dos fatores de risco, nomeadamente controlo da dor;

9.6. Reforçar a importância de manter a adesão ao regime de reabilitação;

9.7. Providenciar escuta ativa;

9.8. Esclarecer informação e disponibilizar tempo para esclarecer dúvidas, sempre que questionar;

9.9. Reavaliar conhecimento acerca da importância da adesão e motivação para as sessões.

10. Prestador de Cuidados: Autocuidado

7.1. Avaliar o conhecimento do cuidador relativamente ao autocuidado na pessoa que realizou artroplastia total da anca, no momento da visita;

7.2. Avaliar a capacidade do cuidador para monitorizar o autocuidado na senhora que realizou artroplastia total da anca, no momento da visita;

7.3. Envolver o cuidador no plano de reabilitação, valorizando o seu papel;

- 7.4. Orientar o cuidador a estimular a autonomia da pessoa, permitindo que realize tarefas simples como tomar banho com supervisão, auxiliando apenas no que não conseguir realizar;
- 7.5. Ensinar a correta utilização e colocação de dispositivos de apoio como: cadeira de banho, barras de apoio, calçador de cabo longo e alteador sanitário;
- 7.6. Demonstrar ao cuidador como ajudar no vestir e despir-se, promovendo movimentos seguros e incentivando a participação da senhora A.S., sempre que possível;
- 7.7. Elucidar o cuidador de que deve estabelecer uma rotina diária equilibrada que respeite o ritmo da pessoa, com momentos do dia destinados ao autocuidado com momentos de pausa no que respeita à mobilização;
- 7.8. Ensinar o cuidador a reconhecer os progressos e a promover a autoestima da senhora;
- 7.9. Reforçar estratégias de autogestão emocional, pausas de descanso, partilha de tarefas com outros membros da família ou rede de apoio;
- 7.10. Disponibilizar tempo para que o cuidador possa expressar as suas dúvidas, medos e preocupações;
- 7.11. Providenciar material educativo com instruções simples e de fácil compreensão acerca dos cuidados a ter no domínio do autocuidado da pessoa submetida a artroplastia total da anca.

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 21/04/2025	1: Autocuidado: Atividades de Vida Diária 1.1: Alimentar-se – Mantida; 1.2: Vestir-se – Melhorada; 1.3: Higiene – Melhorada; 1.4: Higiene oral – Mantida; 1.9: Controlo de esfíncteres – Melhorada; 1.10: Sexualidade – Melhorada.

2: Aptidão Física

2.1: Força Muscular (Membro Inferior Direito 3/5) – Melhorada para 4/5;

2.2: Amplitude articular - Melhorada;

2.3: Desempenho das atividades – Melhorada;

2.4: Função cardiorrespiratória – Mantida;

2.5: Aptidão aeróbica – Melhorada.

3: Autodireção dos Cuidados

3.1: Estabelece metas de cuidados de saúde – Melhorada;

3.2: Determina a qualidade dos cuidados prestados – Mantida;

3.3: Expressa confiança na resolução de problemas – Melhorada;

4: Bem-estar Pessoal

4.1: Desempenho das atividades de vida diária – Melhorada;

4.2: Saúde psicológica – Melhorada;

4.3: Saúde Física – Melhorada;

4.4: Habilidade para enfrentar as adversidades – Melhorada;

4.5: Habilidade para expressar emoções – Melhorada.

5: Participação em Programa de Exercício Físico

	5.1: Identifica dificuldades do programa de exercício – Melhorada; 5.2: Utiliza estratégias para vencer dificuldades do exercício – Melhorada; 5.3: Adere a programa de exercício – Mantida; 5.4: Pratica exercícios em ambiente seguro – Melhorada; 5.5: Monitoriza o seu progresso – Melhorada.
Fundamentação	
Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015), o diagnóstico Autocuidado Comprometido envolve diversas áreas fulcrais no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Este é descrito como: “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” (CIPE, 2015, p.42). A elaboração do diagnóstico “Autocuidado Comprometido” deve ter em conta: o estado físico da pessoa (relacionado com a capacidade de realizar ou de ajudar nos diferentes cuidados), a sua força física, a flexibilidade, o equilíbrio, entre outros aspetos. Na pessoa submetida a Artroplastia da Anca, as alterações da funcionalidade diária devem ser avaliadas ainda no período pré-operatório para que se possa entender, de um modo geral, a sua evolução durante o internamento (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Contudo, de acordo com os mesmos autores, as expectativas da pessoa sobre o período pré-operatório poderão interferir nos resultados pós-operatórios, especialmente porque as pessoas podem não ter presente que a recuperação completa poderá levar até 8 a 12 meses. A funcionalidade deve ser avaliada através de instrumentos de avaliação, como o índice de Barthel, para a avaliação do desempenho da pessoa nas atividades de vida básicas diárias. O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa para a realização dez atividades básicas, nomeadamente: alimentação, higiene pessoal, vestir e despir, transferência, subir e descer escadas, deambulação, utilização de sanitário e controlo de esfínteres (Marques-Vieira & Sousa, 2017). O bem-estar dos indivíduos pode ser condicionado por uma multiplicidade de situações que condicionam a perda de autonomia e de dependência.	

Ainda de acordo com os mesmos autores, uma transição relacionada com saúde/alteração em saúde exige ao Enfermeiro e ao EEER, nesta situação, um padrão de resposta individualizado que responda às necessidades e expectativas da pessoa, procurando evitar a incapacidade e prevenir complicações, potenciando assim a qualidade de vida da mesma.

Plano de Cuidados

NOME DA PESSOA (iniciais): A.S.

Colheita de dados: “ (...) A.S. apresenta limitações físicas, logo Movimento Corporal Comprometido em Grau Elevado na fase Pré-Operatória relacionado com Mobilidade Diminuída, Força Muscular Diminuída e Tónus Muscular Diminuído.”; Força Muscular mantida em todo os membros, exceto membro inferior direito (4/5); “ O Programa de Reabilitação da senhora A.S. foi definido com a intenção de reverter as consequências da funcionalidade diminuída que esta apresenta (...)”

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores (NOC)
Início: 06/04/2025 Fim: 21/04/2025	06/04/2025: <u>Movimento Corporal</u> <u>Comprometido, em Grau Elevado [Membro Inferior Direito]</u>	6. Movimento Articular	1.1: Ombros, cotovelos e punhos – Manter; 1.2: Quadril, joelhos e tornozelos (Diminuído Membro Inferior Direito) – Melhorar; 1.3: Pescoço – Manter;
PFS			
PADRÃO DE ATIVIDADE - EXERCÍCIO			
		7. Equilíbrio	2.1: Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas – Melhorar; 2.2: Mantém o equilíbrio em pé. – Melhorar,.

	<u>Reduzido [Membro Inferior Direito]</u>	É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 21/04/2025).	
Intervenções Enfermagem			
Enfoque na Artroplastia Total da Anca Não Cimentada à Direita com Abordagem Pósterio-Lateral 1. Conhecimento: Promoção de Segurança 1.1. Analisar com a pessoa a relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações a nível do sistema musculoesquelético e movimento corporal; 1.2. Informar a senhora A.S. sobre complicações na articulação da anca: 1.2.1. Explicar que a luxação e a subluxação da prótese da anca constituem as complicações mais frequentes, ainda mais nas próteses não cimentadas, reforçando essa informação, explicitando os sinais a que deve estar atenta como: dor intensa na anca; impossibilidade de movimentar o membro inferior; dismetria dos membros inferiores, habitualmente com encurtamento do membro intervencionado; 1.3. Capacitar acerca da prevenção de complicações na articulação da anca, de acordo com o tipo de abordagem cirúrgica: 1.3.1. Explicar que deve ser evitada a flexão da articulação coxofemoral superior a 90º, evitar a adução da articulação coxofemoral para além da linha média sagital e evitar rotação interna da articulação coxofemoral, utilizando almofada de abdução entre os membros inferiores; 1.3.2. Advertir a senhora A.S. a adotar precauções de segurança não só na realização dos autocuidados, mas também nas atividades do dia a dia como: utilizar alteador de sanita; evitar camas, sofás e cadeiras baixas; executar técnica correta para se sentar, quando sentada manter a abdução			

dos membros inferiores e evitar cruzar os membros inferiores; não conduzir até às 6 semanas ou indicação médica; evitar movimentos luxantes na atividade sexual; não levantar objetos pesados; evitar pisos escorregadios e atividades com andar de bicicleta, correr ou saltar;

- 1.4. Treinar para prevenção de complicações da articulação da anca;
- 1.5. Disponibilizar tempo para que possa esclarecer as duas dúvidas e preocupações, neste âmbito, sempre que quiser;
- 1.6. Incentivar à adesão de precauções de segurança;
- 1.7. Monitorizar e registar progresso no conhecimento acerca das precauções de segurança a manter após artroplastia total da anca;
- 1.8. Monitorizar e registar progresso na capacidade para prevenir complicações na articulação após artroplastia total da anca.

2. Exercícios de Mobilidade

- Período Pré-Operatório -

- 2.1. Avaliar Sinais Vitais antes do início da realização da sessão de enfermagem de reabilitação;
- 2.2. Administrar analgesia prescrita em horário fixo ou de resgate antes do início da sessão de reabilitação, se dor descontrolada e monitorização da mesma ao longo dos exercícios, respeitando a tolerância da senhora;
- 2.3. Realizar exercícios de reeducação funcional respiratória, cada um com 1 série com 10 repetições, em cada sessão de reabilitação prévia à cirurgia:
 - 2.3.1. Incentivar à realização de dissociação dos tempos respiratórios (visando a tomada de consciência da respiração e o controlo da mesma, melhorar a capacidade pulmonar e o desempenho dos músculos inspiratórios, reduzindo o trabalho respiratório);
 - 2.3.2. Realizar reeducação abdominodiafragmática, para fortalecer os músculos respiratórios;
 - 2.3.3. Realizar reeducação costal global e seletiva com recurso ao bastão, progredindo para a utilização de halteres, otimizando a mobilidade e expansão torácica e a ventilação pulmonar;
- 2.4. Executar exercícios de reeducação funcional motora, nomeadamente exercícios isométricos e isotónicos, em cada sessão prévia à cirurgia:

2.4.1. Exercício isométrico a nível abdominal, glúteos e quadricípites, nomeadamente, a meia ponte, 2 séries com 5 repetições, com pausa de 60 segundos entre ambas as séries;

2.4.2. Exercícios isotónicos dos Membros Inferiores:

2.4.2.1. Flexão/Extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho, 2 séries com 10 repetições, com pausa de 30 segundos entre cada série;

2.4.2.2. Dorsiflexão/flexão da tibiotársica, 2 séries com 15 repetições, com pausa de 30 segundos entre cada série.

2.4.3. Exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, cada um com uma série de 10 repetições:

2.4.3.1. Realizar exercício de fortalecimento muscular dos bíceps com flexão do antebraço com haltere de 1 kg, em posição de sentada;

2.4.3.2. Realizar exercício de fortalecimento dos tríceps, na posição sentada, com extensão dos antebraços com haltere de 1 kg;

2.4.3.3. Realizar exercício de fortalecimento da musculatura dos ombros, com abdução dos braços com halteres de 1kg, flexão dos braços com halteres e elevação diagonal dos mesmos;

- Período Pós-Operatório -

2.5. Avaliar Sinais Vitais antes do início da realização da sessão de enfermagem de reabilitação;

2.6. Administrar analgesia prescrita em horário fixo ou de resgate antes do início da sessão de reabilitação, se dor descontrolada e monitorização da mesma ao longo dos exercícios, respeitando a tolerância da senhora;

2.7. Capacitar a senhora A.S. para a realização de exercícios de reeducação funcional motora, cada um com 2 série com 10 repetições, com pausa de 30 segundos entre cada série, em cada sessão de reabilitação posterior à cirurgia, a nível do membro intervencionado, conforme tolerância da senhora, sendo que a amplitude articular realizada nos exercícios deverá ser aumentada gradualmente:

2.7.1. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, é realizada força com a parte posterior do joelho (região poplíteia) contra a cama, com a dorsiflexão do pé, em simultâneo, durante 10 segundos (fortalecimento dos músculos flexores da anca);

2.7.2. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, é elevado ligeiramente o membro em extensão e mantém a posição pelo menos 10 segundos (fortalecimento dos músculos flexores da anca);

2.7.3. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, a senhora A.S. realiza força e contrai os glúteos durante 10 segundos, pelo menos (fortalecimento dos músculos extensores da anca);

2.7.4. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, a senhora flete ligeiramente o joelho e realiza força com o calcanhar contra a cama, durante pelo menos 10 segundos (fortalecimento dos músculos extensores da anca);

2.7.5. Colocar as mãos na face lateral da coxa da senhora, juntar os joelhos de ambos os membros inferiores, enquanto a pessoa na posição de deitada, em decúbito dorsal, tenta fazer abdução dos membros inferiores, sem ocorrer movimento (fortalecimento dos músculos abdutores da anca);

2.8. Realizar exercício de mobilização passiva da articulação coxofemoral, nomeadamente flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna e externa, evitando os movimentos luxantes;

2.9. Realizar com a senhora a senhora A.S. a executar exercícios musculartoarticulares ativos assistidos e ativos resistidos no membro inferior intervencionado, duas séries com 10 repetições, com uma pausa de 30 a 60 segundos, de acordo com tolerância da senhora, sendo que a amplitude articular realizada nos exercícios deverá ser aumentada gradualmente:

2.9.1. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, com ajuda, a senhora realiza flexão da anca, com flexão do joelho. De seguida, coloca-se a mão na face anterior da coxa e outra no pé para providenciar segurança ao membro inferior, enquanto a dona A.S. faz flexão da anca e é feita uma resistência contrária pelas mãos do EEER, permitindo a ocorrência de movimento (fortalecimento dos músculos flexões da anca);

2.9.2. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, com a ajuda do EEER, é realizada flexão da anca com flexão do joelho e é colocada a mão e o antebraço no pé da senhora, sendo que a outra mão está no joelho, para providenciar estabilidade ao membro inferior, enquanto a pessoa tenta fazer extensão da anca, criando-se uma resistência, através de força contrária no sitio onde o EEER tem as mãos colocadas (fortalecimento dos músculos extensores da anca);

2.9.3. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, coloca-se uma mão na face lateral da coxa junto ao joelho e a outra no tornozelo e A.S. faz abdução do membro inferior, realizando-se força contrário, originando resistência com a ocorrência de movimento (fortalecimento dos músculos abdutores da anca);

2.9.4. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, colocamos as mãos em ambas as faces laterais dos pés, solicitando à senhora que realize rotação externa de ambos os membros inferiores. Fazemos resistência contrária permitindo sempre que ocorra movimento (fortalecimento dos músculos rotadores da anca);

2.10. Capacitar a senhora A.S. a executar exercícios musculartoarticulares ativos no membro inferior intervencionado, duas séries com 10 repetições, com uma pausa de 30 a 60 segundos, de acordo com tolerância da senhora (para promoção da recuperação articular, logo funcional):

2.10.1. Na posição de deitada, em decúbito dorsal, realizar flexão e extensão da anca, com flexão e extensão do joelho;

2.10.2. Na posição de sentada, flexão e extensão da anca com joelho em extensão;

2.10.3. Meia Ponte;

2.10.4. Em pé, com os braços apoiados nas costas de uma cadeira e mantendo os pés afastados à largura dos ombros, elevar o joelho anteriormente, fletindo a anca até 90º e voltar à posição inicial, colocando o pé sobre o chão;

2.10.5. Disponibilizar tempo para eventuais dúvidas ou esclarecimento em relação à sua execução;

2.10.6. Incentivar à realização dos exercícios (mesmo fora do período da sessão de reabilitação);

2.11. Monitorizar progresso da força e tônus muscular, no início e no fim do ensino clínico;

2.12. Registrar o progresso no que respeita à força e tônus muscular ao longo das sessões;

2.13. Reavaliar amplitude articular na última semana do contexto clínico.

Data	Avaliação
Reavaliação	1: Movimento Articular

generalizada: 21/04/2025	1.1: Ombros, cotovelos e punhos – Mantida; 1.2: Quadril, joelhos e tornozelos (Diminuído Membro Inferior Direito) – Melhorada; 1.3: Pescoço – Mantida. 2: Equilíbrio 2.1: Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas – Melhorar; 2.2: Mantém o equilíbrio em pé. – Melhorar; 2.3: Mantém o equilíbrio enquanto caminha – Melhorar; 2.4: Postura – Melhorada. 3: Desempenho da Mecânica Corporal 3.1: Mantém força muscular (Membro Inferior Direito: 3/5) – Melhorada (Membro inferior direito: 4/5); 3.2: Mantém a flexibilidade das articulações – Melhorada (Membro inferior direito); 3.3: Utiliza mecânica corporal correta – Melhorada. 4: Movimento Coordenado 4.1: Força da contração muscular – Melhorada; 4.2: Tônus muscular – Melhorado (Membros superiores e membros inferiores); 4.3: Estabilidade do movimento – Melhorada.
Fundamentação	

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015, p.66), o diagnóstico Movimento Corporal Comprometido envolve: “Processo do Sistema Musculoesquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações.”

Na sequência do Processo do Sistema Musculoesquelético Comprometido relacionado com Fratura do Colo do Fémur, neste caso, Subcapital no Membro Inferior Direito, a senhora A.S. ficou com limitações a nível do sistema musculoesquelético, resultando na diminuição da funcionalidade. A artroplastia total da anca (ATA) é um procedimento cirúrgico no qual os componentes femorais (colo e cabeça esférica do fémur) e acetabular são substituídos por próteses.

Assim, existem próteses cimentadas e não cimentadas, no caso da senhora A.S. a sua prótese é não cimentada.

A prótese cimentada é fixa ao osso, através de um cimento especial que segura o metal ao osso, permitindo à pessoa realizar carga imediatamente após a cirurgia. A prótese não cimentada é produzida com uma superfície rugosa, permitindo um processo de incorporação por crescimento ósseo, sendo que este acaba por revestir a prótese, permitindo uma fixação firme e duradoura (Stiff et al., 2010).

A imobilidade refere-se à ausência, diminuição ou restrição do movimento e a capacidade de mobilizar-se e de deambular pode sofrer alterações decorrentes do processo de envelhecimento, mas também na sequência de patologias, lesões ou cirurgias (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Por cada semana de imobilidade completa no leito a pessoa perde cerca de 10 a 20% da sua força muscular inicial (Boechat, Manhães, Filho & Istoe, 2012; Marques-Vieira & Sousa, 2017), daí que o movimento corporal se considere tão essencial na vida humana.

Assim, após realização da cirurgia, artroplastia total da anca não cimentada, na senhora A.S., o processo de reabilitação tem enfoque na recuperação da funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida, enfatizando o processo de capacitação e a maximização da sua independência.

Segundo Ribeiro (2021), o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação pós operatória deverá constituir-se o mais precoce possível, planeando intervenções que promovam a prevenção de complicações, nomeadamente, a nível da rigidez articular, a atrofia muscular, a trombose venosa e também o tempo de internamento. A intervenção do EEER visa a prevenção da luxação dos componentes protésicos, a falência dos materiais de osteossíntese, a promoção do aumento da força muscular e a amplitude de movimento articular e ainda a autonomia nos diferentes domínios do autocuidado (Ribeiro, 2021).

A autora refere ainda que é de reforçar que, embora se enfoque a articulação envolvida e ao membro intervencionado, o EEER não deve descurar os exercícios para fortalecimento dos músculos dos membros superiores, particularmente os trícipites braquiais, essenciais à utilização do auxiliar de marcha no período pós-operatório.

Para além disso devem ser realizados exercícios ativos e ativos resistidos no membro inferior não intervencionado, de modo a fomentar o fortalecimento do lado contralateral à lesão.

Todos estes passos são essenciais para uma recuperação efetiva. É, desta maneira, fundamental definir o objetivo da intervenção terapêutica com base nos padrões de exercício, no tipo de pessoa (idade, género e patologias associadas) e na sua motivação.

Plano de Cuidados

NOME DA PESSOA (iniciais): A.S.

Colheita de dados: “ A senhora A.S. apresenta: capacidade para mover o corpo na direção do bordo da cama, com ajuda parcial; capacidade para se sentar na cama e conseguir uma posição sentada, no entanto, com equilíbrio dinâmico ligeiramente alterado; capacidade para se manter de pé, em posição equilibrada, com carga parcial, com ajuda parcial do EEER; capacidade para se transferir da cama para a cadeira, com necessidade de equipamento e auxílio do EEER.”

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores (NOC)
Início: 08/04/2025 Fim: 21/04/2025	08/04/2025 (1ºLEVANTE): <u>Transferir-se Comprometido,</u>	4. Desempenho na Transferência	1.1: Transferência da cama para o andarilho – Melhorar; 1.2: Transferência do andarilho para a cama – Melhorar; 1.3: Transferência do andarilho para o cadeirão – Melhorar; 1.4: Transferência do cadeirão para o andarilho – Melhorar;
PFS	<u>em Grau Elevado</u>		
PADRÃO DE ATIVIDADE-EXERCÍCIO	<u>08/04/2025:</u> Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se <u>08/04/2025:</u>		

	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se 10/04/2025: <u>Transferir-se Comprometido em Grau Moderado</u> 21/04/2025: <u>Transferir-se Comprometido em Grau Reduzido</u>	5. Comportamento de Segurança Pessoal 6. Conhecimento: Mecânica Corporal	1.5: Transferência do andarilho para a sanita – Melhorar. 2.1: Utiliza mecânica corporal adequada – Melhorar; 2.2: Utiliza o dispositivo auxiliar de marcha corretamente – Melhorar; 2.3: Evita comportamentos de alto risco – Manter; 2.4: Procura informação segura relacionada com a técnica – Melhorar. 3.1: Técnica adequada para levantar – Melhorar; 3.2: Postura correta na transferência – Melhorar; 3.3: Dor muscular ou articular devido ao momento de levantar – Melhorar; 3.4: Dor muscular ou articular devido ao momento de deitar – Melhorar.
--	---	--	--

		É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 21/04/2025).	
Intervenções Enfermagem			
Enfoque na Artroplastia Total da Anca Não Cimentada à Direita com Abordagem Pósterio-Lateral 2. Técnica de Transferir-se 2.1. Analisar com a senhora a relação entre a utilização de dispositivos de apoio e autonomia para se transferir; 2.2. Instruir a senhora A.S. sobre a execução do transferir-se, da cama para a posição de pé, com o auxílio do andarilho, capacitando-a: 2.2.1. Explicar que a cama ou a cadeira onde a senhora está sentada devem ter altura suficiente para que a flexão da anca seja inferior a 90º; 2.2.2. Ensinar a senhora que deve arrastar as pernas, com os joelhos fletidos e uma almofada entre elas (evitando a adução para além da linha média sagital), para fora da cama e, simultaneamente, com o braço que fica do lado do colchão que deve utilizar como alavanca para elevar o tronco para ficar em posição de sentada na cama; 2.2.3. Elucidar a senhora que deve levantar-se da cama ou cadeira com auxílio dos braços apoiados na cama ou nos braços da cadeira, nunca no dispositivo auxiliar de apoio; 2.2.4. Clarificar junto da senhora que depois de se levantar e se colocar na posição de pé, deve exercer carga parcial sobre o membro intervencionado, conforme prescrição médica;			

- 2.2.5. Explicar à senhora que, em qualquer momento, não deve efetuar a flexão superior a 90º da articulação da coxofemoral;
- 2.2.6. Incentivar a pessoa a transferir-se;
- 2.2.7. Elogiar a pessoa durante o processo de transferir-se;
- 2.2.8. Explicar que, em qualquer momento, não deve efetuar a rotação interna do membro intervencionado;
- 2.3. Avaliar, segundo escala numérica, a dor da pessoa, para verificar a necessidade de analgesia de resgate prévia à transferência;
- 2.4. Ensinar estratégias de conservação de energia e de controlo da dor durante o movimento (controlo da respiração e pausas durante a transferência);
- 2.5. Gerir o ambiente, no momento da transferência, para que esteja livre de obstáculos;
- 2.6. Treinar a técnica de transferir-se com a senhora A.S. da cama para o andarilho na posição de pé e da posição de sentado para o cadeirão;
- 2.7. Disponibilizar tempo a A.S. e ao cuidador para o esclarecimento de eventuais dúvidas, sempre que o considerem necessário;
- 2.8. Providenciar material educativo à senhora e cuidador que refira a técnica de transferir-se e os cuidados a ter, explicando a sua finalidade;
- 2.9. Monitorizar e registo evolução e progresso na capacidade de se transferir a partir do dia do primeiro levante;
- 2.10. Reavaliar o conhecimento da pessoa no âmbito da técnica de transferir-se.

3. Prestador de Cuidados: Técnica de Transferir-se

- 3.1. Avaliar o conhecimento do cuidador relativamente à transferência segura no pós-operatório na pessoa que realiza artroplastia total da anca, no momento da visita;
- 3.2. Avaliar a capacidade do cuidador de auxiliar na técnica de transferir segura no pós-operatório na pessoa que realiza artroplastia total da anca, no momento da visita;
- 3.3. Envolver o cuidador no plano de reabilitação, valorizando o seu papel;

- 3.4. Educar o cuidador sobre as contraindicações de movimentos no pós-operatório (abordagem pósterio-lateral) (através da entrega do folheto informativo com informação clara e ilustrada), no momento da visita;
- 3.5. Capacitar o prestador de cuidados, no âmbito do conhecimento, de todos os cuidados a adotar na técnica de transferir-se, em dia e hora a combinar com o mesmo;
- 3.6. Reforçar a importância da ergonomia do cuidador para prevenir lesões durante o auxílio, como dobrar os joelhos e evitar movimentos bruscos;
- 3.7. Treinar com o cuidador o auxílio na técnica de transferir-se com a utilização de dispositivo, em dia e hora a combinar com o mesmo;
- 3.8. Proporcionar a simulação prática na presença do EEER, pelo menos uma vez no momento da visita;
- 3.9. Ensinar sinais de alerta de complicações, nomeadamente, dor súbita, sensação de instabilidade, encurtamento do membro (o cuidador deve saber quando procurar assistência), no momento da visita;
- 3.10. Promover a autoconfiança e capacitação do cuidador através de reforço positivo;
- 3.11. Monitorizar, registar e reavaliar o conhecimento do prestador de cuidados no âmbito da técnica de transferir-se.

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 21/04/2025	1: Desempenho na Transferência 1.1: Transferência da cama para o andarilho – Melhorada; 1.2: Transferência do andarilho para a cama – Melhorada; 1.3: Transferência do andarilho para o cadeirão – Melhorada; 1.4: Transferência do cadeirão para o andarilho – Melhorada; 1.5: Transferência do andarilho para a sanita – Melhorada. 2: Comportamento de Segurança Pessoal

	2.1: Utiliza mecânica corporal adequada – Melhorada; 2.2: Utiliza o dispositivo auxiliar de marcha corretamente – Melhorada; 2.3: Evita comportamentos de alto risco – Mantida; 2.4: Procura informação segura relacionada com a técnica – Melhorada. 3: Conhecimento: Mecânica Corporal 3.1: Técnica adequada para levantar – Melhorada; 3.2: Postura correta na transferência – Melhorada; 3.3: Dor muscular ou articular devido ao momento de levantar – Melhorada; 3.4: Dor muscular ou articular devido ao momento de deitar – Melhorada.
Fundamentação	
CIPE (2015) descreve transferir-se como o ato de se transferir de um local para outro local distinto. Uma transferência é um padrão de movimento pelo qual uma pessoa se move de uma superfície para a outra. A pessoa pode transferir-se da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita ou banheira e vice-versa (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A senhora A.S. era previamente independente na realização dos autocuidados, nomeadamente, no transferir-se. Existem dados relevantes que deverão ser relevantes analisar antes da realização da técnica de transferência, nomeadamente: capacidade para mover o corpo na direção do bordo da cama, capacidade para se sentar na cama e conseguir uma posição com equilíbrio mantido, capacidade para se manter de pé, em posição equilibrada, com carga parcial ou sem carga no membro intervencionado, dependendo da condição clínica da pessoa, capacidade para se transferir da cama para a cadeira e restrições de movimentos prescritas ou de cargas no membro inferior (Ribeiro, 2021). Ainda segundo a autora profere, também a nível do conhecimento deve ser percecionado se existe a consciencialização: da relação da utilização de dispositivos auxiliares de marcha e a autonomia para se transferir, capacidade para o utilizar para se transferir e conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação	

durante a execução da técnica. Assim, deste modo, existem condições que são, sem dúvida, facilitadoras no potencial de evolução deste diagnóstico, nomeadamente, a capacidade física e cognitiva, a consciencialização das alterações em saúde que a pessoa possui e está a viver, força de vontade e envolvimento no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação e recuperação, bem como o desejo expresso de se tornar o mais independente possível (Meleis et al., 2000; Ribeiro, 2021). Não obstante, embora os diagnósticos formulados se refiram, muitas vezes, à pessoa com compromisso do sistema músculo-esquelético, estes também podem e devem ser dirigidos e enunciados relativamente ao cuidador (Ribeiro, 2021). Esta participação é tanto mais eficaz quanto maior for o seu conhecimento, competência e confiança na execução da técnica. No entanto, o cuidador nem sempre possui formação específica, o que pode colocar em risco a segurança da pessoa, especialmente na execução de técnicas como a transferência cama-cadeira.

Neste sentido, o papel do EEER é duplo: educador e facilitador da autonomia. A sua intervenção deve basear-se na construção de uma relação terapêutica, no reconhecimento das necessidades individuais e na promoção de estratégias de cuidado tanto à pessoa, como ao cuidador (Marques & Silva, 2017).

Plano de Cuidados			
NOME DA PESSOA (iniciais): A.S.			
Colheita de dados: A senhora apresenta equilíbrio sentada (estático e dinâmico) mantido e equilíbrio ortostático (estático e dinâmico) diminuído. Não suportava a posição ortostática por tempo prolongado. No pós-operatório, aplicou-se a escala de equilíbrio de Berg, tendo-se obtido melhorias relativas ao equilíbrio ortostático e necessidade de correção postural.			
Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores (NOC)
Início: 08/04/2025 Fim: 21/04/2025	08/04/2025 (1ºLEVANTE):	1. Equilíbrio	1.1: Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas – Melhorar;

		É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 21/04/2025).	
Intervenções Enfermagem			
Enfoque na Artroplastia Total da Anca Não Cimentada à Direita com Abordagem Pósterio-Lateral			
1. Capacitação para Equilibrar-se			
1.1. Analisar com a senhora a relação entre o equilíbrio comprometido e o risco de queda;			
1.2. Instruir a senhora A.S. sobre a treino de equilíbrio, capacitando-a neste âmbito:			
1.2.1. Promover a manutenção da posição ortostática com apoio, ensinando a senhora a manter-se de pé com apoio dos membros superiores sobre o andarilho, garantindo alinhamento corporal correto 2 vezes por dia, por períodos progressivamente mais longos;			
1.2.2. Treinar a transferência de peso entre membros inferiores: em posição bípede e apoio bilateral (andarilho), incentivar o deslocamento do peso de um membro inferior para o outro, de forma lenta e controlada, 1 série de 10 repetições, conforme tolerância da senhora A.S.;			
1.2.3. Reeducar a técnica do sentar e levantar-se com controlo do centro de gravidade, auxiliar e supervisionar o sentar e levantar-se do cadeirão com o apoio dos braços, com atenção ao alinhamento da anca e evitando flexão superior a 90°;			
1.2.4. Reeducar técnica de apanhar objetos do chão: Utilizar os membros superiores para se apoiar, o membro intervencionado em extensão para trás, fletir o membro são e evitar ajoelhar-se;			
1.2.5. Implementar treino de alcance controlado com a supervisão do EEER, posicionando objetos a diferentes alturas e distâncias e orientar a pessoa a alcançá-los com controlo postural, sem comprometer as restrições de anca;			
1.2.6. Habilitar a pessoa para a mudança de direção, sem comprometer o equilíbrio, evitando movimentos bruscos da articulação coxofemoral;			

- 1.3. Avaliar, segundo escala numérica, a dor da pessoa, para verificar a necessidade de analgesia de resgate prévia ao treino de equilíbrio;
- 1.4. Assistir no treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada e em pé;
- 1.5. Treinar o equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada e em pé;
- 1.6. Incentivar ao treino de equilíbrio;
- 1.7. Elogiar a senhora A.S. durante o treino;
- 1.8. Disponibilizar tempo à senhora para o esclarecimento de eventuais dúvidas, sempre que o considerem necessário;
- 1.9. Providenciar material educativo a A.S., neste âmbito, explicando-o;
- 1.10. Monitorizar e registar a evolução e progresso a partir do dia do primeiro levante;

4. Prestador de Cuidados: Treino de Equilíbrio

- 4.1. Avaliar o conhecimento do cuidador relativamente ao treino de equilíbrio no pós-operatório na pessoa que realiza artroplastia total da anca, no momento da visita;
- 4.2. Avaliar a capacidade do cuidador de auxiliar relativamente ao treino de equilíbrio no pós-operatório na pessoa que realiza artroplastia total da anca, no momento da visita;
- 4.3. Envolver o cuidador no plano de reabilitação, valorizando-o;
- 4.4. Reforçar ao cuidador as contraindicações de movimentos no pós-operatório (abordagem póstero-lateral) e ao alto risco de queda influenciado pelos fatores subjacentes à cirurgia como força e tónus muscular diminuídos, no momento da visita;
- 4.5. Treinar o cuidador na prevenção de quedas no domicílio, como identificar perigos no ambiente, nomeadamente, tapetes, iluminação diminuída, obstáculos, sugerindo modificações ambientais com base na avaliação funcional da pessoa;

- 4.6. Capacitar o prestador de cuidados, no âmbito do conhecimento, de todos as precauções e técnicas seguras de auxílio na mobilidade a nível do equilíbrio durante a visita;
- 4.7. Treinar com o cuidador o auxílio no treino do equilíbrio com e sem a utilização de dispositivo, em dia e hora a combinar com o mesmo;
- 4.8. Instruir acerca de como atuar perante uma perda de equilíbrio, apoiando a pessoa caso esta se desequilibre, sem movimentos bruscos, reagindo de forma calma e segura;
- 4.9. Ensinar o cuidador a utilizar reforço positivo, incentivando à autonomia e validando os esforços da pessoa, evitando desencorajar;
- 4.10. Promover a capacitação do cuidador através de reforço positivo, neste âmbito;
- 4.11. Monitorizar, registar e reavaliar o conhecimento do prestador de cuidados no âmbito do treino de equilíbrio.

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 21/04/2025	1. Equilíbrio 1.1: Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas – Melhorado; 1.2: Mantém o equilíbrio enquanto em pé – Melhorado; 1.3: Mantém o equilíbrio enquanto caminha – Melhorado; 1.4: Postura – Melhorada. 2. Movimento Coordenado 2.1: Força da contração muscular – Melhorada; 2.2: Tónus muscular – Melhorador; 2.3: Estabilidade do movimento – Melhorada.

	3. Controlo de Riscos 3.1: Identifica os fatores de risco – Melhorado; 3.2: Desenvolve estratégias efetivas de controlo de riscos – Melhorada; 3.3: Modifica o estilo de vida para reduzir os riscos. – Melhorada; 3.4: Reconhece alterações do estado de saúde. – Melhorada.
Fundamentação	
Segundo a CIPE (2015, p.56) o Equilíbrio é evidenciado como: “ (...) a segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr de pé, sentar-se ou deitar-se.” A senhora A.S. possui o equilíbrio corporal comprometido, nomeadamente, ortostático estático e dinâmico. Existem dados relevantes que deverão ser analisados previamente ao momento do levante, nomeadamente: capacidade para se manter em pé, em posição equilibrada, com carga parcial ou sem carga no membro inferior intervencionado; controlo postural sentado (com e sem apoio); controlo postural em pé (com e sem apoio); controlo postural em movimento (a levantar-se, a transferir-se, a andar, a rodar sobre si próprio); restrições de movimento e de cargas prescritas; consciencialização acerca da relação entre risco de queda e equilíbrio comprometido; conhecimento acerca de treino de equilíbrio; capacidade para treinar o equilíbrio (Ribeiro, 2021). Esta avaliação é essencial para percecionar os fatores facilitadores e dificultadores para a evolução da pessoa neste âmbito. De acordo com o que a autora profere, no potencial de evolução deste diagnóstico, deverá ser também avaliada a capacidade física e cognitiva, a consciencialização das mudanças em saúde que a pessoa está a experienciar, a sua motivação e o envolvimento no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação (Meleis et al., 2000; Ribeiro, 2021) Apesar dos diagnósticos formulados se focarem, inicialmente, na pessoa com compromisso do sistema músculo-esquelético, mais precisamente a nível do equilíbrio, estes também podem e devem ser enunciados relativamente ao cuidador (Ribeiro, 2021). Esta participação é tanto mais eficaz quanto maior for o seu conhecimento, competência e confiança na execução da técnica. Segundo teoria das transições de Meleis (2010), a aquisição de competências pelo cuidador configura um processo	

de transição e mudança que exige uma reestruturação da sua vida, requerendo um acompanhamento estruturado e aquisição de conhecimento teórico e prático. O sucesso da transição depende do nível de preparação e do envolvimento ativo no cuidado por parte do cuidador.

Plano de Cuidados

NOME DA PESSOA (iniciais): A.S.

Colheita de dados: De acordo com a senhora, segundo a escala numérica da dor, a senhora revela durante o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação a senhora revela uma dor sempre de 4 a 5, com necessidade de analgesia posterior. “Previamente à cirurgia, a senhora referia ainda dor, segundo a escala numérica, de 6 em pontada na região da anca do lado direito. Posteriormente à cirurgia, reavaliada novamente a dor que se encontrava a 4/5, segundo a mesma, contudo apenas perante esforço. Em repouso, encontra-se controlada com analgesia prescrita em horário fixo.”

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores (NOC)
Início: 06/04/2025 Fim: 21/04/2025	06/04/2025: Dor Presente (Dor 6 – <u>Período Pré-Operatório</u>	1. Estado de Conforto: Físico 2. Conhecimento: Controlo da Dor	1.1: Relaxamento muscular – Melhorar; 1.2: Bem-estar físico – Melhorar;
PFS			2.1: Sinais e sintomas de dor – Melhorar; 2.2: Estratégias para controlo da dor – Melhorar; 2.3: Técnicas de relaxamento – Melhorar;
PADRÃO ATIVIDADE/EXERCÍCIO			3.1: Saúde física – Melhorar; 3.2: Habilidade de expressar emoções – Manter;

	<u>09/04/2025:</u> <u>Dor Presente (Dor 5 –</u> <u>Período Pós-Operatório)</u> <u>21/04/2025:</u> <u>Dor Presente (Dor 4 –</u> <u>Período Pós-Operatório)</u>	3. Bem-Estar Pessoal É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico.	3.3: Habilidade de relaxar – Melhorar. .
Intervenções Enfermagem			
Enfoque - Artroplastia Total da Anca:			
- Período Pré-Operatório - 1. Monitorização da Dor (Período Pré-Operatório)			

- 1.1. Avaliar a dor através da escala numérica da dor em repouso e em movimento e identificar a intensidade, a localização, características e fatores agravantes ou de alívio, antes e após a sessão de reabilitação, no período pré-operatório;
- 1.2. Posicionar adequadamente o membro afetado, colocando o membro inferior com ligeira abdução e apoio sobre uma almofada, aliviando pressão articular e reduzir a dor, sempre que a senhora referir dor no leito;
- 1.3. Educar a pessoa acerca da dor e acerca de como se processa o seu controlo, reduzindo ansiedade e aumentar a colaboração;
- 1.4. Estimular terapêuticas de enfermagem não farmacológicas de alívio, como dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática, sempre que referir dor, como coadjuvante à terapêutica farmacológica;
- 1.5. Reavaliar e registar a dor da senhora antes e depois da sessão de reabilitação;

- Período Pós-Operatório –

2. Monitorização da Dor (Período Pós-Operatório)

- 2.1. Avaliar a dor através da escala numérica da dor em repouso e em movimento e identificar a intensidade, a localização, características e fatores agravantes ou de alívio, antes e após a sessão de reabilitação, no período pós-operatório;
- 2.2. Promover mobilização precoce e progressiva com exercícios que respeitem as restrições das superfícies articulares e limites da dor da senhora, prevenindo a rigidez e reduzindo o edema;
- 2.3. Reforçar técnicas respiratórias ensinadas no pré-operatório, como a dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática, sempre que dor;
- 2.4. Planear pausas durante a sessão de reabilitação, ajustadas às necessidades da pessoa.
- 2.5. Elogiar a sua progressão no seu processo de reabilitação;
- 2.6. Negociar com a pessoa a necessidade de analgesia de resgate prévia ao programa de reabilitação;

2.7. Reavaliar e registar a dor da senhora A.S. a cada sessão de reabilitação.	
Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 21/04/2025	1. Estado de Conforto: Físico 1.1: Relaxamento muscular – Melhorado; 1.2: Bem-estar físico – Melhorado; 2. Conhecimento: Controlo da Dor 2.1: Sinais e sintomas de dor – Melhorados; 2.2: Estratégias para controlo da dor – Melhoradas; 2.3: Técnicas de relaxamento – Melhoradas; 3. Bem-Estar Pessoal 3.1: Saúde física – Melhorada; 3.2: Habilidade de expressar emoções – Mantida; 3.3: Habilidade de relaxar – Melhorada.
Fundamentação	

O foco Dor envolve “Percepção Comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (CIPE, 2015, p.54).

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008).

Segundo refere Dias et al. (2021), a monitorização da dor deve ser realizada através da avaliação da mesma usando a escala numérica da dor, quando assim o for possível, instruir a manter o alinhamento corporal e posições estáveis, alternar decúbitos, realizar mobilizações passivas e ativas assistidas das articulações, dependendo da tolerância da pessoa e segundo os limites articulares; instruir e treinar a realização de exercícios isométricos e isotónicos do membro intervencionado e segmentos livres e gerir a atividade e o repouso, de modo a evitar a fadiga e o cansaço muscular, bem como realizar crioterapia no membro inferior intervencionado, valorizando sempre a dor da pessoa.

De um modo mais aprofundado, no caso das pessoas intervencionadas para colocação de prótese total da anca, pode referir-se que a intervenção do EEER na realização de sessões de educação para a saúde no momento pré e pós-operatório produz melhorias significativas relativamente à dor. Esta diminuição ocorre devida à mobilização precoce implementada do membro intervencionado no pós-operatório (Dias et al., 2021).

A implementação do programa de reabilitação deve ter em conta a presença da dor e a sua intensidade, bem como o horário da analgesia prescrita e a necessidade de resgate prévia. O conforto da pessoa é a chave para a sua colaboração no processo de recuperação.

Plano de Cuidados

NOME DA PESSOA (iniciais): A.S.

Colheita de dados: “A nível da marcha, a senhora A.S. apresenta uma marcha lentificada, com desequilíbrio dinâmico ortostático associado, no entanto, com melhoria, com o programa de reabilitação implementado e fisioterapia e sessões de enfermagem de reabilitação diária.”

“É utilizado o andarilho como dispositivo auxiliar de marcha para compensar o desequilíbrio e para auxílio na marcha com carga parcial. A senhora, ainda assim, apesar de apresentar uma melhoria nos componentes da marcha, deveria manter o fortalecimento muscular e treino resistido, com vista à otimização do desempenho da sua mecânica corporal, sendo que possui indicação para progressão para canadianas.”

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados (NOC)	Indicadores (NOC)
Início: 08/04/2025 Fim: 21/04/2025	08/04/2025 (1ºLEVANTE): <u>Andar com Auxiliar de</u> <u>Marcha Comprometido, em</u> <u>Grau Elevado</u> 08/04/2025: Potencial para melhorar capacidade de andar com auxiliar de marcha	1. Função Esquelética	1.1: Movimento articular – Melhorar; 1.2: Integridade dos ossos – Melhorar; 1.3: Estabilidade das articulações – Melhorar;
PFS		2. Locomoção: Caminhar	2.1: Caminha com marcha eficaz – Melhorar; 2.2: Caminha em ritmo moderado – Melhorar; 2.3: Caminha distâncias curtas (< 3) – Melhorar; 2.4: Sobe degraus – Melhorar; 2.5: Desce degraus – Melhorar; 2.6: Contorna obstáculos – Melhorar;
PADRÃO ATIVIDADE/EXERCÍCIO	08/04/2025: Potencial para melhorar conhecimento de andar com auxiliar de marcha 10/04/2025:	3. Marcha	3.1: Estabilidade na marcha – Melhorar; 3.2: Equilíbrio enquanto caminha – Melhorar; 3.3: Postura na caminhada – Melhorar;

	<u>Andar com Auxiliar de Marcha Comprometido, em Grau Moderado</u> 21/04/2025: <u>Andar com Auxiliar de Marcha Comprometido, em Grau Reduzido</u>	4. Nível de Medo É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico.	3.4: Estabilidade da base de apoio – Melhorar; 3.5: Velocidade apropriada – Melhorar; 4.1: Angústia – Melhorar; 4.2: Falta de confiança – Melhorar; 4.3: Fadiga – Melhorar; 4.4: Tensão muscular – Melhorar; 4.5: Inquietação – Melhorar.
Intervenções Enfermagem			
Enfoque na Artroplastia Total da Anca Não Cimentada à Direita com Abordagem Pósterio-Lateral 1. Andar com auxiliar de Marcha (Andarilho) 1.1. Analisar junto da pessoa a relação entre a utilização de auxiliar de marcha e a autonomia para andar;			

- 1.2. Observar padrão de marcha, equilíbrio e necessidade de apoio por parte de terceiros;
- 1.3. Ensinar acerca do ajuste correto do dispositivo auxiliar de marcha e condições de segurança, nomeadamente, o andador deve estar ajustado à altura da pessoa;
- 1.4. Ensinar sobre como andar com o dispositivo auxiliar de marcha, mantendo passos curtos e progredindo ao longo do processo de reabilitação, ao longo de todas as sessões de reabilitação (especificação da sequência: andador – membro inferior intervencionado – membro inferior não intervencionado);
- 1.5. Ensinar a pessoa a identificar dor fora do habitual, instabilidade ou sensação de encurtamento do membro intervencionado, durante a marcha.
- 1.6. Ensinar acerca da adaptação no domicílio para andar com auxiliar de marcha:

- 1.6.1. Explicar que deve eliminar tapetes e passadeiras não aderentes ao chão;
- 1.6.2. Elucidar que deve a disposição dos móveis deverá ser de forma a ter mais espaço para deambular com o auxiliar de marcha;
- 1.6.3. Reforçar que deve retirar os cabos soltos do chão ou colocar fita isoladora sobre os mesmos.
- 1.6. Assistir no treino de marcha, sempre que for deambular, numa fase posterior supervisionar;
- 1.7. Treinar o andar com o auxiliar de marcha com a senhora A.S., todos os dias;
- 1.8. Incentivar ao treino de marcha, sempre que o estiver a realizar;
- 1.9. Elogiar a senhora A.S. durante o treino;
- 1.10. Disponibilizar tempo à dona A.S. para o esclarecimento de eventuais dúvidas, sempre que o considere necessário;
- 1.11. Providenciar material educativo à senhora, neste âmbito, explicando-o;
- 1.12. Monitorizar, reavaliar e registar a evolução e progresso no conhecimento e capacidade para andar com auxiliar de marcha, a partir do dia do primeiro levantar;

2. Prestador de Cuidados: Treino de Marcha

- 2.1. Avaliar o conhecimento do cuidador relativamente ao treino de marcha seguro no pós-operatório na pessoa que realiza artroplastia total da anca, no momento da visita;
- 2.2. Avaliar a capacidade do cuidador de auxiliar no treino de marcha seguro no pós-operatório na pessoa que realiza artroplastia total da anca, no momento da visita;
- 2.3. Envolver o cuidador no plano de reabilitação, enaltecendo a sua importância no mesmo;
- 2.4. Ensinar o cuidador a posicionar-se corretamente durante a marcha assistida, demonstrando como caminhar ao lado e ligeiramente atrás da pessoa suportando a região posterior, para intervir em caso de desequilíbrio, no momento da visita;
- 2.5. Capacitar o prestador de cuidados como a senhora deve sentar, levantar-se e subir/descer escadas com segurança, protegendo-se também a si de lesões por despreocupação por questões ergonómicas, no momento da visita;
- 2.6. Elucidar acerca da adaptação do domicílio ao treino de marcha assistida, sugerindo reorganização do espaço físico e iluminação adequada;
- 2.7. Educar para o reforço positivo e gestão emocional, encorajando a progressão da marcha, evitando críticas ou excesso de auxílio, no que não é estritamente necessário;
- 2.8. Treinar com o cuidador o auxílio na técnica de transferir-se com a utilização de dispositivo, em dia e hora a combinar com o mesmo;
- 2.9. Proporcionar a simulação prática na presença do EEER, pelo menos uma vez no momento da visita;
- 2.10. Ensinar sinais de alerta de complicações, nomeadamente, dor súbita, sensação de instabilidade, encurtamento do membro (o cuidador deve saber quando procurar assistência), no momento da visita;
- 2.11. Promover a autoconfiança e capacitação do cuidador através de reforço positivo;
- 2.12. Providenciar material educativo e ilustrativo acerca da temática em questão, explicando a sua finalidade;
- 2.13. Disponibilizar atenção e tempo para dúvidas, medos e receios que existam;
- 2.14. Monitorizar, registar e reavaliar o conhecimento e capacidade do prestador de cuidados no âmbito do treino de marcha.

3. Habilitar para treino de marcha com recurso a canadianas (Ainda sem indicação durante o internamento)

3.1. Ensinar à senhora acerca do ajuste correto do dispositivo auxiliar de marcha e condições de segurança, nomeadamente que: o apoio das mãos nas canadianas deve estar à altura do grande trocânter e o apoio de antebraço das canadianas deve estar cerca de 2 a 3 cm abaixo do cotovelo;

3.2. Explicar a carga que está prescrita pelo médica, definindo a técnica de marcha a 3 ou 4 pontos (na seguinte sequência: duas canadianas – membro intervencionado – membro não intervencionado;

3.3. Elucidar sobre o treino de subir e descer escadas, nomeadamente:

3.3.1. Explicar à senhora A.S. que para subir escadas deve: primeiro subir com o membro não intervencionado, depois subir com o membro intervencionado e por fim, subir o auxiliar de marcha;

3.3.2. Reforçar à senhora que para descer as escadas deve: fazer descer o auxiliar de marcha, em seguida deve descer o membro intervencionado e finalmente, o membro não intervencionado;

3.4. Providenciar material educativo e ilustrativo acerca desta atividade;

2.13. Disponibilizar atenção e tempo para dúvidas que existam.

Data	Avaliação
Reavaliação generalizada: 21/04/2025	1. Função Esquelética 1.1: Movimento articular – Melhorada; 1.2: Integridade dos ossos – Mantida; 1.3: Estabilidade das articulações – Melhorada; 2. Locomoção: Caminhar 2.1: Caminha com marcha eficaz – Melhorada;

- 2.2: Caminha em ritmo moderado – Mantida;
- 2.3: Caminha distâncias curtas (< 3 metros) – Melhorada, progredindo para 5 metros;
- 2.4: Sobe degraus – Mantido;
- 2.5: Desce degraus – Mantido;
- 2.6: Contorna obstáculos – Melhorado;

3. Marcha

- 3.1: Estabilidade na marcha – Melhorada;
- 3.2: Equilíbrio enquanto caminha – Melhorado;
- 3.3: Postura na caminhada – Melhorada;
- 3.4: Estabilidade da base de apoio – Melhorada;
- 3.5: Velocidade apropriada – Melhorada;

4. Nível de Medo

- 4.1: Angústia – Melhorada;
- 4.2: Falta de confiança – Melhorada;
- 4.3: Fadiga – Melhorada;
- 4.4: Tensão muscular – Melhorada;
- 4.5: Inquietação – Mantida.

Fundamentação

Andar com Auxiliar de Marcha é um foco de enfermagem que se designa como: “Andar: movimento do corpo de um lugar para o outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, utilizando um ou mais auxiliares de marcha como calçado de correção; membro artificial; bengala; talas; canadianas ou andarilho, velocidades que vão de lenta a moderada e rápida; subir e descer escadas e rampas” (CIPE, 2015, p.39).

Para fomentar o processo de diagnóstico existem dados relevantes a serem considerados, mais precisamente: a capacidade da pessoa suportar o próprio corpo de pé, em posição equilibrada, e andar com auxiliar de marcha com carga parcial ou sem carga no membro inferior; capacidade para mover o membro intervencionado; capacidade para atingir pequenas e moderadas distâncias com auxiliar de marcha; capacidade para subir e descer degraus com auxiliar de marcha; capacidade para andar em superfícies irregulares; capacidade para deambular em ambientes inclinados com o auxiliar de marcha (Ribeiro, 2021).

Segundo a autora supracitada também a nível da consciencialização existem dados fundamentais a saber, nomeadamente: consciencialização da relação entre a utilização do auxiliar de marcha e a autonomia para andar, o conhecimento sobre andar com o auxiliar de marcha e a capacidade para andar com auxiliar de marcha. Como fatores dificultadores ou facilitadores devem ser avaliadas: a capacidade física e cognitiva da pessoa, a sua força de vontade e motivação, o seu envolvimento e compromisso com o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, neste âmbito e o desejo de melhorar substancialmente e de se tornar independente a nível da sua funcionalidade.

A senhora A.S. foi submetida a artroplastia total da anca não cimentada através da abordagem cirúrgica póstero-lateral. Assim, após a cirurgia as caminhadas devem ser curtas e com períodos de repouso planeados para evitar a fadiga muscular e facilitar o processo de reabilitação funcional (Ribeiro, 2021). Como a autora anterior anuncia, de modo a diminuir o peso corporal sobre o membro intervencionado e aumentar o equilíbrio corporal, será necessário recorrer, inicialmente, ao andarilho como dispositivo auxiliar de marcha.

É importante reforçar a informação de que, no caso se tratar Artroplastia da Anca não cimentada, a opção mais vantajosa descrita na evidência, será a realização de carga parcial durante as primeiras 6 semanas de pós-operatório, pois promover uma reabilitação e recuperação segura, não demonstrando efeitos negativos na fixação do implante (Kisner & Colby, 2009; Hol, 2010; Ribeiro, 2021).

3.1. REAVALIAÇÃO GENERALIZADA

A fim de contextualizar, embora a intervenção do EEER proporcione uma evolução muito positiva no domínio da função, é formidável o seu desenvolvimento na capacidade das pessoas para integrarem de forma fluída o seu processo de reabilitação e recuperação.

Assim, no que se refere à interpretação dos resultados obtidos após intervenção junto da senhora A.S. são perceptíveis os ganhos em saúde obtidos. Através da implementação do programa de reabilitação com enfoque na restauração da funcionalidade, treino de exercício e treino de marcha com dispositivo auxiliar de marcha. Posto isto, perante a intervenção realizada junto da senhora foi possível aumentar o seu nível de independência funcional, diminuir o impacto do comprometimento do movimento muscular após fratura subcapital à direita e posterior artroplastia total da anca, aumento da força e tónus muscular, bem como equilíbrio corporal e na melhoria da capacidade funcional, logo um aumento significativo na sua qualidade de vida.

Reportando ao plano de reabilitação descrito no capítulo anterior, salientam-se os ganhos a nível da força (5/5 no membro inferior esquerdo mantida em relação ao valor inicial e 4/5 no membro inferior direito melhorada, em relação à primeira avaliação 3/5) e tónus muscular, através dos exercícios de fortalecimento muscular realizados. Relativamente à tolerância ao esforço foi colmatada, através da intervenção no âmbito do controlo ventilatório, perante o esforço. Em relação à avaliação do índice de Barthel foi possível observar uma evolução positiva, progredindo no Autocuidado de Grau Elevado para Grau Moderado através do seu desempenho evolutivo a nível dos diversos constituindo do presente foco de enfermagem. No que se refere aos ensinamentos prestados, foi possível prestar e posteriormente validar os mesmos com a senhora, através do folheto informativo disponível no serviço de internamento e do livro personalizado adaptado às necessidades da mesma, sendo realizado por mim. Foi facultado, foi disponibilizado tempo para ler e compreender e posteriormente, existiu um momento para discussão e colmatação das dúvidas existentes. Quanto aos ensinamentos realizados aos cuidados, também foram validados e constituíram-se como adquiridos.

A senhora teve alta do serviço de Ortopedia do Hospital Distrital de Santarém no dia 21/04/2025 referenciada para ECCL, onde se encontra inteiramente motivada para dar continuidade ao seu processo de reabilitação.

CONCLUSÃO

A elaboração de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação pormenorizado e individualizado constitui um instrumento metodológico essencial na resposta às necessidades biopsicossociais da pessoa.

Este processo de enfermagem permite operacionalizar uma abordagem centrada na pessoa, orientada para a avaliação rigorosa das suas capacidades funcionais, definição de objetivos terapêuticos realistas e implementação de intervenções baseadas na evidência, otimizando os ganhos em saúde.

A implementação deste processo para a senhora A.S. reforça o papel indispensável da Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade e na prevenção de complicações futuras na pessoa com Processo do Sistema Músculo-Esquelético relacionado com Artroplastia Total da Anca. Ao longo do programa de reabilitação, a senhora demonstrou iniciativa, motivação, empenho e sentido de responsabilidade com o seu processo de recuperação.

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, enquanto profissional com competências avançadas na promoção da funcionalidade, torna-se determinante na avaliação contínua, reeducação funcional motora, controlo da dor, gestão do risco de complicações e capacitação da pessoa e do cuidador para o autocuidado e para a continuidade dos cuidados no domicílio. Assim, este trabalho realizado demonstra a integração dos conhecimentos teóricos e práticos na área da Enfermagem de Reabilitação, destacando a mobilização de estratégias adaptadas às necessidades reais da senhora.

É de salientar também a importância do trabalho em equipa multidisciplinar, fundamental para a continuidade dos cuidados, nomeadamente da equipa de gestão de altas que agiliza a continuidade de cuidados no regresso a casa e da fisioterapia que trabalha em cooperação com a equipa de enfermagem de reabilitação. Também a capacitação do cuidador é fulcral, embora a intervenção do EEER promova uma evolução positiva no domínio da função, o contributo da senhora e família/cuidador é imprescindível para a integração do processo de cuidados de reabilitação (Ribeiro, 2021).

Este processo é um exemplo claro de como a enfermagem de reabilitação contribui para a melhoria do bem-estar da pessoa e qualidade de vida. Na ER: “Toda a sua ação e sentido visam prevenir incapacidades e/ou maximizar capacidades para o futuro da pessoa.” (Freitas, 2017, p.1) Trata-se, no fundo, de REABILITAR COM PROPÓSITO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrada, M. M. C., França, M., Alvarez, Â. M., & de Almeida Hammerschmidt, K. S. (2015). Diagnósticos de enfermagem para idosos internados, segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(1), 97-105.
<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/11297>
- Barbosa, P., Carvalho, A. L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. In comum.rcaap.pt. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
<http://hdl.handle.net/10400.26/31804>
- Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–29.
<https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). Escala de Barthel: Manual de utilização. Lisboa: DGS.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>
- Freitas, L. (2017). *Reabilitação e a eficiência que faz a diferença*. Secção Regional da Região Autónoma da Madeira. In Ordem dos Enfermeiros. Funchal.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas_rev_elvio_artigo-reabilita-ao.pdf
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Lusodidacta
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Swanson, E.; Maas, L. (2020). *NOC Classificação dos resultados de enfermagem*. 6.ed.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE versão 2. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Academia do Design.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República: II Série, n.º 119. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>

Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República, Diário da República, Série II (n.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

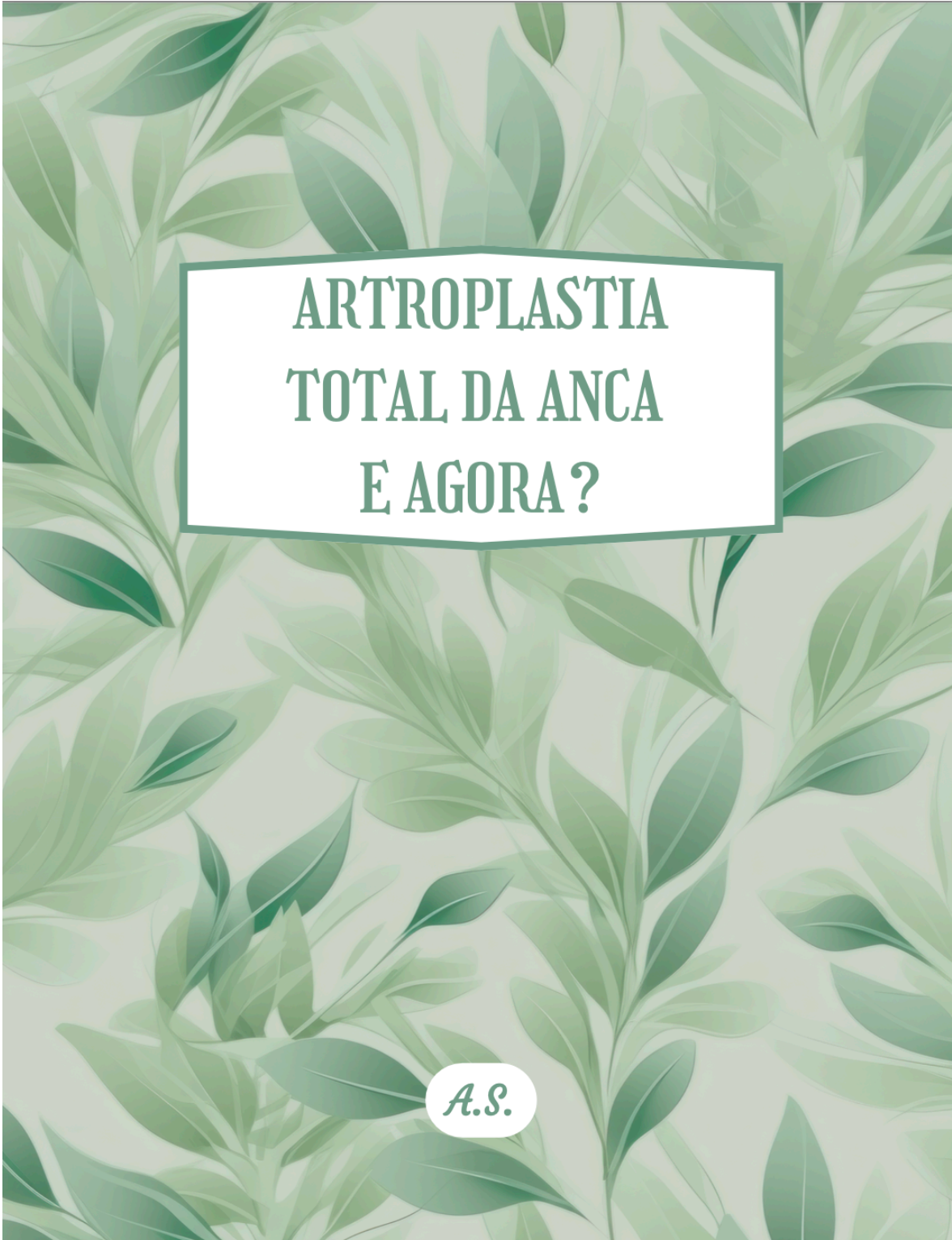
Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceitos e Práticas*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Stift, J., Wolff, F. H., Lavinsky, M., Furtado, M. V., Rohde, L. E., Polanczyk, C. A., & Pagnoncelli, A. (2010). Análise das evidências sobre artroplastia total de quadril com fixação cimentada versus não cimentada. Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências – Unimed RS. <https://www.unimed.coop.br/documents/2159147/2162831/2010-fixacao-cimentada-versus-nao-cimentada-na-artroplastia-total-de-quadril.pdf>

Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Barbosa Ribeiro, M. I., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 72–80. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.73>

APÊNDICES

APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE REFORÇO NO ÂMBITO DA CAPACITAÇÃO DA PESSOA NO REGRESSO
A CASA – NOTEBOOK

The background of the entire page is a repeating pattern of stylized green leaves and branches. The leaves are in various shades of green, from light to dark, and are arranged in a dense, overlapping manner. The branches are thin and dark green.

ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA E AGORA?

A.S.

Índice

1. Artroplastia Total da Anca.....	3
2. Ferida Cirúrgica.....	4
3. Complicações Pós operatórias.....	5
4. Capacitação Pós Operatória.....	6
5. Dúvidas e anotações.....	12

Artroplastia Total da Anca

Definição:

→ Este procedimento cirúrgico está recomendado em situações em que a pessoa apresente uma articulação limitada e dolorosa devido a: deformidades como consequência de osteoartrose; necrose da cabeça do fémur; fratura do colo do fémur, entre outras patologias, substituindo-a por uma articulação artificial. O objetivo é aliviar a dor e reestabelecer o movimento, aumentando a qualidade de vida.

Benefícios da Cirurgia:

→ A artroplastia total da anca (ATA) é uma das cirurgias de substituição de uma articulação com mais sucesso em todo o mundo, com diversas abordagens cirúrgicas (via), que progressivamente se tem vindo a tornar cada vez menos invasivas, no sentido de diminuir o tempo de internamento e de permitir uma recuperação funcional mais rápida.

Intervenção pós operatória a nível hospital:

→ Os cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca devem ser direcionados ao aumento da independência da pessoa, uma vez que a durabilidade do internamento é reduzida.

→ Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que presta cuidados à pessoa deve ter em consideração o controlo da dor, o restabelecimento e manutenção da função da sua articulação e a capacitação para prevenir complicações futuras.

Ferida Cirúrgica

Definição:

→ É uma ferida resultante de uma intervenção cirúrgica.

Fatores que afetam a sua cicatrização:

- Idade;
- Estado nutricional;
- Estado geral de saúde (diabetes, hipertensão, doença arterial);
- Tabagismo;
- Terapêutica com esteroides.

Cuidados a ter:

- Evite molhar a ferida;
- Observar sinais de infecção: vermelhidão, calor, dor intensa, saída de líquido ou febre;
- Os pensos devem ser refeitos, conforme orientação notificada na carta de alta de enfermagem, por profissionais de saúde.

Complicações Pós Operatórias

Principais complicações que deve atentar:

- INFEÇÃO (Febre, dor intensa, rubor, calor na ferida cirúrgica);
- LUXAÇÃO OU SUBLUXAÇÃO DA PRÓTESE (dor súbita local que não alivia com analgesia, a sensação de ouvir um som aquando da realização do movimento que despoletou a dor, a perda da mobilidade e o encurtamento do membro operado);
- LESÕES VASCULARES (a prevenção consiste na terapêutica anticoagulante, contenção e elevação do membro operado, bem como, realização de levante e a mobilização do membro precocemente, promovendo a circulação);
- Excesso de ossificação, gerando rigidez articular e diminuindo a funcionalidade do membro;

Para este processo, a educação é fundamental. Assim, acima de apenas adquirir os conhecimentos, a pessoa deverá ser capaz de desenvolver habilidades pessoais e sociais, para conseguir dar resposta às diversas situações e fazer a gestão dos seus cuidados.

Tendo como objetivo ajudar a pessoa a recuperar o seu bem-estar, é de extrema importância capacitar para a realização das suas atividades de vida diárias, na resolução de problemas e na tomada de decisão, antecipando complicações.

- Vamos Capacitar -

Posicionamento na Cama:

- Evitar movimentos luxantes, como?
 - De lado com duas almofadas no meio das pernas;
 - De costas com as pernas afastadas, com uma almofada no meio das pernas;

Meia ponte:

- Colocar o membro operado em extensão;
- Dobrar o membro não operado;
- Usar a força de ambos os membros superiores para a zona da pélvis.

Entrar e Sair da Cama:

- Pode entrar e sair pelo lado operado ou não operado;
- Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando dobrar o tronco para além dos 90° graus, com a perna em extensão, com uma almofada no meio dos membros inferiores.
- Fletir a perna sã e rodar até tocar no chão.

- Vamos Capacitar -

Sentar e levantar da cadeira:

- Colocar o membro intervencionado esticado, antes de se sentar.
- Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores apoiados na cadeira.
- Para se levantar, proceder de forma inversa.

Utilização do sanitário:

- Utilizar o alteador de sanita.
- Colocar o membro operado esticado antes de se sentar.
- Apoiar-se atrás e baixar-se lentamente usando a força dos membros superiores.
- Para se levantar, proceder de forma inversa.

Banho:

- Utilizar se possível base de chuveiro, em vez da banheira.
- Tomar banho sentado.
- Para entrar e sair do banho: primeiro sai com o membro são e depois o operado em extensão.

- Vamos Capacitar -

Treino de marcha com andarilho:

- De andarilho e canadianas, a forma de andar é a mesma!
- Avançar o andarilho;
- Membro inferior operado avança;
- Avançar o membro inferior são;
- Mudar de direção virando-se para o lado não operado.

Treino de subir e descer escadas:

→ Sequência para subir:

- Membro inferior são;
 - Membro operado;
 - Colocar as canadianas no degrau onde se encontram os pés.
- Para descer, fazer o inverso, canadianas e depois perna operada.**

Apanhar objetos do chão:

- Utilizar os membros superiores para se apoiar;
- Membro intervencionado em extensão;
- Dobrar o membro são;
- Evitar ajoelhar-se mas se tiver de o fazer, levar primeiro o joelho do lado operado ao chão.

- Vamos Capacitar -

Entrar e sair do Carro (apenas enquanto passageiro):

- Aplicar duas almofadas e ou 1 cobertor no assento do carro;
- Chegar o banco para trás;
- Sente-se com os membros inferiores de fora do carro;
- Rodar os membros inferiores para dentro do carro com as pernas afastadas;
- Membro intervencionado em extensão;
- Para sair, fazer o inverso.

Sexualidade:

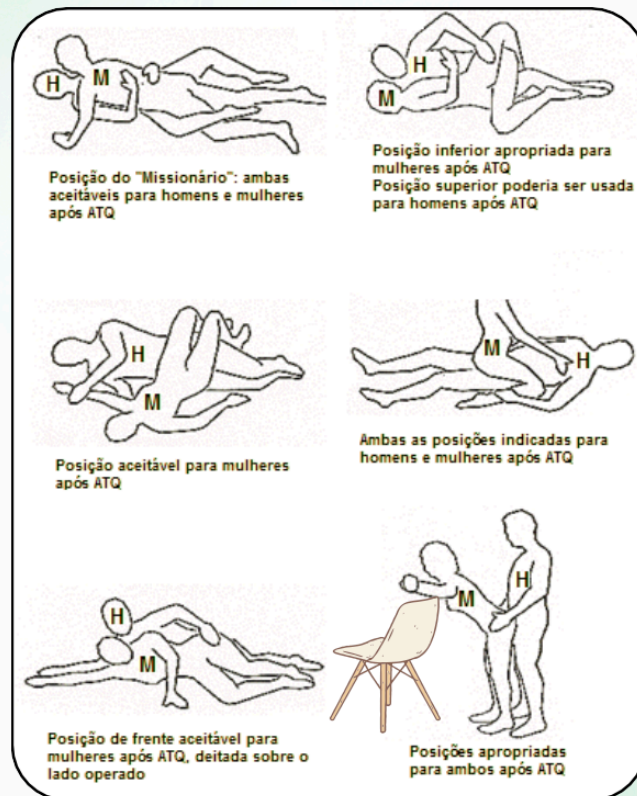
- A colocação de uma prótese total da anca não é impedimento para uma vida sexual ativa, após 4 a 6 semanas pode reiniciar a sua vida sexual;
- O grande objectivo é apenas evitar a luxação da prótese (prótese sair do seu local), e as complicações associadas;
- Comece por conversar com o (a) parceiro (a) acerca de quais os cuidados a ter;
- Não tenha medo de falar, pois poderão ficarão dúvidas e receios;
- Fale com o seu parceiro acerca da importância que a sexualidade tem no bem-estar do casal;
- Demonstre segurança e confiança;
- Explique – lhe como quer fazer;
- Certifique-se que ambos querem e não têm dúvidas.
- **Sugestões de posições sexuais no caso da pessoa submetida**

a ATA:

- A mulher fica deitada de barriga para cima e o homem deita-se sobre ela;
- A mulher fica deitada de costas e o homem apoia-se sobre ela;
- A mulher fica de lado para o lado são. O homem coloca-se por trás dela com a perna entrelaçada na sua.

- Vamos Capacitar -

Sexualidade (continuação):



Relembro...

Cumprir estas recomendações é para a vida.

Um programa de reabilitação no período pós operatório melhora a sua qualidade de vida a curto prazo e após oito semanas já existem evidências a nível cardiorrespiratório e a reaquisição de habilidades motoras.

NESTE MOMENTO, DEVE FOCAR-SE EM
SI!



Dúvidas e Anotações
até à próxima
consulta





APÊNDICE II: (Avaliação de Enfermagem para a referência para a EGA)



Hospital de Santarém

AVALIAÇÃO ENFERMAGEM

Nome: _____ Proc. Clín.: _____

Serviço: Ortopedia Cama: 632

Diagnóstico			
Risco de:	☐ Aspiração	☐ Desidratação	☐ Obstipação
	☐ Maceração	☒ Queda	☒ Rigidez articular
☐ Comunicação alterada	☐ Confusão	☐ Adesão ao reg. terapêutico não demonstrada	☐ Úlcera de pressão
☐ Stress do prestador de cuidados	☐ Outros		

Intervenção		
☐ Aspirar secreções	☒ Executar téc. de exercício muscular e articular passivo	
☐ Executar tratamento ao estoma	☐ Executar tratamento a ferida traumática	
☒ Executar tratamento a ferida cirúrgica	☐ Executar tratamento a úlcera de pressão	
☒ Estimular a pessoa para o auto-cuidado	☐ Estimular a pessoa p/adessão ao regime terapêutico	
Trocar:	☐ Saco de drenagem de ferida	☐ Saco de ileostomia
☐ Saco de colostomia	☐ Cânula de traqueostomia	☐ Saco de urina
☐ Sonda nasogástrica	☐ Cateter venoso periférico	☒ Fralda
☐ Cateter urinário		

Ensinar doente / cuidador			
☒ Execução de técnicas	☒ Auto-cuidados	☐ Regime terapêutico	☐ Hábitos de risco

Terapia		
☐ Inaloterapia	☐ Oxigenoterapia	☐ Terapia com dispositivos auxiliares
☐ Terapia intravenosa	☐ Terapia nutricional	☐ Terapia com fluidos ou eletrólitos

Dispositivos de correção			
☐ Lentes de contacto	☐ Óculos	☐ Membro artificial	☐ Prótese dentária

Dispositivos de imobilização			
☐ Aparelho gessado	☐ Tala	☐ Grades de cama	☐ Barreira limitadora

Dispositivos de mobilização		
☒ Barra de apoio	☐ Cadeira de rodas	☐ Dispositivo para levantar

Notas de enfermagem *
Enfermagem de Reabilitação: Doente autonomo nas AVD(s) foi vitima de queda da qual resultou fratura subcapital do colo do femur á direita,foi submetida a protese Total da anca não cimentada a 15-4 sem intercorrencias. Doente dependente no autocuidado em grau moderado. Escala de Lower MIE=5/5; MID=4/5. Realizados exercicios de fortalecimento muscular. Iniciou transferencia para cadeirão, encontrando-se dependente em grau moderado.Colaborante nas transferencias iniciou treino de marcha com auxilio de andartilho tendo deambulado cerca de 5m com ajuda moderada. Necessita de fortalecimento muscular, treino de transferencias, de equilibrio e treino de marcha com carga parcial, com auxilio de andartilho adotando medidas anti luxação da anca, passando quando possivel para canadianas, treino de subir e descer escadas. Foram realizados ensinios á pessoa e cuidadora sobre transferencias e cuidados anti luxação de protese da anca.

Nota: * Campo de preenchimento obrigatório.

APÊNDICE III - SESSÃO DE FORMAÇÃO EM PREZI: “TERAPÊUTICA DE POSICIONAMENTO E
MOBILIZAÇÃO SEGURA”



Terapêutica de Posicionamento e Mobilização Segura - Ortopedia -



Plano de Sessão

Etapa	Duração	Conteúdo	Método	Meios Multidimensionais
Introdução	5	- Apresentação dos preletores e dos temas a abordar e a sua importância no âmbito do serviço de internamento de Ortopedia; - Contextualização da apresentação; - Exposição dos objetivos da apresentação.	Expositivo	Prezi
Desenvolvimento	15	- Exposição da importância do posicionamento e mobilização segura na pessoa com alteração do foro ortopédico; - Descrição dos cuidados a ter no posicionamento e mobilização, de acordo com a alteração que apresenta e a sua localização; - Explicação da intervenção educacional no período pós-operatório na pessoa submetida a APA, ATA e ATJ; - Fomentação acerca da essência dos ensinamentos que podem ser realizados à pessoa para prevenir futuras complicações.	Expositivo/participativo	Prezi
Conclusão/Debate	10	- Síntese das ideias principais; - Dúvidas e sugestões.	Expositivo/participativo	Prezi



Objetivos da apresentação

- Relembrar a importância do posicionamento e mobilização segura na pessoa com alteração do foro ortopédico;
- Compreender os cuidados a ter no posicionamento e mobilização, de acordo com a alteração que apresenta e a sua localização;
- Integrar a necessidade da intervenção educacional no período pós-operatório na pessoa submetida a APA, ATA e ATJ;
- Consciencializar acerca da essência dos ensinamentos que podem ser realizados à pessoa para prevenir futuras complicações.



Objetivos da Mobilização

A mobilização segura permite restaurar a funcionalidade do membro afetado, prevenir rigidez articular e facilitar a recuperação da força muscular, sempre respeitando os limites da pessoa.

(Marques-Vieira & Sousa, 2016)

A mobilização articular tem como objetivo maior controlo a prevenção da dor, permitindo às fibras de colagénio reagruparem-se para diminuir a tensão.

(Marques-Vieira & Sousa, 2016)



Princípios da Terapêutica de Posicionamento e Mobilização Segura



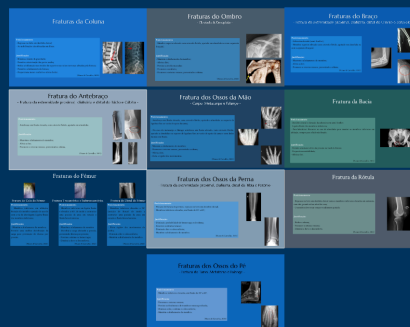
Importância do Posicionamento

O posicionamento adequado é fundamental para a recuperação da pessoa, dada a sua condição atual.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013), o ato de posicionar ou posicionamento é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, proporcionando conforto, promovendo a autonomia da pessoa e evitando futuras complicações, como o aparecimento de úlceras por pressão.



Na verdade, a localização da Fratura e o tipo de tratamento ditam os cuidados a ter!



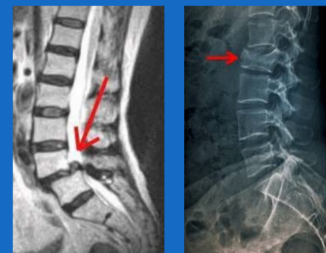
Fraturas da Coluna

Posicionamento:

- Repouso no leito em decúbito dorsal;
- As mobilizações são efetuadas em bloco.

Justificação:

- Elimina a tensão da gravidade;
- Permite a cicatrização das partes moles;
- Reduz a inflamação nos tecidos de suporte e nas raízes nervosas afetadas pela fratura;
- Permite o alinhamento da fratura;
- Proporciona maior conforto e alívio de dor.



(Nunes & Carvalho, 2021)



Fraturas do Ombro

- Clavícula & Omoplata -

Posicionamento:

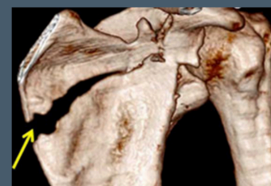
- Membro superior elevado com cotovelo fletido, apoiado em almofada ou com suspensão braquial;

Justificação:

- Mantém o alinhamento do membro;
- Alivia a dor;
- Previne a atrofia muscular;
- Promove o conforto;
- Promove o retorno venoso, prevenindo o edema.



(Nunes & Carvalho, 2021)



Fraturas do Braço

- Fratura da extremidade proximal, diafisária, distal do Úmero e cotovelo -

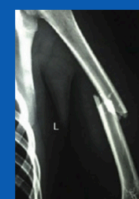
Posicionamento:

- Cabeceira elevada (semi-fowler);
- Membro superior elevado com cotovelo fletido, apoiado em almofada ou com suspensão braquial.

Justificação:

- Mantém o alinhamento do membro;
- Alivia a dor;
- Promove o retorno venoso, prevenindo o edema.

(Nunes & Carvalho, 2021)



Fratura do Antebraço

- Fratura da extremidade proximal, diafisária e distal do Rádio e Cúbito -

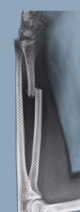
Posicionamento:

- Antebraço em flexão elevado, com cotovelo fletido, apoiado em almofadas.

Justificação:

- Mantém o alinhamento do membro;
- Alivia a dor;
- Promove o retorno venoso, prevenindo o edema.

(Nunes & Carvalho, 2021)



Fratura dos Ossos da Mão

- Carpo, Metacarpo e Falange -

Posicionamento:

- Antebraço em flexão elevado, com cotovelo fletido, apoiado a almofadas ou suporte de ligadura fixo ao varão de apoio da cama;

- No caso do metacarpo e falange: antebraço em flexão elevado, com cotovelo fletido, apoiado a almofadas ou suporte de ligadura fixo ao varão de apoio da cama e com dedos da mão em flexão.

Justificação:

- Mantém o alinhamento do membro;
- Promove o retorno venoso, prevenindo o edema;
- Alivia a dor;
- Evita a rigidez dos movimentos.

(Nunes & Carvalho, 2021)



Fratura da Bacia

Posicionamento:

- Decúbito dorsal e elevação da cabeça em semi-fowler;
- Ligeira flexão dos membros inferiores;
- Para lateralizar: Recorrer ao uso de almofadas para manter os membros inferiores em abdução, sempre para o lado não lesado.

Justificação:

- Permite um maior alívio da pressão no local da fratura;
- Proporciona estabilidade;
- Alivia a dor.



(Nunes & Carvalho, 2021)



Fraturas do Fémur



Fratura do Colo do Fémur

Posicionamento:

- Membros inferiores em abdução; Rotação do membro operado de acordo com a via de abordagem; Ligeira flexão dos membros inferiores;

Justificação:

- Mantém o alinhamento do membro; Permite uma melhor distribuição da carga para prevenção de úlceras por pressão.



(Nunes & Carvalho, 2021)



Fratura Trocantérica e Subtrocantérica

Posicionamento:

- Membros inferiores em ligeira flexão e elevados a 60°, de modo a contrariar uma posição da anca em rotação e flexão lateral externa.

Justificação:

- Mantém o alinhamento do membro
- Distribui a carga aliviando a pressão, prevenindo úlceras por pressão;
- Previne o edema e a hemorragia;
- Diminui a dor e o desconforto;

(Nunes & Carvalho, 2021)



Fratura do Distal do Fémur

Posicionamento:

- Membros inferiores elevados a 90° (posição de Braun) de modo a contrariar uma posição da anca em rotação e flexão lateral externa.

Justificação:

- Evita rigidez dos movimentos do joelho;
- Diminui a dor e o desconforto;
- Mantém o alinhamento do membro.

(Nunes & Carvalho, 2021)

Fraturas dos Ossos da Perna

- Fratura da extremidade proximal, diafisária, distal da Tíbia e Perônio -

Posicionamento:

- No caso de fratura do perônio, repouso no leito em decúbito dorsal;
- Membros inferiores elevados, em flexão de 45° a 60°;

Justificação:

- Diminui a probabilidade de hemorragia e de edema;
- Favorece o retorno venoso;
- Diminui a dor e o desconforto;
- Mantém o alinhamento do membro.

(Nunes & Carvalho, 2021)



Fratura da Rótula

Posicionamento:

- Repouso no leito em decúbito dorsal com os membros inferiores elevados em extensão, com tala gessada até ao nível da coxa;
- O membro deve estar sempre totalmente apoiado.

Justificação:

- Reduz o edema;
- Promove o retorno venoso;
- Diminui a dor e o desconforto.

(Nunes & Carvalho, 2021)



Fraturas dos Ossos do Pé

- Fratura do Tarso, Metatarso e Falange -

Posicionamento:

- Membros inferiores elevados, em flexão de 45° a 60°.

Justificação:

- Favorece o retorno venoso;
- Previne os fenómenos de trombose venosa profunda;
- Diminui a dor, o edema e o desconforto;
- Mantém o alinhamento do membro.

(Nunes & Carvalho, 2021)



Intervenção educacional no período pós-operatório na pessoa submetida a APA e ATA



Artroplastia da Anca

A artroplastia da anca consiste na substituição parcial ou total da articulação da anca por uma endoprótese (implante feito de materiais não biológicos, como metal, cerâmica ou polietileno), podendo ser agrupadas em duas categorias principais: hemiartroplastia (onde apenas a cabeça e o colo do fêmur são substituídos) e a substituição total (em que são substituídos a cabeça femoral e o acetábulo ou encaixe).



Desta forma, a hemiartroplastia consiste na substituição da cabeça femoral por uma prótese, mantendo o acetábulo natural e a cartilagem acetabular. A substituição total da anca envolve a substituição do acetábulo para além da cabeça do fêmur.

A primeira prótese total da anca bem sucedida foi desenvolvida por John Charnley, utilizando componentes femorais de liga metálica articuladas com componentes acetabulares de polietileno. Posteriormente, os materiais de articulação diversificaram-se, nomeadamente modelos que utilizam titânio, cerâmica e vários polietilenos.



(Lewis et al, 2022)



Abordagem cirúrgica e precauções no pós-operatório

Consoante o tipo de abordagem cirúrgica as precauções no pós-operatório devem ser enfatizadas o mais precocemente possível, de forma a evitar a luxação da anca, nomeadamente:

Na abordagem posterior ou via de Moore e na pósterio-lateral:

- Não efetuar a flexão superior a 90° da articulação da coxofemoral;
- Manter os membros inferiores em abdução;
- Não efetuar a rotação interna do membro operado.

Na abordagem anterior e na antero-lateral:

- Manter o membro operado em posição neutra;
- Evitar a flexão superior a 90° e a hiperextensão da articulação coxofemoral;
- Evitar a rotação externa do membro operado.



Brigham and women's Hospital (2022), Mistry et al (2016) e Berg et al (2019)

Cuidados essenciais após ATA

Relativamente às transferências da cama para o cadeirão e vice-versa, chegar ligeiramente o membro intervencionado à frente para diminuir a carga a exercer sobre a anca; colocação de uma almofada entre os joelhos para promover a sensação de segurança durante esta atividade, evitando a adução para além da linha sagital média.

A cama ou a cadeira onde a pessoa está sentada devem ter uma altura suficiente para que a flexão da anca seja inferior a 90.º.

Na ida ao WC, deve ser utilizado o alteador. A pessoa deve levantar-se da cama ou cadeira com auxílio dos braços apoiados na cama ou nos braços da cadeira, evitando apoiar-se nos meios auxiliares da marcha.



(Loureiro et al, 2021)

Documento de apoio

A Prótese de anca consiste na substituição da articulação danificada por uma articulação artificial.
Pode ser uma substituição total (componente femoral + componente acetabular) da bacia ou uma substituição parcial (componente femoral).

Objetivo: aliviar a dor e estabelecer o movimento, aumentando a qualidade de vida.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Após a cirurgia deverá ter alguns cuidados para prevenir a luxação da Prótese, ou seja, para prevenir que a cabeça da prótese saia da cavidade onde está inserida:

- manter as pernas afastadas uma da outra, com almofada no meio para ajudar;
- não deverá sentar-se em sítios baixos, usando 2 almofadas para colocar na cadeira/sofá.

PRE-OPERATÓRIO:

O Enfermeiro irá efetuar alguns procedimentos para o preparar para a cirurgia, nomeadamente:

- Certificar-se que se encontra em jejum;
- Realizar uma entrevista a fim de saber os seus antecedentes pessoais;
- Proporcionar-lhe um duche com desinfetante próprio;
- Deverá apenas vestir a bata que lhe for fornecida e não nenhuma roupa;
- Deverá retirar todos os adornos e prótese dentária se for o caso;
- Irá ser colocado o soro numa veia do braço;
- Irá calçar meia elástica na perna não operada;

QUANDO FOR HORA DE IR PARA O BLOCO, O ENFERMEIRO E O ASSISTENTE

ENTRAR E SAIR DO CARRO:

- Aplicar 2 almofadas ou 1 cobertor no assento do carro;
- Chegar o banco para trás;
- Colocar-se de costas e sentar-se com a perna operada esticada;
- Efetuar rotação das pernas para dentro com as pernas afastadas.

ANOTAÇÕES:

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- Manter o penso íntegro (colado e seco);
- Usar calçado antiderrapante;
- Remover passadeiras/ tapetes de casa;
- Evitar pisos escorregadios;
- Borrachas das canadianas em bom estado;
- Efetuar os exercícios em ambos os membros, 3 vezes ao dia, alternando com repouso;
- Durante o dia dê pequenos passeios;
- Recorrer ao Serviço de Urgência ou contactar-nos se:
 - penso repassar demasiado
 - a pele estiver muito quente ou perna muito inchada
 - tem temperatura superior a 38º
 - se surgir dor intensa ou alteração no tamanho da perna.

EM CASO DE DÚVIDA, CONTACTAR O SERVIÇO DE ORTOPEdia: 243 300 200

Elaborado por Enfermeiras Especialistas em Reabilitação do Serviço de Ortopedia no âmbito do Projeto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados: Consulta pré-operatória à pessoa com Coartrose ou Gostartrose e reabilitação desde o domicílio à alta hospitalar.

HOSPITAL DE SANTARÉM

GUIA INFORMATIVO

A PESSOA SUBMETIDA A PRÓTESE DA ANCA

Serviço de Ortopedia

A Prótese da anca consiste na substituição da articulação danificada por uma articulação artificial. Pode ser uma substituição total (componente femoral + componente acetabular) da bacia ou uma substituição parcial (componente femoral).

Objetivo é aliviar a dor e restabelecer o movimento, aumentando a qualidade de vida.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Após a cirurgia deverá ter alguns cuidados para prevenir a luxação da Prótese, ou seja, para prevenir que a cabeça da prótese saia da cavidade onde está inserida:

- manter as pernas afastadas uma da outra, com almofada no meio para ajudar;
- não deverá sentar-se em sítios baixos, usando 2 almofadas para colocar na cadeira/sofá.

PRE-OPERATÓRIO:

O Enfermeiro irá efetuar alguns procedimentos para o preparar para a cirurgia, nomeadamente:

- Certificar-se que se encontra em jejum;
- Realizar uma entrevista a fim de saber os seus antecedentes pessoais;
- Proporcionar-lhe um duche com desinfetante próprio;
- Deverá apenas vestir a bata que lhe for fornecida e não nenhuma roupa;
- Deverá retirar todos os adornos e prótese dentária se for o caso;
- Irá ser colocado o soro numa veia do braço;
- Irá calçar meia elástica na perna não operada;

QUANDO FOR HORA DE IR PARA O BLOCO, O ENFERMEIRO E O ASSISTENTE

ENTRAR E SAIR DO CARRO:

- Aplicar 2 almofadas ou 1 cobertor no assento do carro;
- Chegar o banco para trás;
- Colocar-se de costas e sentar-se com a perna operada esticada;
- Efetuar rotação das pernas para dentro com as pernas afastadas.



ANOTAÇÕES:

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- Manter o penso íntegro (colado e seco);
- Usar calçado antiderrapante;
- Remover passadeiras/ tapetes de casa;
- Evitar pisos escorregadios;
- Borrachas das canadianas em bom estado;
- Efetuar os exercícios em ambos os membros, 3 vezes ao dia, alternando com repouso;
- Durante o dia dê pequenos passeios;
- Recorrer ao Serviço de Urgência ou contactar-nos se:
 - penso repassar demasiado
 - a pele estiver muito quente ou perna muito inchada
 - tem temperatura superior a 38º
 - se surgir dor intensa ou alteração no tamanho da perna.

EM CASO DE DÚVIDA, CONTACTAR O SERVIÇO DE ORTOPEdia: 243 300 200

Elaborado por Enfermeiras Especialistas em Reabilitação do Serviço de Ortopedia no âmbito do Projeto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados: Consulta pré-operatória à pessoa com Coartrose ou Gostartrose e reabilitação desde o domicílio à alta hospitalar.

HOSPITAL DE SANTARÉM

GUIA INFORMATIVO

A PESSOA SUBMETIDA A PRÓTESE DA ANCA



Serviço de Ortopedia

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

A recuperação depende sobretudo do seu empenho!

Objetivos:

- ⇒ Aumentar a sua força muscular;
- ⇒ Aumentar a mobilidade da sua anca;
- ⇒ Retomar as suas atividades diárias.

TREINO DOS EXERCÍCIOS

Uma vez terminada a cirurgia, não há tempo a perder!

Assim que tolerar, inicie os exercícios que treinou antes da operação!

Irá ter o apoio do Enfermeiro de Reabilitação!

DEITADO DE COSTAS E PERNAS AFASTADAS

1. Mobilizar o tornozelo—puxar o pé para si e depois para baixo:



2. Contrair o músculo da coxa, empurrando o joelho contra a cama:



3. Dobrar a perna, deslizando o pé sobre a cama. Quando conseguir, pode levantar o pé ao puxar a perna:



4. Contrair as nádegas—aperte-as bem uma contra a outra;

5. Levante a bacia—dobre a perna não operada, faça força nesse calcanhar e nos cotovelos e levante as nádegas:



6. Com uma almofada debaixo do joelho, levante o pé, esticando a perna:



POSIÇÕES PARA DORMIR

- ◊ Deitado de costas com pernas afastadas ou de lado com 2 almofadas no meio das pernas.




ENTRAR E SAIR DA CAMA

- ◊ Pose entrar e sair pelo operado ou não operado. O que interessa é manter as pernas afastadas com almofada. O Enfermeiro irá realizar o 1º levante consigo!



TREINO DE MARCHA

O Enfermeiro irá iniciar este treino consigo!

De ANDARILHO ou CANADIANAS a forma de andar é a mesma:

1. Avançar com andarilho/canadianas
2. Perna operada



TREINO DE SUBIR E DESCER ESCADAS

Para subir:

1. Perna não operada
2. Perna operada
3. Canadianas

Para descer:

1. Canadianas
2. Perna operada



SENTAR NA SANITA

- ◊ Tem de aplicar o ELEVADOR DE SANITA




TOMAR BANHO

- ◊ Deve tomar sentado e com tapete antiderrapante. Se possível aplique uma barra de apoio.




Intervenção educacional no período pós-operatório na pessoa submetida a ATJ

Artroplastia do joelho



Cuidados essenciais após ATJ



Documento de apoio



Artroplastia do Joelho

A artroplastia total de joelho é procedimento cirúrgico que tem sido utilizado desde os finais dos anos 1950, a qual visa substituir a articulação do joelho por uma prótese metálica.

É dividida, de acordo com os componentes articulares a serem substituídos, em dois tipos: a artroplastia total ou tricompartmental, em que são substituídos todos os três compartimentos articulares (femorotibial medial, femorotibial lateral e o femoropatelar), e a unicompartmental, em que apenas um dos compartimentos, seja o femorotibial medial, seja o lateral, é substituído.

Este procedimento é indicado para pessoas com dor intensa e comprometimento das capacidades funcionais, destruição das superfícies articulares do joelho, instabilidade e diminuição de amplitude de movimento, auxiliando no tratamento da osteoartrose e da artrite reumatóide, melhorando a qualidade de vida, a dor, a incapacidade e a rigidez causadas por essas patologias.




(Ioshitake et al., 2016)

Cuidados essenciais após ATJ

O membro inferior operado no pós-operatório imediato deve ser elevado e mantido em alinhamento adequado no leito:

- Alinhado em posição neutra, sem rotação interna nem rotação externa, em ligeira abdução e extensão completa, podendo-se colocar um pequeno rolo lateralmente ao trocânter e outro inferiormente à articulação tibiotársica para manter o alinhamento.

- Durante a transferência para a cadeira e da cadeira para a cama o membro intervencionado poderá estar em extensão, ficando o pé do membro contralateral por baixo do membro operado, suportando o peso e evitando uma flexão brusca e dolorosa.

- Deverá promover-se a flexão na posição de sentado.

- Não colocar almofadas debaixo do joelho operado, de modo a evitar contraturas, podendo colocar-se almofada/rolo na região do tendão de aquiles, para elevação/descarga do calcanhar.



(Loureiro et al., 2021, Berg et al., 2019, Mistry et al., 2016)



Documento de apoio

A Prótese do joelho consiste na substituição da articulação danificada por uma articulação artificial.

O objetivo é aliviar a dor e restabelecer o movimento, aumentando a qualidade de vida.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Após a cirurgia deverá ter alguns cuidados para prevenir algumas complicações como não conseguir dobrar bem o joelho ou não conseguir esticá-lo completamente. Para tal, deverá:

- Quando em repouso, manter a perna operada esticada sem almofada por baixo;
- Assim que for operado, começar a dobrar o joelho o mais cedo possível.

É TÃO IMPORTANTE DOBRAR BEM COMO ESTICAR BEM!

PÓS-OPERATÓRIO:

O enfermeiro irá efetuar alguns procedimentos para o preparar para a cirurgia, nomeadamente:

- Certificar-se que se encontra em jejum;
- Realizar uma entrevista a fim de saber os seus antecedentes pessoais;
- Proporcionar-lhe um duche com desinfectante próprio;
- Deverá apenas vestir a bata que lhe for fornecida e mais nenhuma roupa;
- Deverá retirar todos os adornos e prótese dentária se for o caso;
- Irá ser colocado o soro numa veia do braço;
- Irá calçar meia elástica na perna não operada;

QUANDO FOR HORA DE IR PARA O BLOCO, O ENFERMEIRO E O ASSISTENTE OPERACIONAL IRÃO LEVÁ-LO!

ENTRAR E SAIR DO CARRO:

- Aplicar a almofada no coxim para ser mais confortável;
- Colocar-se de costas e sentar-se com a perna operada esticada;
- Efetuar rotação das pernas para dentro.

ANOTAÇÕES:

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- Manter o penso inteiro (colado e seco);
- Usar calçado antiderrapante;
- Remover passadeiras/tapetes de casa;
- Evitar pisos escorregadios;
- Borrachas das canadianas em bom estado;
- Efetuar os exercícios em ambos os membros, 3 vezes ao dia, alternando com repouso;
- Durante o dia de pequenos passeios;
- Recorrer ao Serviço de Urgência ou contactar-nos se:
 - penso reparar demasiado;
 - a pele estiver muito quente ou perna muito inchada;
 - tiver temperatura superior a 38°;
 - se surgir dor intensa ou alteração no tamanho da perna.

EM CASO DE DÚVIDA, CONTATAR O SERVIÇO DE ORTOPEdia: 243 300 200

Elaborado por Enfermeiras Especialistas em Reabilitação do Serviço de Ortopedia no âmbito do Projeto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados: Consulta pré-operatória à pessoa com Condições de Condições de reabilitação desde o domicílio à alta hospitalar.

HOSPITAL DE SANTARÉM

GUIA INFORMATIVO

A PESSOA SUBMETIDA A PRÓTESE DO JOELHO

Serviço de Ortopedia



HOSPITAL DE SANTARÉM

GUIA INFORMATIVO

A PESSOA SUBMETIDA A PRÓTESE DO JOELHO



Serviço de Ortopedia



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

A recuperação depende sobretudo do seu empenho!

Objetivos:

- ⇒ Aumentar a sua força muscular;
- ⇒ Aumentar a mobilidade da sua anca;
- ⇒ Retomar as suas atividades diárias.

TREINO DOS EXERCÍCIOS

Uma vez terminada a cirurgia, não há tempo a perder!

Assim que tolerar, inicie os exercícios que treinou antes da operação!

Irá ter o apoio do Enfermeiro de Reabilitação!

DEITADO DE COSTAS E PERNAS AFASTADAS

1. Mobilizar o tornozelo—puxar o pé para si e depois para baixo:



2. Contrair o músculo da coxa, empurrando o joelho contra a cama:



3. Dobrar a perna, deslizando o pé sobre a cama. Quando conseguir, pode levantar o pé ao puxar a perna:



4. Contrair as nádegas—aperte-as bem uma contra a outra;

5. Levante a bacia—dobrar a perna não operada, faça força nesse calcanhar e nos cotovelos e levante as nádegas:



6. Com uma almofada debaixo do joelho, levante o pé, esticando a perna:



7. Sentado na beira da cama, dobrar e esticar o joelho:



8. Sentado na beira da cama ou numa cadeira, mobilizar os tornozelos como se estivesse a acelerar ou coser à máquina:



TREINO COM ARTROMOTOR

Após a cirurgia, o Enfermeiro irá colocar-lhe uma máquina na perna que irá fazendo movimentos muito lentos



TREINO DE MARCHA

O Enfermeiro irá iniciar este treino consigo!

De ANDARILHO ou CANADIANAS

a forma de andar é a mesma:

1. Avançar com andarilho/canadianas
2. Perna operada
3. Perna não operada



TREINO DE SUBIR E DESER ESCADAS

Para subir:

1. Perna não operada
2. Perna operada
3. Canadianas

Para descer:

1. Canadianas
2. Perna operada
3. Perna não operada



TOMAR BANHO

- ◊ Deve tomar sentado e com tapete antiderrapante.
- ◊ Se possível aplique uma barra de apoio.



CONCLUSÃO

- A intervenção do enfermeiro no serviço de ortopedia assume um papel determinante na promoção da segurança pré e pós operatória, no âmbito da funcionalidade e recuperação da pessoa com alteração do foro músculo-esquelético.
- O correto posicionamento, a mobilização adequada e a transmissão de ensinamentos estruturados são pilares fundamentais para uma prática clínica de excelência.
- Investir na qualidade destes cuidados é intervir na eficácia do processo de reabilitação e na prevenção de complicações, contribuindo decisivamente para melhores ganhos em saúde e para o aumento da qualidade de vida de cada pessoa alvo dos cuidados prestados.



APÊNDICE IV - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: “ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL:
EXERCÍCIO FÍSICO, SONO E VIDA SEXUAL”

PLANO DE SESSÃO

Curso: 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional II Local: UCC Santarém – ULS Lezíria Data: 23 de maio de 2025 Duração: 40 minutos Público-alvo: Participantes com DPOC/Asma em Programa de Reabilitação Respiratória	Formadora: Jéssica madeira Enfermeira Supervisora: Sofia Santo Professora Doutora (Supervisora Pedagógica): Júlia Santos Tema: ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL: Exercício Físico, Sono e Vida Sexual na Pessoa com DPOC/Asma.
---	--

Objetivo Geral: Sensibilizar a Pessoa com DPOC/Asma para além da doença respiratória e focar na pessoa em toda a sua dimensão, nomeadamente, física, emocional, social e afetiva.					
Objetivos Específicos: Relembrar o impacto da alteração em saúde e os aspetos facilitadores de autogestão; Consciencializar acerca da importância do exercício físico, sono e vida sexual na pessoa com DPOC; Entender o impacto de um estilo de vida saudável na autogestão da doença; Integrar a necessidade de reflexão e compromisso com os temas abordados.					
Etapas de apresentação	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo previsto	Discente
Introdução	Apresentação da preletora; Apresentação das temáticas e a sua importância no âmbito da Saúde na pessoa com DPOC / Asma;	Método expositivo	Apresentação PowerPoint; Computador.	5 minutos	Jéssica Madeira

	Contextualização da apresentação; Exposição dos objetivos da apresentação.				
Desenvolvimento	Exposição do impacto do diagnóstico na vida da pessoa com DPOC/Asma; Apresentação do programa de reabilitação respiratória; Consciencialização da importância do exercício físico e recomendações; Sensibilização da importância do sono e respetivas estratégias; Explicitação da relevância da manutenção da vida sexual e recomendações para o desempenho da mesma.	Método expositivo	Apresentação PowerPoint; Computador.	20 minutos	Jéssica Madeira
Conclusão	Síntese das principais conclusões da sessão; Apresentação do livro de recomendações de exercício, sono e vida sexual elaborado;	Método expositivo	Apresentação PowerPoint; Computador.	10 minutos	Jéssica Madeira
Discussão	Esclarecimento de dúvidas e sugestões. Distribuição de questionário de avaliação da sessão;	- Método ativo; Método participativo.	Apresentação PowerPoint; Computador.	5 minutos	Jéssica Madeira; População.

ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

EXERCÍCIO FÍSICO, SONO E VIDA SEXUAL PESSOA COM DPOC/ASMA



- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA -

Elaboração:
 ❖ **Catarina Tavares**
 ❖ **Sofia Santo**
 Enfermeiras UCC Santarém
 ❖ **Jéssica Madalena**
 Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PLANO DE SESSÃO



Etapa	Duração	Conteúdo	Método	Meios Multidimensionais
Introdução	5	- Apresentação da preleitora; - Apresentação das temáticas e a sua importância no âmbito da Saúde na pessoa com DPOC / Asma; - Contextualização da apresentação; - Exposição dos objetivos da apresentação.	Método Expositivo	Power Point
Desenvolvimento	20	- Exposição do impacto do diagnóstico na vida da pessoa com DPOC/Asma; - Apresentação do programa de reabilitação respiratória; - Consciencialização da importância do exercício físico e recomendações; - Sensibilização da importância do sono e respetivas estratégias; - Explicitação da relevância da manutenção da vida sexual e recomendações para o desempenho da mesma.	Método Expositivo/participativo	Power Point
Conclusão/Debate	15	- Síntese das ideias principais; - Apresentação do livro de recomendações de exercício, sono e vida sexual elaborado; - Esclarecimento de dúvidas e sugestões; - Distribuição de questionário de avaliação da sessão.	Método Expositivo/participativo	Power Point

OBJETIVOS DA APRESENTAÇÃO



- 1 Relembrar o impacto da alteração em saúde e os aspetos facilitadores de autogestão;
- 2 Consciencializar acerca da importância do exercício físico, sono e vida sexual na pessoa com DPOC;
- 3 Entender o impacto de um estilo de vida saudável na autogestão da doença;
- 4 Integrar a necessidade de reflexão e compromisso com os temas abordados.

DPOC / ASMA * IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

A apresentação clínica é variável, embora os sintomas mais comuns se considerem:

- o Dispnéia;
- o Tosse produtiva;
- o Produção de expectoração.

O curso natural desta alteração em saúde é caracterizada por **períodos de estabilidade e de exacerbações**, contribuindo para a progressão da mesma e para o declínio da condição de saúde da pessoa.

A patologia não a afeta apenas a si, mas também aos **elementos próximos**. Exige um **reajuste perante os novos desafios** impostos pelas limitações que o condicionam.



DPOC / ASMA * E AGORA?



A reabilitação respiratória é a resposta adequada à pergunta acima descrita. Esta é reconhecida pelas entidades internacionais como fundamental para a pessoa com DPOC/Asma, independentemente da sua severidade!

É uma intervenção constituída por várias componentes, entre elas o exercício físico com componente respiratória e o apoio psicoeducativo. O programa apresenta benefícios no bem-estar, na funcionalidade e, consequentemente, na melhoria da sua qualidade de vida.

Aderir ao programa, aprimorar o seu conhecimento e melhorar a sua condição física, permitem vivenciar a sua doença com qualidade de vida, evitando exacerbações e a progressão da mesma.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA



DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO

O **Exercício Físico** possui um papel essencial na gestão da DPOC. Praticar exercício físico auxilia no **controle da respiração**, bem como na realização de **atividades diárias de forma mais confortável**.

No início poderá parecer difícil, mas com a continuidade, os pulmões, o coração e os músculos tornam-se mais resistentes e a prática do exercício tornar-se-á mais facilitadora.

A falta de ar pode ser muito desconfortável e assustadora, contudo **evitar o exercício físico não será solução**. Se assim o fizer, ficará em baixo de forma e acabará por se repercutir nas tarefas simples, aumentando a sensação de falta de ar na execução das mesmas.



DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

O exercício físico deve realizar-se no mínimo **três vezes por semana**. Cada sessão de exercício deve durar **pelos menos 20 a 30 minutos**, de acordo com a sua tolerância. É importante manter a **regularidade**.

De uma forma geral, cada sessão de exercício deve incluir:

- o **Aquecimento** (cerca de 5 minutos);
- o **Exercício Aeróbico** (inicialmente 5 minutos, com progressão até aos 30 minutos);
- o **Exercício de Força** (entre 10 e 15 minutos);
- o **Arrefecimento** (pelo menos, 5 minutos).



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)



PORQUE É TÃO IMPORTANTE CADA UM DESTES PASSOS NA SESSÃO DE EXERCÍCIO?

Aquecimento:

O aquecimento serve para **preparar o corpo para o exercício**, pois lentamente acelera a respiração, a circulação sanguínea e aumenta a temperatura corporal.

Exercício Aeróbico:

Inclui qualquer exercício onde **utiliza continuamente o oxigénio**, como subir e descer escadas, caminhar ou andar de bicicleta. Trabalha o coração e os pulmões, auxiliando o corpo a utilizar o oxigénio de forma mais eficiente.

Exercícios de Força:

Inclui **exercícios de braço, tronco e perna**, aumentando a força muscular. Estes exercícios fortalecem os músculos que são essenciais para as atividades do dia a dia.

Arrefecimento:

É a última fase da sessão e permite ao coração e pulmões **voltarem lentamente ao estado de repouso**.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)



QUE CUIDADOS DEVO TER?

Existem recomendações específicas que deverão ser seguidas!

- o Se realiza oxigénio, necessitará de utilizar oxigénio durante a prática de exercício físico;
- o Escolha o momento do dia em que se sente com mais energia para realizar exercício físico;
- o Evite exercitar-se imediatamente após as refeições. Deverá aguardar pelo menos 20 minutos;
- o Vista uma roupa e calçado confortáveis;
- o Realize os broncodilatadores antes do exercício;
- o Controle a falta de ar através da respiração com os lábios semicerrados e realize pausas ajustadas às suas necessidades;
- o Beba água antes, durante e após o exercício;
- o Evite ambientes que despertem sintomas, como frio ou calor extremo, vento forte e poluição.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)



QUAIS AS RAZÕES PARA PARAR E DESCANSAR?

Deve parar e descansar imediatamente se:

- o Dor ou aperto no peito;
- o Dor intensa nas articulações ou nos músculos;
- o Tonturas;
- o Palpitações;
- o Dores de cabeça;
- o Câibras;
- o Pieira;
- o Falta de ar excessiva.



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

EXERCITAR, COMO?

Comece pelo exercício de coordenação da respiração:

1. Ponha uma mão na barriga;
2. Sinta a barriga encher com a inspiração. Os seus pulmões enchem-se de ar. Inspire pelo nariz;
3. Deite o ar fora pela boca com os lábios semicerrados (como se fosse assobiar). Leve mais tempo a deitar fora o ar do que a encher. Exemplo: conte até 2 lentamente ao encher e até 3 ao expirar;
4. A barriga desce ao deitar o ar fora;
5. Relaxe os ombros.



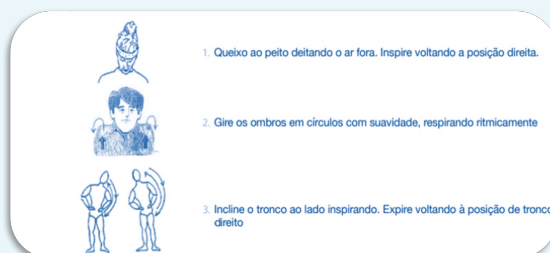
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

EXERCITAR, COMO? (cont.)

Alguns exercícios simples de aquecimento:

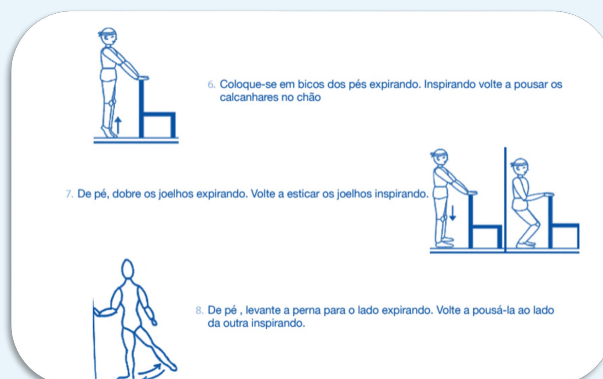
- o Repita os exercícios 10 vezes



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

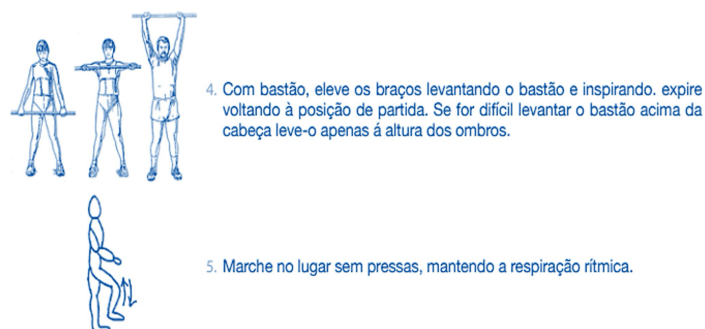
EXERCITAR, COMO? (cont.)



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

EXERCITAR, COMO? (cont.)



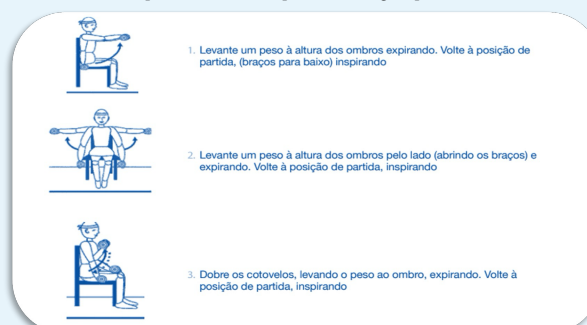
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

EXERCITAR, COMO? (cont.)

Alguns exercícios de fortalecimento:

Não sustente a respiração. Inicie com pesos de 0,5 kg. Repita os exercícios 10 vezes.



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

EXERCITAR, COMO? (cont.)



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)

EXERCITAR, COMO? (cont.)



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * EXERCÍCIO FÍSICO (cont.)



CAMINHAR, É ALGO BENÉFICO PARA MIM?

Sem dúvida! Deverá caminhar regularmente, idealmente 1 hora diária.

- Pode efetuar a **caminhada seguida ou por períodos** (exemplo: 2 períodos de 30min, 3 de 20 min, 4 de 15 min ou mesmo 6 períodos de 10 minutos).
- O mínimo recomendável é **20 a 30 minutos**, 3 dias na semana.
- Inicie sempre por uma caminhada ao seu **passo confortável e em plano**.
- Vá caminhando **progressivamente** aumentando a distância e o tempo cada dia.
- Se 5 minutos for difícil caminhe 2 minutos e aumente 10 passos cada dia. Pode optar por efetuar **marcha no lugar** por períodos progressivos.
- Exercitar-se mesmo por apenas alguns minutos melhora a sua condição física. Os benefícios de apenas 2 horas por semana são enormes!
- **Controle a sua respiração.** Inspire e expire lentamente com os lábios semicerrados (o deitar fora deve ser o dobro do encher de ar). Se der 2 passos enquanto enche deve dar 4 passos enquanto deita o ar fora (se andar devagar pode dar 1 passo a inalar e 2 passos a exalar).

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * SONO



PERTURBAÇÃO DO SONO, PORQUÊ?

Dormir bem é essencial para uma vida saudável!

- A pessoa com DPOC/Asma pode sentir perturbações do sono, devido à:
- o Tosse;
 - o Dispneia;

Esta sintomatologia levará a insónias e sonolência diurna, afetando a sua qualidade de vida.



É essencial dormir bem para aumentar a energia durante o dia, melhorar a capacidade de raciocínio e prevenir ou diminuir a ansiedade.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * SONO (cont.)

O QUE FAZER PARA DORMIR MELHOR?

Existem algumas estratégias que poderão ser adotadas durante o dia e que podem ajudar a melhorar a qualidade do sono!

- o Manter uma rotina (Mesmo que não tenha nada planeado para esse dia, procure levantar-se sempre à mesma hora);
- o Tomar a sua terapêutica, de acordo com a prescrição médica, incluindo a terapêutica inalatória;
- o Praticar exercício físico (O exercício poderá aliviar a tensão física e/ou emocional que perturbam o sono);
- o Evitar refeições pesadas ao jantar (Requer mais tempo para a sua digestão e aumenta a dificuldade em respirar);
- o Não beber café, bebidas alcoólicas ou bebidas energéticas antes de ir dormir;
- o Relaxar antes de ir para a cama (Exemplo: Tomar um banho quente, ouvir música ou ler um livro);



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * SONO (cont.)



O QUE FAZER PARA DORMIR MELHOR? (cont.)

Existem algumas estratégias que poderão ser adotadas durante o dia e que podem ajudar a melhorar a qualidade do sono!

- o Evitar utilizar cobertores pesados;
- o Evitar falar acerca de assuntos que o perturbam ou assistir a programas de televisão que lhe causam transtorno antes de ir para a cama;
- o Não tentar adormecer se não tiver vontade (Causar-lhe-á stress);
- o Evitar dormir durante o dia (A sesta diurna pode agravar a dificuldade em dormir à noite).



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * SONO (cont.)

O QUE POSSO FAZER PARA CONTROLAR OS SINTOMAS E DORMIR MELHOR?



FALTA DE AR:

- Assegure-se que toma a medicação corretamente, incluindo a terapêutica inalatória;
- Para respirar melhor, respire com os lábios semicerrados e deite-se sobre o lado direito do tronco ligeiramente inclinado para a frente, preferencialmente, abraçado a uma almofada.



TOSSE OU EXPETORAÇÃO:

- Se a tosse ou a expetoração o mantém acordado, utilize as técnicas respiratórias, como a respiração diafragmática e a técnica de tosse assistida.

Se tem conhecimento que ressona, apresenta sonolência diurna, sensação de sono não reparador, irritabilidade ou dor de cabeça matinal, entre outros sintomas, seguindo as recomendações descritas, exponha esta questão ao seu médico, para que possa ajustar a sua terapêutica de acordo com as necessidades sentidas.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * VIDA SEXUAL



INTIMIDA-ME A EXPOSIÇÃO DESTA TEMÁTICA! ESTOU ASSUSTADO (A), COMO SERÁ A MINHA VIDA SEXUAL AGORA?

A DPOC/ Asma causa sibilância, falta de ar, tosse e expetoração, pelo que o pensamento de fazer sexo pode ser assustador, dado que é um exercício equivalente a subir um lance de escadas a velocidade normal.

- É importante que partilhe momentos de proximidade e intimidade com o seu companheiro.
- No entanto, para a maioria das pessoas, o medo da exacerbação da patologia leva à anulação do contacto íntimo com o parceiro.

APESAR DA LIMITAÇÃO RESPIRATÓRIA, AS PESSOAS COM DPOC PODEM MANTER UMA VIDA SEXUAL ATIVA!



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * VIDA SEXUAL (cont.)



COMO POSSO MELHORAR A MINHA VIDA SEXUAL?

Existem algumas estratégias a adotar que podem melhorar a sua vida íntima com o seu parceiro(a)!

- Evitar utilizar substâncias que poderão piorar os sintomas, como perfumes, loções com fragrância ou velas;
- Assegurar que o ambiente tem uma temperatura agradável;
- Tal como prévio ao exercício, realizar cerca de 20 minutos antes os broncodilatadores, previamente aos momentos íntimos;
- Utilizar técnicas de higiene brônquica para facilitar a expulsão prévia da expetoração;
- Utilizar técnicas de controlo respiratório, como a respiração com os lábios semicerrados, para alívio da falta de ar;



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

DPOC / ASMA * VIDA SEXUAL (cont.)



COMO POSSO MELHORAR A MINHA VIDA SEXUAL? (cont.)

Existem algumas estratégias a adotar que podem ajudar a melhorar da sua vida íntima com o seu parceiro(a)!

- o Adotar **posições de menor consumo de energia** que facilitem a respiração e que não exijam tanto esforço físico, nomeadamente:
 - Posições que pressionem o peito;
 - Posições que privilegiem uma ligeira inclinação do tronco à frente, para facilitar a respiração e diminuir a falta de ar.
- o Se necessário, fazer pequenos **períodos de repouso** durante os momentos de intimidade com o(a) seu(sua) companheiro(a);
- o Se utilizar **oxigénio** durante o exercício físico ou em atividades que exijam esforço, utilizar também para realizar sexo;
- o **Praticar exercício físico** regularmente, ajudando no controlo da falta de ar, melhorando a tolerância ao esforço físico;
- o **Falar abertamente com o(a) parceiro(a)** acerca dos constrangimentos que eventualmente possa sentir, devido aos sintomas da doença.



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

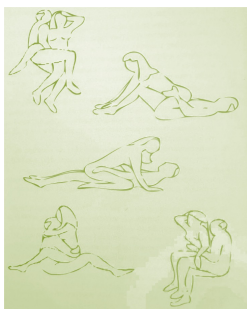
DPOC / ASMA * VIDA SEXUAL (cont.)



QUAIS AS POSIÇÕES A ADOTAR?!

- Existem algumas posições que o/a podem ajudar a diminuir a falta de ar durante os momentos de intimidade -

- o Se é homem e tem DPOC/Asma são aconselhadas as seguintes posições:



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

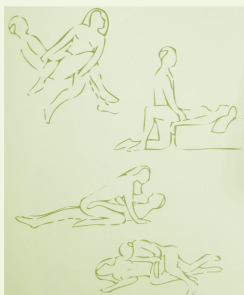
DPOC / ASMA * VIDA SEXUAL (cont.)



QUAIS AS POSIÇÕES A ADOTAR?!

- Existem algumas posições que o/a podem ajudar a diminuir a falta de ar durante os momentos de intimidade -

- o Se é mulher e tem DPOC/Asma são aconselhadas as seguintes posições:



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

CASO PRÁTICO

" A Dona Maria tem 61 anos e apresenta o diagnóstico de DPOC.

Evita caminhar com medo de sentir falta de ar.

Dorme cerca de 3 horas por noite, e evita o contacto íntimo com o parceiro.

Que sugestões darias à D. Maria? "



- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA -



CONCLUSÃO

- A DPOC/Asma trazem desafios, mas não anulam a possibilidade de viver com qualidade, prazer e autonomia. Falar sobre sexualidade, sono e exercício físico é fundamental para quebrar tabus e para saber viver com qualidade.
- Com informação, estratégias, recomendações e escuta ativa do corpo, é possível adaptar rotinas e manter uma vida plena.
- O conceito de saúde não se limita à função respiratória. Está também na forma como nos relacionamos com a doença, connosco mesmos, com os outros e com o nosso quotidiano.
- Encorajo-vos a comunicar com os vossos parceiros, familiares e profissionais de saúde e a valorizar cada pequena conquista, seja uma noite de sono tranquila, uma caminhada, um momento íntimo ou um passo rumo a um maior bem-estar.
- Lidar com uma doença crónica é, também, um processo de redescoberta de si mesmo. A saúde não está apenas na ausência de sintomas, mas sim na forma como escolhemos viver com as nossas limitações. O sentido da vida é a procura pela qualidade até ao último suspiro.

- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA -



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2019). NOC 005/2019 - *Diagnóstico e Tratamento Da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica No Adulto*.

Direção-Geral da Saúde (2019). NOC 014/2019 de 07/08/2019 - *Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários*.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*.

Cordeiro, M. (2020). DPOC: Abordagem a 360° do Hospital para o Domicílio. SABOOKS Editora.

Marques, A., Figueiredo, D., Jácome, C., & Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E Agora?*. Lusodidacta.

https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/estimativa_da_prevalencia_de_tratamento_da_dpoc_em_portugal.pdf

<https://www.sulinformacao.pt/2013/03/centro-hospitalar-do-barlavento-algarvio-tem-a-unico-programa-de-reabilitacao-respiratoria-em-todo-o-algarve/>

<https://www.spneumologia.pt/comissoes-de-trabalho-e-nucleos/comissoes-de-trabalho/reabilitacao-respiratoria>

https://www.chleiria.pt/galeria/files/folheto_reab_respiratoria_FINAL.pdf

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO E PARTICIPAÇÃO!



APÊNDICE V -SESSÃO EM GRUPO DE EXERCÍCIO: “INSPIRA & RESPIRA: SESSÃO DE
EXERCÍCIO”

SESSÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO



1. Aquecimento

1.1. Marcha lenta no lugar



1.2. Rodar os ombros para trás



1.3. Inclinação lateral do tronco



2. Exercício Aeróbico

2.1. Marcha no lugar com elevação dos joelhos



2.2. Passos laterais com braços a abrir e fechar



1.4. Marcha no lugar com calcanhares aos glúteos



PAUSA! Inspire pelo nariz, expire pelos lábios semicerrados!

3. Exercício de Força

3.1. Agachamento ou simulação sentar e levantar



3.2. Elevação de calcanhares



3.3. Puxar os cotovelos para trás como se apertasse uma toalha atrás das costas



4. Arrefecimento

4.1. Marcha muito lenta no lugar



4.2. Inclinação da cabeça lado a lado



4.3. Dissociação dos tempos respiratórios (inspiração e expiração)



**Exercitar é essencial.
Respirar melhor começa com um pequeno passo: o
de cuidar de si!**

APÊNDICE VI: -LIVRO DE BOLSO: “MOVIMENTO, DESCANSO E INTIMIDADE COM
QUALIDADE”

VIVER COM SENTIDO

MOVIMENTO,
DESCANSO E INTIMIDADE
COM QUALIDADE

DPOC/Asma



- Recomendações Gerais -



ÍNDICE



03



Introdução



04



Exercício Físico



07



Sono



09



Sexualidade



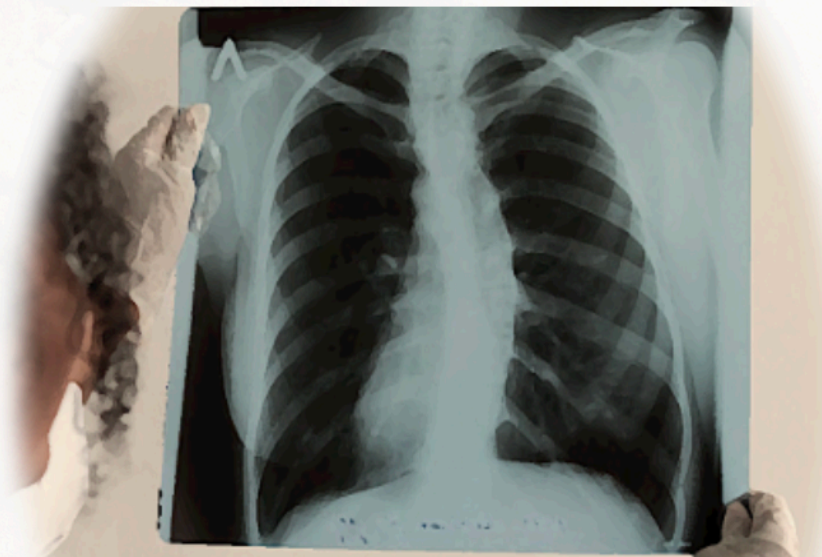
13



Conclusão



Introdução



Viver com DPOC/Asma é um desafio diário.

Este livro nasce do compromisso com o cuidado centrado na pessoa, procurando oferecer estratégias práticas e informações acessíveis para melhorar a sua qualidade de vida.

Será evidenciado o movimento, não como imposição, mas como um hábito de vida saudável. Será abordado o sono, não como um luxo, mas como um pilar da saúde. Falar-se-á da sexualidade como parte essencial do bem-estar físico e emocional.

Com base nos princípios da reabilitação respiratória e da enfermagem de reabilitação, este livro tem a função de apoio, através da promoção da educação, da reflexão e da sua motivação.

A Saúde não se limita à ausência de sintomas, constrói-se diariamente nas escolhas simples e conscientes que fazemos.

Exercício Físico

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Se realiza oxigénio, necessitará de utilizar oxigénio durante a prática de exercício físico;

Escolha o momento do dia em que se sente com mais energia para realizar exercício físico;

Evite exercitar-se imediatamente após a refeições. Deverá aguardar pelo menos 20 minutos;

Vista uma roupa e calçado confortáveis;

Realize os broncodilatadores antes do exercício;

Controle a falta de ar através da respiração com os lábios semicerrados e realize pausas ajustadas às suas necessidades;

Beba água antes, durante e após o exercício;

Evite ambientes que despertem sintomas, como frio ou calor extremo, vento forte e poluição.



Exercício Físico

RECOMENDAÇÕES GERAIS

DEVE PARAR IMEDIATAMENTE SE SENTIR:

Dor ou aperto no peito;

Dor intensa nas articulações ou nos músculos;

Tonturas;

Palpitações;

Dores de cabeça;

Cãibras;

Picira;

Falta de ar excessiva.



Exercício Físico

RECOMENDAÇÕES GERAIS

CAMINHAR

Pode efetuar a caminhada seguida ou por períodos;

O mínimo recomendável é 20 a 30 minutos, 3 dias na semana;

Inicie sempre por uma caminhada ao seu passo confortável e em plano;

Vá caminhando progressivamente aumentando a distância e o tempo cada dia;

Se 5 minutos for difícil caminhe 2 minutos e aumente 10 passos cada dia.

Pode optar por efetuar marcha no lugar por períodos progressivos;

Exercitar-se mesmo por alguns minutos melhora a sua condição física;

Controle a sua respiração. Inspire e expire lentamente com os lábios semicerrados. Se der 2 passos enquanto enche deve dar 4 passos enquanto deita o ar fora (se andar devagar pode dar 1 passo a inalar e 2 passos a exalar).



Sono

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Manter uma rotina, procure levantar-se sempre à mesma hora;

Tomar a sua terapêutica, de acordo com a prescrição médica, incluindo a terapêutica inalatória;

Praticar exercício físico para aliviar a tensão física e/ou emocional;

Evitar refeições pesadas ao jantar, pois requer mais tempo para a sua digestão e aumenta a dificuldade em respirar;

Não beber café, bebidas alcoólicas ou bebidas energéticas antes de ir dormir;

Relaxar antes de ir para a cama como tomar um banho quente, ouvir música ou ler um livro.





Sono

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Evitar utilizar cobertores pesados;

Evitar falar acerca de assuntos que o perturbam ou assistir a programas de televisão que lhe causam transtorno antes de ir para a cama;

Não tentar adormecer se não tiver vontade, pois causar-lhe-á stress;

Evitar dormir durante o dia, pois a sesta diurna pode agravar a dificuldade em dormir à noite.



Sexualidade

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Evite utilizar substâncias que poderão piorar os sintomas, como perfumes, loções com fragrância ou velas;

Assegure que o ambiente tem uma temperatura agradável;

Tal como prévio ao exercício, realize cerca de 20 minutos antes os broncodilatadores, previamente aos momentos íntimos;

Utilize técnicas de higiene brônquica para facilitar a expulsão prévia da expectoração;

Utilize técnicas de controlo respiratório, como a respiração com os lábios semicerrados, para alívio da falta de ar;



Sexualidade

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Adotar posições que facilitem a respiração e que não exijam tanto esforço físico:

- Posições que pressionem o peito;
- Posições que privilegiem uma ligeira inclinação do tronco à frente, para facilitar a respiração e diminuir a falta de ar;

Se necessário, fazer períodos de repouso durante os momentos de intimidade;

Se utiliza oxigénio durante o exercício físico ou em atividades que exijam esforço, deve utilizar também durante a prática sexual;

Praticar exercício físico regularmente, melhorando a tolerância ao esforço físico;

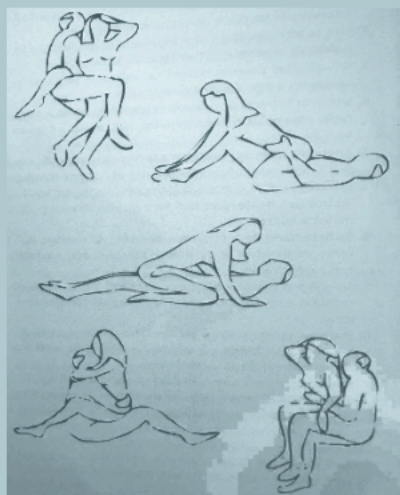
Falar abertamente com o(a) parceiro(a) acerca dos constrangimentos que eventualmente possa sentir.



Sexualidade

RECOMENDAÇÕES GERAIS

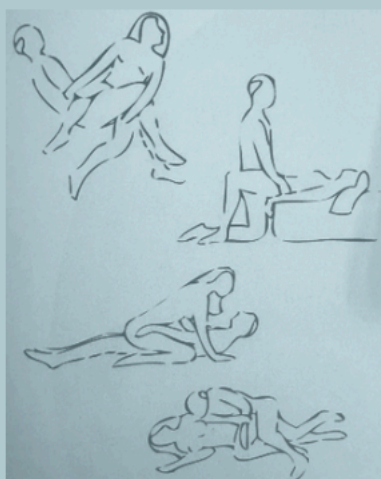
Se é homem e tem DPOC/Asma são aconselhadas as seguintes posições:



Sexualidade

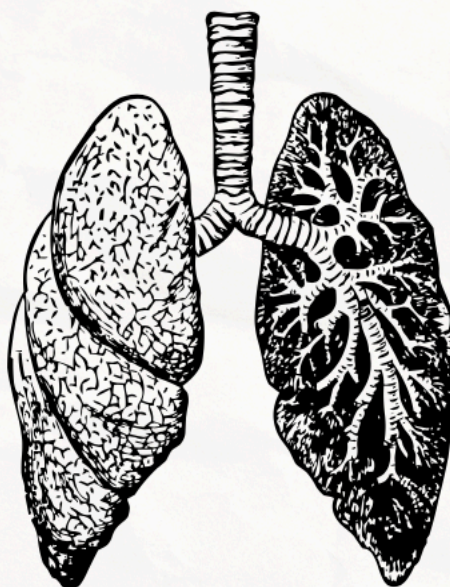
RECOMENDAÇÕES GERAIS

Se é mulher e tem DPOC/Asma são aconselhadas as seguintes posições:





Conclusão



A vida com DPOC/Asma é marcada por limites, adaptações, silêncios e ansiedade, mas nunca deve ser vivida com resignação.

Com informação, prática e acompanhamento adequado, é possível adaptar rotinas, fortalecer o corpo, descansar com qualidade e viver relações plenas.

Cada pequena mudança pode ser um passo importante.

O cuidar de si começa no compromisso com o que é essencial. Respire fundo. Movimente-se. Descanse. Viva.

A reabilitação é um caminho e cada dia conta.

APÊNDICE VII - SESSÃO DE FORMAÇÃO: “DERRAME PLEURAL & IMOBILIDADE”

Derrame Pleural & Imobilidade

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PESSOA COM
DERRAME PLEURAL & DRENAGEM TORÁCICA

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE
COMPLICAÇÕES INERENTES À IMOBILIDADE
NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

- ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO -

Cooperação:

- ❖ **Catarina Lisboa**
- ❖ **Patrícia Costa**
Enfermeiras Serviço de Cirurgia Geral/Gastroenterologia, Piso 6, IPO
- ❖ **Jéssica Madeira**
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

OBJETIVOS DA APRESENTAÇÃO

- 1 Relembrar o impacto da atuação do enfermeiro na pessoa com derrame pleural;
- 2 Consciencializar acerca da sintomatologia de alerta na pessoa com derrame pleural
- 3 Despertar para a compreensão acerca do posicionamento terapêutico a adotar;
- 4 Integrar a intervenção do enfermeiro na presença de drenagem torácica.

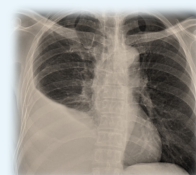
DERRAME PLEURAL * IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

O derrame pleural é uma complicação subjacente a uma patologia prévia, como pneumonia, tromboembolismo pulmonar, neoplasia, insuficiência cardíaca, entre outras (Valenza-Demet et al., 2014). Caracterização por acumulação anormal de líquido no espaço pleural, provocando uma restrição e a diminuição da compliance pulmonar, comprometendo a eficácia das trocas gasosas.

A apresentação clínica é variável, embora os sintomas mais comuns se considerem:

- o **Dispneia a mínimos esforços; Ortopneia;**
- o **Dor torácica;**
- o **Fadiga;**
- o **Tosse irritativa;**
- o **Febre;**
- o **Hemoptises.**

Esta condição exige um **reajuste na vida diária da pessoa perante os novos desafios** impostos pelas limitações que o condicionam.





Patologia da pleura		Características
Derrame pleural	Hemo-tórax	– Resultado de uma ferida/traumatismo no tórax – Lesão de um vaso sanguíneo dentro da cavidade pleural que provoca a hemorragia na cavidade – Acumulação de sangue na cavidade pleural
	Empiema	– Acumulação de pús – Resultado de pneumonia, abscesso pulmonar ou no abdômem, infecção no tórax (pós cirúrgicos ou outra)
	Quilo-tórax	– Acumulação de líquido leitoso – Causado por lesão dos canais linfáticos do tórax ou pela obstrução do canal torácico
Pneumotoráx		– Acumulação de ar – Poderá ser subdividido em espontâneo, traumático ou iatrogénico

Fonte: Roberts , Neville, Berrisford, Antunes & Ali, (2010); Hooper, Lee & Maskell, (2010)



DERRAME PLEURAL * POSICIONAMENTO

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2018), o posicionamento é reconhecido como fundamental na pessoa com Derrame Pleural, independentemente da sua severidade, apresentando benefícios no bem-estar e na recuperação da mesma. Assim, preconiza-se:

- Incentivar ao decúbito contralateral à localização do derrame pleural, de forma a facilitar a drenagem do conteúdo, a reexpansão pulmonar, melhorar a compliance pulmonar e o processo de ventilação;
- Alternar com a posição Semi-Fowler (30-45°), a fim de otimizar a mecânica respiratória e aliviar a pressão sobre o diafragma.

A seleção do posicionamento ideal melhora a ventilação e previne a formação de aderências, pois é frequente a alteração postural com a adoção de posturas antiálgicas, normalmente com desvio da coluna vertebral e do tronco para o lado do derrame.



DERRAME PLEURAL * DRENAGEM TORÁCICA

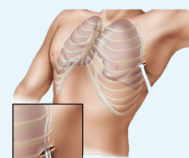
A presença de uma drenagem intercostal favorece uma prática segura para a drenagem do líquido pleural, permitindo assim a expansão pulmonar (Sarkar et al., 2010).

É um procedimento médico que consiste na inserção de um dreno no espaço pleural (entre o pulmão e a parede torácica).

Assim, a atuação do enfermeiro na presença de drenagem torácica é:

- Garantir a permeabilidade do sistema de drenagem (oscilação e borbulhar), verificando o selo de água e ausência de fugas de ar.
- Assegurar que o sistema permanece abaixo do nível do tórax;
- Monitorizar as características do líquido drenado (volume, quantidade por turno, cor, consistência) e do local de inserção do dreno;
- Monitorizar dor e realizar ensinios à pessoa acerca dos cuidados na presença do dreno;

O sistema de drenagem NÃO deverá ser CLAMPADO.



POSTÉR:

DERRAME PLEURAL

- A atuação do Enfermeiro na pessoa com Derrame Pleural & Drenagem Torácica -

DERRAME PLEURAL
- Atuação do Enfermeiro na pessoa com Derrame Pleural & Drenagem Torácica -

Acumulação anormal de líquido no espaço pleural, provocando restrição pulmonar e a diminuição da compliance pulmonar, comprometendo a eficácia das trocas gasosas.

SINTOMATOLOGIA DE ALERTA: Dispneia a mínimos esforços, dor torácica, ortopneia, fadiga, tosse irritativa, intolerância ao decúbito, febre ou hemoptises.

Posicionamento Terapêutico:

- Incentivar o decúbito contralateral à localização do derrame pleural, de forma a facilitar a expansão pulmonar, melhorar a compliance pulmonar e o processo de ventilação;
- Alternar com a posição Semi-Fowler (30-45°), a fim de otimizar a mecânica respiratória.

Na presença de Drenagem Torácica:

- Garantir a permeabilidade do sistema de drenagem, verificando o selo de água e ausência de fuga de ar. Assegurar que o sistema permaneça abaixo do nível do tórax;
- Monitorizar dor, as características do líquido drenado (volume, quantidade por turno, cor, consistência) e o local de inserção do dreno;
- Realizar ensinos à pessoa acerca dos cuidados na presença do dreno;
- O sistema de drenagem **NÃO** deverá ser clamped.

Considerações essenciais:

Registrar: Cuidados com posicionamento, parâmetros monitorizados, resposta da pessoa às intervenções realizadas, bem como o seu conhecimento e capacitação em cada turno.

Comunicação Interdisciplinar: Articular com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapia e Equipa Médica na comunicação de eventuais alterações sintomatológicas e ensinos realizados.

Elaborado por: Mariana de Sousa, MSc. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Unidade de Reabilitação do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

IMOBILIDADE * DA QUIETUDE NO LEITO AO INCITAR DO MOVIMENTO

São hoje reconhecidos os efeitos negativos da imobilidade. Os estudos recentes evidenciam uma tendência para que a prescrição da restrição da mobilidade, como coadjuvante do processo terapêutico, seja cada vez menor (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O levante precoce após uma cirurgia é essencial para restabelecer o conjunto de alterações orgânicas induzidas pela inatividade.

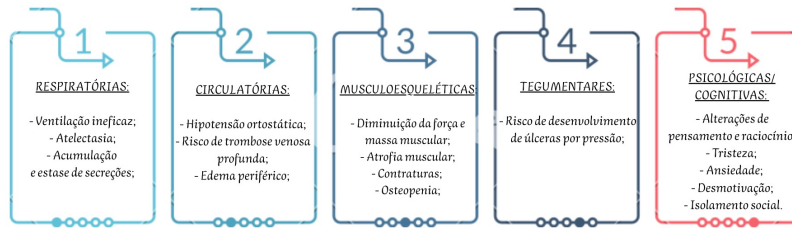
A mobilidade é crucial para o desempenho das atividades de vida diária, garantindo as necessidades da pessoa e o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida (Fricke, 2010).

UM PLANEAMENTO ADEQUADO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUE INCLUA INTERVENÇÕES AO NÍVEL DA MANUTENÇÃO DA MOBILIDADE, NA LÓGICA DO AUTOCUIDADO, É UM CONTRIBUTO FUNDAMENTAL NA PREVENÇÃO DE ALTERAÇÕES SISTÊMICAS ASSOCIADAS À IMOBILIDADE.



IMOBILIDADE * COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

A IMOBILIDADE ASSOCIADA AO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO ORIGINA ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS SISTÊMICAS, COMPROMETENDO A RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA.



- O compromisso da mobilidade física tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas.
- Mesmo em adultos saudáveis, os efeitos da imobilização prolongada e atrofia por desuso são, muitas vezes, persistentes e precisam de condicionamento físico intensivo, para permitir o regresso ao normal funcionamento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

IMOBILIDADE * INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

MINIMIZAR OS EFEITOS DA IMOBILIDADE IMPLICA O DIAGNÓSTICO PRECOCE.

O PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES DEVE OBJETIVAR A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES E A MANUTENÇÃO OU RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL, O QUE SE TRADUZ EM GANHOS IMPORTANTES PARA O BEM-ESTAR DA PESSOA E QUALIDADE DE VIDA.

- Desde à avaliação, diagnóstico, prevenção e atuação junto da pessoa com alterações da mobilidade nos diferentes contextos da prática profissional é o enfermeiro que, no âmbito das suas competências, intervém diretamente não só com a pessoa, mas como educador do cuidador principal/família.
- Estratégias de cuidados devem ser desenvolvidas, no sentido de aproveitar a capacidade funcional da pessoa, nos diferentes níveis de dependência, e promover o bem-estar, o autocuidado e a reintegração social da mesma.

IMOBILIDADE * INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM_(cont.)

○ AVALIAÇÃO:

- Avaliar a capacidade cognitiva, motora e funcional, bem como o nível de independência da pessoa e alterações em saúde associadas à imobilidade secundária à cirurgia;

○ DIAGNÓSTICO:

- Identificar as necessidades da pessoa no âmbito da imobilização;

○ PLANEAMENTO:

- Formular o plano de cuidados adaptado, com início precoce, respeitando as limitações clínicas e metas funcionais da pessoa;

IMOBILIDADE * INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM_(cont.)

o INTERVENÇÃO associada à prevenção das complicações inerentes à imobilidade:

- Dissociação dos tempos respiratórios; incentivar o controlo do padrão respiratório com incentivo à tosse eficaz;
- Posicionamento com alternância de decúbitos, promovendo o alinhamento corporal e funcionalidade no leito, prevenindo UPP's;
- Privilegiar o primeiro levante e a marcha o mais precoce possível;
- Estimular a autonomia funcional com treino das atividades básicas de vida diária; Preparar o regresso a casa junto dos familiares ou pessoas de referência;



IMOBILIDADE * INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM_(cont.)

o CAPACITAÇÃO:

- Reforçar a importância dos exercícios, posicionamento e cuidados para evitar complicações associadas à imobilidade tanto à pessoa, como à família ou cuidador;

o INTERDISCIPLINARIEDADE:

- Participar ativamente na definição e reavaliação do plano de reabilitação da pessoa em articulação com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e equipa médica;

IMOBILIDADE * PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

A IMOBILIDADE ASSOCIADA AO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO COMPROMETE A MOTIVAÇÃO E O BEM-ESTAR DA PESSOA INTERVENCIÓNADA, PERPETUANDO-LHE VULNERABILIDADE.

O ENFERMEIRO DEVE SER AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO NA SUA INTERVENÇÃO PERANTE A PESSOA.

PREVENIR AS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME DE IMOBILIDADE É DEVOLVER-LHE O PROTAGONISMO NO SEU PROCESSO DE RECUPERAÇÃO!

POSTÉR:

DA QUIETUDE NO LEITO AO INCITAR DO MOVIMENTO

- A Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Complicações Inerentes à Imobilidade no Período Pós-operatório -



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória: Reabilitação Respiratória (Vol. 10). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Pessoa com alterações na mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf



OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO E PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE VIII - PÓSTER: “DERRAME PLEURAL: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PESSOA
COM DERRAME PLEURAL & DRENAGEM TORÁCICA”

DERRAME PLEURAL

- A atuação do Enfermeiro na pessoa com Derrame Pleural & Drenagem Torácica -



Acumulação anormal de líquido no espaço pleural, provocando restrição pulmonar e a diminuição da compliance pulmonar, comprometendo a eficácia das trocas gasosas.



Radiografia de
tórax:
Sem Alterações



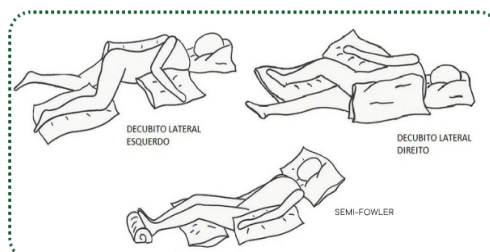
Radiografia de
tórax:
Derrame Pleural



SINTOMATOLOGIA DE ALERTA: Dispneia a mínimos esforços, dor torácica, ortopneia, fadiga, tosse irritativa, intolerância ao decúbito, febre ou hemoptises.

Posicionamento Terapêutico:

- Incentivar o decúbito contralateral à localização do derrame pleural, de forma a facilitar a expansão pulmonar, melhorar a compliance pulmonar e o processo de ventilação;
- Alternar com a posição Semi-Fowler (30-45°), a fim de otimizar a mecânica respiratória.



Na presença de Drenagem Torácica:

- Garantir a permeabilidade do sistema de drenagem, verificando o selo de água e ausência de fugas de ar. Assegurar que o sistema permanece abaixo do nível do tórax;
- Monitorizar dor, as características do líquido drenado (volume, quantidade por turno, cor, consistência) e o local de inserção do dreno;
- Realizar ensinamentos à pessoa acerca dos cuidados na presença do dreno;
- O sistema de drenagem NÃO deverá ser clampado.



Considerações essenciais:

Registar: Cuidados com posicionamento, parâmetros monitorizados, resposta da pessoa às intervenções realizadas, bem como o seu conhecimento e capacitação, em cada turno.

Comunicação Interdisciplinar: Articular com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapeuta e Equipa Médica na comunicação de eventuais alterações sintomatológicas e ensinamentos realizados.

APÊNDICE IX - PÓSTER: “DA QUIETUDE NO LEITO AO INCITAR DO MOVIMENTO: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES INERENTES À IMOBILIDADE NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO”

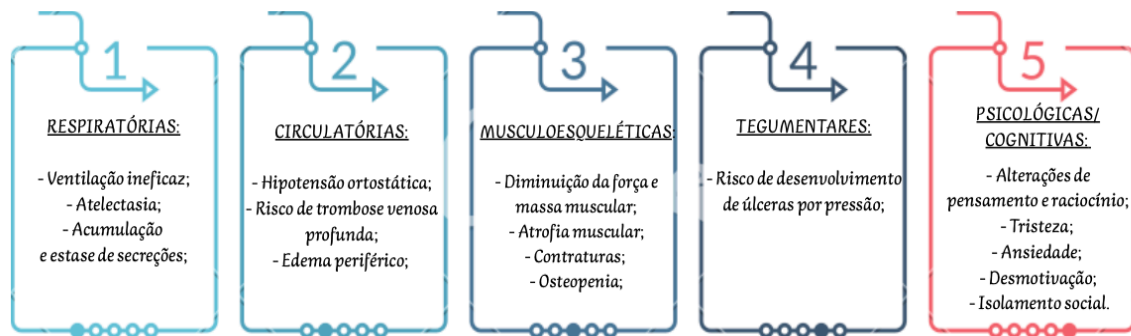
Da Quietude no Leito ao Incitar do Movimento

- A Intervenção do Enfermeiro na prevenção de complicações inerentes à imobilidade no período pós-operatório -



A imobilidade associada ao período pós-operatório origina alterações fisiopatológicas sistémicas, comprometendo a recuperação funcional da pessoa.

COMPLICAÇÕES



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO: avaliar a capacidade cognitiva, motora e funcional, bem como o nível de independência da pessoa e alterações em saúde associadas à imobilidade secundária à cirurgia;

DIAGNÓSTICO: identificar as necessidades da pessoa no âmbito da imobilização;

PLANEAMENTO: formular o plano de cuidados adaptado, com início precoce, respeitando as limitações clínicas e metas funcionais da pessoa;

INTERVENÇÃO: prevenção das complicações inerentes à imobilidade: dissociação dos tempos respiratórios e incentivar o controlo do padrão respiratório com incentivo à tosse eficaz; posicionamento com alternância de decúbitos, promovendo o alinhamento corporal e funcionalidade no leito, prevenindo UPP's; privilegiar o primeiro levante e a marcha o mais precoce possível; Estimular a autonomia funcional com treino das atividades básicas de vida diária; Preparar o regresso a casa junto dos familiares ou pessoas de referência.

CAPACITAÇÃO: reforçar a importância dos exercícios, posicionamento e cuidados para evitar complicações associadas à imobilidade;

INTERDISCIPLINARIEDADE: participar ativamente na definição e reavaliação do plano de reabilitação da pessoa em articulação com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e equipa médica;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imobilidade associada ao período pós-operatório compromete a motivação e o bem-estar da pessoa intervencionada, perpetuando-lhe vulnerabilidade.

O enfermeiro deve ser agente de transformação na sua intervenção perante a pessoa.

Prevenir as complicações da síndrome de imobilidade é devolver-lhe o protagonismo no seu processo de recuperação.

APÊNDICE X -“DO REPOUSO À ATIVIDADE”: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS - UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EFETIVIDADE”

“Do Repouso à Atividade”: Eficácia da Intervenção do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação em contexto de Cuidados Paliativos – Uma Revisão Sistemática da Literatura.

“From Rest to Activity”: The effectiveness of the intervention by Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing in Palliative Care – A Systematic Review of the Literature.

Jéssica Sofia Cavaco Madeira¹, Patrícia Costa^{2,3,4} and Júlia Santos^{5,6}

¹ Department of Medical Specialities, ULS Lezíria, 2005-177 Santarém, Portugal; jessicamadeira.97@hotmail.com (J.M.);

² Nursing Research Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), Nursing School of Lisbon, 1600-190 Lisbon, Portugal;

³ Nursing Administration Department, Nursing School of Lisbon, Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisbon, Portugal, patriciacosta@esel.pt (P.C.);

⁴ Department of General Surgery and Gastroenterology, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, 1099-023 Lisbon, Portugal;

⁵ Professor at the Polytechnic Institute of Santarém School of Health, Santarém, Portugal;

⁶ Individual and Community Health-Life Quality Research Centre (CIEQV), Polytechnic University of Santarém, Complex Andaluz, 2001-904 Santarém, Portugal.

RESUMO

Introdução: É importante averiguar a eficácia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da terapêutica do exercício, no contexto dos Cuidados Paliativos. Esta revisão pretende demonstrar os resultados do exercício na manutenção/restauração da funcionalidade da pessoa neste âmbito.

Objetivo: Analisar a eficácia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito do exercício, em Cuidados Paliativos.

Metodologia: Na revisão sistemática da literatura foi utilizada a estratégia PICOD. Foi realizada pesquisa nas bases de dados científicas CINAHL, MEDIC LATINA, MEDLINE by EBSCO, Pubmed e Scopus, a partir de descritores MESH. Foram incluídos 7 artigos revistos por três revisores independentes, verificando a relevância e a validade metodológica, em relação à metodologia e aos critérios de elegibilidade.

Resultados: Os resultados sugerem que estabelecer um programa de reabilitação no âmbito de exercício é fundamental para a pessoa no contexto paliativo com benefícios a nível do bem-estar físico, bem-estar emocional, sintomatologia e qualidade de vida global. É importante uma intervenção precoce e adaptada às necessidades da pessoa para favorecer a adaptação funcional e emocional. Esta intervenção considera-se essencial para a satisfação máxima da pessoa.

Conclusão: A evidência demonstra a eficácia do exercício no processo de recuperação, bem como os seus benefícios para a pessoa em situação de Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Exercício; Enfermagem; Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: It is important to assess the effectiveness of the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in the field of exercise therapy, in the context of Palliative Care. This review aims to demonstrate the results of exercise in maintaining/restoring the functionality of the person in this context.

Objective: To analyse the effectiveness of the intervention of Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing in the field of exercise in Palliative Care.

Methodology: The PICOD strategy was used in the systematic review of the literature. A search was conducted in the scientific databases CINAHL, MEDIC LATINA, MEDLINE by EBSCO, Pubmed and Scopus, using MESH descriptors. Seven articles were included, reviewed by three independent reviewers, who verified their relevance and methodological validity in relation to the methodology and eligibility criteria.

Results: The results suggest that establishing an exercise rehabilitation programme is essential for people in palliative care, with benefits in terms of physical well-being, emotional well-being, symptoms and overall quality of life. Early intervention tailored to the individual's needs is important to promote functional and emotional adaptation. This intervention is considered essential for maximum satisfaction.

Conclusion: The evidence demonstrates the effectiveness of exercise in the recovery process, as well as its benefits for individuals in palliative care.

Keywords: Palliative Care; Exercise; Rehabilitation; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022) define Cuidados Paliativos como cuidados de saúde para pessoas, em qualquer faixa etária, em sofrimento por todos os tipos de alteração em saúdes graves, crônicas, complexas, progressivas e limitantes para a vida, em todos os ambientes de cuidados. Estes permitem melhorar a qualidade de vida global e bem-estar da pessoa, das suas famílias e cuidadores, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico ou espiritual (OMS, 2020). Assim, a Enfermagem de Reabilitação (ER) é uma área especializada na ciência do cuidado de enfermagem que tem como foco a pessoa ao longo do ciclo vital, visando a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida (Vargas et al., 2025).

A terapêutica do exercício refere-se ao desempenho de movimentos físicos, posturas ou atividades destinadas a fornecer à pessoa os meios para: atenuar ou prevenir défices nas estruturas corporais e no autocuidado, restaurar ou melhorar a atividade, prevenir ou reduzir fatores de risco

relacionados com a saúde e, por fim, otimizar a saúde e sensação de bem-estar geral e qualidade de vida (Kisner, Colby & Borstad, 2017).

Deste modo, a prescrição, educação e o treino da terapêutica do exercício pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) constitui uma intervenção substancial na promoção da funcionalidade e na prevenção e manutenção de condições agudas e crónicas, com consequente impacto na capacidade para o autocuidado e qualidade de vida (Novo et al., 2025). Sendo assim, a intervenção do EEER no contexto dos Cuidados Paliativos procura responder às necessidades da pessoa com benefício na capacidade funcional, fadiga, dispneia, na dimensão emocional, na qualidade de vida e no bem-estar (Ribeiro, 2021).

De maneira a conhecer a eficácia do exercício neste contexto, esta Revisão Sistemática da Literatura (RSL) procura analisar a evidência científica, no âmbito do exercício, na intervenção da Enfermagem de Reabilitação no âmbito do exercício na pessoa em contexto de Cuidados Paliativos. Especificamente, identificar a redução da intensidade dos sintomas (antes e depois da intervenção), o impacto na qualidade na vida e bem-estar da pessoa, avaliar a segurança e possíveis contraindicações e fornecer recomendações para futuras pesquisas e para a prática clínica. Apesar do desenvolvimento dos Cuidados Paliativos na atualidade, a importância do conforto e manutenção da funcionalidade, confrontamo-nos com uma lacuna na evidência científica que apoie e valorize o impacto da intervenção do EEER no âmbito do exercício.

É, por isso, necessário reunir e analisar a evidência disponível, reposicionando a intervenção do EEER neste âmbito, de forma a permitir uma mudança de paradigma.

Neste contexto, elaborámos a seguinte questão de investigação: “A terapêutica do exercício é eficaz na pessoa em contexto paliativo?”.

2. METODOLOGIA

A RSL foi conduzida de acordo com as diretrizes do Manual JBI e relatado segundo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, 2020).

Inicialmente, efetuámos uma pesquisa primária nas seguintes bases de dados: JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, the Cochrane Database of Systematic Reviews, Epistemonikos e PROSPERO. Esta fase permitiu identificar a existência de revisões ou protocolos acerca do tema e apoiar a definição de palavras-chave e termos de pesquisa apropriados. Seguidamente, publicámos o protocolo de revisão sistemática na plataforma PROSPERO, acessível através do link <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/register>, seguindo a metodologia PICOD.

Simultaneamente, definimos critérios de inclusão. No que respeita à População, o estudo incluiu participantes adultos (≥ 18 anos ou mais), do género masculino ou feminino, com doença crónica avançada e progressiva (contexto paliativo). Os participantes deviam apresentar uma alteração em saúde crónica e potencialmente progressiva ou que atendiam aos critérios de classificação (contexto paliativo) para maximizar a precisão da mesma.

Na Intervenção, foram incluídas todas as intervenções não farmacológicas relacionadas com o exercício. As intervenções necessitavam de ser promovidas por um profissional de saúde ou da área do exercício, para que a intervenção pudesse ser transposta para a área da Enfermagem de Reabilitação. Esta estratégia permitia justificar os ganhos em saúde alcançados através da mesma, comprovando a sua eficácia.

Como Comparador, foram incluídos estudos comparativos e não comparativos. Quanto aos estudos comparativos entendiam-se como comparadores: a população receber placebo ou apenas cuidados habituais.

Os *outcomes* incluíram melhoria da qualidade de vida; melhoria/manutenção da capacidade funcional; melhoria do bem-estar emocional; redução da taxa de exacerbação da sintomatologia; redução do sofrimento e promoção do conforto.

Como Desenho do Estudo, foram alvo de inclusão os estudos clínicos randomizados e controlados, estudos experimentais e quase-experimentais e estudos primários, uma vez que são considerados os desenhos de estudo que apresentam evidência robusta para comprovar a efetividade.

As pesquisas nas bases de dados apresentaram um limite temporal de 5 anos, para que se tratasse da evidência mais recente e atualizada.

Como critérios de exclusão, definimos estudos que não apresentavam explícita a sua intervenção. Também foram excluídos: as revisões sistemáticas, protocolos e estudos

Assim, utilizámos os MeSH terms: Palliative Care (“Care alleviating symptoms without curing the underlying disease”); Exercise (“Physical activity which is usually regular and done with the intention of improving or maintaining physical fitness or health”); Nursing (“The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health”); Rehabilitation (“Restoration of human functions to the maximum degree possible in a person or persons suffering from disease or injury”), com recurso ao operador booleano “AND”, resultando na seguinte expressão de pesquisa “Palliative care AND Exercise AND Nursing AND Rehabilitation”. Recorremos às bases de dados: CINAHL, MEDLINE e MEDICLATINA by EBSCO, SCOPUS e PUBMED. Estas foram selecionadas devido à sua relevância na área da enfermagem.

A pesquisa ocorreu no dia 30 de setembro de 2025. Como limitadores universais de pesquisa definiram-se: free full text; período temporal de 5 anos (2020-2025) para inclusão da

evidência mais atual possível; estudos publicados em português, inglês e espanhol, devido à proficiência linguística dos revisores.

Todas as citações identificadas foram importadas para uma biblioteca Medley e as que se encontravam duplicadas foram eliminadas.

O processo de seleção dos estudos é apresentado por meio de fluxograma PRISMA (Figura 1).

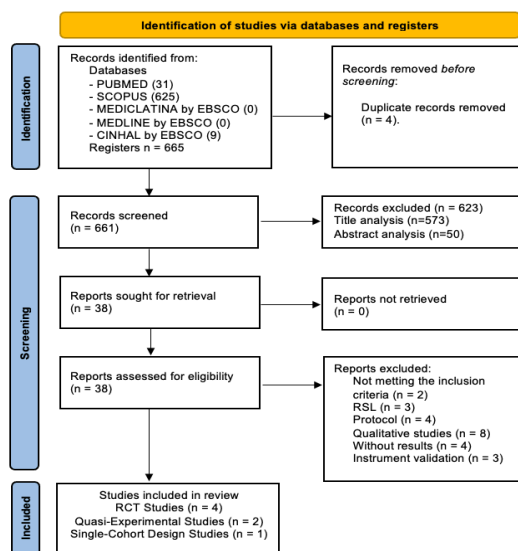


Figura 3

Nota: Adaptado do Fluxograma baseado no PRISMA, 2020.

Analisámos o título e, posteriormente, o resumo de cada estudo para avaliar os critérios de elegibilidade e para realizar a análise da qualidade dos estudos.

Em seguida, os três revisores analisaram os artigos completos para compreender a relação com os critérios de inclusão, de modo a despistar a presença de informações insuficientes. Para o efeito de possíveis divergências, estava preconizada a discussão para atingir o consenso, todavia não existiu discrepância na análise realizada.

De 665 artigos, 38 foram selecionados para revisão na sua íntegra do texto, sendo que 7 se encontravam em consonância com os critérios de inclusão e foram incluídos para a realização desta RSL.

A extração de dados foi realizada manualmente pelos revisores de forma independente. Para uma análise mais precisa dos dados extraídos utilizámos uma tabela que engloba os detalhes sobre a população em estudo, os objetivos gerais e específicos do mesmo, a metodologia e intervenção realizada, o contexto em que ocorre, e por fim, os resultados apresentados, tal como se pode verificar no APÊNDICE XIV.

Para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi utilizada a Lista de Verificação de Avaliação da Qualidade da JBI dos Estudos Clínicos Randomizados, Estudos Quase-Experimentais e Estudos de Desenho de Coorte, disponível em <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.

Os estudos elegíveis possuíram mais de 75% de concordância entre os revisores. Estes cumprem cerca de 70% dos critérios JBI, evidenciando clareza na descrição da amostra, intervenção e *outcomes*. Dois estudos apresentaram qualidade metodológica moderada por demonstrarem pouca clareza na intervenção implementada e o tamanho reduzido da amostra. Todos os estudos avaliados foram incluídos na presente revisão, com contributos significativos para compreender a efetividade da intervenção do EEER em contexto paliativo.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os estudos incluídos na RSL são comparáveis quanto ao desenho, à intervenção e à população, apesar de medirem resultados diferentes, com instrumentos de avaliação distintos. Assim, não fornecem dados estatísticos necessários à realização de meta análise, optando-se pela realização de uma síntese narrativa, de acordo com os ganhos em saúde apresentados.

Conduzidos em diversas regiões do mundo, os países de origem são Egito (E1), Nigéria (E2), Israel (E3), Turquia (E4), China (E5), Espanha (E6) e Estados Unidos (E7).

O mais antigo data de 2021 (E2), enquanto os dois mais recentes foram publicados em 2025 (E3; E5). O desenho dos mesmos consiste em estudos clínicos randomizados e controlados (n=4; 57,143%) (E3; E4; E5; E6); estudos quasi-experimentais (n=2; 28,571%) (E1; E2); e por fim, um estudo de design de coorte (n=1; 14,286%) (E7).

Os estudos ocorreram em sistemas de acompanhamento distintos, nomeadamente no domicílio ou em contexto hospitalar, com supervisão de um enfermeiro, EEER, profissional do exercício ou fisioterapeuta.

Relativamente ao exercício, nos estudos são referidas as várias tipologias como a prática da componente aeróbica e a componente de força e treino de resistência (considerando a sua duração, frequência e progressão, bem como o tempo do programa instituído em cada estudo), em associação com intervenções psicoeducacionais.

As escalas de avaliação mais utilizadas nos dados dos estudos incluídos são: direcionado à avaliação da qualidade de vida multidimensional, o Questionário Short-Form Health Survey (SF-36) (n=3; E1, E4, E7) e o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) (n=2; E1, E6) e, percecionando o estado emocional da pessoa, a escala de nome Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (n=3; E1, E4 e E5). Dois estudos

visaram o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Fatigue, relacionada com a fadiga avaliada na pessoa em situação de cuidados paliativos.

Assim, podemos apurar que a qualidade de vida surge como resultado primordial mais comumente descrito nos estudos. Os instrumentos utilizados foram: EORTC QLQ-C30 (E1, E6), EORTC QLQ-BR23 (E2) e SF-36 (E1, E4, E7). A intervenção do exercício constatou-se, deste modo, eficaz na melhoria da mesma.

A fadiga é uma sintomatologia analisada em diversos dos nossos estudos e essencial a considerar no contexto paliativo com impacto positivo relacionado com a intervenção no âmbito do exercício. Nos diversos estudos, os instrumentos de avaliação aplicados foram: BFI (E3), MFI-20 (E5), FACT-F (E6) e FACT-G (E7). Também emergem descrições qualitativas da fadiga (E1, E2 e E4, ao nível de sintomas gerais da qualidade de vida).

A ansiedade/depressão e os desfechos psicossociais (bem-estar emocional, humor, motivação, autonomia e interações sociais) também se encontram presentes na maioria dos estudos e definem-se como resultado principal no âmbito da efetividade do exercício na dimensão emocional no processo de recuperação/manutenção da pessoa. Estes foram avaliados através da implementação de instrumentos validados, nomeadamente a escala de HADS (E1, E4 e E5) e o Inventário de Ansiedade de Beck (E1 e E4), bem como nas escalas de avaliação da qualidade de vida e capacidade funcional.

A capacidade funcional é considerada na intervenção do exercício em cuidados paliativos, ressaltando-se na amostra dos estudos, pois pretendia-se manter/aumentar a funcionalidade dos participantes. Para a avaliação deste aspeto crucial, recorreu-se a instrumentos, como: a Medida da Independência Funcional (E3), Teste Timed Up and Go (E3), Prova de Marcha dos 6 Minutos (E5, E6), Teste de Avaliação Física Short Physical Performance Battery (E7), Força de Preensão Manual (E6, E7) e Teste de Cinco Vezes Sentar e Levantar (E6).

A qualidade do sono também foi considerada com melhoria significativa, após intervenção no âmbito do exercício, presente no E5, respetivamente.

É de relevar a intervenção combinada, entre o treino de exercício e a intervenção psicoeducacional com maior eficácia, em relação a uma intervenção realizada individualmente, como é perceptível no E5 e E7.

Apesar da diversidade existente no desenho dos estudos, dos contextos de intervenção incorporados, das características das intervenções terem limitado a realização de uma meta análise nesta categoria, é passível de afirmar que os resultados espelhados nesta conclusão narrativa foram sólidos no que se referiu ao presente resultado, nomeadamente, integração precoce como prática recomendada.

No que diz respeito à interpretação dos resultados obtidos, emergiram categorias. Assim, as categorias definiram-se como: Integração precoce da reabilitação em Cuidados Paliativos; Efetividade do exercício na melhoria da capacidade funcional; Impacto do exercício na promoção da qualidade de vida; Intervenção do EEER na gestão e controlo de sintomatologia; Eficácia do exercício na promoção de bem-estar emocional.

3.1. Integração precoce da reabilitação em Cuidados Paliativos

A pessoa em situação paliativa deve integrar um programa de reabilitação, no âmbito do exercício, o mais precocemente possível (Ibrahim et al., 2024). No E1, a integração precoce dos cuidados paliativos demonstrou melhorar significativamente a qualidade de vida da pessoa, facilitando a adaptação funcional e emocional dos participantes. Apresentou-se um aumento revelador após reavaliação do Questionário EORTC QLQ-C30 com um aumento na pontuação de 77,8 para 87,34%.

No estudo realizado por Alarab, Hroub & Shameh (2025) (E3), verificaram-se resultados que salientaram o programa de reabilitação, baseado no exercício físico, como uma modalidade terapêutica positiva (qual) para a pessoa em contexto paliativo, devendo integrar sistematicamente o plano terapêutico da pessoa nesta condição de saúde. Os resultados confirmam a relevância de incluir programas individualizados para melhorar a qualidade de vida da pessoa com educação integrada aos cuidadores.

O E5 de Wang et al. (2024) acrescentou ainda o efeito da intervenção combinada (física e emocional) (qual) como estratégia potenciadora de ganhos em saúde, a nível da qualidade de vida global. Destacou-se também a importância de iniciar precocemente a reabilitação.

A ressaltar que estudos com duração superior de intervenção de reabilitação, como o E6 (intervenção durante 12 meses) (qual), indicaram que os ganhos em saúde foram mantidos ou sofreram um aumento progressivo com necessidade de ajuste da intervenção às necessidades da pessoa, reforçando a relevância da implementação precoce.

Este estudo refere também que um programa de exercício monitorizado por enfermeiros mostrou-se seguro, viável e eficaz na melhoria dos resultados em pessoas com cancro em estadios IV. Esta estratégia de intervenção contribuiu para a gestão dos sintomas da alteração em saúde.

A prevenção do declínio da função física constituiu-se como uma meta fundamental na pessoa em situação de cuidados paliativos, com cancro, mais concretamente, na população idosa. A definição atempada do programa se expressou numa redução do número de readmissões hospitalares (Mendizabal-Gallastegui et al., 2023).

Neste sentido, no E7 de Mendizabal-Gallastegui et al. (2023) realizaram um programa estruturado de reabilitação no decorrer da quimioterapia e embora os resultados tenham sido positivos na saúde dos participantes, foram minimamente expressivos, o que poderia ter sido mais evidente se o programa de intervenção se tivesse iniciado numa fase mais precoce do diagnóstico. Deste modo, os resultados destacaram que o início de intervenções estruturadas baseadas no exercício físico e treino funcional na fase inicial contribuiu para a preservação da autonomia, manutenção da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida da pessoa.

A evidência referida demonstrou os efeitos consistentes que a intervenção produziu, apesar da variação relacionada com a duração, intensidade e frequência. Por isso, a prática clínica deve progredir no sentido de implementar programas de reabilitação precocemente, refletindo uma componente estruturante e não apenas uma complementaridade ligada à transição vivida pela pessoa.

3.2. Efetividade do exercício na melhoria da capacidade funcional

A análise dos estudos incluídos revela que o exercício foi eficaz na melhoria da capacidade funcional da pessoa em contexto paliativo. Neste âmbito, o treino aeróbico, o treino de resistência e a intervenção combinada estabeleceram-se como componentes vantajosas para a funcionalidade da pessoa.

No E1 realizado por Ibrahim et al. (2024), a implementação do programa de reabilitação no âmbito do exercício em Cuidados Paliativos, conduziu a melhorias significativas na capacidade funcional e independência. Assim, foram notáveis as melhorias na capacidade funcional após o programa com uma média após a intervenção de 91,36 pontos, em comparação com a média pré-intervenção de 76,9 pontos, numa escala de 0 a 100 pontos, de acordo com o questionário de avaliação da qualidade de vida, especificamente, no item da função física. O estudo experimental de Odikpo & Chiejina (2021), E2, corroborou esta melhoria significativa na avaliação funcional no momento de pós-intervenção nas mulheres que participaram no programa, contrastando com o grupo de controlo que não recebeu exercício. Os resultados deste estudo mostraram um impacto positivo na pontuação da qualidade de vida, visto que no início da intervenção o grupo de intervenção apresentava um valor de 65,4 e no fim um valor de 75,05. No entanto, o grupo de controlo sofreu uma redução de 71,3 para 58,65.

A efetividade do exercício na capacidade funcional foi demonstrada similarmente no E3, visto que se evidenciou pelo impacto favorável a nível da independência funcional e aumento da mobilidade. A mobilidade dos participantes melhorou expressivamente após as sessões de exercício aeróbico e de fortalecimento muscular, bem como o desempenho do Teste Timed Up and Go após a

intervenção do exercício. Observaram-se ainda ganhos em saúde na redução do cansaço, aumento da autonomia funcional e melhoria no desempenho em atividades da vida diária.

O E5 evidenciou a intervenção combinada (vertente física e emocional) produzindo melhorias na capacidade funcional, ao invés de isoladamente. Os resultados são verdadeiramente positivos no grupo MICT e no grupo combinado em relação à fadiga mental, fadiga física e generalizada. Também se insurgem resultados no âmbito da motivação, na avaliação da escala de independência funcional, e consequentemente, um aumento na capacidade funcional da pessoa. No Teste 6-MWT relacionado com a função física da pessoa, averiguou-se que a intervenção combinada concebeu melhorias superiores na capacidade funcional com um aumento de 372,32 para 411,25; no grupo MICT (vertente física) existiu uma diferença de 392,41 para 428,28; no grupo EFT (vertente emocional) com um aumento mais modesto de 345,19 para 361,30; no grupo de controlo apresentou-se uma variação mínima de 326,07 para 331,61.

No E6 de Mendizabal-Gallastegui et al. (2023) demonstrou-se uma melhoria substancial na capacidade funcional no decorrer do programa, com maior aumento no grupo de intervenção. Ambos os grupos melhoraram a capacidade funcional, ao longo dos 12 meses, no entanto, o grupo de intervenção destacou-se com progresso superior (539,8 pontos), relativamente ao grupo de controlo (517,3 pontos). Esses ganhos traduziram-se num aumento da autonomia funcional e capacidade para o autocuidado.

Segundo Brown et al. (2022), no E7, a intervenção teve impacto no desempenho no teste padronizado que avalia a função física, de nome SPPB, tendo em consideração o equilíbrio, a velocidade da marcha e a força dos membros inferiores, permanecendo estável e com uma ligeira melhoria na velocidade da marcha (0,02 metros por segundo). A atividade física leve aumentou de 266,1 minutos para 307,4 minutos por semana e de intensidade moderada a vigorosa aumentou 25 minutos até à 12ª semana. Os resultados deste estudo permitiram estabelecer uma relação entre a prevenção do declínio funcional e o aumento da sobrevida global.

3.3. Impacto do exercício na promoção da qualidade de vida

A promoção da qualidade de vida na efetividade, visto que os estudos incluídos demonstram como o exercício é essencial na pessoa em contexto de Cuidados Paliativos.

Desta forma, os estudos demonstraram melhorias significativas na qualidade de vida global, pela avaliação de instrumentos validados como o Questionário da Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30) (E1, E2, E6) e a Escala de Qualidade de Vida de 36 itens (SF-36) (E1, E4, E6, E7).

No E1 foram observados ganhos em saúde relevantes no âmbito da qualidade de vida após implementação do programa integrado em cuidados paliativos, sendo que se alcançaram-se

resultados que melhoraram a qualidade de vida geral da pessoa com cancro e dos seus cuidadores. Assim, após a implementação da escala pré e pós-intervenção, os resultados comprovaram o aumento na qualidade de vida nos intervenientes, aumentando de 77,8 pontos para 87,34 pontos, numa escala de 0 a 100 pontos.

O E2 de Odikpo & Chiejina (2021) diz respeito ao efeito da intervenção de exercício físico na qualidade de vida específica da pessoa com cancro da mama.

Os resultados apresentaram uma melhoria na funcionalidade e gestão de sintomas, em relação ao grupo de controlo. O grupo de intervenção na pontuação geral do domínio funcional aumentou de 65,4 para 75,05 pontos, enquanto no grupo de controlo diminuiu de 71,3 para 58,65 pontos. No domínio da sintomatologia, o grupo de intervenção diminuiu de 22,2 para 11,8 pontos e o grupo de controlo aumentou de 24,1 para 30,9 pontos.

Assumiu-se que o exercício teve influência na qualidade de vida da pessoa com cancro de mama, apesar da existência de barreiras que podiam influenciar a sua prática efetiva, como os sintomas resultantes da quimioterapia, o linfedema e a neuropatia periférica.

No E4 de Seven & Sert (2023) confirmou-se a melhoria da qualidade de vida no grupo de intervenção, essencialmente na capacidade funcional e predisposição para a realização de atividades de vida diárias, bem como a nível emocional, em comparação com o grupo de controlo. A aplicação da escala de qualidade de vida SF-36 no grupo de controlo permaneceu estável no valor de 12. No grupo de intervenção existiu uma progressão evidente de 10,7 para 15,4.

A qualidade de vida dos participantes também foi alvo de estudo no E6, através da utilização do Questionário da Qualidade de Vida EORTC QLQ-30 e da Escala de Qualidade de Vida SF-36. No início do programa, o grupo de intervenção possuía um valor associado ao Questionário da Qualidade de Vida EORTC QLQ-30 de 67 pontos e o grupo de controlo 64, respetivamente. Já no fim da intervenção, após 1 ano, a pontuação aumentou no grupo de intervenção para 74,5 e no grupo de controlo diminuiu para 60,1 pontos, constatando-se uma diferença substancial. A escala SF-36 também refletiu melhorias globais no grupo de intervenção e um agravamento no grupo de controlo.

Embora os estudos E3, E5 e E7 não recorram a instrumentos padronizados que apreciem a qualidade de vida, todos referiram benefícios indiretos que se inserem nesta categoria temática. No E3 de Alarab, Hroub & Shameh (2025), o exercício revela-se crucial como terapêutica para a pessoa com alterações a nível oncológico em fase avançada, promovendo o alívio da fadiga, potencia a independência funcional e o aumento da mobilidade, contribuindo para a saúde em geral. No E5 é referido que o exercício físico regular promove a qualidade do sono, os ritmos circadianos e o humor, melhorando a qualidade de vida. No E7 é descrita a importância de prolongar a sobrevida

com qualidade na pessoa com cancro gastrointestinal metastizado, sendo que a intervenção contribuiu com ganhos em saúde, no âmbito da qualidade de vida.

3.4. Intervenção do EEER na gestão e controlo de sintomatologia

A intervenção do EEER destaca-se pelo seu contributo na gestão da sintomatologia na área de cuidados paliativos, incluindo dispneia, fadiga e dor (Ribeiro, 2021). Por isto, programas centralizados no exercício terapêutico, com base no exercício aeróbio, na reeducação funcional respiratória, reeducação postural e estratégias de relaxamento mostraram-se eficientes nos estudos incluídos na presente RSL.

No E1 verificaram-se melhorias significativas no controlo da sintomatologia seguinte: fadiga, dispneia, dor, náusea, insónia, perda de apetite, obstipação e diarreia (Parâmetros avaliados no Questionário da Qualidade de Vida). No que respeita à fadiga, esta melhorou de uma pontuação inicial de 45,35 pontos para 32,81, no fim da intervenção. A nível da dispneia existiu uma melhoria considerável com uma pontuação pré-intervenção de 26,7 para 17,18 pontos. A dor destaca-se com melhoria significativa de 41,43 pontos para 20,53. A náusea apresentou uma redução de 9,28 para 7,51. A insónia evidenciou-se com uma diferença de 72,09 para 42,43. A falta de apetite apresentou uma diminuição de 35,28 para 17,45. No sintoma de obstipação existiu uma redução de 16,78 para 5,61 pontos. Na diarreia foi observada uma melhoria notável de 17,32 para 3,18 pontos.

O E2 avaliou os efeitos sistémicos da quimioterapia, nomeadamente, sintomas relacionados com a mama, sintomas relacionados com o linfedema, perda de cabelo e sintomas generalizados, não especificados pelos autores. Nos efeitos sistémicos da quimioterapia existiu uma redução de 22,1 para 10,2 pontos no grupo de intervenção; no grupo de controlo estes efeitos agravaram de 23,0 pontos para 28,1. Nos sintomas da mama observou-se uma melhoria no grupo de intervenção de 36,6 para 7,6 pontos, contudo no grupo de controlo apenas de 40,9 pontos para 31,7. Quanto ao linfedema e à perda de cabelo, a melhoria não se evidenciou no grupo de intervenção. No entanto, no grupo de controlo piorou. Além do referido, no domínio da sintomatologia generalizada observou-se uma melhoria no grupo de intervenção de 22,2 para 11,8 pontos. Em contrapartida, no grupo de controlo, esta piorou de 24,1 para 30,9 pontos.

No E3, de acordo com as conclusões do estudo, a intervenção exercida produziu melhorias significativas na fadiga, sendo que a pontuação média diminuiu de 67,3% para 50,8%, através da avaliação do Breve Inventário de Fadiga (BFI).

Ainda no E4 foram percecionados os efeitos do exercício em diferentes participantes com cancro, enfatizando a sua eficácia no alívio da dispneia. O estudo demonstrou resultados favoráveis no que se refere à dispneia, com melhoria na pontuação relativa à escala de dispneia MRC, com um

efeito superior à redução dos níveis de ansiedade, com uma diminuição da pontuação de 3 para 1 ponto no grupo de intervenção. Já no grupo de controlo, os níveis de dispneia apresentados pelos participantes mantiveram-se no valor inicial de 3 pontos.

No E5 foram analisados os níveis de fadiga antes e depois da intervenção de cada um dos grupos de intervenção, bem como no grupo de controlo. A sintomatologia sentida pelos participantes foi avaliada como: fadiga generalizada, fadiga física e fadiga mental. Os resultados da escala de Medida de Independência Funcional demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos. A referir que o grupo EFT não teve grande impacto na dimensão da fadiga física, mas sim na incrementação de motivação. O grupo MICT obteve uma melhoria nos resultados relativamente à fadiga física. Já o grupo combinado demonstrou progressos, principalmente na dimensão da fadiga geral, na fadiga mental e na atividade.

O E6 demonstrou que a intervenção teve impacto positivo na fadiga. O valor numérico relativo à fadiga melhorou de 41,2 para 41,7. No grupo de controlo existiu um decréscimo mínimo desde o início do programa de 40,4 para 40,2.

No E7 importou conhecer a viabilidade da aplicação de um programa estruturado de exercício durante a quimioterapia para a pessoa com cancro gastrointestinal em fase avançada. Neste sentido, a fadiga apresentou uma variação muito ampla nos resultados, tendo por influência os fatores físicos que condicionavam o desempenho dos participantes nas atividades preconizadas.

3.5. Eficácia do exercício na promoção de bem-estar emocional

A evidência sintetizada demonstrou que o exercício físico teve impacto positivo no bem-estar psicológico, redução da ansiedade, sintomas de depressão, stress e melhoria do humor em estudos como E1, E3, E4, E5, E6 e E7.

Em virtude do referido, o E1, na sua intervenção, espelhou reduções notáveis nos níveis de ansiedade e depressão dos participantes e dos cuidadores, bem como a sobrecarga emocional sentida pelos cuidadores. Assim, após avaliação da escala de HADS, verificou-se que a ansiedade numa fase pré-intervenção obteve uma pontuação média de 15,45 pontos. Porém, no fim da intervenção, o valor foi de 6,12. No que se relaciona com a depressão, existiu uma melhoria de 20,89 para o valor de 15,5 pontos. No âmbito dos cuidadores, foi avaliado o inventário da carga do cuidador, onde se comprova a melhoria na dimensão do esgotamento emocional, sendo que no início da intervenção foi apresentado um valor de 39,23 pontos e no fim de 21,8.

No E3 foram percecionados melhores resultados a nível do bem-estar psicológico evidenciado por mudanças na capacidade de andar, humor, na motivação para as tarefas diárias e interação social, bem como satisfação para com a vida, aspeto enaltecido pelos autores.

O E4 reforça o impacto do exercício a nível do bem-estar emocional, apresentando uma redução dos níveis de stress, ansiedade e depressão, após a implementação de exercício nos participantes do programa. Esta monitorização foi realizada pela escala de ansiedade de Beck, onde, no grupo de intervenção, a melhoria dos níveis de ansiedade destaca-se com uma diminuição de 23 para 11 e no grupo de controlo de 22 para 21,5 pontos. Quanto à aplicação da escala de HADS, o grupo de controlo manteve a pontuação inicial e final com o valor de 8 e o grupo de intervenção obteve um acréscimo de 10 pontos para 6. Na avaliação da escala da qualidade de vida SF-36, a saúde mental manteve-se semelhante, em termos numéricos, no grupo de controlo (20), já no grupo de intervenção a pontuação subiu de 19,5 para 25 pontos.

O E5 verifica o impacto do exercício no bem-estar emocional na pessoa em situação de cuidados paliativos, através da avaliação da escala de HADS. Desta forma, no grupo de controlo, a pontuação inicial tinha um valor de 12,64 pontos e no fim de 11,75. O grupo MICT apresentou um valor pré-intervenção de 11,76 e no final de 8,21 pontos. Já no grupo EFT a pontuação inicial era de 14,48 pontos e no final de 9,07. O grupo combinado (MICT & EFT) numa fase pré-intervenção detinha uma pontuação de 15,04 e diminuiu para 8,82 pontos.

O E6 retratou também a influência positiva de um programa de exercício no bem-estar emocional na pessoa em contexto de cuidados paliativos. Os resultados foram retratados por meio da avaliação da escala de qualidade de vida (SF-36), no âmbito da componente mental. Por isso, é de referir que no grupo de intervenção no início teria um valor neste item de 49,4 pontos, o grupo de controlo teria uma pontuação de 51,6 pontos. No fim do programa, após 12 meses, a saúde mental melhorou com a pontuação de 51,4 no grupo de intervenção, contudo no grupo de controlo diminuiu para 48 pontos.

Por último, no E7, a pontuação mediana da subescala de saúde mental da escala SF-36 foi de 47,5: No entanto, melhorou 7,8 valores na sua pontuação final.

4. Discussão de Resultados

São diversos os estudos que nos mostram que o mundo está a envelhecer demograficamente e a esperança média de vida está a aumentar, e Portugal não consta como exceção (Afonso, 2025). Assim, e ainda de acordo com a autora, existem indicadores que não favorecem a qualidade de vida e o bem-estar associados à longevidade, destacando-se a prevalência de doenças crónicas e avançadas, uma realidade que exige reparo.

De acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2024), em Portugal, os Cuidados Paliativos já constam com um percurso expressivo, pois os sistemas de saúde disponibilizam-nos às pessoas com doenças crónicas que ameaçam a vida.

Por isso, nesta RSL realizou-se uma análise detalhada do impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da terapêutica do exercício, em contexto paliativo.

A inclusão dos resultados obtidos reforça a importância do exercício na dimensão funcional e emocional, bem como na sintomatologia, enfatizando o contributo da intervenção do EEER junto da pessoa em situação de cuidados paliativos.

A inserção precoce de cuidados paliativos constitui uma estratégia eficaz para elevar a qualidade de vida da pessoa e ao mesmo tempo favorece o suporte psicossocial à família (Souza et al., 2025). Os resultados demonstram a importância da integração precoce da reabilitação em Cuidados Paliativos como estratégia essencial para otimizar a adaptação funcional e emocional da pessoa em condição de Cuidados Paliativos (Ribeiro, 2021).

Neste âmbito, a área de intervenção do EEER detém uma abrangência ampla tanto em problemas reais, como potenciais, sendo fundamental o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de ações preventivas, assegurando a preservação das capacidades funcionais e prevenção de complicações, com vista a maximizar o potencial da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

De acordo com Nottelmann et al. (2021), a integração precoce da reabilitação paliativa melhora a qualidade de vida da pessoa recém-diagnosticada com cancro avançado. Os estudos analisados corroboram este princípio, ao demonstrarem que programas de exercício físico iniciados nas fases iniciais da evolução clínica resultam em ganhos em saúde expressivos na autonomia, no bem-estar emocional e qualidade de vida.

Assim, a integração antecipada da reabilitação, no âmbito do exercício, reforça-se como uma opção terapêutica recomendada, sustentando a intervenção do EEER na avaliação contínua, prescrição e monitorização de programas de exercício adaptados às necessidades individuais.

Também a perda de funcionalidade acompanha a trajetória das doenças que ameaçam a continuidade da vida, a par das funções físicas, emocionais e espirituais experienciadas pela pessoa, desde o diagnóstico até ao fim da vida (Ribeiro, 2021).

Por isso, os resultados presentes nos estudos incluídos na revisão exibiram que a intervenção sustentada em exercício no contexto de cuidados paliativos apresentava melhorias na preservação e melhoria da capacidade funcional da pessoa.

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática evidenciaram melhorias relevantes na função física, mobilidade e, consequentemente, na independência funcional e desempenho nas atividades de vida diária, destacando-se intervenções no âmbito do exercício aeróbio, exercícios de fortalecimento muscular e treino de resistência. A reabilitação em cuidados paliativos permite otimizar a condição de saúde da pessoa (Ribeiro, 2021).

A fim de comprovar a informação acima referida, no E1 foram notáveis as melhorias na capacidade funcional após o programa com um aumento na mesma de 76,9 para 91,36 após avaliação do instrumento de avaliação da qualidade de vida no fim da intervenção. O E5 sugere que programas de intervenção combinados potencializam os efeitos sobre a capacidade funcional (força e mobilidade), mas também a sintomatologia sentida e aumenta a motivação, refletindo uma abordagem integrada e especializada.

A revisão sistemática e meta-análise de Yang et al. (2020) revelou que o exercício físico aumentou significativamente o nível de atividade física dos participantes em situação de cuidados paliativos.

Os resultados encontrados corroboram com a literatura existente, realçando que a manutenção da função física na pessoa em situação de cuidados paliativos é essencial na preservação da independência funcional, otimizando a sua qualidade de vida. Ainda assim, é referido que a intervenção do EEER deve ser personalizada, ajustando a frequência, intensidade e tipo de exercício às necessidades individuais da pessoa, em cada momento (Ribeiro, 2021).

Os conceitos de Cuidados Paliativos e reabilitação apresentam uma finalidade análoga, nomeadamente, na integração e na focalização da pessoa e da família, com o intuito da manutenção da qualidade de vida (Ribeiro, 2021).

A intervenção do EEER, neste âmbito, pretende melhorar a qualidade de vida da pessoa, assistindo-a a atingir o seu potencial físico, psicológico e social, independentemente da expectativa de vida (Regulamento nº 350/2015).

Por isso, na revisão sistemática verificou-se que o exercício é determinante na melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, revelando-se uma intervenção estruturante na prática de cuidados do EEER.

Yang et al. (2020) reafirmaram que, na sua revisão, os estudos incluídos revelaram melhorias significativas na qualidade de vida global por meio de avaliação do instrumento padronizado EORTC QLQ-C30. Marques-Vieira & Souza (2017) reforçam ainda que, em cuidados paliativos, mais que a restituição da função, importa a preservação e otimização da qualidade de vida e a conservação da autonomia.

De forma consistente, os estudos incluídos no âmbito nesta análise de efetividade demonstraram melhorias na qualidade de vida global, através da aplicação de instrumentos como o EORTC-C30 e o SF-36. Estes resultados estão em consonância com a literatura, reconhecendo-se o exercício físico como uma intervenção eficaz na promoção do bem-estar da pessoa com doença progressiva e avançada.

Para além disso, as intervenções que combinaram o exercício físico com a componente psicoeducacional permitiram a autoperceção da alteração em saúde, autoconfiança e a capacidade de autogestão da condição de saúde.

Apesar dos estudos limitarem a comparação direta dos resultados, existe consenso de que o exercício é uma intervenção eficaz, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa em contexto paliativo.

Perscrutando a gestão e controlo da sintomatologia, os resultados desta RSL evidenciaram ainda que o exercício possuiu um marco fundamental neste âmbito. Assim, os estudos incluídos destacaram melhorias a nível da fadiga, dispneia, dor, náuseas e vômitos, sintomas experienciados pelos participantes que se consideram incapacitantes, perante a realização das atividades de vida diária.

A revisão integrativa de Minosso, Souza & Oliveira (2016) reforçou exatamente estes resultados, com benefícios na diminuição de sintomas como dor, dispneia e fadiga. É demonstrado também no estudo desenvolvido por Pyszora et al. (2017) que um programa de exercícios em cuidados paliativos reduz significativamente a fadiga, em termos de gravidade e do seu impacto nas atividades de vida diárias.

Os sintomas mais comuns na pessoa em situação paliativa, nomeadamente, a fadiga afeta a sua qualidade de vida. No entanto, a sua gestão permanece desafiante. O enfermeiro desempenha uma intervenção primordial, incluindo intervenções no âmbito do exercício físico conciliado com estratégias de conservação de energia (exercícios passivos), educação e aconselhamento (higiene do sono e alimentação) e terapia cognitivo-comportamental (Cunha et al., 2022).

Os diferentes instrumentos de avaliação utilizados demonstram os resultados expressivos nesta temática. Desta forma, o exercício evidenciou-se estruturador como ferramenta central na gestão e controlo sintomático.

Neste âmbito, a intervenção do EEER através do exercício assume-se preponderante, pois, em conformidade com o Regulamento de Competência do EEER nº 392/2019 (p.13566), o mesmo: “Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária.” e ainda, “Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida (...)”.

A reabilitação em Cuidados Paliativos proporciona uma aproximação que capacita cada pessoa a alcançar os seus objetivos e prioridades para viver a vida (Marques-Vieira & Souza, 2016). Ainda de acordo com os autores, a reabilitação, neste âmbito, pretende reduzir as complicações que impossibilitem o conforto e o bem-estar emocional.

Após analisada a dimensão física e a sintomatologia sentida, o impacto emocional das intervenções torna-se igualmente evidente o impacto positivo do exercício na dimensão emocional, aspecto expressivo nos estudos incluídos, revelando que um programa de exercício bem estruturado desempenha uma intervenção essencial com impacto significativo na pessoa em situação de cuidados paliativos.

A ER tem como foco essencial facilitar as transições de vida da pessoa e da família, ajudando a identificar as mudanças impostas pela situação e a implementar estratégias de capacitação para as ultrapassar, preparando-os para que possam conviver com as suas limitações mais preparados a nível emocional (Ribeiro, 2021).

De acordo com esta afirmação, os resultados obtidos nos estudos incluídos na presente revisão demonstram uma redução preponderante nos níveis de ansiedade e depressão, stress e fragilidade emocional. Deste mesmo modo, o exercício considera-se promotor de benefícios físicos, mas também psicológicos.

É de salientar que os Cuidados Paliativos incluem reabilitação, na medida em que procuram auxiliar a pessoa com doença crónica, incurável, progressiva e/ou avançada a atingirem o seu elevado potencial de bem-estar psicológico, social e espiritual, integrando-a nas suas diferentes tipologias de resposta (Costa & Othero, 2014).

Existiu uma melhoria da perceção de saúde mental e na redução da ansiedade percecionada pela avaliação dos instrumentos padronizados: SF-36 e HADS.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.” (Regulamento nº 350/2015, p. 16657), daí que, tendo em conta os indicadores apresentados, assuma relevância a integração do exercício como terapêutica estruturante na intervenção perante a pessoa em contexto paliativo.

A coerência dos resultados observados explica a necessidade de inclusão desta intervenção com influência no bem-estar global da população estudada.

Clarificando a pertinência desta RSL, a Reabilitação não está alheia às especificidades da pessoa em contexto paliativo, por isso devem ser estabelecidos programas de prestação de Cuidados de Enfermagem de reabilitação devidamente estruturados e personalizados no âmbito do exercício.

4.1. Implicações dos resultados

A presente revisão concorda com a proposição sustentada pela necessidade de investimento e pesquisa contínua para demonstrar os benefícios de um programa estruturado de

exercício no âmbito da Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de Cuidados Paliativos. O objetivo será apresentar robustez nos resultados perante esta intervenção, a fim de afirmar a qualidade da prestação de cuidados neste âmbito.

É prioritário definir e clarificar a intervenção para a uniformizar quanto à frequência, intensidade, tipo e tempo da mesma em consonância com o seu volume e respetiva progressão, de acordo com a metodologia FITT-VP. Esta padronização é essencial para destacar a estrutura da intervenção de exercício implementada e facilitar a comparação entre intervenção e realização de futuras meta análises consistentes.

Considera-se igualmente urgente desenvolver estudos clínicos randomizados e controlados com amostras mais amplas e diversificadas que aumentem a prospeção dos resultados e permitam análises estratificadas segundo a alteração em saúde, o estadio da mesma e a faixa etária. Este método possibilitará estimar com maior precisão os efeitos do exercício e identificar fragilidades presentes em cada situação que influenciam a resposta ao mesmo.

Revela-se também pertinente a realização de estudos que escrutinem a manutenção dos ganhos após o fim da intervenção, avaliando a duração dos efeitos e estratégias eficazes para sustentação e manutenção da capacidade funcional e qualidade de vida a longo prazo.

Por fim, é essencial a integração de estudos com contextos geográficos e socioculturais específicos para avaliar a relevância e pertinência universal, bem como equidade de acesso a programas de reabilitação.

Deste modo, as implicações identificadas evidenciam a necessidade de desenvolver evidência sólida que permita otimizar a intervenção do EEER e garantir terapêuticas personalizadas, seguras e eficazes, uma vez que tantos benefícios foram encontrados na associação do exercício à pessoa em situação de cuidados paliativos.

4.2. Reconhecimento de Limitações

A RSL apresenta limitações a nível da heterogeneidade dos estudos, uma vez que dificulta o processo de síntese dos dados e a apresentação de resultados exatos. Esta trouxe contributos significativos para compreensão do fenómeno em estudo. No entanto, surge como limitação a possibilidade das várias alterações em saúde e os referentes estadios influenciarem o mesmo. Podem também ter passado despercebidos os estudos em idiomas distintos dos selecionados, contudo não foram analisados pela proficiência linguística dos revisores. Os estudos incluídos podem mostrar a efetividade no momento, mas não há dados sobre sustentabilidade dos efeitos a longo prazo.

4. Conclusões

As evidências disponíveis e incluídas nesta RSL sugerem que estabelecer um programa de reabilitação no âmbito de exercício é fundamental para a pessoa no contexto paliativo com benefícios a nível da capacidade funcional, bem-estar físico e emocional e da qualidade de vida global. É evidente que as necessidades de mudanças estruturais nesta matéria visam atender tanto ao bem-estar da pessoa, como à qualidade dos cuidados prestados.

A análise dos estudos revela que o exercício é eficaz na melhoria da capacidade funcional da pessoa em contexto paliativo, com resultados numéricos positivos a nível da mobilidade e independência funcional. De acordo com os mesmos, intervenções estruturadas de exercício físico promovem também melhorias na motivação e no humor, bem como na ansiedade e tristeza sentida pela pessoa, o que é essencial numa população, por vezes, limitada pelas alterações na capacidade funcional, autonomia e incerteza associada ao futuro, decorrentes da condição em saúde. Salientam-se os efeitos positivos do programa de exercício físico na melhoria da sintomatologia, considerando-se essencial para a satisfação máxima da pessoa alvo de cuidados.

Os resultados evidenciam também a importância de uma intervenção precoce, pois uma abordagem antecipada, personalizada e adaptada às necessidades da pessoa favorece a sua adaptação funcional e emocional ao programa de exercício implementado. Assim, a intervenção precoce em cuidados paliativos, a monitorização, segurança, viabilidade e adesão, são aspetos a considerar como futuras linhas de investigação em estudos semelhantes aos incluídos nesta revisão.

Podem verificar-se algumas dificuldades na aplicação da terapêutica do exercício como terapêutica não farmacológica associada à condição da pessoa em situação de cuidados paliativos. Desta forma, a equipa multidisciplinar deve ter formação sobre a intervenção para que seja percecionada como um benefício.

Referências Bibliográficas

- Afonso, R. (2025). *Representações sociais dos cuidadores formais sobre o envelhecimento de pessoas idosas em cuidados paliativos*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/6942>
- Alarab, A., Hroub, N., & Abu Shameh, R. (2025). Comparative impact of aerobic vs. resistance training on fatigue, mobility, and disability in cancer patients. *Physical Treatments: Specific Physical Therapy Journal*, 15(3), 231–242. <https://doi.org/10.32598/ptj.15.3.670.3>
- Brown, J. C., Brighton, E., Campbell, N., McCleary, N. J., Abrams, T. A., Cleary, J. M., Enzinger, P. C., Ng, K., Robinson, D., Wolpin, B. M., Yurgelun, M. B., & Meyerhardt, J. A. (2022). Physical activity in older adults with metastatic gastrointestinal cancer: A pilot and feasibility study. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 8(2). <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2022-001353>
- Costa, A. P., & Othero, M. B. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lusodidacta.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2024). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental: Biénio 2023–2024*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.minsaude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Plano-Estrategico-Cuidados-Paliativos-2023-2024.pdf>
- Cunha, S., Jasmins, C., Barroso, C., & Reis, L. (2022). Intervenções de enfermagem na pessoa em Cuidados Paliativos com fadiga: uma scoping review. *Millenium*, 2(18), 43-50. <https://doi.org/10.29352/mill0218.26430>
- Ibrahim, A. M., Wahba, N. M. I., Zaghamir, D. E. F., Mersal, N. A., Mersal, F. A., Ali, R. A. E. S., Eltaib, F. A., & Mohamed, H. A. H. (2024). Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>
- Joanna Briggs Institute. (2025). *Critical appraisal tools*. JBI. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Kisner, C., Colby, L. A., & Borstad, J. (2017). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques*. F. A. Davis Company.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.
- Mendizabal-Gallastegui, N., Arietaleanizbeaskoa, M. S., Latorre, P. M., García-Álvarez, A., Sancho, A., Iruarizaga, E., López-Vivanco, G., & Grandes, G. (2023). Nurse-supervised exercise for people

with stage IV cancer: The EFICANCER randomized clinical trial. *Seminars in Oncology Nursing*, 39(4).
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2023.151448>

Minosso, J. S. M., Souza, L. J. de, & Oliveira, M. A. de C. (2016). *Reabilitação em cuidados paliativos. Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(3), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>

Nottelmann, L., Groenvold, M., Vejlgard, T., Petersen, M., & Jensen, L. (2021). Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: The Pal-Rehab randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 35(7), 1344–1355.
<https://doi.org/10.1177/02692163211015574>

Novo, A., Loureiro, M., Delgado, B., Vaz, S., Manuela Martins, M., & Dornelles Schoeller, S. (2025). Atividade e exercício físico em Enfermagem de Reabilitação: análise documental baseada em evidência e Teorias de Enfermagem. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8(2), e41115. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.41115>

Odikpo, L. C., & Chiejina, E. N. (2021). Practice and outcome of exercise intervention on breast cancer-specific quality of life of breast cancer survivors in Nigeria. *Archives of Breast Cancer*, 8(3), 174–182. <https://doi.org/10.32768/abc.202183174-182>

Pyszora, A., Prokop, A., Wójcik, A., Budzyński, J., & Krajnik, M. (2017). Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: Randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 25(9).
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3715-2>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República: II Série, n.º 26.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Diário da República: II Série, n.º 119.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República: II Série, n.º 85.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceitos e práticas*. Lidel.

Seven, A., & Sert, H. (2023). Anxiety, dyspnea management, and quality of life in palliative care patients: A randomized controlled trial. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 31(1), 13–21.
<https://doi.org/10.5152/FNJN.2023.23016>

Souza, G. S. de, Leão, L. M., Felipe, M. S. P., Bezerra, I. E. de L., Cardoso, M. N., Lopes, Y. C. de A., Prado, R. C., Barbosa, L. R. P., Oliveira, G. C. de, & Santos, M. P. dos. (2025). *A intervenção precoce de cuidados paliativos no câncer: Melhorando a qualidade de vida desde o diagnóstico*. In *Saúde da Família: Integrando tecnologia, humanização e cuidado integral para um futuro mais saudável* (Capítulo 2). Editora Cognitus. <https://editoracognitus.com.br/captulo/10041-a-intervencao-precoce-de-cuidados-paliativos-no-cancer-melhorando-a-qualidade-de-vida-desde-o-diagnostico>

Vargas, C. P., Martins, M. M., Schoeller, S. D., Antunes, L., & Pereira, R. S. da S. (2025). Um flash do processo de cuidados de reabilitação dos enfermeiros especialistas numa instituição portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(3), e39026. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.39028>

Wang, J., Yao, J.-L., Cai, S.-S., Yu, Y.-D., Chen, L.-P., Wang, Z.-Q., Liu, Y., & Huang, L.-H. (2025). Effects of moderate intensity continuous training combined with emotional freedom techniques on fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A four-arm parallel randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 66(A), 103581. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103581>

World Health Organization. (2020). *Global atlas of palliative care* (2nd ed.). WHO. <https://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/Global-Atlas-2nd-Edition-2020.pdf>

Yang, J., Choi, M., Choi, J., Kang, M., J., A., Chung, S. H., Sim, S. H., Kim, Y. J., Yang, E. J., & Yu, S. Y. (2020). Supervised physical rehabilitation in the treatment of patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Medical Science*, 35(29). <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e242>

APÊNDICE XI - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
METODOLÓGICA

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Title: Nurse-Supervised Exercise for People with Stage IV Cancer: The EFICANCER Randomized Clinical Trial

Author: Nere Mendizabal-Gallastegui, Maria Soledad Arietaleanizbeaskoa, Pedro Maria Latorre, Arturo García-Álvarez, Aintzane Sancho, Eluska Iruarizaga, Guillermo López-Vivanco, Gonzalo Grandes. **Year:** 2023 **Record Number:** NCT01786122

Reviewer: Jéssica Madeira e Patrícia Costa. **Date:** 12/11/2025.

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X			
3. Were treatment groups similar at the baseline?			X	
4. Were participants blind to treatment assignment?		X		
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?		X		
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			

Overall appraisal: **Include** ☒ **Exclude** ☐ **Seek further info** ☐

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Title: Impact of Aerobic vs Resistance Training on Fatigue, Mobility, and Disability in Cancer Patients

Author: Azzam Alarab, Nabeel Hroub, Ratib Abu Shameh. **Year:** 2025 **Record Number:** <http://dx.doi.org/10.32598/ptj.15.3.670.3>

Reviewer: Jéssica Madeira e Patrícia Costa. **Date:** 12/11/2025.

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?			X	
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?		X		
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?		X		
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?			X	
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			

Overall appraisal: **Include** ☒ **Exclude** ☐ **Seek further info** ☐

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Title: Anxiety, Dyspnea Management, and Quality of Life in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial

Author: Ahmet Seven, Havva Sert. **Year:** 2023 **Record Number:** 258589545

Reviewer: Jéssica Madeira e Patrícia Costa. **Date:** 12/11/2025

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X			
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?	X			
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?		X		
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?			X	
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?			X	
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?			X	

Overall appraisal: **Include** ☒ **Exclude** ☐ **Seek further info** ☐

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Title: Effects of moderate intensity continuous training combined with emotional freedom techniques on fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A four-arm parallel randomized controlled trial

Author: Jing Wang, Jin-lan Yao, Sha-sha Cai, Yu-di Yu, Li-ping Chen, Zhi-qian Wang, Yang Liu, Li-hua Huang. **Year:** 2025 **Record Number:** ChiCTR2300070924

Reviewer: Jéssica Madeira e Patrícia Costa. Date: 12/11/2025.

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?		X		
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?		X		
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?			X	
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?			X	
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Title: Physical activity in older adults with metastatic gastrointestinal cancer: a pilot and feasibility study

Author: Justin Brown, Elizabeth Brighton, Nancy Campbell, Nadine McCleary, Thomas Abrams, James Cleary, Peter Enzinger, Kimmie Ng, Douglas Robinson, Brian Wolpin, Matthew Yurgelun, Jeffrey Meyerhardt. **Year:** 2022 **Record Number:** NCT03331406

Reviewer: Jéssica Madeira; Patrícia Costa. **Date:** 12/11/2025

	Yes	No	Unclear	NA
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?				x
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?				x
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	x			
4. Were confounding factors identified?	x			
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?			x	
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	x			
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	x			
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	x			
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	x			
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	x			
11. Was appropriate statistical analysis used?	x			

Overall appraisal: **Include** ☒ **Exclude** ☐ **Seek further info** ☐

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES (NON-RANDOMIZED EXPERIMENTAL STUDIES)

Title: Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study.

Author: Ateya Megahed Ibrahim, Nadia Mohamed Ibrahim Wahba, Donia Elsaid Fathi Zaghamir, Nahed Ahmed Mersal, Fathia Ahmed Mersal , Rasmia Abd El-Sattar Ali, Fatma Abdou Eltaib and Heba Ali Hamed Mohamed. **Year:** 2024 **Record Number:** PMC11138029

Reviewer: Jéssica Madeira; Patrícia Costa. **Date:** 12/11/2025.

	Yes	No	Unclear	Not applicable
Is it clear in the study what is the cause and what is the effect (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
Were the participants included in any comparisons similar?			X	
Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	X			
Was there a control group?		X		
Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

Overall appraisal: **Include** ☒ **Exclude** ☐ **Seek further info** ☐

JBICRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES (NON-RANDOMIZED EXPERIMENTAL STUDIES)

Title: Practice and Outcome of Exercise Intervention on Breast Cancer-Specific Quality of Life of Breast Cancer Survivors in Nigeria

Author: Linda Odikpo, Edith Chiejina. **Year:** 2021 **Record Number:** PMC11138029

Reviewer: Jéssica Madeira; Patrícia Costa. **Date:** 12/11/2025.

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the cause and what is the effect (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
2. Were the participants included in any comparisons similar?	X			
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	X			
4. Was there a control group?	X			
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?			X	
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
8. Were outcomes measured in a reliable way?			X	
9. Was appropriate statistical analysis used?	X			

Overall appraisal: **Include** ☒ **Exclude** ☐ **Seek further info** ☐

APÊNDICE XII - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: TABELA DE EXTRAÇÃO DOS
ARTIGOS

TABELA DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Nome do Estudo/ País	Tipo de estudo/participantes/amostra	Objetivos	Metodologia / estratégia de intervenção	Resultados
E1. Ibrahim AM, Wahba NMI, Zaghamir DEF, Mersal NA, Mersal FA, Ali RAE, Eltaib FA, Mohamed HAH. Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study. BMC Nurs.	❖ Estudo Quantitativo, Quasi-Experimental. ❖ Pessoas com cancro em fase terminal, em situação de cuidados paliativos e cuidadores informais (familiares ou pessoas responsáveis pelo cuidado diário das mesmas); ❖ n = 50 pessoas com cancro; n = 50 cuidadores informais; ❖ Com grupo de intervenção e grupo de controlo, sem randomização: o grupo experimental (grupo que recebeu o programa de reabilitação) e o grupo de controlo (cuidados	❖ Objetivo principal do estudo: ➤ Avaliar o impacto de um programa de reabilitação em cuidados paliativos na qualidade de vida das pessoas com cancro terminal e reduzir a necessidade de cuidados dos mesmos, aliviando os cuidadores informais e o seu sofrimento emocional;	❖ Método de colheita de dados: aplicadas entrevistas e escalas estruturadas às pessoas com cancro e aos respetivos cuidadores pré programa e pós programa; ➤ Questionário EORTC QLQ-C30, instrumento de autoavaliação da qualidade de vida que estuda cinco escalas funcionais (física, papel, cognitiva, emocional e social), bem como nove escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea, perda de apetite, obstipação, diarreia, insónia, dispneia e dificuldades económicas); ➤ Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) para avaliar sintomas de ansiedade e depressão; ➤ Escala do questionário de saúde abreviado (SF-36) com o intuito de perceber o nível de bem-estar e saúde da pessoa, nomeadamente a nível físico, energia/fadiga, dor, perceções gerais de saúde, funcionamento social, papel emocional e saúde mental;	❖ Integração precoce dos cuidados paliativos: De acordo com as conclusões do estudo, a integração precoce dos cuidados paliativos pode melhorar significativamente a qualidade de vida da pessoa. O aumento da mesma após a intervenção indica a sua importância. ❖ Abordagem multidisciplinar: As melhorias nos resultados tanto para a pessoa, como para o cuidador sugerem que a equipa multidisciplinar é crucial, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e especialistas em reabilitação para atender

2024 29;23(1):357. Egito.	May habituais).	❖ Objetivos específicos da investigação: ➤ Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação de 16 semanas na melhoria do bem-estar físico da pessoa em situação de cuidados paliativos; ➤ Avaliar o impacto das sessões de psicoeducação no aumento da capacitação e na redução da ansiedade e depressão entre a pessoa e o seu cuidador;	➤ Inventário da carga do cuidador (CBI) para avaliar o impacto dos cuidados prestados por parte dos cuidadores; ➤ Inventário de ansiedade de Beck (BAI) concebido para avaliar a frequência dos sintomas de ansiedade entre os cuidadores. ❖ Estratégia de intervenção: aplicadas entrevistas e escalas estruturadas às pessoas com cancro e aos respetivos cuidadores; ➤ Programa de reabilitação durante 16 semanas que incluiu exercícios, psicoeducação, aconselhamento individual e componentes que abordam questões espirituais e existenciais.	às necessidades de forma eficaz. ❖ Educação dos cuidadores: A redução significativa da carga dos cuidadores e a diminuição dos níveis de ansiedade, é essencial desenvolver programas educativos para os cuidadores, a fim de melhorar a sua capacidade de cuidar da pessoa. ❖ Apoio psicossocial: O estudo mostra uma diminuição substancial na ansiedade e depressão da pessoa e dos cuidadores, destacando a necessidade de serviços integrados de apoio psicossocial, para que possam gerir a sua saúde mental. ❖ Cuidados temporários: A redução da carga dos
---	-------------------------------	--	--	---

				cuidadores enfatiza a necessidade de opções de cuidados temporários, como oferecer alívio temporário aos cuidadores, melhorando a sua capacidade de cuidar. ❖ Avaliação regular e continuidade de cuidados: A monitorização frequente da qualidade de vida e bem-estar emocional permite ajustar os planos de cuidados para atender às necessidades constantes, como evidenciado pelos resultados do estudo. ❖ Reabilitação física: O estudo sugere que a reabilitação deve incluir reabilitação física em cuidados paliativos, pois aumenta a qualidade de vida dos pacientes.
--	--	--	--	--

				❖ Recursos comunitários: Os resultados do estudo demonstram a necessidade dos recursos comunitários perante a amostra populacional, facilitando o acesso aos recursos comunitários para proporcionar apoio emocional e prático. ❖ Necessidade de investigação: Os resultados positivos do estudo ressaltam a necessidade de pesquisa contínua para otimizar as intervenções e expandir os benefícios da reabilitação em contexto paliativo.
--	--	--	--	---

E2. Odikpo, L. C., & Chiejina, E. N. (2021). Practice and Outcome of Exercise Intervention on Breast Cancer-Specific Quality of Life of Breast Cancer Survivors in Nigeria. <i>Archives of Breast Cancer</i>, 174-182. Nigéria.	❖ Estudo Quantitativo, experimental com uma intervenção e um grupo de controlo, envolvendo avaliação pré-teste, intervenção e pós- teste; ❖ Mulheres sobreviventes de cancro da mama que tinham completado o tratamento primário. ❖ n = 47 pessoas com cancro da mama com intervenção; n = 47 mulheres com cancro da mama com cuidados habituais; ❖ A técnica de amostragem intencional utilizada para selecionar as mulheres foi aplicada puramente com base no julgamento dos pesquisadores. ❖ Com grupo de intervenção e grupo de	❖ Objetivo principal do estudo: ➤ Avaliar o efeito de uma intervenção de exercício físico sobre a qualidade de vida específica da pessoa com cancro da mama. ❖ Objetivos específicos da investigação: ➤ Monitorizar a eficácia da prática de exercício físico entre as sobreviventes de cancro da mama; ➤ Implementar uma intervenção de	❖ Método de colheita de dados: aplicado questionário, sendo que a colheita de dados pré-teste e o recrutamento dos participantes duraram três meses: ➤ Questionário EORTC QLQ-BR23, instrumento de autoavaliação da qualidade de vida que contém 23 itens que incluem dados demográficos, a perspetiva de imagem corporal, informações sobre o prazer sexual, funcionamento sexual, perspetivas futuras, sintomas mamários, sintomas do braço e informações acerca da queda do cabelo. ❖ Estratégia de intervenção: ➤ Programa de reabilitação durante 12 semanas, sendo que os exercícios incluíram exercícios aeróbicos, de resistência e flexibilidade; ➤ O programa incluiu aquecimento com bola suíça, dança, subir e descer escadas, bicicleta ergométrica, treino de força de ombros e braços; ➤ Após o programa de exercício,	❖ Após 12 semanas de programa de exercício supervisionado, observaram-se melhorias significativas na qualidade de vida específica das mulheres com cancro da mama no grupo de intervenção, comparativamente ao grupo controlo. ❖ Qualidade de vida global: os resultados mostraram que houve uma melhoria notável no estado funcional e sintomático das mulheres com cancro de mama no grupo intervenção após a intervenção de exercício em relação ao grupo de controlo. O grupo de controlo não apresentou alterações relevantes pré-teste e pós-teste; assumiu-se, assim, que o exercício tem uma influência
---	--	---	--	---

	controlo, randomização.	sem	exercício supervisionado na pessoa com cancro da mama; ➤ Relacionar a qualidade de vida da pessoa com cancro da mama no grupo de intervenção e no de controlo antes e depois da intervenção; ➤ Determinar o impacto do exercício em domínios específicos como capacidade funcional, fadiga, imagem corporal e sintomas específicos.	recolheram-se dados pós-teste acerca da qualidade de vida da pessoa com cancro de mama dos dois grupos.	significativa na qualidade de vida da pessoa com cancro de mama, apesar de algumas barreiras que podem influenciar a sua prática efetiva. ❖ Domínio Funcional: observou-se uma melhoria significativa na estatística na avaliação funcional pós-teste nas mulheres que foram sujeitas à intervenção ($p < 0,001$); A maioria (83,0%) não teve efeitos colaterais devido ao exercício. ❖ Domínio dos sintomas mamários, do braço e queda do cabelo: existiu uma diferença, apesar de mínima, experimentada pelas mulheres após a intervenção, em relação aos sintomas sentidos numa fase inicial, bem
--	----------------------------	-----	--	--	---

				como aos sintomas pós-teste no grupo de controlo. ❖ Imagem Corporal: foi possível aferir um aumento significativo no grupo de intervenção (64,3 para 89,5), enquanto que no grupo de controlo existiu uma diminuição ainda que reduzida (63,1 para 56,2). Ambos os valores ficaram ainda assim abaixo do valor de referência. ❖ Função e Prazer Sexual Melhorada: neste âmbito, foram obtidos resultados positivos no que respeita ao grupo de intervenção, com um aumento a considerar em relação ao grupo de controlo. ❖ Necessidade de investigação: É necessário que o exercício se torne parte
--	--	--	--	--

				da terapêutica para pessoas com cancro de mama, em qualquer estadio. Fragmentos de evidências da literatura sugerem que o exercício pode melhorar o bem-estar geral destas mulheres, daí a necessidade de pesquisa contínua acerca da temática, para uma prática baseada na evidência.
--	--	--	--	---

E3. Alarab, A., Hroub, N., & Abu Shameh, R. (2025). Comparative Impact of Aerobic vs Resistance Training on Fatigue, Mobility, and Disability in Cancer Patients. <i>Physical Treatments-Specific Physical Therapy Journal</i>, 15(3), 231-242. Jerusalém.	❖ Estudo Quantitativo; ❖ Estudo Clínico Randomizado; ❖ Pessoas com cancro em estadio III, com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos, nomeadamente, 20 pessoas com cancro da mama, 15 pessoas com cancro do pulmão e 15 pessoas com cancro da próstata; ❖ Com grupo de intervenção e grupo de controlo: o grupo de intervenção (grupo que recebeu o programa de reabilitação) e o grupo de controlo (cuidados habituais). ❖ n = 25 pessoas com cancro que receberam	❖ Objetivo principal do estudo: ➤ Esclarecer o impacto do exercício físico nas atividades funcionais e nos níveis de fadiga na pessoa com cancro. ❖ Objetivos específicos da investigação: ➤ Avaliar o efeito do exercício aeróbico e exercício de resistência na pessoa com cancro, relativamente à fadiga;	❖ Método de colheita de dados: aplicadas entrevistas, testes e escalas estruturadas às pessoas com cancro; ➤ Medida de Independência Funcional (MIF), instrumento que avalia a qualidade de vida através da classificação da independência para o autocuidado; ➤ Teste Timed up and go (TUG), instrumento que se realiza através da transição da posição de sentado para a posição bípede, andando três metros, girando, retornando e sentando-se novamente na cadeira, sendo a variável de medida, o tempo para completar o teste. Este teste avalia a mobilidade, o equilíbrio e o desempenho locomotor; ➤ Breve Inventário de Fadiga (BFI) com o intuito de monitorizar a gravidade e o impacto da fadiga, incluindo a fadiga relacionada com a alteração em saúde apresentada, neste caso, cancro. Os seis itens relacionam-se com a qualidade de vida, sendo a sua medição realizada de 0 a 10, permitindo classificar a fadiga em leve,	❖ Fadiga Melhorada: de acordo com as conclusões do estudo, a intervenção exercida produziu melhorias significativas a nível da fadiga, sendo que os scores médios decaíram de 67,3 para 50,8%; ❖ Bem-estar Mental Atingido: neste âmbito, o estudo demonstrou resultados muito positivos no que se refere ao bem-estar psicológico, evidenciado por mudanças no humor, na predisposição para realização de tarefas diárias, interações sociais e satisfação e postura perante a vida; ❖ Capacidade Funcional: A aplicação do instrumento de medida de
--	---	--	--	---

	intervenção; n = 25 pessoas com cancro que não receberam intervenção, distribuídos aleatoriamente.	➤ Monitorizar o impacto do treino aeróbico e treino de resistência na mobilidade nos participantes do estudo; ➤ Descrever o efeito do exercício aeróbico e de resistência na independência funcional destas pessoas com cancro.	moderada ou grave. ❖ Estratégia de intervenção: aplicadas escalas estruturadas às pessoas com cancro; ➤ Programa de exercício no âmbito da reabilitação durante 4 semanas que incluiu: grupo A, composto por 25 elementos que realizaram exercícios resistidos e aeróbicos. Por outro lado, o grupo B, também composto por 25 participantes, foi instruído a continuar as atividades diárias sem participar em qualquer programa terapêutico de exercício.	independência funcional após realização da intervenção demonstrou uma melhoria significativa na independência e autonomia funcional nas áreas da mobilidade, comunicação e autocuidado, sendo que a média aumentou de 72 para 87, após a participação no programa; · ❖ Mobilidade Melhorada: Este aspeto foi essencialmente observado no estudo com a diminuição das médias no teste TUG de 22,08 segundos para 15,9 segundos, logo uma melhoria substancial produzida pela realização de sessões de exercício aeróbio e de fortalecimento muscular;
--	---	---	--	--

				❖ Necessidade de investigação: De acordo com os resultados obtidos, o exercício físico tem impacto positivo na pessoa com cancro, com necessidade de cuidados em contexto paliativo, sendo necessário que se torne parte da terapêutica. Estes resultados reforçam a importância de incorporar programas personalizados para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e a necessidade de investigação e acompanhamento da pessoa no momento da alta com educação integrada aos cuidadores.
--	--	--	--	---

E4. Seven, A., & Sert, H. (2023). Anxiety, dyspnea management, and quality of life in palliative care patients: a randomized controlled trial. <i>Florence Nightingale Journal of Nursing</i>, 31(Suppl 1), 13. Turquia.	❖ Estudo Quantitativo; ❖ Estudo Clínico Randomizado e Controlado; ❖ Pessoas em situação de contexto paliativo hospitalizadas, com idade superior a 18 anos, conscientes e orientadas, sem comprometimento da visão, audição e comunicação. ❖ Com grupo de intervenção e grupo de controlo: o grupo de intervenção (grupo que recebeu a intervenção) e o grupo de controlo (cuidados habituais). ❖ O número total de participantes no início da	❖ Objetivo principal do estudo: ➤ Compreender a influência da intervenção de enfermagem segundo Watson na ansiedade, controlo da dispneia e qualidade de vida na pessoa em contexto de saúde que requer cuidados paliativos. ❖ Objetivos específicos da investigação: ➤ Avaliar o efeito dos cuidados de	❖ Método de colheita de dados: aplicadas escalas e questionários, bem como testes físicos às pessoas pré programa e pós programa; ➤ Formulário de Informação, instrumento de elaborado pelos investigadores, contendo nove itens, acerca do sexo, idade, escolaridade, estado civil, diagnóstico, estrutura familiar, situação de renda, tabagismo e consumo de álcool. ➤ Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, sendo que são 14 questões divididas em 7 para o domínio da ansiedade e 7 para a depressão; ➤ Escala de Ansiedade de Beck, instrumento utilizado com o intuito de perceber o nível de ansiedade da pessoa em contexto hospitalar, bem como a frequência dos sintomas experimentados. Escala de autoavaliação com 21 itens de 0 a 63 pontos, onde é investigado o nível de	❖ Ansiedade Reduzida: observou-se de acordo com a avaliação da escala de HADS e de Beck pré e pós teste uma melhoria nos níveis de ansiedade sentidos pelos participantes. ❖ Dispneia Melhorada: neste âmbito, o estudo demonstrou resultados muito positivos no que se refere ao à dispneia evidenciado por melhoria nos scores relativos à escala de MRCS, com um efeito superior à redução dos níveis de ansiedade; ❖ Qualidade de vida: Os participantes que receberam a intervenção tiveram um impacto muito positivo na qualidade de
--	--	---	---	---

	colheita de dados foi 90, no entanto, o estudo foi concluído com 64 participantes, ou seja, n = 32 pessoas em situação de cuidados paliativos que receberam intervenção; n = 32 pessoas em situação de cuidados paliativos que não receberam intervenção, distribuídos aleatoriamente.	enfermagem, segundo Watson na diminuição da ansiedade na pessoa em cuidados paliativos; ➤ Monitorizar o impacto dos cuidados de enfermagem, segundo Watson na redução da dispneia nos participantes integrados no estudo; ➤ Avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem, segundo Watson, na qualidade de vida da pessoa em situação de cuidados	desconforto causado por situações de angústia na semana, o valor aumenta consoante a gravidade, sendo classificada desde leve, a moderada e grave; ➤ Escala de Dispneia do Conselho de Investigação Médica (MRCS) aplicada para avaliar o nível de dispneia dos participantes, medindo os efeitos da dispneia nas atividades de vida diária, integrando 5 itens, pontuada de 0 a 4, aumentando o valor de acordo com o nível de dispneia sentido; ➤ Escala de Qualidade de Vida SF-36, questionário concebido para avaliar a autoperceção da qualidade de vida numa determinada pessoa, incluindo fatores como função física, papel físico, dor, saúde, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental. ❖ Estratégia de intervenção: realizado programa estruturado aos participantes no programa; ➤ Programa com a duração de 8 semanas que incluiu: técnicas de comunicação, técnicas de relaxamento,	vida relacionado com a capacidade funcional e predisposição para realização de atividades de vida diárias, bem como a nível emocional, em comparação com o grupo de controlo; ❖ Necessidade de investigação: De acordo com os resultados obtidos, o exercício e uma intervenção estruturada, dinâmica e personalizada tem impacto positivo na pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem em contexto paliativo e na sintomatologia vivida, sendo necessária a sua dinamização. Estes resultados e os estudos acerca da temática são limitados e por isso, é
--	---	--	--	--

		paliativos.	estimulação visual, música, pintura, realização de exercício físico e exercícios respiratórios para cada participante, respeitando os seus limites físicos, a sua vontade, os seus valores e crenças espirituais.	fundamental a sua continuidade no âmbito da investigação para evidenciar os benefícios da intervenção.
E5. Wang, J., Yao, J. L., Cai, S. S., Yu, Y. D., Chen, L. P., Wang, Z. Q., ... & Huang, L. H. (2025). Effects of moderate intensity continuous training combined with emotional freedom techniques on fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a four-arm parallel randomized controlled trial. <i>Geriatric Nursing</i>,	❖ Estudo Quantitativo; ❖ Estudo Clínico Randomizado e Controlado; ❖ Pessoas com DPOC com sintomas estáveis que se encontravam hospitalizados, contudo em diagnóstico superior a 6 meses com idade superior a 18 anos. ❖ Com grupo de intervenção e grupo de controlo: 3 grupos de intervenção distintos (grupos que receberam programas de reabilitação) e	❖ Objetivo principal do estudo: ➤ Explorar terapêuticas não farmacológicas propícias ao alívio da fadiga na pessoa com alteração do sistema respiratório, nomeadamente, DPOC. ❖ Objetivos específicos da	❖ Método de colheita de dados: aplicadas escalas e questionários, bem como testes físicos às pessoas pré programa e pós programa; ➤ Questionário Geral de Dados, instrumento de elaborado pelos investigadores, contendo questões acerca da idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, IMC, duração da alteração em saúde, histórico de tabagismo, número de internamentos hospitalares por exacerbações agudas no espaço de um ano, número de alterações em saúde crónicas e gravidade de cada uma delas; ➤ Escala de Gravidade da Fadiga (FSS), escala que inclui 9 itens, sendo que se a pontuação média for igual ou superior a 4	❖ Fadiga Melhorada: Os resultados do MFI-20 demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos. A comparação da diferença total dos níveis de fadiga antes e depois da intervenção mostrou que os três grupos de intervenção alcançaram melhores resultados do que o grupo de controlo e o efeito de melhoria por ordem crescente foi grupo de controlo, depois igualados grupo MICT e grupo EFT e

66, 103581. China.	o grupo de controlo (cuidados habituais). ❖ n = 30 pessoas que receberam os cuidados habituais; n = 30 pessoas que receberam intervenção de nome MICT; n = 30 pessoas que receberam intervenção denominada EFT; n = 30 pessoas que receberam intervenção combinada, cujo nome é grupo MICT-mais-EFT;	investigação: ➤ Avaliar o impacto do programa na fadiga sentida pelos participantes; ➤ Percecionar a qualidade de vida dos participantes após programa; ➤ Avaliar a aplicação de cada uma das estratégias individualmente ou em combinação; ➤ Percecionar a segurança e a viabilidade da implementação do programa em	é definida como fadiga e inferior a este valor indica que a pessoa está num nível saudável. ➤ Índice Multidimensional de Fadiga-20 (MFI-20), instrumento que avalia a percepção de fadiga vivida pela pessoa, incluindo a fadiga geral, a fadiga física, fadiga mental, diminuição da motivação e diminuição da atividade. A pontuação total varia de 20 a 100 pontos, no entanto, a pontuação mais alta indica um grau mais elevado de fadiga. ➤ Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, sendo que são 14 questões divididas em 7 para o domínio da ansiedade e 7 para a depressão; ➤ Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI), utilizado para avaliar a qualidade do sono dos participantes. Inclui sete dimensões: qualidade do sono percecionada, atraso do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono, utilização de terapêutica farmacológica para dormir e disfunção diurna. Uma pontuação mais alta indica pior qualidade do sono.	posteriormente com destaque o grupo de combinação. A referir que o grupo EFT não teve grande impacto na dimensão da fadiga física, mas sim na incrementação de motivação. O grupo MICT teve resultados significativos no que se refere à melhoria da fadiga física. Já o grupo combinado demonstrou efeitos positivos principalmente na dimensão da fadiga geral, na fadiga mental e na redução da atividade ❖ Ansiedade Reduzida: Os participantes dos três grupos de intervenção apresentaram um impacto positivo nos níveis de ansiedade e depressão em comparação com o grupo de controlo. Ainda assim, a melhoria estatística é
--	--	--	---	---

		cada uma das vertentes na pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica, em fase avançada, mas controlada na sua sintomatologia.	➤ Teste de Marcha de 6 Minutos (6-MWT), trata-se de um teste físico que avalia a capacidade funcional da pessoa, estimando a distância que a pessoa consegue percorrer ao caminhar durante 6 minutos. Este reflete a resistência, a resposta a nível cardiorrespiratório e a condição física da mesma. ❖ Estratégia de intervenção: realizado programa estruturado aos participantes no programa; ➤ Programa com a duração de 8 semanas. ➤ No grupo de controlo foi realizada uma intervenção de enfermagem baseada nos cuidados de enfermagem de rotina no âmbito da capacitação acerca de conhecimentos básicos acerca da sua condição de saúde, cessação tabágica, identificação e gestão de exacerbações agudas, oxigenoterapia, treino físico e respiratório básico e apoio nutricional. ➤ No grupo MICT foram realizados	destacada nos grupos de combinação e EFT, neste âmbito. ❖ Qualidade do Sono: O programa de intervenção teve um efeito positivo, de ordem crescente, nos três grupos de intervenção, contudo destaca-se com valores equivalentes no grupo EFT e combinado e posteriormente, com uma diferença mínima no grupo MICT, sendo que o valor menos relevante estatisticamente se encontra no grupo de controlo. ❖ Capacidade Funcional: a pontuação no Teste 6-MWT, relacionado com a função física da pessoa, o impacto foi evidente no grupo combinado e no grupo MICT e posteriormente, menos
--	--	---	---	---

			exercícios de aquecimento, com exercício de caminhada (com progressão no tempo de realização) e alongamentos para finalização, 3 vezes por semana, no corredor da enfermaria do hospital ou em espaço aberto, com monitorização de oximetria. ➤ O grupo EFT foi capacitado para 5 momentos: concentração nas suas emoções e avaliação da intensidade emocional, prestar atenção às barreiras experienciadas na vida, associadas à condição de saúde, estabelecendo-se metas, tocar nos pontos de acupuntura para reavaliar a intensidade emocional negativa e dessensibilização emocional e feedback. ➤ Grupo Combinado: combinada a intervenção MICT e EFT, com base nos cuidados de rotina.	significativo estão os resultados no grupo EFT iguais ao grupo de controlo. ❖ Intervenção Combinada: Os resultados do estudo mostraram que a intervenção combinada apresentou uma melhoria geral da fadiga e da capacidade funcional da pessoa, bem como qualidade do sono e ansiedade. ❖ Necessidade de Investigação: A complexidade da relação entre o exercício e o sono na pessoa com DPOC merece uma exploração mais aprofundada no futuro. Também a seleção do método de gestão de fadiga mais eficaz na DPOC precisa de ser explorado, daí a
--	--	--	--	--

				necessidade contínua de estudos, neste âmbito. A MICT melhora a capacidade funcional da pessoa com DPOC, mas a EFT tem pouco impacto na melhoria da capacidade funcional, daí que se necessite de mais investigação para perceber a correlação de ambos nesta vertente.
E6. Mendizabal-Gallastegui, N., Arietaleanizbeasko a, M. S., Latorre, P. M., Garcia-Alvarez, A., Sancho, A., Iruarizaga, E., ... & Grandes, G. (2023, August). Nurse-supervised exercise for people with stage IV cancer: the EFICANCER	❖ Estudo Quantitativo; ❖ Estudo Clínico Randomizado e Controlado; ❖ Pessoas com cancro gastrointestinal, da mama e pulmão de células não pequenas em estadio IV, com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos em quimioterapia de primeira linha.	❖ Objetivo principal do estudo: ➤ Avaliar a eficácia do programa de exercícios individualizados e supervisionados por enfermeiras na pessoa com	❖ Método de colheita de dados: aplicados formulários às pessoas pré programa e pós programa; ➤ Questionário EORTC QLQ-C30, instrumento implementado no âmbito da qualidade de vida que avalia cinco escalas funcionais (física, papel, cognitiva, emocional e social) e procura entender a sintomatologia experienciada pela pessoa (fadiga, dor, náusea, perda de apetite, obstipação, diarreia, insónia, dispneia e dificuldades económicas);	❖ Qualidade de Vida: Os participantes que receberam a intervenção apresentaram um impacto positivo na sua qualidade de vida, em comparação com o grupo de controlo, ainda que aos 6 meses tenha existido uma quebra de resultados neste âmbito em ambos os grupos. No fim do programa a diferença

randomized clinical trial. In <i>Seminars in oncology nursing</i> (Vol. 39, No. 4, p. 151448). WB Saunders. Espanha.	❖ Com grupo de intervenção e grupo de controlo: o grupo de intervenção (grupo que recebeu o programa de reabilitação) e o grupo de controlo (cuidados habituais). ❖ n = 47 pessoas com neoplasia que receberam intervenção de nome EFICANCER; n = 43 pessoas com neoplasia que receberam os cuidados habituais.	cancro gastrointestinal, da mama ou pulmonar na qualidade e capacidade funcional. ❖ Objetivos específicos da investigação: ➤ Avaliar o impacto do programa na qualidade de vida dos participantes; ➤ Monitorizar o impacto do programa na capacidade funcional dos participantes; ➤ Avaliar a evolução dos	➤ Escala de Qualidade de Vida Short Form-36, questionário concebido para avaliar a autoperceção da qualidade de vida numa determinada pessoa, incluindo fatores como função física, papel físico, dor, saúde, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental. ➤ Teste de Marcha de 6 Minutos (6-MWT), trata-se de um teste físico que avalia a capacidade funcional da pessoa, estimando a distância que a pessoa consegue percorrer ao caminhar durante 6 minutos. Este reflete a resistência, a resposta a nível cardiorrespiratório e a condição física da mesma. ➤ Avaliação Funcional da Terapia do Cancro (FACT-F) - Fadiga, questionário que mede como a fadiga relacionada com o cancro afeta a qualidade de vida, percecionando a intensidade do cansaço, o impacto nas atividades de vida e o bem-estar físico, emocional, social e funcional. Este integra 27 itens (bem-estar físico, social e familiar, emocional e funcional) e acrescenta a subescala de fadiga composta	entre os grupos foi clinicamente relevante aos 12 meses, com uma diferença estimada entre os grupos de 15,7 pontos. Com resultados evidentes na componente física e mental no grupo de intervenção; ❖ Capacidade Funcional: Ambos os grupos melhoraram a capacidade funcional ao longo dos 12 meses de acompanhamento, no entanto, a melhoria significativamente maior é destacada no grupo de intervenção, de 6 em 6 meses, mas também quando comparado ao valor final apresentado pelo grupo de controlo, com uma distinção de 539,8 e 517,3, respetivamente, traduzindo um aumento de autonomia funcional e
--	---	--	--	---

		níveis de fadiga ao longo da intervenção no grupo de intervenção; ➤ Percecionar a segurança e a viabilidade da implementação do programa de exercício na pessoa com neoplasia avançada, com necessidade de cuidados paliativos.	por 13 itens acerca do cansaço, energia, fraqueza e impacto da fadiga no dia-a-dia. A pontuação mais alta indica menor fadiga e melhor qualidade de vida. ➤ Teste de Força de preensão manual (FPM / HANDGRIP), mede a força muscular da mão e do antebraço através da utilização de um dinamómetro. O presente teste auxilia na identificação da fragilidade muscular, sarcopenia e na monitorização da recuperação após intervenção de reabilitação. ➤ Teste de Levantar e Sentar 5 Vezes (FTSTS), este avalia a força dos membros inferiores e a mobilidade funcional. Para realizá-lo é necessária uma cadeira sem braços, onde o objetivo é sentar e levantar cinco vezes consecutivas o mais rápido possível com os braços cruzados ao peito. O tempo total é cronometrado e um tempo mais baixo indica maior força e mobilidade. Constitui-se como uma ferramenta útil para avaliar o equilíbrio, o risco de queda e o progresso em reabilitação.	benefícios no âmbito do autocuidado; ❖ Fadiga: No que se refere a este ponto crucial, não existiram alterações estatísticas significativas, ainda que a melhoria apenas seja observada no grupo de intervenção, o valor aos 2 meses de intervenção e aos 12 meses de intervenção varia de 41,2 para 41,7. Já no grupo de controlo existiu um decréscimo mínimo desde o início do programa de 40,4 para 40,2, constatando-se ainda uma diferença entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo; ❖ Força Muscular: A avaliação da força muscular que inclui a dinamometria manual e o teste de sentar e levantar
--	--	---	---	--

			❖ Estratégia de intervenção: realizado programa estruturado aos participantes no programa; ➤ Programa com a duração de 1 ano, com reavaliações aos 6 e 12 meses, três sessões por semana, combinando exercícios aeróbicos e treino de força. A componente aeróbica inclui treino de intensidade moderada a elevada, aumentada progressivamente ao longo do programa, com a duração de 20 a 60 minutos, com pausas instituídas, de acordo com a progressão da intensidade. O treino de resistência consistiu em repetições de exercícios de treino de força. também a intensidade foi alvo de ajuste no decorrer do tempo do programa, estas sessões incluíam 8 exercícios com uma ou duas séries de 8 a 12 repetições, utilizando halteres e faixas elásticas para os membros superiores e inferiores. ➤ As sessões foram monitorizadas por enfermeiros com formação específica em oncologia do exercício. Cada pessoa encontrava-se monitorizada através de monitor cardíaco e foi aplicada a escala de	5 vezes, demonstra um agravamento ainda que mínimo da mesma, o que demonstra que a intervenção necessita de ajustes neste âmbito; ❖ Necessidade de investigação: Um programa de exercícios supervisionado para a pessoa na fase mais avançada da alteração em saúde por enfermeiros qualificados é seguro e viável e apresenta melhorias funcionais e no âmbito da qualidade de vida, daí que mais evidência seja necessária e urgente para a inclusão destes programas como um elemento padrão na terapêutica da pessoa alvo de cuidados.
--	--	--	--	---

			Borg para classificar o esforço antes e depois de cada sessão.	
E7. Brown, J. C., Brighton, E., Campbell, N., McCleary, N. J., Abrams, T. A., Cleary, J. M., ... & Meyerhardt, J. A. (2022). Physical activity in older adults with metastatic gastrointestinal cancer: a pilot and feasibility study. <i>BMJ Open Sport & Exercise Medicine</i>, 8(2), e001353. Estados Unidos.	❖ Estudo Desenho de Corte Único; ❖ Pessoas com cancro, em fase avançada, metastizado do esófago, estômago, pâncreas ou cólon-retos, com idades compreendidas a partir dos 65 anos inclusive, que planeavam iniciar quimioterapia, sem metastização cerebral ou do sistema nervoso central e alguma condição de saúde descontrolada e deviam manter atividade física superior a 150 minutos por semana. ❖ Sem grupo de controlo ❖ n=29 pessoas elegíveis, sendo que apenas 17 integraram o programa final	❖ Objetivo principal do estudo: ➤ Compreender a viabilidade da aplicação de um programa estruturado de exercício durante a quimioterapia para a pessoa com cancro gastrointestinal em fase avançada. ❖ Objetivos específicos da investigação: ➤ Avaliar a adesão ao programa de	❖ Método de colheita de dados: aplicados formulários às pessoas pré programa e pós programa; ➤ Escala de Qualidade de Vida SF-36, questionário concebido para avaliar a autoperceção da qualidade de vida numa determinada pessoa, incluindo fatores como função física, papel físico, dor, saúde, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental. ➤ Avaliação Funcional da Terapia do Cancro (FACT-G) - Fadiga, questionário que mede como a fadiga relacionada com o cancro afeta a qualidade de vida, percecionando a intensidade do cansaço, o impacto nas atividades de vida e o bem-estar físico, emocional, social e funcional. Este integra 27 itens (bem-estar físico, social e familiar, emocional e funcional) e acrescenta a subescala de fadiga composta por 13 itens acerca do cansaço, energia, fraqueza e impacto da fadiga no dia-a-dia. A	❖ Adesão ao programa: ao longo das semanas pelo menos 50% dos participantes aderiram a 50% do programa prescrito e na última semana, 67% dos participantes aderiram a pelo menos 50% do exercício prescrito. ❖ Qualidade de Vida: Os participantes apresentaram um impacto positivo na sua qualidade de vida, sendo que no fim do programa a diferença foi clinicamente relevante, com resultados minimamente inferiores na componente física, mas superiores a nível mental, com um aumento da sobrevida global;

	de atividade física.	exercício, sendo que pelo menos 50% das pessoas deve aderir a 50% da prescrição; ➤ Monitorizar o impacto da intervenção e as mudanças de saúde na qualidade de vida da pessoa com cancro gastrointestinal, com metastização, numa fase avançada; ➤ Melhorar a autoeficácia da atividade física, o estabelecimento de metas e expectativas de	pontuação mais alta indica menor fadiga e melhor qualidade de vida. ➤ Estado de Desempenho ECOG, escala numérica utilizada que avalia a capacidade funcional, principalmente na pessoa com doença oncológica. Esta determina também como a patologia tem influência na capacidade de a pessoa realizar atividades de vida diárias. A pontuação varia de 0 (totalmente ativo e sem restrições) a 5 (óbito), com pontuações intermédias que descrevem diferentes graus de restrição e necessidade de cuidados. ➤ Actigraph GT3X+, instrumento conhecido por acelerómetro triaxial utilizado na cintura que permitiu quantificar o exercício de intensidade leve e moderada a vigorosa. ➤ Teste de Força de Preensão Manual (FPM), quantifica a força muscular dos membros superiores. O presente teste avalia e identifica o nível de fragilidade muscular, sarcopenia e monitoriza a recuperação após intervenção de	❖ Nível de atividade física: Desde o início do programa até à semana 12, a atividade física de intensidade leve teve um aumento de 266,1 minutos para 307,4 minutos por semana e da intensidade moderada a vigorosa aumentou 25 minutos do que na semana inicial. ❖ Capacidade Funcional: a pontuação no teste padronizado que avalia a função física em adultos permaneceu estável e apresentou uma ligeira melhoria na velocidade da marcha com menos 0,02 m/s. ❖ Fadiga: No que se refere a esta variável do estudo, esta diminuiu em média, contudo a variação foi
--	----------------------	---	--	--

		resultados; ➤ Verificar a segurança e viabilidade da intervenção junto dos participantes; ➤ Percecionar a sobrevida global dos participantes após a implementação do programa.	reabilitação. ➤ Bateria de Avaliação Física Curta (SPPB), teste padronizado que avalia a função física em adultos, especialmente, em pessoas idosas ou em contexto clínico, tendo em conta o equilíbrio estático, velocidade da marcha e força dos membros inferiores, com uma pontuação total de 12 pontos, representando este valor, um bom desempenho físico ❖ Estratégia de intervenção: implementado programa de exercício aos participantes no programa; ➤ Programa de exercício com a duração de 12 semanas desenhado com a combinação de atividade aeróbica, treino de flexibilidade, força e equilíbrio. ➤ Os participantes receberam um pedómetro para monitorização da atividade aeróbica e halteres e pesos para treino de força. Com uma meta semanal de 150 minutos de exercício aeróbico e posteriormente seria realizado o treino de flexibilidade. Em seguida, o treino de	muito ampla, dependendo de fatores físicos que condicionam o desempenho nas atividades; ❖ Força Muscular: A avaliação da força muscular que inclui a dinamometria manual demonstra um declínio não significativo na força de preensão de -2,6 kg; ❖ Prevenção do Declínio Funcional: os resultados deste estudo estabeleceram uma importante relação entre a prevenção do declínio funcional e a prestação de cuidados paliativos geriátricos oncológicos orientados para cada pessoa. Ainda mais essencial que o aumento de sobrevida é a preservação da
--	--	---	--	--

			fortalecimento muscular dos membros inferiores com pesos variáveis nos tornozelos, conforme tolerância. No que toca ao treino de equilíbrio este estabelecia um complemento à componente aeróbica e força. ➤ O programa incluiu instrução presencial, atividade em casa e capacitação por via telefónica (promoção da adesão ao exercício, discussão de barreiras ao exercício e averiguar sintomatologia sentida).	capacidade de viver de forma funcional, independente e de bem-estar geral.
--	--	--	---	---