

Relatório de Estágio/ Impacto de um Programa de Reabilitação num Doente Internado na Unidade de Cuidados Paliativos

Márcia Filipa Ribeiro Sarmiento Moreira

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica:
Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, Novembro de 2023

Moreira MFRS. RELATÓRIO DE ESTÁGIO. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUM DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS. ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE. INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA.

Bragança, 2023.

“Tu importas por seres quem és,
e importas até ao final da tua vida.

Faremos tudo o que pudermos
não só para te ajudarmos a morrer em paz,
mas também, para poderes viver até que morras”.

Cicely Saunders, “Velaí Comigo”

Agradecimentos

Aqui presto o meu agradecimento:

Aos incansáveis, o meu filho e marido, que com toda a paciência, resiliência e sobretudo carinho, percorreram este caminho sempre de mãos dadas com a mãe e esposa, apoiando, incentivando e perdoando todos os minutos roubados.

Às minhas parceiras desta aventura, por todos os momentos partilhados, quer eles tenham sido bons ou menos bons. “Sem vocês, não era capaz”

À Professora Maria José Gomes pela serenidade e disponibilidade demonstradas ao longo destes meses.

Aos meus estimados colegas de profissão, com os quais tenho o privilégio de trabalhar diariamente, pela sua constante disposição em ajudar e pela disponibilidade demonstrada ao fazerem trocas de horário, permitindo-me cumprir os meus compromissos letivos. Além disso, não posso deixar de mencionar o imenso carinho e apoio emocional por eles demonstrado. Sou verdadeiramente grata por ter pessoas tão especiais ao meu lado, cuja dedicação e apoio foram inestimáveis.

Aos que me apoiaram e ajudaram, apesar das minhas faltas, em todo este processo, e compreenderam a importância desta formação, tornando este caminho árduo, bem mais fácil. “Vai! Tu consegues...”

A todos um muito OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: A Enfermagem de Reabilitação e os Cuidados Paliativos são conceitos que se entrelaçam, uma vez que partilham objetivos comuns e uma profunda intencionalidade na recuperação da pessoa, mesmo quando a cura não é uma possibilidade. A Reabilitação deve ser orientada por quatro princípios: educação, independência, desenvolvimento de competências e qualidade de vida, que estão expressamente ou implicitamente incluídos na legislação que rege os Cuidados Paliativos em Portugal.

Objetivo: Implementar um programa de reabilitação a um doente internado numa Unidade de Cuidados Paliativos e identificar os seus ganhos.

Métodos: A investigação a ser realizada enquadra-se no estudo descritivo do tipo estudo de caso. Este estudo inicia-se com uma avaliação inicial abrangente da funcionalidade da pessoa, seguida da identificação e definição de objetivos, organização e implementação de um plano de intervenção e, por fim, avaliação dos resultados obtidos num doente em situação paliativa, internado na Unidade de Cuidados Paliativos.

Resultados: O programa de reabilitação implementado revelou um impacto positivo no doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos, traduzindo-se numa melhoria da sintomatologia, da funcionalidade; otimização de terapêutica, prevenção e controlo de situações de agudização e de complicações, traduzindo-se numa melhoria da qualidade de vida.

Conclusão: Foi justificado que existem evidências claras da importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no doente paliativo. Os benefícios decorrem da atuação na promoção do conforto em todas as suas vertentes, na maximização da funcionalidade, autonomia e independência no autocuidado, na minimização do impacto das incapacidades já instaladas e na capacitação para a gestão da terapia e dos processos de doença. Isso contribui para a redução da ocorrência de agravamentos, da necessidade de hospitalização e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

Palavras-chave: Enfermagem em Reabilitação; Cuidados Paliativos; Sintomas; Autocuidado; Autonomia pessoal

ABSTRACT

Background: Rehabilitation Nursing and Palliative Care are intertwined concepts, as they share common objectives and a profound intention to restore the individual, even when a cure is not a possibility. Rehabilitation should be guided by four principles: education, independence, skill development, and quality of life, which are explicitly or implicitly included in the legislation governing Palliative Care in Portugal.

Aim: Implementing a rehabilitation program for a patient admitted to a Palliative Care Unit and identifying their gains.

Methods: The research to be conducted falls under the descriptive study type of a case study. This study begins with a comprehensive initial assessment of the individual's functionality, followed by the identification and definition of goals, organization and implementation of an intervention plan, and finally, evaluation of the outcomes obtained in a patient in a palliative care situation, admitted to the Palliative Care Unit.

Results: The implemented rehabilitation program showed a positive impact on the patient admitted to the Palliative Care Unit, resulting in an improvement in symptoms, functionality, optimization of therapy, prevention and management of exacerbations and complications, leading to an improvement in quality of life.

Conclusion: It was justified that there are clear pieces of evidence regarding the importance of the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing for the palliative patient. The benefits stem from their actions in promoting comfort in all its aspects, maximizing functionality, autonomy, and self-care independence, minimizing the impact of pre-existing disabilities, and empowering patients to manage therapy and disease processes. This contributes to reducing the occurrence of exacerbations, the need for hospitalization, and the improvement of the quality of life of the palliative patient.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Palliative Care; Symptoms; Self-care; Personal Autonomy

SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ATB- Antibiótico

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BAV - Bloqueio Aurículo - Ventricular

CEA – antigénio carcino- embrionário

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EC- Ensino Clínico

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER - Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

FRCV - Fatores de Risco Cardiovasculares

GUSS- Gugging Swallowing Screen

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

MMSE – Mini Mental State Examination

MRC – Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPS – Palliative Performance Scale

PR – Programa de Reabilitação

PRC- Programa de Reabilitação Cardíaca

PTA - Prótese Total da Anca

PTJ - Prótese Total do Joelho

RC- Reabilitação Cardíaca

REPE – Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

TA- Tensão Arterial

TAC- Tomografia Axial Computorizada

UCIC - Unidade De cuidados Intensivos Coronários

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULSNE – Unidade Local de Saúde Nordeste

URC - Unidade de Reabilitação Cardíaca

Índice

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	14
INTRODUÇÃO	14
PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	39
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	39
1.1. Cuidados Paliativos e a Enfermagem de Reabilitação	39
1.2. Enfermagem de Reabilitação Dirigida aos Cuidados Paliativos	42
2. METODOLOGIA	45
2.1. Tipo de estudo e objetivos.....	45
2.2. População e Amostra	46
2.3. Instrumento de Recolha e Tratamento de Dados.....	47
2.4. Procedimentos Éticos.....	48
3. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	49
3.1. Anamnese.....	49
3.2. História Clínica	50
3.3. História de Doença Atual.....	51
3.4. Últimos MCDTs	54
3.5. Estudo Analítico	54
4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	56
4.1. Avaliação Subjetiva e Objetiva de Enfermagem de Reabilitação	57
4.1.1. Exame físico.....	57
4.1.2. Avaliação da Função Respiratória.....	58
4.1.3. Avaliação da Função Neurológica.....	58
4.2. Avaliação da Funcionalidade.....	61
4.3. Componente Psicoespiritual.....	62
4.4. Componente Sociocultural	62
4.5. Componente Habitacional	63
5. PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	64
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	71
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Teste de Tinetti - Avaliação da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico	71
Gráfico 2- Escala MRC - Avaliação da Força Muscular.....	72
Gráfico 3- Escala de Morse - Avaliação do Risco de Queda.....	73
Gráfico 4 - Escala de Barthel – Avaliação das AVD	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - TAC toraco-abdomino-pélvico:	54
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- DADOS GERAIS.....	49
Quadro 2- TERAPÊUTICA DOMICILIARIA.....	50
Quadro 3- SINAIS VITAIS OBTIDOS.....	57
Quadro 4- AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	58
Quadro 5- ESCALA MRC - Avaliação da Força Muscular.....	59
Quadro 6- ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA – Avaliação da Espasticidade	59
Quadro 7- ESCALA DE BARTHEL – Avaliação das AVD.....	61
Quadro 8- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	64
Quadro 9- PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	65
Quadro 10- REGISTO DE INTERVENÇÕES	67

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste no Relatório de Estágio enquadrado na unidade curricular Opção 2 - Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação com relatório, inserido no 2º ano 1º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança.

É parte integrante do estágio de natureza profissional objeto de relatório final, conforme os objetivos específicos delineados na alínea b), do nº1, do Artigo 20º do Decreto-Lei nº 74/2019 de 24 de março, e que será alvo de apreciação e discussão pública por um júri nomeado.

Pretendo alcançar a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) com a certificação de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEER definidas nos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como, a obtenção do Grau de Mestre, conforme artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2019, de 24 de Março, através da aprovação de todas as unidades curriculares do curso, do estágio e da aprovação no ato público do relatório de Estágio

O exercício da atividade profissional deve, primordialmente, responder ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), ao Código Deontológico e aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela OE, tal como as orientações clínicas e de boas práticas, conferindo valores ao serviço e instituições que prezam e apelam à qualidade dos cuidados de saúde.

Esta caminhada inicia-se, após quinze anos de exercício profissional, pois com o desenvolvimento da experiência profissional surgem novos desafios: a realização de auditorias, a integração de elementos profissionais nos serviços, a formação entre pares, a supervisão de estudantes de enfermagem e a função de responsável de turno.

Uma vez que o EE é portador de um conhecimento específico, com níveis mais elevados de julgamento clínico e tomada de decisão e que, o aglomerado de competências especializadas advém do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2019), depreendi que seria oportuno adquirir conhecimentos teóricos, práticos, científicos e profissionais mais aprofundados. Dado que exerço funções de enfermeira generalista nos Cuidados Paliativos e consciente da necessidade de uma formação especializada, por não ser detentora um agregado de conhecimentos e procedimentos específicos, que permita ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional, tendo em conta a sua condição de saúde/doença, escolhi a área de Reabilitação. A prática profissional do EEER é definida pela complexidade e âmbito de intervenção enquadrados nas competências e padrões de qualidade e tem vindo a assumir uma importância cada vez maior na Reabilitação, em geral, e na intervenção do EEER em particular junto da pessoa em situação paliativa.

Embora nenhum campo de estágio tenha sido realizado na Unidade de Cuidados Paliativos, com este trabalho, gostaria de salientar a pertinência e relevância da intervenção do EEER no doente paliativo. Assim, o estudo realizado tem como tema o “Impacto de um Programa de Reabilitação num Doente Internado na Unidade de Cuidados Paliativos” e como objetivo geral: Implementar um programa de reabilitação a um doente internado numa Unidade de Cuidados Paliativos e identificar os seus ganhos. Pretendo, também, desta forma salientar a importância da presença de um EEER num serviço desta tipologia.

O EEER é o profissional que através de conhecimento e procedimentos específicos, permite “*ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência*” com os objetivos de “*melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa*” (OE, 2019).

Os estágios decorreram em contextos distintos, quer a nível de internamento (Unidade de Convalescência, Unidade de AVC, Serviço de Ortopedia, Serviço de Cardiologia), quer a nível de ambulatório, nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Pois, o EEER “*cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*” (OE, 2010). O

desenvolvimento das atividades delineadas para a aquisição das competências de EE e EEER, levaram a escolha dos campos de estágio envolvidos.

I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Os estágios em contexto clínico foram organizados de forma a incluir todas as áreas definidas no Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e tendo em consideração os documentos reguladores da profissão de Enfermagem e os requisitos exigidos pela Ordem do Enfermeiros para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

a) Descrição do Estágio I- *Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Mirandela*

Durante o período de estágio na ECCI do Centro de Saúde de Mirandela, entre 18 de abril de 2022 e 3 de junho de 2022, fui orientada pelo Enfermeiro Especialista Ricardo Ribeiro, onde tive oportunidade de integrar a equipa responsável pela dinamização de um inovador projeto.

Para projeto em utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), foi criada uma sala com vários equipamentos, incluindo bicicleta estática, máquina de multifunções, máquina de abdução/adução dos membros inferiores, pesos, alteres, pedaleiras, bastões, marquesa, passadeira, entre outros. Neste âmbito, cada utente recebeu uma sessão de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) três vezes por semana, totalizando 36 semanas. As sessões foram realizadas por EEER (equipa constituída por 2 EEER) e incluíram planos de exercício físico, orientações sobre fatores relacionados à DPOC, controlo dos fatores de risco e aplicação de técnicas de RFR. Os utentes, também, receberam um plano personalizado para continuar o tratamento em casa após o término das sessões, acompanhado por visitas domiciliárias mensais e acompanhamento telefónico quinzenal.

Durante o estágio, denotei a importância de fornecer material de apoio em formato de papel para os utentes, como um plano orientador de treino que facilita o entendimento de seu esquema de treino (ver anexo 1). A equipa de enfermagem de reabilitação atuou de acordo com protocolos pré-definidos de intervenção e avaliação, garantindo que todos os procedimentos fossem executados da mesma forma e de acordo

com as orientações técnicas específicas para utentes com DPOC. A prescrição do exercício e sua progressão foram personalizadas, mas sempre de acordo com os protocolos estabelecidos para o programa de reabilitação respiratória.

b) Descrição do Estágio II- *Unidade de Convalescença do Hospital de Macedo de Cavaleiros (UCMC)*

O período de 06 de Junho de 2022 a 15 de Julho de 2022, realizei o meu segundo estágio clínico na Unidade de Convalescença do Hospital de Macedo de Cavaleiros onde fui orientada diretamente pelo EEER Rui Ricardo.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é uma instituição pública e privada que tem como objetivo fornecer cuidados de saúde e apoio social contínuo e integrado a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade. Os cuidados continuados integrados promovem a recuperação global da pessoa, melhoram a sua autonomia e funcionalidade dentro do contexto de dependência em que a pessoa se encontra.

A admissão na UCMC requer a situação de dependência que, após uma doença aguda ou agudização de doença crónica, apresente algumas das seguintes condições:

- Doente com necessidade de cuidados de enfermagem permanentes;
- Doente com necessidade de:
 - Reabilitação intensiva,
 - Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
 - Prevenção ou tratamento de úlceras;
- Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 30 dias;
- Doente com miopatia de desuso.

A UCMC tem uma capacidade de 15 camas e uma equipa multidisciplinar composta por 10 enfermeiros, 6 dos quais são EEER, 1 médico de medicina interna, 10 assistentes operacionais, 3 fisioterapeutas, 1 assistente operacional para auxílio na fisioterapia, 1 terapeuta da fala, 1 terapeuta ocupacional, 2 animadoras sociais, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 nutricionista.

Na UCMC os doentes são submetidos a um plano intensivo e contínuo de intervenção em reabilitação, que inclui o ensino e treino de Atividades de Vida Diária (AVD). Isso é, particularmente, importante para obter um maior grau de autonomia no desempenho seguro das atividades de autocuidado, considerando a nova condição motora e cognitiva do doente (Hoeman, 2011).

Durante o meu estágio na UCMC, as patologias mais prevalentes foram miopatias de desuso por internamentos prolongados pós-Covid, PTJ, reabilitação pós-AVC, demência e DPOC.

A minha intervenção como estagiária de EEER começava com cuidados de higiene, realizando ensino e treino de ABVD, bem como treino de transferência da cama para a cadeira e da cadeira para a cama. Também ensinei a dissociação dos tempos respiratórios, treinos de marcha e treinos de marcha com recursos a auxiliares de marcha, transposição de obstáculos e exercícios de fortalecimento muscular. Em relação à alimentação, concentrei-me mais nos doentes com disfagia, avaliando e adaptando a alimentação ao grau de disfagia do doente. Incentivei, também, o uso da motricidade fina, pedindo a colaboração dos doentes em atividades de decoração do espaço físico para comemoração dos santos populares. Relativamente à eliminação, incentivei os doentes a usar o WC e sempre estimei o seu autocuidado, utilizando ao máximo a sua funcionalidade.

De realçar que, um dos aspetos que condicionou a minha atividade enquanto aluna de EEER, é o treino intensivo que os doentes têm no ginásio de fisioterapia ao longo do dia, o que os leva a estarem cansados e pouco motivados para a realização ou reforço dos ensinamentos da nossa parte.

c) Descrição do Estágio III- UCIC, serviço Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca

O terceiro ensino clínico decorreu do dia 05 de Setembro de 2022 ao dia 14 de Outubro de 2022 na UCIC, serviço Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca (URC). Durante este período de estágio contei com a orientação direta da EEER Fátima Marques.

A Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) tem capacidade para oito doentes. A unidade conta com sua própria equipa médica e de enfermagem, bem como com equipamentos de monitorização, diagnóstico e tratamento necessários. A UCIC implementa medidas contínuas de controlo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Esta Unidade admite doentes de todas as idades que apresentem um dos seguintes diagnósticos: insuficiência cardíaca descompensada, bloqueio atrioventricular completo, enfarte agudo do miocárdio, angina instável, miocardite ou estenose aórtica.

A equipa de enfermagem da UCIC é composta por três enfermeiros especializados em horário combinado das 8h às 15h de segunda a sexta-feira. Colaboram com a chefe de enfermagem na gestão do serviço e prestam cuidados especializados de ER, assistindo à passagem de turno relativa a todos os doentes da UCIC e estabelecendo diagnósticos prioritários, direcionados sobretudo às áreas do treino RFR e RC. A referenciação de doentes para posterior encaminhamento para o PRC na unidade de RC é outra das funções do EEER.

O Serviço de Internamento de Cardiologia tem capacidade para até 15 doentes. Este serviço conta, também, com sua própria equipa médica e de enfermagem, além de equipamentos de monitorização e tratamento necessários. O Serviço de Internamento de Cardiologia recebe doentes com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada, bloqueio atrioventricular completo, enfarte agudo do miocárdio, angina instável, miocardite e estenose aórtica.

A RC é dividida em 3 fases. A primeira fase da RC (Fase 1 ou intra-hospitalar) inclui o período de internamento do doente após um evento agudo até ao momento da alta. Nesta fase, assegurada a estabilidade clínica após o evento agudo, inclui-se um conjunto de intervenções multidisciplinares, assim como, avaliar o risco cardiovascular,

a mobilização precoce, a preparação para a alta e a referenciação para o PRC (Fase 2). Na primeira fase da RC há um conjunto de componentes essenciais que são incluídos em todos os programas, assim era realizado: avaliação inicial, controle de FRCV e as respectivas estratégias para o seu controlo, avaliação do estado mental do doente reduzindo a ansiedade e se necessário prestação de apoio psicossocial, otimização do regime medicamentoso prescrito, aconselhamento sobre atividade física e treino com exercício físico, prevenindo as sequelas da imobilização e melhoria da capacidade funcional. Instrução do doente com informações sobre a doença cardíaca e tratamento realizado ou a realizar.

A fase 2 do PRC abrange o período logo após a alta e pode ir até ao fim do primeiro ano e no contexto em que o doente apresenta uma situação de saúde estável. As sessões programadas no PRC, tem início após a avaliação da equipa, devem iniciarse o mais precocemente possível, implicando sempre o doente e a família. Sendo que o número de sessões deverá ser prescrito em função da estratificação do risco cardiovascular. (Costa et al. 2020).

O ginásio da URC é constituído por balneários, 1 casa de banho, 1 sala de enfermagem, 3 gabinetes médicos e janelas amplas. O ginásio comportava recursos materiais essenciais ao treino: 2 passadeiras elétricas, 2 bicicletas estáticas, 1 bicicleta vertical, 1 máquina de remo, 1 bicicleta elíptica, 1 máquina multifunções, halteres de vários pesos, fitas elásticas de várias resistências (Tera - banda), bolas medicinais, 2 computadores, 6 aparelhos de telemetria cardíaca, 2 avaliadores de TA, 3 oxímetros digitais, carrinho de emergência e respetivo desfibrilhador, 1 balança e 1 fita métrica.

O PRC era constituído por 3 grupos com 6 utentes cada, tinha a duração de 8 semanas, com frequência de 3 sessões por semana, para um total de 24 sessões, com a duração de hora e meia cada. A prescrição do programa de exercícios era feita de forma individualizada e especificada para cada utente, em termos de intensidade, duração, frequência, tipo de exercício físico e progressão. Nesta fase é introduzido plano de treino aeróbico (até à 8ª sessão), leve a moderado, com frequência contínua ou intervalada, a partir da 9ª sessão era incluído, também, o treino de resistência ou endurance (treino anaeróbico), equilíbrio, flexibilidade e relaxamento pós treino. As sessões eram aproveitadas para continuar a intervenção do EEER a nível da educação para a saúde, relembrando os aspetos sobre FRCV e a modificação do estilo de vida,

alimentação saudável e cessação tabágica (sugeria-se o apoio psicológico), assim como, dar atenção especial na otimização da terapêutica farmacológica e verificar cumprimento da mesma, como medidas de prevenção secundária.

Antes do treino era realizado o aquecimento inicial com dissociação dos tempos respiratórios. Na fase de recuperação realizava-se a redução gradual do exercício com regresso aos parâmetros vitais basais e no final do treino realizavam-se exercícios de alongamento dos grupos musculares. No final de cada sessão era avaliado o peso, o perímetro abdominal e o índice de massa corporal. Também, era avaliada a glicemia capilar, no início e no final da sessão, nos utentes diabéticos. A supervisão do programa de exercício físico, era realizada pelo EEER e pelo fisioterapeuta.

Aquando do término da Fase 2, seguia-se a Fase 3 (ambulatório de manutenção), onde se privilegiava a adesão à atividade física regular, na vida quotidiana da pessoa.

d) Descrição do Estágio IV- *Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros*

O quarto ensino clínico decorreu do dia 17 de Outubro 2022 ao dia 25 de Novembro de 2022 na ECCI do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros. Neste campo de estágio tive a orientação da EEER Anne Sophie Vidal.

A ECCI é uma equipa domiciliária que faz parte da RNCCI, com o objetivo de promover e recuperar a saúde dos utentes que necessitam de manutenção de cuidados.

O EEER é um elemento essencial na ECCI, uma vez que é responsável por garantir os projetos que devem ser assegurados pela equipa, através da prestação de serviços de cuidados domiciliários de enfermagem reabilitadores de acordo com a alínea 4 do artigo 9º do Despacho nº 10143/2009. O enfermeiro especialista da ECCI tem conhecimentos de reabilitação em várias áreas, como neurológica, respiratória e ortopédica, e leva até às pessoas, numa política de proximidade, a possibilidade de usufruírem no seu domicílio de cuidados especializados de reabilitação que fazem a diferença na sua qualidade de vida. Isso permite aos doentes permanecerem junto das suas famílias no seu ambiente sociocultural, sem ter de abdicar da continuidade de cuidados, em especial cuidados de enfermagem de reabilitação.

Durante este estágio tive a oportunidade de reabilitar vários doentes com predomínio das patologias:

- PTJ / PTA- realizar mobilizações ativas assistidas e resistidas, treinos de marcha. Sempre enfatizei a importância de os utentes realizarem os exercícios ensinados várias vezes ao dia para uma recuperação mais rápida.
- Miopatias de desuso por internamento prolongados – na qual foram feitos exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de marcha e ensinamentos para os utentes e cuidadores.

Durante o meu estágio, compreendi que muitas vezes é necessário ser criativo para podermos oferecer os melhores cuidados aos utentes. Foi preciso adaptar o material disponível em domicílio, já que o equipamento apropriado é escasso (por exemplo, utilizar paus de vassoura em vez de bastões).

É importante destacar que um dos fatores que limita a nossa atividade é a grande distância geográfica entre os vários utentes acompanhados, o que resulta em tempo significativo gasto em viagens entre os utentes.

e) Descrição do Estágio V - *Unidade de AVC do Hospital de Macedo de Cavaleiros*

O quinto ensino clínico decorreu do dia 28 de Novembro de 2022 ao dia 13 de Janeiro de 2023 na Unidade de AVC do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Durante este período de estágio contei com a orientação de todos os EEER da unidade.

A capacidade da Unidade de AVC no hospital de Macedo de Cavaleiros é de nove doentes. A equipa multidisciplinar inclui 11 enfermeiros, dos quais 4 são Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e a enfermeira chefe também é EEER; um médico de Medicina Interna; um neurologista uma vez por semana; um fisiatra duas vezes por semana; um fisioterapeuta; um terapeuta da fala; um terapeuta ocupacional e um nutricionista.

A unidade admite doentes de todas as idades que sofreram um AVC e apresentam algum tipo de deficit, sendo os AVC isquémicos mais prevalentes do que os

hemorrágicos. A maioria dos doentes tem entre 70 e 80 anos e apresenta grau de dependência moderada a total.

O enfermeiro EEER da unidade de AVC desempenha funções especializadas, mas também atua como enfermeiro generalista. Em ambos os contextos, é essencial possuir habilidades de organização e gestão para os cuidados de enfermagem de reabilitação. Juntamente com os orientadores clínicos, são estabelecidas as prioridades de intervenção, em consonância com as necessidades dos doentes, para se coordenar os cuidados gerais com os cuidados de enfermagem de reabilitação

Depois de realizar uma avaliação neurológica e funcional, é necessário desenvolver um Plano de Reabilitação (PR) individualizado para cada doente, a fim de obter o melhor resultado possível. Diariamente, é realizado um exame neurológico que inclui a avaliação de várias componentes, utilizando escalas validadas pela comunidade científica: estado mental, atenção, memória, linguagem, capacidades práxicas e negligência hemiespacial unilateral, pares cranianos, força muscular tônus muscular, coordenação motora, sensibilidade superficial e profunda, equilíbrio estático e dinâmico e marcha.

Para maximizar a melhoria da função motora e sensitiva, foi necessário desenvolver um plano de reabilitação individualizado para cada doente, que incluiu mobilizações passivas em cada segmento corporal, respeitando as amplitudes articulares e o limiar de dor. À medida que o doente recuperava a força muscular, as mobilizações passaram a ser ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas.

As atividades terapêuticas realizadas no leito, como a facilitação cruzada, rolar na cama, ponte, flexão e extensão da coxofemoral, automobilizações e carga no cotovelo do lado afetado, foram importantes para melhorar o desempenho das atividades da vida diária (AVD), adquirir controlo postural e facilitar o levante e a marcha (Menoita, et al., 2012).

Em relação às alterações da deglutição, o Enfermeiro responsável pelo doente adequou a dieta, consistência e preferências alimentares, tendo em vista que, em alguns casos, o objetivo da intervenção pode ser a prevenção de complicações, e não necessariamente o restabelecimento total da função. Para garantir a segurança do

processo, foi utilizada a Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS) para avaliar o comprometimento da deglutição.

Doentes com disfagias acentuadas foram alimentados por sonda nasogástrica com alimentação entérica artificial.

f) Descrição do Estágio VI – Serviço de Ortopedia do Hospital de Macedo de Cavaleiros

O sexto e último ensino clínico decorreu do dia 16 de Janeiro de 2023 ao dia 24 de Fevereiro de 2023 no serviço de Ortopedia do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Durante este período de estágio contei com a orientação direta da EEER Belandina Gonçalves..

Para o funcionamento adequado do serviço de Ortopedia, é necessário contar com um grupo de profissionais de diferentes áreas, formando uma equipa multidisciplinar. Essa equipa é composta por 11 enfermeiros, dos quais somente 3 são especialistas em ER, e a enfermeira chefe é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Além disso, o serviço conta com o suporte da Medicina Física e de Reabilitação, onde os doentes vão diariamente ao ginásio, localizado no piso -1.

O Serviço de Ortopedia trabalha em conjunto com o Bloco Operatório em cirurgias de ambulatório. São admitidos doentes de todas as idades que apresentam problemas ortopédicos e que estão em situação de dependência, sendo mais comuns as seguintes patologias: artroses da anca e joelho (procedimentos de prótese e revisões de prótese), lesões nos ligamentos e meniscos do joelho, patologias no pé (como o hallux valgus), na mão (como a síndrome do túnel do carpo) e na coluna vertebral.

No serviço de Ortopedia, o EEER é um elemento fundamental para a recuperação do doente e para a dinamização da equipa de enfermagem. Quando um doente perde a sua independência devido a um problema ortopédico, ele precisa de apoio, motivação e instrução para recuperar a sua independência ou, se isso não for possível, para facilitar sua adaptação à nova condição, com todas as limitações funcionais inerentes à sua situação. Todo esse trabalho deve ser realizado pelo EEER,

que, devido às suas competências, deve intervir com a implementação de um plano de reabilitação adequado e cuidadoso à patologia de cada doente.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de realizar diversos ensinamentos pré-operatórios, enfatizando as mobilizações que os doentes poderiam fazer no pós-operatório, para que pudessem contribuir de forma mais ativa no seu processo de reabilitação. Foi possível também reeducar a função motora através do treino de marcha livre (no caso da cirurgia à coluna) e com o apoio de meios auxiliares de marcha, para que o doente pudesse interiorizar o novo padrão de marcha gradualmente, além dos posicionamentos permitidos, tanto no leito quanto na cadeira, treino de levantar/deitar no leito e sentar/levantar da cadeira e treino de subir/descer escadas. Também foram fornecidas recomendações sobre a prevenção de quedas e comportamentos de risco.

Notei que a rotatividade de doentes é elevada, tendo concluído que, quando os ensinamentos eram feitos em todos os momentos do internamento, o período de internamento se tornava mais curto. Além disso, houve uma melhor assimilação da informação quando os ensinamentos foram realizados no pré-operatório.

II- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

É importante avaliar os objetivos inicialmente delineados, após o término da unidade curricular - Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Reabilitação com relatório, pois permite compreender o alcance das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER.

Na área da Enfermagem, a prática da reflexão esta a tornar-se cada vez mais comum, pois é uma ferramenta fundamental no processo de aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016). O pensamento reflexivo e crítico possibilita distinguir entre diferentes ações e estabelecer prioridades, o que é essencial ao implementar um plano de cuidados (Cardenas-Becerril et al., 2002).

O saber fazer e o saber ser/ estar é uma parte integrante no conceito de competências, não só o conhecimento. Portanto, é essencial ressaltar que os estágios incluídos no Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Reabilitação evidenciam, de facto, o desenvolvimento das competências contempladas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019).

a) **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Independentemente da especialidade em Enfermagem, todos os enfermeiros especialistas são detentores de um aglomerado de competências em comum, que podem ser aplicadas em todos os contextos de cuidados de saúde, sejam eles primários, secundários ou terciários (OE, 2019). As competências comuns são capacidades que todos os enfermeiros especialistas compartilham, evidenciadas pela capacidade de conceção, gestão, pela formação, investigação, assessoria e ainda pela supervisão de cuidados (OE, 2019).

Portanto, considero pertinente analisar as demais competências comuns do enfermeiro especialista.

- **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Considerando este domínio de competência, o EE deve demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento n.º 140/ 2019).

Neste contexto, é relevante destacar as competências adquiridas ao promover uma prática de cuidados baseada no princípio do respeito pela pessoa como um ser único e multidimensional, garantindo o direito à informação e o envolvimento da família e do doente na tomada de decisões, considerando as suas expectativas, vontades e direitos de escolha. Isso inclui assegurar o consentimento informado do doente, seja ele implícito, presumido ou explícito.

Independentemente do serviço em que o enfermeiro atue, é inevitável que ocorram situações ou circunstâncias que levantem questões ou problemas éticos, exigindo tomadas de decisão complexas e que envolvam a habilidade de selecionar princípios e valores éticos gerais e específicos da profissão de maneira adequada e em consonância com o doente e a família.

No que se refere aos problemas éticos identificados durante os estágios realizados, importa referir que, diante do surgimento de questões de natureza ética, priorizei a tomada de decisões, que fossem coerentes com os princípios deontológicos e éticos da profissão, respeitando a pessoa e protegendo os seus direitos. Um dos problemas éticos que mereceram destaque nos estágios foi a necessidade de garantir a equidade nos cuidados concedidos, tendo em conta as limitações de recursos humanos disponíveis. Nesse sentido, foram definidas estratégias de cuidados que permitiram minimizar os danos decorrentes da situação deficitária, maximizando, na medida do possível, a equidade dos cuidados prestados.

A definição de intervenções específicas, foi uma das estratégias aplicadas para cada dia da semana, tendo em vista a inviabilidade de garantir todas as intervenções para todos os doentes no mesmo dia. Dessa forma, procurei garantir que, todos os doentes recebessem os cuidados necessários, respeitando as limitações de recursos humanos disponíveis e promovendo a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Durante os estágios desenvolvidos, foram enfrentadas questões éticas relacionadas com a gestão das expectativas da pessoa e da sua família em relação à

reabilitação, bem como com possíveis contraindicações no processo. Neste sentido, tornou-se crucial esclarecer adequadamente a situação real, sem deixar de expor eventuais fragilidades ou adversidades que pudessem surgir. Ao mesmo tempo, é essencial não defraudar as expectativas de recuperação, promovendo uma abordagem que seja respeitosa e que fomente a autoestima da pessoa. Este aspeto requer um equilíbrio delicado e uma abordagem empática, com a finalidade de garantir que a pessoa esteja devidamente informada e se sinta apoiada ao longo de todo o processo de reabilitação.

Destaca-se, ainda, que a privacidade dos doentes foi preservada, sempre que possível, durante os cuidados de saúde prestados, mesmo diante da presença de outros doentes e profissionais de saúde nos quartos. Para garantir a privacidade dos doentes, as cortinas foram sempre fechadas durante os cuidados de higiene no leito e a exposição do corpo era limitada apenas à área que precisava de cuidados. Sempre que possível, as portas dos quartos também eram fechadas.

É, portanto, fundamental reforçar que as intervenções realizadas durante os estágios foram baseadas no Código Deontológico do Enfermeiro, na Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina e na legislação em vigor em Portugal, garantindo assim, a conformidade com os princípios éticos, deontológicos e jurídicos que regem a prática da enfermagem.

- **Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados**

A contínua melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é destacada como uma das principais prioridades no Plano Nacional de Saúde 2016-2020 (Direção-Geral de Saúde, 2015). Isso requer um esforço constante para garantir que os cuidados sejam eficazes e seguros. Nesse contexto, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros lançou um programa destinado à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, trazendo benefícios em várias dimensões para o sistema de saúde.

Quanto à enfermagem, mais especificamente, espera-se que o enfermeiro exerça as atividades objetivando a maximização da qualidade e da segurança dos cuidados. Nesse sentido, foram privilegiadas as intervenções baseadas na mais recente investigação científica, ao longo dos estágios. Esses, contavam com protocolos

baseados nos conhecimentos científicos mais recentes, como princípios orientadores da prática dos cuidados.

Em conclusão, no âmbito da reflexão sobre a melhoria da qualidade dos cuidados, foram implementadas e sedimentadas um conjunto de intervenções capazes de premiar a efetiva qualidade dos cuidados fornecidos. Essas intervenções servirão de base para futuros projetos orientados para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

- **Domínio da Gestão dos Cuidados**

As intervenções de enfermagem são, maioritariamente, interdependentes, tornando necessária uma gestão eficiente das mesmas. É inegável que os enfermeiros são os profissionais de saúde presentes 24 horas por dia, acompanhando de forma constante os doentes. Isso acarreta uma crescente responsabilidade desses profissionais de saúde em relação à gestão dos cuidados no âmbito de uma equipa multidisciplinar.

Nos serviços onde os estágios foram realizados, o método de trabalho na prestação de cuidados consistiu o método individual. Neste tipo de metodologia, o enfermeiro assume a responsabilidade por todo o processo de cuidados, individualizando-o. Este método implica um aumento de responsabilidade e conhecimento, que se traduz numa mais-valia, pois é capaz de garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, gerando maior satisfação nos doentes e nos profissionais de saúde.

Neste sentido, é relevante referir que, foi estabelecida uma relação de parceria, colaboração e coesão em ambos os domínios do estágio, o que contribuiu de forma decisiva para o desenvolvimento pessoal e profissional. Além disso, a existência de uma boa relação entre a equipa multidisciplinar revelou-se essencial, para assegurar uma boa gestão de cuidados. Destaco a importância em colaborar na liderança da equipa, na gestão de conflitos, na motivação e satisfação dos profissionais da equipa multidisciplinar e na valorização dos cuidados de qualidade.

- **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

O EEER deve desenvolver o seu conhecimento e práticas de forma a dar uma resposta adequada e holística- desenvolvendo competências que permitam enfrentar a complexidade das situações de saúde, para acompanhar, de forma adequada, as necessidades da pessoa e da família/cuidador. Assim, é necessário enfatizar a necessidade constante de atualizações que assegurem a qualidade e segurança no exercício dos cuidados. Salienta-se, portanto, a importância do desenvolvimento de aprendizagens profissionais para alcançar a excelência no cuidar.

A partir da observação dos restantes enfermeiros, focando as intervenções dos enfermeiros orientadores, procurei delinear boas práticas, priorizando, também, a pesquisa bibliográfica no âmbito das publicações científicas mais recentes. Também, discuti com os colegas e superiores hierárquicos sobre a prestação de cuidados, esclarecendo dúvidas, clarificando perspetivas e abordagens, e suplantando dificuldades. Tudo isto, teve como objetivo o crescimento profissional e o aprimoramento de competências.

Embora as competências técnicas sejam de extrema importância, as competências comunicacionais e relacionais também têm um papel relevante no âmbito das aprendizagens profissionais. Neste sentido, os estágios realizados proporcionaram uma oportunidade decisiva para o desenvolvimento destas competências. É de salientar a importância das reuniões de família realizadas durante os estágios, nas quais se explicava aos familiares/cuidadores a evolução do doente, bem como os recursos e produtos de apoio necessários no regresso ao domicílio. Estas reuniões, também, foram oportunidades para desenvolver competências comunicacionais e relacionais, especialmente em situações delicadas que exigiram uma resposta adequada do ponto de vista científico e humano. Em conclusão, considera-se que tanto a componente teórica como a prática contribuíram decisivamente para a aquisição de competências e para o crescimento e evolução profissional.

Face ao exposto, e atendendo às demais evidências que considero terem sido apresentadas, conclui-o que foram desenvolvidas e/ou atingidas as competências comuns do enfermeiro especialista.

b) Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

De acordo com a alínea b), do n.º1, do Artigo 20º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, os estágios realizados foram uma oportunidade para o desenvolvimento das competências específicas, pois a seleção de diferentes contextos de estágio, com dinâmicas de trabalho distintas e diversas populações-alvo de cuidados, com abordagens e objetivos variados, permitiu a aquisição de competências específicas inerentes ao EEER.

Neste sentido, é fundamental refletir sobre as práticas e atividades que concretamente permitiram o desenvolvimento dessas competências.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visam a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, recuperação da funcionalidade e a maximização das capacidades (Regulamento nº. 392/2019). Nesse contexto, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa, monitoriza e avalia planos de reabilitação, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade (Regulamento nº. 392/2019), conforme detalhado a seguir.

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

Durante os estágios realizados, foi possível acompanhar pessoas com necessidades especiais decorrentes de doença como, de envelhecimento e/ou comorbilidades. Nesse contexto, e considerando, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com alterações ortopédicas, neurológicas e cardiorrespiratórias, foi alcançada esta competência, ressaltando que, tais cuidados requerem uma visão holística da pessoa, adaptando as intervenções às características individuais e familiares. Como tal, sempre se procurou privilegiar a recolha de dados, devido à singularidade de cada circunstância ou caso. Posteriormente, eram submetidos a escalas e instrumentos de avaliação selecionados. Assim, identificou-se alterações ou eventuais alterações na funcionalidade, prevendo quais os aspetos que podem afetar a funcionalidade e o autocuidado e, como tal, colocar em risco o processo de reabilitação. O uso de escalas e instrumentos de avaliação permitiu aferir a eficácia das intervenções realizadas. A título

de exemplo, especifica-se o campo de estágio na unidade de AVC onde foram avaliadas alterações da função motora, sensorial, cognitiva, da alimentação e eliminação, da pessoa com AVC, recorrendo a escalas objetivas, definindo diagnósticos de enfermagem e implementando as respetivas intervenções.

- **Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania**

A competência em questão foi adquirida através da aplicação de intervenções que visam capacitar a pessoa para maximizar a sua autonomia e independência, com o objetivo de promover a sua reintegração na comunidade.

A compreensão da dinâmica e dos contornos do ambiente em que a pessoa vive. É fulcral para a capacitação da pessoa com deficiência, limitações na atividade e/ou restrições na participação para a reintegração e exercício da cidadania, é fundamental

Destaca-se a observação e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar com as famílias/cuidadores, para entender as necessidades existentes e avaliar os recursos disponíveis na comunidade, bem como as potencialidades e fragilidades das famílias.

Conhecer a situação da pessoa é crucial para adaptar as intervenções à sua realidade e prestar uma ajuda eficaz, incluindo orientações e conselhos sobre produtos de apoio e outras áreas relevantes. Assim, o ponto marcante desta competência, decorreu no estágio na ECCI-Macedo de Cavaleiros, focando uma doente invisual, confinada ao seu espaço habitacional que, através do sucesso da implementação do plano de cuidados, foi possível, adquirir a capacidade, de forma autónoma, de encher um copo de água. Neste caso em concreto, foram desenvolvidas capacidades sensoriais, motoras e de consciencialização do espaço envolvente. Este ganho significativo na vida da doente, relevou-se, também, de extrema importância para mim.

Com base em todos os aspetos mencionados, considera-se que a competência em questão foi adquirida.

- **Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Esta foi desenvolvida através da implementação de práticas de qualidade. Destaca-se que o objetivo dessas práticas, e das intervenções associadas a elas, é a evolução da funcionalidade da pessoa.

Durante os estágios desenvolvidos, foram utilizadas e praticadas intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo em conta a avaliação e a reabilitação funcional motora, a avaliação neurológica e também, a reeducação funcional respiratória. Foram sempre privilegiadas as necessidades individuais, demonstrando que essas intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, efetivamente, potenciaram e maximizaram as múltiplas capacidades da pessoa.





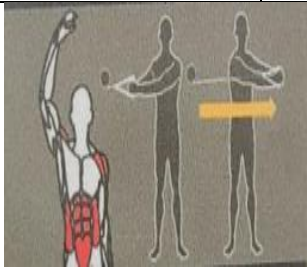


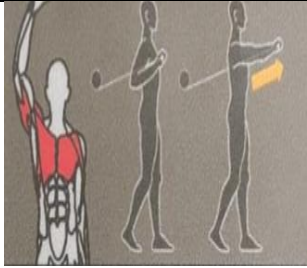

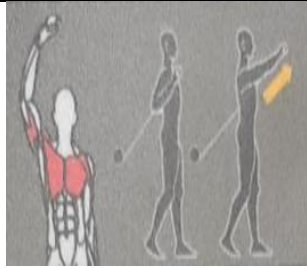



O EEER tem a responsabilidade de desenvolver as capacidades que subsistem e tornar-las num elemento essencial na promoção das ajudas técnicas, de modo a reduzir a dependência (Menoita et al., 2012).

Em conclusão, considera-se que a competência foi adquirida, com base nos aspetos evidenciados.

ANEXO 1 - PLANO ORIENTADOR DE TREINO

Logo do projeto	Nome:		Data de Nascimento:	
	T0:	T1:	T2:	

Aquecimento				
Sessão				
Treino de Equilíbrio				
Sessão				
Treino Força Muscular				
Sessão				

Treino Força Muscular	 <p>abduction</p>	 <p>adduction</p>		
Sessão				
Muscular				
Sessão				
Muscular				
Sessão				
Treino Aeróbio				
Sessão				

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Arrefecimento</p>				
<p>Ses são</p>				

PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cuidados Paliativos e a Enfermagem de Reabilitação

O aumento da esperança média de vida e envelhecimento da população, são consequência da associação entre a melhoria das condições de vida e os avanços da medicina, que levam ao aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes, períodos mais longos de dependência e deficits de funcionalidade que antecedem a morte. (Capelas, Coelho, Silva & Ferreira, 2017).

A carência no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CP), tem-se, assim, evidenciado. A nível mundial, segundo a WHPCA (2020), existem 56.8 milhões de pessoas por ano que necessitam deste tipo de cuidados, 25.7 milhões das quais apenas no final de vida. Em Portugal, o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 estima que esse número seja de 81.553 e 96.918 pessoas no biénio 2021-2022. Observa-se um pequeno aumento em relação ao período dos dois anos anteriores, o que está em linha com o envelhecimento da população e a estimativa das necessidades paliativas na população idosa, mesmo diante do aumento simultâneo de doenças crónicas (CNCP, 2020). São emanados, portanto, novos desafios aos cuidados de saúde.

Os CP, conforme a definição preconizada pela Internacional Association for Hospice and Palliative Care, traduzida e publicada pela Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos (APCP), são:

“Cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos em todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e cuidadores” (APCP).

Estes cuidados não são determinados pelo diagnóstico, mas sim, pela situação e necessidades da pessoa, apesar de serem, frequentemente, associados apenas a doenças do foro oncológico.

Como tal, não devem ser cingidos ao final da vida, pois podem ser relevantes em fases iniciais do processo de doença, se estiver associado sofrimento, conciliando com tratamentos curativos e prolongando-se até ao final do processo. (Costa & Othero, 2014). O seu início deve ser tão precoce quanto possível, pois referenciações tardias podem dificultar e impedir “*uma abordagem integrada e cooperativa desde o diagnóstico*” (Capelas et al., 2017). Os CP são baseados em princípios como o atendimento individualizado, humanizado e rigoroso das necessidades da pessoa e família; a promoção da qualidade de vida de ambos; o “*respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas*”; e o entendimento da morte como um “*processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica*” (Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro). Estes cuidados assentam em quatro pilares - controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa multidisciplinar.

Conhecer as necessidades da pessoa em situação paliativa e que afetam os diversos domínios: fisiológico, psicológico, emocional, económico, social/familiar e espiritual, é de extrema importância neste tipo de cuidados.

As fases específicas de prestação dos cuidados paliativos não são amplamente aceites ou descritas por autores específicos. Essa terminologia pode variar dependendo do contexto e das abordagens adotadas por diferentes profissionais de saúde ou organizações de cuidados paliativos.

No entanto, existem autores e organizações que descrevem fases gerais ou estágios do processo de cuidados paliativos, que podem sobrepor-se ou abordar aspetos semelhantes. Alguns exemplos de autores e fontes que descrevem esses estágios incluem:

- Cicely Saunders: Cicely Saunders é uma das pioneiras no campo dos cuidados paliativos. Ela desenvolveu o conceito do "modelo em espiral" que descreve as fases de cuidados paliativos. Este modelo inclui estágios como "diagnóstico", "tratamento", "revisão", "terminal" e "luto".

- Organização Mundial da Saúde (OMS): A OMS desenvolveu um guia sobre cuidados paliativos que descreve um modelo de quatro estágios. Esses estágios incluem "diagnóstico precoce", "tratamento", "final de vida" e "luto".

A plataforma METIS é um repositório de artigos de educação para a saúde, que preconiza que as fases de prestação de CP podem ser divididas da seguinte forma:

1. Fase Reabilitativa: Essa fase concentra-se na reabilitação e no tratamento de condições subjacentes que possam melhorar a qualidade de vida do doente. O objetivo é fornecer cuidados que visem melhorar a funcionalidade e promover a independência sempre que possível.
2. Fase Pré-terminal: Nesta fase, os cuidados paliativos são direcionados para doentes cuja condição de saúde está em declínio progressivo, mas que, ainda, não estão em estado terminal. O foco principal é o controle de sintomas, a gestão da dor, a promoção do conforto e a melhoria da qualidade de vida.
3. Fase Terminal: A fase terminal ocorre quando a condição de saúde do doente é irreversível e a morte é iminente. Os cuidados paliativos nesta fase são intensificados para garantir o alívio dos sintomas, o conforto físico, emocional e espiritual do doente, bem como o suporte emocional da família.
4. Fase Final: Esta fase abrange os cuidados prestados no momento da morte e durante o período de luto da família. Os cuidados paliativos finais têm como objetivo garantir uma passagem tranquila e digna, respeitando as necessidades e preferências do doente e oferecendo apoio à família durante o processo de luto.

É importante ressaltar que essas fases podem se sobrepor e variar dependendo da condição de saúde e das necessidades individuais de cada doente. A prestação de cuidados paliativos é altamente personalizada e adaptada à situação única de cada pessoa.

Ao comparar essas fases com a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), compreendemos que essa intervenção se torna ainda mais relevante quando iniciada precocemente, particularmente nas fases de reabilitação e pré-terminal, uma vez que se concentra na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. No entanto, sua contribuição, embora de forma mais

discreta, mantém sua importância nas fases subsequentes, especialmente na promoção do conforto.

Portanto, é possível afirmar que a Enfermagem de Reabilitação (ER) e os Cuidados Paliativos são conceitos interligados, uma vez que compartilham objetivos comuns e uma intencionalidade em reabilitar a pessoa, mesmo quando a possibilidade de cura pode não estar presente (Santos & Pêla, 2017). Segundo Serôdio (2014), a Reabilitação deve ser guiada por quatro princípios (aprendizagem, autonomia, desenvolvimento de habilidades e qualidade de vida), que estão explicitamente incluídos (no caso de 'autonomia e qualidade de vida') e implicitamente abordados (no caso de 'aprendizagem e desenvolvimento de habilidades, devido à sua finalidade intrínseca na prestação de cuidados') na lei de Bases dos Cuidados Paliativos

1.2. Enfermagem de Reabilitação Dirigida aos Cuidados Paliativos

A Enfermagem é uma profissão que está, intrinsecamente, ligada aos CP, contudo, para que a qualidade dos cuidados seja assegurada, é necessário que se formem profissionais qualificados (Magalhães, 2009).

Em CP, a Reabilitação pode ser norteada em quatro fases, mediante a tipologia, objetivo das intervenções e prognóstico da pessoa: intervenções preventivas, restaurativas, de suporte e paliativas propriamente ditas. (Jorge, 2014).

Portanto, o objetivo da ER em CP assenta em três pilares (Santos & Pêla, 2017):

- Controlo sintomático,
- Minimização das manifestações da doença,
- Promoção da autonomia da pessoa.

Conforme acrescentam Costa & Othero (2014), as potencialidades devem ser estimuladas “*proporcionando dignidade e autoestima*”.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação descreve a ER como a área de intervenção da Enfermagem, de excelência na ajuda a criar “*uma maneira de viver com*

sentido para elas e compatível com a sua situação, e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeição” (Regulamento nº350/2015, 22 de Junho).

A importância que o EEER tem no controlo da dispneia em Cuidados Paliativos através da Reeducação Funcional Respiratória, foi evidenciada por Braga (2009), num estudo quantitativo em pessoas nos últimos dias/horas de vida.

Costa & Othero (2014) fazem jus ao título do seu livro, relevando a pertinência da Reabilitação nos CP.

Também Afonso, Novo & Martins (2015) redigiram um conjunto de intervenções específicas em Cuidados Paliativos que podem funcionar como ponto inicial para compreender a atuação do EEER nesta área.

Barbosa & Neto (2016) incluem variadas intervenções da Reabilitação que contribuem para o tratamento não farmacológico, referentes ao controlo de sintomas, no Manual de Cuidados Paliativos

Minosso, Souza e Oliveira (2016) chegaram à conclusão de que a reabilitação tem o potencial para melhorar a funcionalidade, a qualidade de vida e sintomas como a dor e a ansiedade. Isso foi determinado por meio de uma revisão integrativa da literatura, que descreve as atividades e os efeitos da reabilitação funcional em pessoas em Cuidados Paliativos. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nos diversos domínios é amplamente abordada em um capítulo dedicado no trabalho de Marques-Vieira & Sousa (2017)

Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com o objetivo de perceber as necessidades da pessoa em situação paliativa, relatando algumas das suas intervenções com vista à satisfação das mesmas, do ponto de vista do EEER. Ribeiro (2017)

Machado (2019) desenvolveu um projeto de estágio que visa dar enfoque ao desenvolvimento das competências deste profissional nesta vertente, cujo tema é a Intervenção do EEER no controlo sintomático em Cuidados Paliativos.

Neste sentido, o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio) salienta que o EEER deverá ser detentor de competências que lhe permitam: *“ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou*

com as suas sequelas”, maximizar a sua funcionalidade, independência e satisfação e “preservar a auto estima”, possuindo competências ao nível da promoção e educação para a saúde, “prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”, intervindo, também, na família e comunidade, promovendo a continuidade dos cuidados e proporcionando “o direito à dignidade e à qualidade de vida”.

No documento emitido em 2015, a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação identifica como área de investigação prioritária em Enfermagem de Reabilitação as intervenções autónomas realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Estas intervenções abrangem as áreas de função motora, respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial, controle da dor, eliminação intestinal e vesical, bem como deglutição. Essa abordagem está alinhada com as necessidades da pessoa em situação paliativa e com a filosofia subjacente a essa modalidade de cuidados, que busca promover a autonomia e adotar uma abordagem ativa e reabilitadora (Capelas et al., 2017).

2. METODOLOGIA

A investigação científica é, de forma crescente, sustentada por estudos de caso, o que tem vindo a fortalecer-se e auferir maior reputação (Navarro, 2014). Contribuindo, para tal, a metodologia selecionada foi o estudo de caso, a fim de dar resposta à questão de partida "Qual o impacto de um programa de reabilitação num doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos?"

O estudo de caso examina um fenómeno actual no seu contexto do mundo real, sendo um método abrangente que engloba o planeamento do projeto de pesquisa. Esse método envolve a definição dos seus componentes, como a questão de pesquisa, as proposições, a unidade de análise, a vinculação dos dados às proposições, os critérios para a interpretação dos resultados, as técnicas de recolha de dados e as abordagens específicas para análise dos dados (Yin, 2018).

Tendo em conta o exposto, considera-se que a investigação a ser realizada se enquadra no estudo descritivo do tipo estudo de caso, com uma abordagem que coloca o processo de cuidados como central. Este estudo inicia-se com uma avaliação inicial abrangente da funcionalidade da pessoa, seguida da identificação e definição de objetivos, organização e implementação de um plano de intervenção e, por fim, avaliação dos resultados obtidos.

A intervenção de enfermagem em reabilitação envolveu a implementação de um plano de intervenção a um doente em CP, com a frequência de 3 sessões por semana e a duração de 4 semanas, durante o mês de maio.

2.1. Tipo de estudo e objetivos

Neste tipo de trabalho são destacados os aspetos específicos de cada situação, com o objetivo de demonstrar o impacto das intervenções de reabilitação em termos de benefícios. Além da observação, serão utilizados instrumentos de avaliação previamente selecionados para identificar as mudanças resultantes das intervenções da ER. É importante ressaltar que o doente desempenhará um papel fundamental como parceiro neste processo de cuidados.

Assim, define-se como objetivo geral: Implementar um programa de reabilitação a um doente internado numa Unidade de Cuidados Paliativos e identificar os seus ganhos.

2.2. População e Amostra

A intervenção será direcionada a um doente em situação paliativa que apresente condição de saúde-doença, com alteração da funcionalidade e que possa beneficiar de cuidados específicos. O participante deste estudo será um dos 12 doentes internados na UCP – ULSNE, selecionado de forma intencional, que, de forma previsível, esteja internado na unidade por um período superior a 4 semanas e que preencha os seguintes critérios de inclusão:

- Doente consciente e orientado em todas as dimensões;
- Doente com alterações/limitações da sua funcionalidade: Força motora, deglutição, cardiorrespiratória, etc;
- Doente com capacidade de decisão e aceite participar, de forma livre e esclarecida, sabendo que pode abandonar o estudo, se essa for a sua vontade (Anexo XI - Consentimento Informado).

Será realizada uma avaliação da funcionalidade do doente, bem como do seu potencial de reabilitação, a partir da qual serão traçados objetivos específicos e elaborado um plano de intervenção individualizado.

De forma a assegurar os princípios éticos, no início do processo será solicitado o consentimento informado por escrito do doente, garantindo assim, sua participação consciente e esclarecida no plano de intervenção proposto. Para garantir a autonomia e decisão informada do doente em relação à adesão ao plano de intervenção, será realizada uma explicação detalhada dos potenciais benefícios dos cuidados de ER de forma oral.

2.3. Instrumento de Recolha e Tratamento de Dados

A avaliação inicial do doente é o ponto de partida para qualquer intervenção, deve ser realizada de modo rigoroso, sistemático e lógico, de forma a maximizar a qualidade dos dados colhidos, permitir a identificação das necessidades e expectativas, definir intervenções e metas realistas, ajustadas ao longo do tempo às alterações na situação clínica da pessoa.

Os dados obtidos pela consulta do processo clínico e pela entrevista informal do doente são um complemento importante, pois juntamente com os antecedentes pessoais e dados sociodemográficos, sinais vitais, exames complementares de diagnóstico e respetivos relatórios, medicação habitual, hábitos de vida - informações essenciais a uma compreensão global das necessidades do doente em termos de reabilitação.

Foi criado um instrumento de colheita de dados que contém informações básicas do doente (nome, situação clínica, entre outros), para ser aplicado numa primeira parte, juntamente, com a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e de avaliação da cognição - o MiniMental State Examination (MMSE), sendo o fator de inclusão ou exclusão da pessoa no programa. Numa fase posterior, estão reunidas as escalas de avaliação selecionadas para serem aplicadas ao doente selecionado.

A primeira parte do instrumento de colheita de dados apenas será aplicada uma vez. A segunda parte será aplicada em 3 momentos de avaliação: a avaliação inicial, no primeiro dia; a avaliação intermédia, após 2 semanas; e a avaliação final na última sessão (4ª semana) de intervenções de enfermagem de reabilitação. A duração de cada sessão é variável em função da capacidade e tolerância da pessoa, situando-se numa média de 1 hora de intervenção por sessão.

A avaliação deve contemplar o desenvolvimento e implementação do plano de intervenção. A utilização de instrumentos de colheita de dados padronizados baseados em evidência científica permite quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção do EEER (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016). Recorreu-se a diversas escalas, tais como: Escala de Barthel, Palliative Performance Scale (PPS), MMSE, Escala de Morse, entre outras e à Observação Direta, para descrever as capacidades e limitações do doente na mobilidade e funcionalidade e controlo sintomático. Posteriormente, foi realizado o planeamento e

implementação das intervenções e avaliação dos resultados, que decorreu durante 12 sessões, cerca de 4 semanas.

Em termos de recursos humanos, a implementação do programa de reabilitação foi facilitado, uma vez que exerço funções de Enfermeira generalista na UCP – ULSNE, sendo responsável por todo o processo de avaliação, criação e implementação do mesmo. Em termos de recursos técnicos será utilizado o computador para se proceder à análise dos dados obtidos, sendo para isso utilizado o *software* Microsoft Office – Excel.

2.4. Procedimentos Éticos

Para o desenvolvimento da investigação foram assegurados os cinco princípios do Código de Ética de Nuremberga: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e, finalmente, o direito a um tratamento justo e equitativo (Tribunal de Nuremberg, 1947).

Ao abrigo do Código de Ética de Nuremberga, da Declaração de Helsínquia (direito da liberdade de escolha, respeito pelas pessoas, princípio da justiça) e do Relatório de Belmont (princípio da beneficência, respeito pela dignidade humana e princípio da justiça), anteriormente à recolha de dados será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados do participante.

Tendo em conta estes princípios, foi pedida autorização à Direção Clínica do Serviço onde decorreu o estudo. Após parecer favorável deste, foi efetuado um requerimento dirigido à Comissão de Ética da ULSNE, a fim de solicitar autorização, sendo que o parecer foi favorável. (Anexo XII).

O consentimento informado é uma ferramenta essencial para modificar o padrão de vulnerabilidade do doente, pois oferece-lhe a oportunidade de refletir e participar na tomada de decisão terapêutica. (Silva, 2017). Neste sentido foi elaborado e obtido um consentimento informado (Anexo XI) e foi salvaguardada a identidade do participante.

3. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

Durante o mês de Maio, foi aplicado o PR num doente internado na unidade de CP, que envolveu no seu todo:

- A colheita de dados que foi efetuada da avaliação inicial e consulta do processo clínico.

- A avaliação inicial abrangente da funcionalidade da pessoa realizada no dia 03/05/2023.

- A identificação dos problemas e diagnósticos de enfermagem. Definição de objetivos, tendo por base a reeducação funcional, motora e treino de AVD.

- A organização e implementação de um plano de intervenção de ER, que teve a duração de 12 sessões, onde foram realizados 3 momentos de avaliação: o primeiro, na data supracitada (avaliação inicial); o segundo momento de avaliação foi a 17/05/2023 (avaliação intermédia) e terceiro, realizou-se a 31/05/2023 (avaliação final), na última sessão.

- A avaliação dos resultados obtidos.

Importa referir que, se trata de um estudo de caso único com abordagem holística.

3.1. Anamnese

Quadro 1- DADOS GERAIS	
Nome	M
Idade	63 anos
Género	Masculino
Etnia	Caucasiana
Naturalidade	Freguesia X, do concelho MC
Estado Civil	Casado
Profissão	Padeiro e vendedor de produtos alimentares ambulante

Escolaridade	9º Ano
Residência Habitual	Freguesia X, do concelho MC
Agregado Familiar	Vive com a esposa
Sistema de Saúde	Segurança Social

3.2. História Clínica

- Antecedentes pessoais:

- Diabetes Mellitus Tipo 2;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia;
- Discopatia C5-C6, com compromisso radicular;
- Patologia Prostática;
- Adenocarcinoma estenosante do colon sigmoide com metástases hepáticas e pulmonares.

- Alergias:

- Hipersensibilidade ao Oxaliplatino.

- Terapêutica domiciliária:

Quadro 2- TERAPÊUTICA DOMICILIÁRIA		
Fármaco	Administração	Via de Administração
Omeprazol 20 mg	1 de manhã	Oral
LosartaN 100 mg	1 de manhã	Oral
Bactrim	De 12 / 12 horas	Oral
Spasmoplex	1 de manhã e 1 à noite	Oral
Sitagliptina 50 mg/ Cloridrato de Metformina 1000 mg	1 à noite	Oral

Tansulosina 0,4 mg	1 à noite	Oral
Paracetamol 1000 mg	De 8 / 8 horas	Oral
Fentanilo 25 µg	3 em 3 dias	Transdérmica
Fentanilo 133 µg	SOS – Até de 4 em 4 horas se dor muito intensa	SL
Epsicaprom	De 8 / 8 horas se sangrar	Oral

3.3. História de Doença Atual

- Motivo de internamento: Dor não controlada; Hematúria.
- Data de internamento: 10/04/2023
- Proveniência: Domicílio
- Entidade referenciadora: Consulta Externa de Paliativos - Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros
- Diagnóstico principal: Adenocarcinoma estenosante do colon sigmoide com metástases hepáticas e pulmonares. KRAS Mutado. DYPD WT. Estadio da doença: ADC do colon com metastização pulmonar e hepática, em progressão com agravamento e fístula com invasão da bexiga.
- Conhecimento do diagnóstico e prognóstico: sim
- Notas de enfermagem: “O Sr. M deu entrada na unidade acompanhado pela esposa, pela filha e pela irmã, com diagnóstico de adenocarcinoma do colon sigmóide, para controlo de sintomas. Doente consciente, orientado e colaborante dentro das suas capacidades. Necessita de uma ajuda reduzida nas AVD. Alimenta-se pela própria mão. Continente vesical, eliminação vesical no WC. Incontinente intestinal, eliminação intestinal por colostomia. PPS - 60%.”

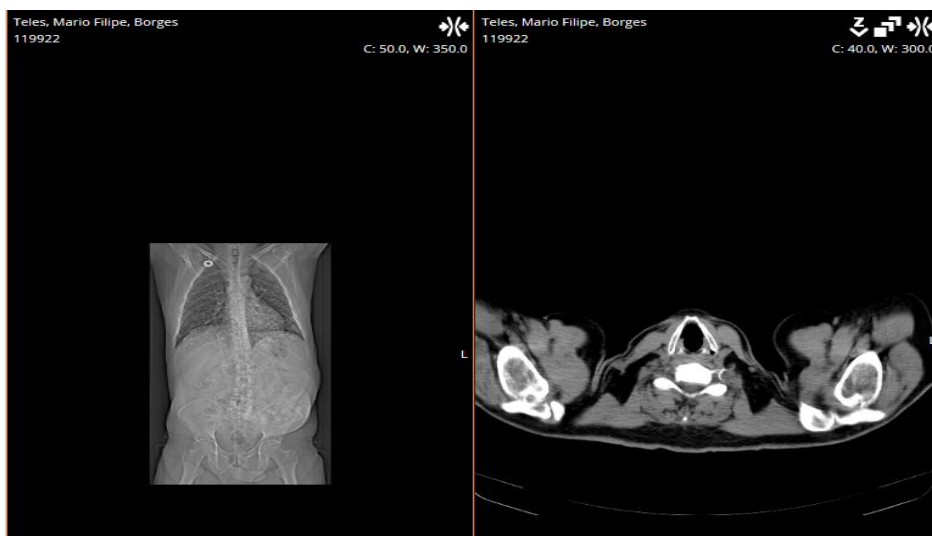
- Evolução durante o internamento:
 - 11/04/2023: Inicia Antibiótico (ATB), por infecção do trato urinário (ITU) em contexto de invasão neoplásica e fístula retovesical.
 - 12/04/2023: Revisão terapêutica, por manter dor não controlada. Doente refere dor constante com pouco alívio. Algaliação, com sinfonagem contínua para alívio sintomático - melhoria sintomática importante. Reunião familiar: Explicado ao doente e esposa situação clínica atual e impossibilidade de realizar QT amanhã que parecem compreender. Estes referem vontade em regressar ao domicílio quando possível.
 - 13/04/2023: Hospital de Dia - Sessão de quimioterapia. Suspensa por intercorrência infecciosa.
 - 15/04/2023: Sente-se melhor desde a algaliação. Urina clara, discretamente hemática. Ainda assim, com necessidade de cerca 5 resgates de terapêutica para a dor/dia (mais à noite). Refere ansiedade noturna (incluindo ansiedade antecipatória da noite).
 - 17/04/2023: Conversa com doente acerca da possibilidade de realização de nefrostomias, que permitiriam desviar a urina da bexiga, com possibilidade de diminuição da dor por obstrução urinária e diminuição das ITU (uma vez que há sempre contacto entérico-vesical pela fístula), que aceita.
 - 18/04/2023: Cumpriu 7 dias de Piperacilina/Tazobactam.
 - 19/04/2023: consulta de Radioterapia no CHTMAD- Vila Real: Fez TAC de planeamento região reto e bexiga. Inicia a 21 de abril.
 - 21/04/2023: Sessão de radioterapia sem intercorrências.
 - 24/04/2023: Doente com discurso confuso, desorientado no tempo e espaço, sem disartria. Muito sonolento. Dificuldade em cumprir ordens simples. Aparente desvio da comissura para esquerda. Hemiparésia direita. Colhe estudo analítico e faz TAC CE. Suspeita de ITU ou AIT. Pondera-se início de antibioterapia empírica, se febre persistente (embora Radioterapia realizada possa justificar a subida de PCR). Ajusta-se terapêutica. Família informada da possível

evolução desfavorável. Prestado devido apoio psicológico pelos enfermeiros de serviço. Sem indicação para Suporte Avançado de Vida (SAV).

- 25/04/2023: Persistência de febre, sudorese e prostração. Constatada piúria na algália com obstrução, motivo pelo qual foi desalgaliado. Urina espontaneamente. Exames complementares despistaram patologia aguda. Inicia ATB.
- 30/04/2023: Doente no leito. Estado geral debilitado. Discurso coerente, ainda que lentificado. Sem episódios de retenção urinária aguda. Conclui-se: Bacteriemia com pp urinário, altera ATB.
- 02/05/2023: Hemodinamicamente estável. Alimenta-se com tolerância. Trânsito intestinal mantido por colostomia. Sem episódios de retenção urinária aguda. Nega queixas.
- 03/05/2023: Aplicado o instrumento de colheita de dados: anamnese (informações básicas do doente) e a escala de avaliação da cognição, que contem ECG e MMSE. Doente com critérios para inclusão no PR, sendo, portanto, aplicadas as escalas de avaliação a serem utilizadas.
- 03/05/2023: Início das sessões de reabilitação.
- 08/05/2023: Atendendo ao estado geral do doente, progressão da doença hepática e pulmonar e fístula reto-vesical com múltiplas infeções urinárias de repetição, o grupo decide por cuidados paliativos exclusivos, não tendo indicação para introdução de nefrostomias. Reunião familiar com o doente e família.
- 12/05/2023: Registo médico: “Tem feito Fisioterapia...está mais animado”(sic)
- 14/05/2023: Cumpre-se o desejo do doente ir passar o domingo a sua casa, com a família.

3.4. Últimos MCDTs

- Figura 1 - TAC toraco-abdomino-pélvico:



23/03/2023: Na sua generalidade o presente exame revela uma acentuada progressão da doença metastática. Na avaliação do tórax sobressai um considerável aumento em número e dimensões dos nódulos metastáticos, não se registando outras alterações. Na cavidade abdominopélvica para além de se registar uma progressão da metastização hepática, também sobressai um aumento das dimensões da lesão neoplásica sigmoideia (no exame anterior com cerca de 4 cm), medindo agora cerca de 9 cm e registando marcada invasão da bexiga . Tal como no exame anterior não se registam evidentes sinais de metastização óssea, nem sobressaem outras relevantes alterações.

3.5. Estudo Analítico

- CEA (Antigénio Carcino-embriónico) 1761,32: diagnóstico
- CEA (8/9/2022). 1068,74 ng/mL
- CEA (27/10/2022): 293,11 ng/mL
- CEA (15/12/2022): 177,30 ng/mL
- CEA (23/2/2023): 908,7 ng/mL

- CEA (13/3/2023): 1096.00 ng/mL
- CEA (27/3/2023): 1824,44 ng/mL

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A 10/04/2023, este doente entrou na UCP, independente nas suas AVD, e devido ao exposto, já anteriormente, foi perdendo toda a sua autonomia. Após a estabilização dos parâmetros hemodinâmicos, do controlo da dor, e, principalmente, após sentir confiança para continuar a lutar pelo seu dia-a-dia com qualidade, iniciou-se a implementação do PR.

A 03/05/2023, foi realizada a avaliação de enfermagem de reabilitação: recolha de dados do processo clínico, entrevista informal, observação direta e aplicação das seguintes escalas de avaliação:

- Escala de Coma de Glasgow: avaliação do nível de consciência;
- Mini Mental State Examination: avaliação do estado de cognição;
- Escala de Força de Medical Research Council: avaliação da força muscular nos diferentes segmentos corporais;
- Escala de Ashword modificada: avaliação da Espasticidade;
- Escala de Tinetti: escala de avaliação da marcha e do equilíbrio;
- Escala de Guss: avaliação do compromisso da deglutição;
- Índice de Barthel: identificação do nível de dependência das AVD;
- PPS: avaliação da funcionalidade do doente em situação paliativa;
- Escala Numérica da Dor: quantificação da intensidade da dor, de forma subjetiva;
- Escala de Quedas de Morse: avaliação do risco de queda.

4.1. Avaliação Subjetiva e Objetiva de Enfermagem de Reabilitação

A avaliação efetuada ao Sr. M compreende:

- A avaliação subjetiva de enfermagem, tendo em conta a observação da enfermeira;
- A avaliação objetiva pela aplicação de escalas de avaliação.

4.1.1. Exame físico

Observou-se que o Sr. M. apresentava um aspeto cuidado, pele pálida e hidratada e mucosas descoradas e hidratadas. Sem edemas.

Encontrava-se deitado na cama com cabeceira elevada, com bom controlo postural aparente. Vígil, comunicativo, olhar dirigido, sorriso fácil e tranquilo à abordagem. Corpo aparentemente simétrico, sem desvios posturais, presença de todos os segmentos corporais. Não usava próteses dentárias. Usava óculos. Abdómen mole e depressível, não doloroso. Portador de colostomia, desde 09/06/2022.

Encontrava-se mais emagrecido, referindo perda ponderal, sendo que o peso no início do internamento era de 83kg. Aquando da colheita de dados, tinha um peso de 68kg, altura de 1,82m, sendo o IMC= 20,5 kg/m², considerado normal. Manteve apetite.

Quadro 3- SINAIS VITAIS OBTIDOS	
FC	76 bpm
FR	18 cpm
SpO2	96% AA
TA	126/70mmHg
T °C(timpânica)	36,3°
Dor	0

4.1.2. Avaliação da Função Respiratória

Quadro 4- AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	
Inspeção	Sem cianose periférica. Tórax simétrico, sem deformidades visíveis
Palpação	Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior.
Auscultação	Sem alterações
Tosse	Tosse ausente
Secreções	Sem secreções

4.1.3. Avaliação da Função Neurológica

- Estado mental:

O Sr. M. estava calmo, vígil, orientado auto e alopsíquicamente, visível no discurso coerente e na identificação positiva dos outros. Estava atento aos estímulos externos, e observou-se tenacidade, durante a intervenção da enfermeira em que cumpria o que lhe era pedido, de forma correta. Capacidade de concentração visível durante a intervenção. Memória sensorial, imediata, recente e remota mantidas.

- Consciência:

Avaliada consciência com a ECG sendo o valor obtido 15 (Anexo I).

- Linguagem:

Numa avaliação informal percebeu-se que tinha um discurso espontâneo, voz audível e clara, sem aparente alteração da fonação. Linguagem falada elaborada, com compreensão, nomeação e repetição íntegras. Manteve a capacidade de escrita, sendo possível observar a letra não muito bem desenhada, e de leitura. Avaliadas aquando da aplicação do MNSE= 28/30 (Anexo II).

- Pares Cranianos:

Dado que não apresentava patologia que se enquadre com alterações dos pares cranianos, nem défices neurológicos aparentes, não foram avaliados.

- Motricidade:

A força muscular foi avaliada com recurso à Escala MRC:

Quadro 5- ESCALA MRC - Avaliação da Força Muscular		
	Direito	Esquerdo
Mão	5	5
Cotovelo	5	5
Ombro	5	5
Tíbiotársica	4	4
Joelho	4	4
Coxofemural	3	3
Cervical	5	5
0	Sem contração muscular e sem movimento	
1	Mínima contração	
2	Ausencia de movimentos ativos contra a gravidade	
3	Contração fraca contra a gravidade	
4	Movimento ativo contra a gravidade e resistência	
5	Força normal	

Fonte: Adaptado de <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-neurológicos/exame-neurológico/como-avaliar-a-força-muscular>

- Espasticidade:

Já a espasticidade foi avaliada pela escala de Ashworth Modificada:

Não tendo revelado nenhum aumento da resistência.

Quadro 6- ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA – Avaliação da Espasticidade		
	Direito	Esquerdo
Mão	0	0
Cotovelo	0	0
Ombro	0	0
Tíbiotársica	0	0
Joelho	0	0

Coxofemural	0	0
Cervical	0	0
0	Nenhum aumento da resistência;	
1	Ligeiro aumento da resistência (seguido por relaxamento ou resistência mínima no final da amplitude de movimento);	
1+	Ligeiro aumento da resistência (seguido por uma resistência mínima ao longo de menos de metade da amplitude de movimento);	
2	Resistência durante a maior parte da amplitude de movimento;	
3	Forte resistência; movimento passivo é difícil;	
4	Flexão ou extensão rígida.	

Fonte: Adaptado de <https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/escala-modificada-de-ashworth.pdf>

- Coordenação:

Sem deficits de coordenação, com provas dedo-nariz-dedo, de movimentos alternados e calçar-jelho sem alterações.

- Sensibilidades:

Sem alterações, também, a nível da sensibilidade superficial e profunda.

- Equilíbrio e Marcha:

Deambulação com o apoio de terceiros, pois apresenta desequilíbrio dinâmico, com um score de 4/11, na escala de Tinetti aplicada. A nível do equilíbrio estático apresentava um score de 3/16 (Anexo V).

- Deglutição:

De forma a avaliar a deglutição do Sr. M, foi aplicada a escala de Guss, com score de 20/20, permitindo aferir que não revela qualquer alteração a este nível (Anexo VI).

4.2. Avaliação da Funcionalidade

Quadro 7- ESCALA DE BARTHEL – Avaliação das AVD			
Atividades			
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Independente • Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) • Dependente 	10	
		5	5
		0	
Transferências	<ul style="list-style-type: none"> • Independente • Precisa de alguma ajuda • Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se • Dependente, não tem equilíbrio sentado 	15	
		10	
		5	5
		0	
Toalete	<ul style="list-style-type: none"> • Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes • Dependente, necessita de alguma ajuda 	5	
		0	0
Utilização Do Wc	<ul style="list-style-type: none"> • Independente • Precisa de alguma ajuda • Dependente 	10	
		5	
		0	0
Banho	<ul style="list-style-type: none"> • Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) • Dependente, necessita de alguma ajuda 	5	
		0	0
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) • Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda • Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas • Imóvel 	15	
		10	
		5	
		0	0
Subir E Descer Escadas	<ul style="list-style-type: none"> • Independente, com ou sem ajudas técnicas • Precisa de Ajuda • Dependente 	10	
		5	
		0	0
Vestir/Despir	<ul style="list-style-type: none"> • Independente • Com ajuda • Impossível 	10	
		5	5
		0	
Controlo Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar • Acidente ocasional • Incontinente ou precisa de uso de clisteres 	10	
		5	
		0	0
Controlo Urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho • Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) • Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho 	10	
		5	5
		0	
		Score	20

Fonte: Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde Norma n° 054/2011 de 27/12/2011. Disponível em: www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx

Para a avaliação da funcionalidade utilizaram-se a Escala de Barthel, que permite atribuir ao Sr. M uma dependência severa (score de 20), e a PPS, que o situa num score de 40% (Anexos VII e VIII).

A Dor foi avaliada através da Escala Numérica da Dor, à qual o doente atribuiu um valor de 2.

O Sr. M apresenta um Score de 20 na Escala de Morse, pelo que não tem risco associado à queda (Anexo X).

4.3. Componente Psicoespirtual

O Sr. M. encontrava-se tranquilo, mas apresentava períodos de labilidade emocional, referindo saudades de casa.

O doente referiu aceitação do seu estado de saúde e do crescente grau de dependência, estabelecendo como objetivo o regresso o mais precocemente possível ao domicílio, para junto dos seus, para que possa “cuidar e ser cuidado” (sic). Apesar do agravamento dos deficits a nível motor a 24/04/2022 apresentou-se colaborante e empenhado no processo de reabilitação, referindo o desejo de melhorar a sua independência no autocuidado.

É cristão, mas não frequenta momentos religiosos.

4.4 Componente Sociocultural

O Sr. M é casado. Tem 2 filhos, 1 neta. Vive com a esposa, numa aldeia grande, no concelho de MC. Até à data de internamento continuava a ser ele o gestor de todas as atividades laborais, em parceria com a esposa, pois tem uma fábrica de panificação, com distribuição ambulante dos produtos alimentícios. Recebia muito frequentemente telefonemas destes familiares, com quem tem grande proximidade e afeto. O senhor refere que toda a família mostra disponibilidade para cuidar dele, sendo que a esposa assume primordialmente essa tarefa.

Menciona viver numa zona com recursos comunitários mínimos, tais como

pequeno comércio, GNR. Foi Presidente da Junta de Freguesia durante 18 anos. Prefere passar o seu tempo com a família e a cuidar da sua agricultura.

4.5 Componente Habitacional

Segundo descreve, reside num rua central da freguesia X do concelho MC, em casa própria, com um único piso e em bom estado de conservação, situada em zona residencial com saneamento básico e boas condições de habitabilidade.

A casa é de dimensões grandes, sendo composta por cozinha, 2 casas de banho (com polibã e banheira), sala de estar, sala de jantar e três quartos. Possui jardim, não tem degraus interiores ou exteriores. Quando questionado, refere não existirem barreiras arquitetónicas e considera-se capaz de, apesar de mais dependente, deambular com o auxílio do andarilho sem dificuldades no interior da casa.

5. PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Foram estabelecidos diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, definidos os objetivos e delineado um plano de intervenção, que posteriormente foi alvo de avaliação, baseada na avaliação descrita anteriormente.

Apesar, dos constrangimentos inerentes ao estado de saúde do Sr. M e às prioridades exigidas pelo serviço, foi estabelecido um plano de intervenção que fosse ao encontro das necessidades e expectativas do Sr. M.

O plano de intervenção foi elaborado de acordo com a linguagem CIPE, do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Salienta-se que o consentimento do doente foi obtido antes de iniciar a sessão e as respetivas intervenções.

Por se tratar de um internamento prolongado e com algumas intercorrências, a seguir estão descritos apenas problemas e diagnósticos estabelecidos na avaliação inicial e respetivo plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Quadro 8- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Problemas Identificados	Diagnósticos de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Necessita ajuda total no autocuidado: higiene, arranjar-se, elevar-se, transferir-se, vestir/despir.• Índice de Barthel = 20	<ul style="list-style-type: none">• Autocuidado: higiene dependente em grau elevado;• Autocuidado: vestir/despir dependente em grau elevado;• Autocuidado: arranjar-se dependente em grau elevado;
<ul style="list-style-type: none">• Através da aplicação Escala MRC verifica-se diminuição da força a nível dos membros inferiores (4/5)	<ul style="list-style-type: none">• Movimento muscular diminuído nos membros inferiores

<ul style="list-style-type: none"> • Desequilíbrio dinâmico • Desequilíbrio estático 	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio corporal comprometido
<ul style="list-style-type: none"> • Confinado ao leito, devido ao agravamento do estado de saúde • Marcha com desequilíbrio 	<ul style="list-style-type: none"> • Andar com auxiliar de marcha comprometido
<ul style="list-style-type: none"> • Score 55 da Escala de Morse (score obtido aquando da avaliação intermédia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto Risco de Queda

Os diagnósticos identificados permitem sustentar o programa de reeducação funcional motora e treino de AVD, apresentados de forma detalhada

Quadro 9- PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Autocuidado: -higiene - vestir/despir - arranjar-se dependente em grau elevado;	Aumentar a independência no autocuidado: higiene, vestir/despir, arranjar-se	<ul style="list-style-type: none"> • Promover participação nos cuidados; • Gerir atividade executada pelo próprio; • Planear, incentivar, treinar e supervisionar o autocuidado (com recurso a estratégias de adaptação): higiene, arranjar-se; • Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo auxiliar; • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;
Movimento muscular diminuído nos membros inferiores	Aumentar o movimento muscular dos membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Executar exercícios isométricos dos músculos glúteos, quadríceps e abdominais; • Executar exercícios isotónicos: mobilizações ativas assistidas dos membros inferiores, segundo a tolerância e em movimentos de flexão/extensão, abdução/adução; • Realizar a técnica da ponte e rolamento no leito. • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;

	<p>Aumentar a força dos membros superiores e inferiores</p> <p>Prevenir perda da mobilidade e tônus muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a força muscular; • Executar exercícios resistidos para os membros superiores com elástico de resistência, bastão, pesos de 1kg e pedaleira com resistência; • Realizar treino de levantar/sentar; • Realizar treino de fortalecimento dos membros inferiores (com resistência), em decúbito dorsal, através da flexão/ extensão da articulação coxo-femoral; • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;
<p>Capacidade para transferir-se comprometida em grau moderado</p>	<p>Transferência de forma correta e segura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir a pessoa a transferir-se; • Incentivar o alinhamento corporal; • Treinar o transferir-se: treinar rolamento para o lado da transferência; treinar carga sobre o cotovelo; treinar o sentar no leito; treinar equilíbrio e alinhamento corporal sentado; treinar a assumir a posição ereta; treinar o sentar na cadeira com descida controlada. • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;
<p>Equilíbrio corporal dinâmico em pé comprometido em grau moderado</p>	<p>Recuperar o equilíbrio e alinhamento corporal</p> <p>Prevenir e corrigir defeitos posturais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar treino de levantar/sentar; • Treinar equilíbrio e alinhamento corporal em pé; • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;
<p>Andar com auxiliar de marcha comprometido</p>	<p>Marcha correta e segura com apoio de auxiliar de marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e escolher o auxiliar de marcha mais adequado: andariço; • Avaliar treino de equilíbrio ortostático estático e dinâmico; • Treinar andar com auxiliar de marcha; • Assistir e incentivar a pessoa a andar com o andariço; • Realizar treino com pedaleira. • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;

Alto Risco de queda	Prevenir a ocorrência de quedas	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Risco de Queda através da Escala de Morse; • Ensinar sobre prevenção de quedas no hospital e no domicílio; • Executar medidas de segurança (utilização de calçado antiderrapante, baixar a cama, manter ao alcance do doente campainha e objetos pessoais); • Elevar grades da cama durante a noite; manter a cama baixa; • Supervisionar atividade do doente; • Otimizar ambiente físico; • Elogiar participação; • Elogiar desempenho; <p>NOTA: A avaliação intermédia deste parâmetro obteve um score de 55 (alto risco), pelo que foi necessário estabelecer um diagnóstico.</p>
---------------------	---------------------------------	---

Quadro 10- REGISTO DE INTERVENÇÕES							
AVALIAÇÃO INICIAL							
1ª semana	<p><u>1ª sessão (S1):</u></p> <p>Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda parcial. Ajuda total no autocuidado vestir/despir. Mantém repouso no leito. Índice de Barthel = 20</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (*). Efetuadas atividades terapêuticas no leito, o Sr. M está muito colaborante, sendo capaz de rolar na cama bilateralmente, realizar a ponte e efetuar automobilizações. Por vontade do doente, manteve-se no leito.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Avaliação da Dor</th> </tr> <tr> <th>Início da sessão</th> <th>Final da sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Avaliação da Dor		Início da sessão	Final da sessão	2	1
	Avaliação da Dor						
	Início da sessão	Final da sessão					
	2	1					
	<p><u>2ª sessão (S2):</u></p> <p>Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda parcial. Colabora nas mobilizações no leito e no vestir/despir. Arranjo pessoal com ajuda total. Realizadas mobilizações ativas-assistidas em todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (**). Executa de forma correta as atividades no leito. Consegue sentar-se na cama efetuando carga no cotovelo. Executado levante progressivo, com transferência para o cadeirão, com ajuda parcial e apoio bilateral efetuando carga bilateral nos membros inferiores. Incentivado a efetuar automobilizações no cadeirão ao longo do turno. O Sr. M pediu que o levante fosse realizado aquando da chegada da família: “para ficarem orgulhosas de mim” (sic). Conversa informal com a família sobre estratégias a adotar de forma a maximizar a autonomia do Sr. M.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Avaliação da Dor</th> </tr> <tr> <th>Início da sessão</th> <th>Final da sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Avaliação da Dor		Início da sessão	Final da sessão	2	1
	Avaliação da Dor						
	Início da sessão	Final da sessão					
	2	1					
	<p><u>3ª sessão (S3):</u></p>						

	<p>Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos corporais (*). O Sr. M está muito colaborante e motivado. Incentivado a realizar exercício de ponte na cama durante o turno da tarde.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Avaliação da Dor</th> </tr> <tr> <th>Início da sessão</th> <th>Final da sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Avaliação da Dor		Início da sessão	Final da sessão	2	0
Avaliação da Dor							
Início da sessão	Final da sessão						
2	0						
2ª semana	<p><u>1ª sessão (S4):</u></p> <p>Realizadas mobilizações ativas-resistidas dos membros superiores e inferiores (**). Efetua duas séries de 5 exercícios de ponte. Exercícios realizados na presença da família, que transmite confiança e alento ao Sr. M. “estamos todos a trabalhar em equipa”(sic), diz a esposa.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Avaliação da Dor</th> </tr> <tr> <th>Início da sessão</th> <th>Final da sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Avaliação da Dor		Início da sessão	Final da sessão	1	1
	Avaliação da Dor						
	Início da sessão	Final da sessão					
1	1						
<p><u>2ª sessão (S5):</u></p> <p>Participação no autocuidado: higiene, vestir/despir, arranjar-se. Executado levante progressivo, tendo tolerado. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático em pé. Com ajuda bilateral deambulou cerca de 10 metros no quarto-desequilíbrio dinâmico. Padrão de marcha hesitante e passos assimétricos. Sentado no cadeirão, com ajuda parcial e apoio bilateral, onde realizou mobilizações ativas resistidas dos MI's. (**)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Avaliação da Dor</th> </tr> <tr> <th>Início da sessão</th> <th>Final da sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Avaliação da Dor		Início da sessão	Final da sessão	1	0	
Avaliação da Dor							
Início da sessão	Final da sessão						
1	0						
<p><u>3ª sessão (S6):</u></p> <p>Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (**). Efetua duas séries de 5 exercícios de ponte e treino de levantar/sentar, com ajuda unilateral.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Avaliação da Dor</th> </tr> <tr> <th>Início da sessão</th> <th>Final da sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Avaliação da Dor		Início da sessão	Final da sessão	2	1	
Avaliação da Dor							
Início da sessão	Final da sessão						
2	1						
AVALIAÇÃO INTERMEDIA							
3ª semana	<p><u>1ª sessão (S7):</u></p> <p>Realizado treino de autocuidado: higiene, vestir/despir, arranjar, elevar, transferir, alimentar, utilizando estratégias de adaptação. Utilizado duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene. Índice de Barthel = 50</p> <p>Exercícios resistidos dos membros superiores com bastão (rolo da marquesa) e aplicação de resistência (**). Utilizado elástico de resistência para exercitar os membros inferiores (movimento de abdução/adução) (**).</p>						

Avaliação da Dor	
Início da sessão	Final da sessão
1	0

2ª sessão (S8):

Efetuada mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros superiores e inferiores. Efetua duas séries de 10 exercícios de ponte e treino de levantar/sentar, com ajuda unilateral. Treino de marcha com andador com distância de 60 m (30m, descanso, 30m). Exercícios realizados na presença da família.

Avaliação da Dor	
Início da sessão	Final da sessão
1	0

3ª sessão (S9):

Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros inferiores (**). Exercícios resistidos dos membros superiores com peso (garrafas de água de 33cl) (**). Treino de marcha com andador numa distância de 120 m (60m, descanso, 60m). Treino de pedaleira. O Sr. M demonstra cada vez mais motivação e alegria do seu dia-a-dia. Exercícios realizados na presença da família.

Avaliação da Dor	
Início da sessão	Final da sessão
0	0

4ª semana

1ª sessão (S10):

Prestados cuidados de higiene e conforto no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene, Elevação e transferência com apoio unilateral. Exercícios resistidos dos membros superiores com peso (garrafas soro de 1L) (**)
Treino de marcha com andador: 120 m, sem descanso.

Avaliação da Dor	
Início da sessão	Final da sessão
1	0

2ª sessão (S11):

Treino de marcha com andador: 200 m, (100m, descanso, 100m). Este treino foi realizado ainda com mais motivação por parte do Sr. M, uma vez que tinha uma oferta para cada membro da equipa e foi entregá-lo, em mão, ao gabinete de enfermagem, recebendo uma ovação pelos elementos de serviço.

Avaliação da Dor	
Início da sessão	Final da sessão
0	0

3ª sessão (S12):

Prestados cuidados de higiene e conforto no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene. Supervisão para o arranjo pessoal. Senta-se no leito, autonomamente. Elevação e transferência com apoio unilateral. Índice de Barthel = 65

Exercícios resistidos dos membros superiores com peso (garrafas soro de 1L) (**). Combinado previamente com o Sr. M, o treino de marcha com andarilho (distância de 300 m: 200m, descanso, 100m) foi realizado quando a sua esposa e filha estivessem para chegar, tendo ido o Sr. M, recebê-las à porta do serviço. Foi um momento de grande emoção para a família, para o doente e para mim.

Avaliação da Dor

Início da sessão	Final da sessão
0	0

AVALIAÇÃO FINAL

Legenda: *1 Serie <5 repetições

**1 Serie- 10 repetições

*** 2 Series- 10 repetições

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados susceptíveis à intervenção de enfermagem de reabilitação foram obtidos por meio da comparação dos resultados entre a:

- Avaliação inicial (**S1**)
- Avaliação intermédia (**S6**)
- Avaliação final (**S12**)

A partir do gráfico 1 pode verificar-se que houve uma recuperação do equilíbrio corporal do doente durante a implementação do plano de intervenção.

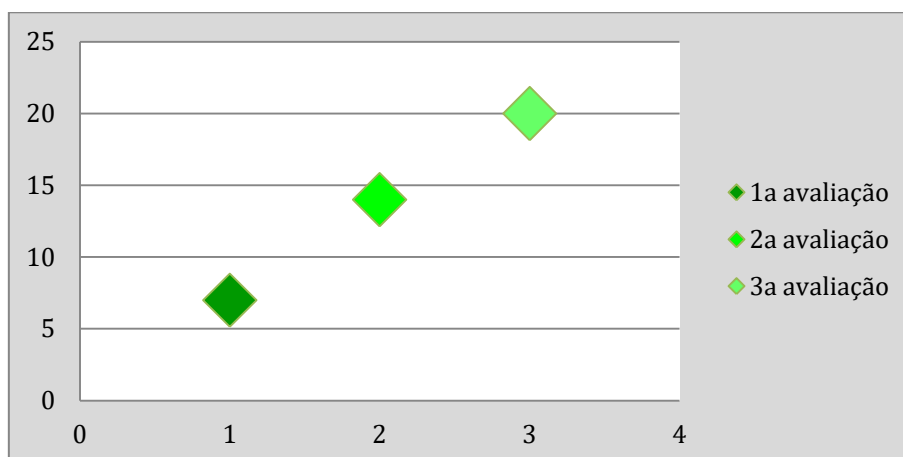


Gráfico 1- Teste de Tinetti - Avaliação Da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico

Entre a **S1** e a **S5** não foram verificadas alterações a nível do equilíbrio corporal do Sr. M, uma vez que manteve o equilíbrio estático e o desequilíbrio dinâmico. Entre a **S6** e **S8** houve melhorias no equilíbrio dinâmico, coincidindo com as sessões em que foram aplicados exercícios que inclui o treino de força muscular dos membros superiores e inferiores com resistência; equilíbrio do tronco na posição de sentado/pé; treino na pedaleira e treino de marcha com andarilho, na sua maioria.

A partir da **S9**, verificaram-se melhorias significativas no equilíbrio dinâmico, evidenciando mais progressos no treino de marcha. O Sr. M iniciou treino de marcha

com andarilho na **S7**, inicialmente, com um padrão de marcha hesitante e passos assimétricos.

Quando foi demonstrada uma marcha mais segura, na **S10**, progrediu-se para treino de marcha com aumento da distância percorrida e diminuição dos períodos de descanso durante o percurso. Na **S12**, o SR. M sentou-se no leito, autonomamente. Executou elevação do tronco e transferiu-se com apoio unilateral. Realizou treino de marcha com andarilho (distância de 300 m + 200m+ descanso+100m).

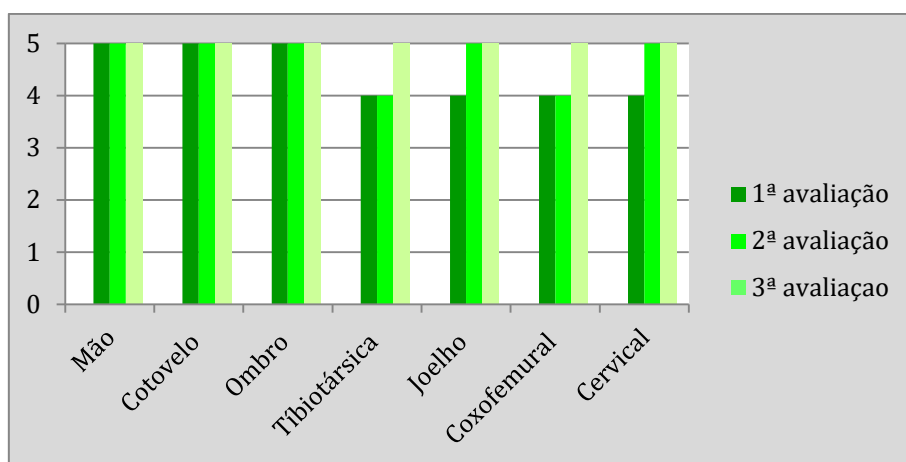


Gráfico 2- Escala MRC - Avaliação da Força Muscular

Além do equilíbrio corporal, também a Força Muscular a nível dos membros inferiores foi aumentando. Segundo a MRC, da **S1** à **S12** o doente manteve força muscular nos membros superiores de grau 5. Nos membros inferiores, aquando da avaliação intermédia, revelou um aumento da força a nível da coxofemoral de grau 3 para grau 4.

Os restantes segmentos evoluíram de 4 para grau 5, sendo mais evidente esse aumento de força, quando o doente iniciou a deambulação com andarilho em percursos mais longos, tendo mantido esses scores ao longo do PR.

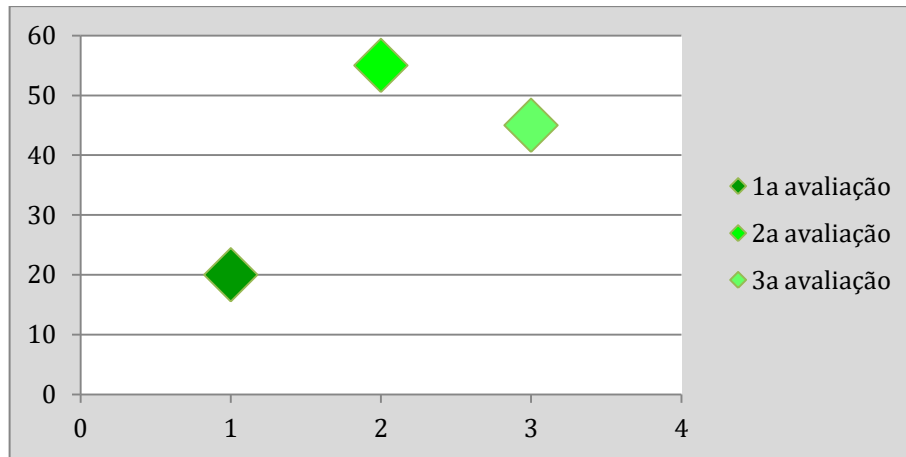


Gráfico 3- Escala de Morse - Avaliação Do Risco De Queda

Nas primeiras duas semanas de implementação do PR (**S1 – S6**) foi obtido um score de 20 pontos na Escala de Morse (sem risco de queda). Na **S7**, aquando da avaliação intermédia, apresentava 55 pontos no score da escala de Morse (alto risco de queda), uma vez que, iniciou a marcha com andarilho e, por conseguinte, aumentou o risco de queda. Este aumento é devido à hesitação e insegurança por, ainda sentir diminuição da força muscular.

À medida que ganhou confiança, a par do aumento da força e do equilíbrio dinâmico, tornou-se mais autónomo na deambulação, resultando uma diminuição do score da escala de Morse para 45 pontos, conforme está demonstrado no gráfico 3.

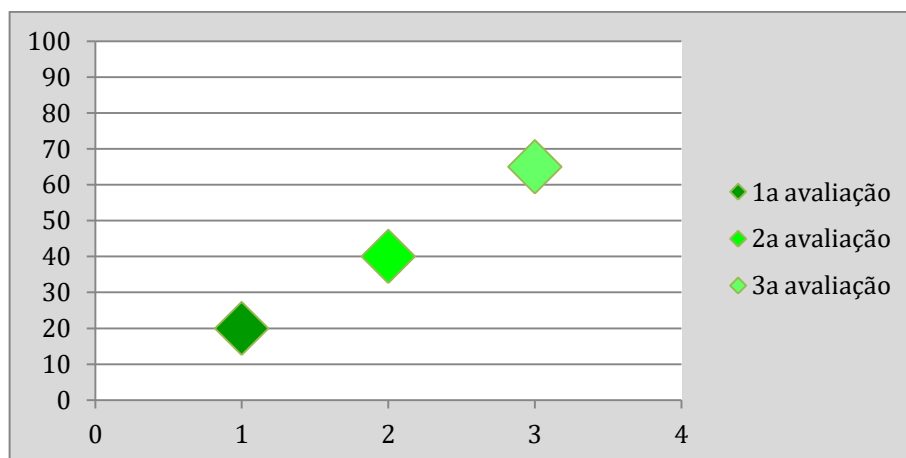


Gráfico 4 - Escala de Barthel – Avaliação das AVD

Entre **S1** – **S6** há um aumento significativo do score do Índice de Barthel, sublinhando a transição para uma maior autonomia no item Autocuidado (higiene, vestir/despir, arranjar-se), que coaduna com o aumento do equilíbrio do Sr. M em posição de sentado e em ortostatismo, permitindo retomar as tarefas que podia executar em posição sentado. Verifica-se uma melhoria no autocuidado entre a **S10** e **S12**, que coincide com a fase em que o doente transitou para dependente em grau reduzido no tomar banho. Na **S10**, o Sr. M passou a executar as transferências somente com apoio unilateral.

A nível da eliminação, o Sr. M, com os ganhos na sua funcionalidade motora, começou a fazer uso do sanitário. Uma vez que, se trata de um doente colostomizado, foram realizados os ensinamentos da troca do respetivo saco e placa, que assimilou. Verificou-se, portanto, uma melhoria gradual no nível de independência do Sr.M, em todas as AVD com recurso a ajuda parcial.

A PPS permitiu avaliar a evolução da funcionalidade do Sr. M, que no início do PR situava-se no valor percentual de 40, tendo, progressivamente, evoluído para um valor de 50%, na avaliação intermédia. No final do programa, situava-se na percentagem de 60, pois demonstrava um apoio reduzido na deambulação e uma assistência ocasional no autocuidado.

A Dor, sendo o sinal vital, de extrema importância nos cuidados à pessoa em situação paliativa, foi avaliada no início e no final de cada sessão, tendo sido referido pelo Sr. M o alívio sintomático após cada sessão.

A Escala de GUSS e a escala de Ashworth foram aplicadas no início do PR, não tendo revelado alterações no comprometimento da deglutição, nem espasticidades presentes a nível do tônus muscular, mantiveram, portanto, os resultados sobreponíveis do início ao final do programa.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisando os resultados apresentados, conclui-se que existiu uma tendência crescente em todos os indicadores, traduzindo ganhos em saúde.

Assim, pode aferir-se que o PR implementado revelou um impacto positivo no doente internado na UCP, dando uma resposta positiva à questão de partida deste Estudo de Caso.

O Sr. M evoluiu significativamente no treino de marcha, tendo conseguido progredir para andarilho, em percursos longos. O aumento independência do doente no autocuidado, passando de um grau de dependência severa, no início da experiência, para um grau de dependência em grau reduzido, no final, também foram evidência de progressos a nível da funcionalidade. Num estudo realizado por Refacho, et al (2019), encontraram-se resultados idênticos, onde durante 7 semanas foi implementado um treino orientado para a tarefa, tendo, também, revelado ganhos a nível do equilíbrio e da funcionalidade da marcha, que se refletiram num aumento da confiança e da autonomia na realização das AVD.

O risco de queda está intrinsecamente relacionado com ao equilíbrio corporal, devido a isso, se um PR for eficaz na recuperação do equilíbrio corporal, terá, também o seu contributo para a diminuição do risco de queda, tal como foi verificado neste estudo de caso.

Um estudo realizado por Paula Machado (2019), sobre a implementação de um Programa de Intervenção com semelhanças ao usado neste Estudo de Caso, dedicado ao treino de equilíbrio, marcha e força muscular, revelou aumento ao nível da força muscular e melhorias do equilíbrio corporal, marcha e realização das atividades de autocuidado, por parte do doente, o que comprova a eficácia deste modelo de Programa de Reabilitação.

Assim, foi possível intervir enquanto EEER, na pessoa em situação paliativa em vários domínios, entre os quais, o controlo da dor, a melhoria da mobilidade e as alterações da eliminação vesical e intestinal.

A intervenção do EEER nestes domínios resulta numa melhoria da sintomatologia, otimização de terapêutica, prevenção e controlo de situações de agudização e de complicações, maximização da independência, melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida do Sr. M.

No que concerne, à componente psicoespiritual, a minimização do impacto das incapacidades instaladas, a promoção da independência no autocuidado, da funcionalidade e autonomia, do incentivo à expressão de emoções e uso de técnicas de relaxamento, bem como a promoção de atividades recreativas, foram estratégias utilizadas com o Sr. M., que garantiram um progresso no bem-estar, da autoestima e da qualidade de vida

No doente paliativo, a perda de mobilidade pode resultar na diminuição da participação social e familiar, pelo que a promoção do conforto sociocultural fez-se através da manutenção da vida de relação e da adequação às mudanças na condição de saúde, com o objectivo de proporcionar um maior controlo/conhecimento sobre a evolução da sua própria doença/condição de saúde e participação na vida familiar e social.

Com a conclusão deste trabalho, verifica-se a existência de limitações a vários níveis: escassez de literatura científica em CP que suporte as atitudes implementadas; a falta de recursos materiais na UCP, que complementam o trabalho de reabilitação da ER e por esse motivo foram utilizadas garrafas de soro e garrafas de água em substituição dos halteres, por exemplo.

A limitação, que se entende como a mais importante, é o facto de não haver um EEER na UCP, que enquanto aluna condicionou a minha aprendizagem na prática, uma vez que não há um exemplo a seguir, bem como para a restante equipa de enfermagem, pois não têm ainda interiorizado os benefícios que o doente pode obter com a intervenção do EEER. A escassez de recursos humanos condiciona o tempo que o EEER necessita junto do doente para realizar a sessão do PR num ambiente calmo, seguro e “sem pressas”.

Face ao exposto, é demonstrada a extrema importância que o EEER tem num serviço desta tipologia, que deve estar presente, sem horas, nem tempos marcados, e

sim, quando o doente mostra disponibilidade/vontade para realizar a sua sessão de reabilitação, maximizando o aproveitamento da mesma.

CONCLUSÃO

Foi, portanto, demonstrado ao longo deste Estudo de Caso a evidente importância da intervenção do EEER na pessoa em situação paliativa. O impacto positivo advém de uma acção dinâmica na promoção do conforto nos vários domínios: maximização da funcionalidade, autonomia e independência no autocuidado, revelando um valioso contributo para minimizar o impacto das incapacidades instaladas e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

Resumindo, os objetivos e as competências gerais do enfermeiro especialista e as específicas do EEER, os quais me propus alcançar, julgo que o fiz com sucesso, terminando com sucesso este percurso de estudos, onde as suas implicações para a prática profissional são evidentes, pois, o meu olhar sobre o que é cuidar em enfermagem modificou-se: sinto que tenho uma responsabilidade acrescida, não só pelos cuidados que irei prestar, mas também, pelo grupo profissional que irei representar. Agora, através de uma abordagem mais ampla, diferenciada e profunda das necessidades do doente, não procurarei substituí-lo na realização das mesmas, mas sendo parceira de cuidados, auxiliando-o na busca pela sua independência. Contudo, ser EEER é mais que finalizar um ciclo académico: implica prática e continuidade. Posto isto, este caminho académico será, apenas o primeiro passo na construção da minha identidade enquanto EEER. A prática profissional será fundamental para cimentar as competências adquiridas e implicará o contacto com novas experiências e aprendizagens com o intuito de aperfeiçoar essas aptidões. De forma a manter o sentido de prestar cuidados baseados na melhor evidência científica disponível, a formação contínua será, também, uma aposta.

Desde o início da minha carreira profissional, compreendi que minha área de interesse é a dos Cuidados Paliativos. E como tal, tenho investido em formação para poder atender às necessidades das pessoas com doenças avançadas e progressivas. A escolha da especialização em Enfermagem de Reabilitação foi motivada pela constatação diária de doentes com elevado grau de dependência, passando por processos de recuperação de eventos agudos e/ou em situação paliativa, que poderiam ter benefícios com intervenções de reabilitação. Assim, os meus objetivos futuros passam por conseguir exercer funções de EEER no serviço onde já exerço funções de

enfermeira generalista. Embora, de forma informal, sempre que há disponibilidade no serviço, procuro exercitar todo o conteúdo aprendido na promoção da independência no autocuidado, no treino no leito e transferências, mobilizações articulares e RFR, tendo já despoletado interesse à equipa multidisciplinar para os possíveis ganhos em saúde através da intervenção do EEER, pelo que pretendo conseguir exercer funções como EEER, em exclusivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em Cuidados Paliativos – Da evidência à prática*. Loures: Lusodidacta.

Alcobia A, Ferreira R, Soares M, Vieira J. Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido. Journal of Aging & Innovation [revista em linha]. 20198(2). Disponível na Internet: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://journalofagingandinnovati.on.org/wp-content/uploads/3JAIV8E2.pdf>

Assembleia do Colégio da Especialidade de Reabilitação. (2015). *Áreas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.(2019). Tradução oficial portuguesa da definição de Cuidados Paliativos publicada pela International Association for Hospice and Palliative Care. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação. (2010). Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016. Disponível em: <https://www.aper.pt/wp-content/uploads/2023/04/aper2.pdf>

- Barbosa, A., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bolas, R. (2017). Pessoa em programa de Reabilitação Cardíaca. In M. Vieira & C. e Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á pessoa ao longo da vida*, Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-9898075-73-4.
- Braga, R. (2009). *Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2420>;
- Capelas, M. L.V. (Ed), Coelho, S.P.F. (Ed), Silva, S.C.F., Ferreira, C. M.D. & Torres, S. H. B(2017) *O direito à dignidade: serviços de cuidados paliativos*. Universidade Catolica Editora. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/9789725405826>
- Cardenas-Becerril, L., Jimenez-Gomez, M. A., Bardallo-Porras, M. D., Lopez-Ortega, J., MonroyRojas, A., & Araujo-Puschel, V. A. (2020). Presence of the Reflective and Critical Thinking Capacity in Nursing Curricula in Iberian America. *Invest Educ Enferm*, 38(3). doi:10.17533/udea.iee.v38n3e14
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2016-2017. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrategico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2019). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2019-2020. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Relatorio-de-implementacao-PEDCP-2019-2020_07122020.pdf

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2020). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2021-2022*. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

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

Costa, Manuel António Belo [et al.] – *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, Ordem dos enfermeiros, 2020 ISBN:978-989-8444-50-9, Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial – *Princípios Éticos para a Investigação Médica em seres Humanos*. Helsínquia, 2013. Disponível em: https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf

Direção Geral de Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>

Ferreira, R. M. F., Cubo Delgado, S., & Carioca, V. J. d. J. (2017). Motivaciones, necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de enfermería.

Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica, 35(2).
doi:10.14201/et20173527796

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4a Edição. Loures: Lusodidacta. (Trabalho original em inglês publicado em 2008).

International Council of Nurses. ICNP Browser. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jacinto, A., Ferreira, G., Ferraz, P., & Lopes, T. (2014). *Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia da Anca: Ganhos em Saúde*. Revista de Enfermagem “Cuid’arte”, Enfermagem de Reabilitação. Ano 7, nº 11. Centro Hospitalar de Setúbal.

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

Lei n.º 104/98 (1998). Lei do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Código Deontológico. Diário da República, 1.ª Série (N.º 93 de 21 de Abril de 1998). Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/92114/decreto-lei-104-98-de-21-de-abril>

Lei n.º 74/2006 (2006). Lei de Bases do Sistema Educativo. *Diário da República: 1ª Série, Artigo 20º de 24 de Março*. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/196333/decreto-lei-74-2006-de-24-de-marco>

Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 1ª série, (N.º 181, 16 de Novembro de 2015)*. Disponível em: <https://www.dre.pt>

Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República, I Série (N.º 172 de 05 de setembro de 2012)*, 5119 5124. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>

Machado, M., Machado, M., & Petronilho, F. (2020). *O Cuidado Confortador dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação- Intervenção especializada em cuidados paliativos*. Norderstedt: Novas Edições Acadêmicas.

Machado, P. (2019). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Controlo Sintomático em Cuidados Paliativos* (Relatório de Estágio). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32154>

Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.

Marques, A. & Silva, M. (2018). Cuidados Paliativos.. Disponível em: http://metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_paliativos

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Mezzani, A., Hamm, L., Jones, A., McBride, P., Moholdt, T. Stone, J., Urhausen, A., & Williams, M. (2012). Aerobic exercise intensity assessment and prescription in cardiac rehabilitation: a joint position statement of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Canadian Association of

Cardiac Rehabilitation. *Journal Cardiopulmonary Rehabilitation Preventive*, 20 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2047487312460484>

Mesquita, K. L., Gomes, G. P. L. A., Silva, M. J. B. F. & Santos, L. F. (2014). A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*.

Ferreira Rogério, Cubo Delgado, & Carioca, *A formação contínua no desenvolvimento de competências do professor de enfermagem*. February 2019. [Revista Gaúcha de Enfermagem](#) 40(1). Disponível em: DOI:[10.1590/1983-1447.2019.20180171](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180171)

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020. Diário da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Minosso, J., Souza, L., & Oliveira, M. (2016). Reabilitação em Cuidados Paliativos- Revisão da literatura. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem do Enfermeiros (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: 2a série, N.º 26 (06/02/2019), p. 4744-4750. <https://www.dre.pt>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(11), 121-132. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16029>

Regulamento n.º 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República, 2a Série, no119– 22 de Junho de 2015*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Ordem Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 26 - 06 de Fevereiro de 2019*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10779/0474204744.pdf>

Regulamento n.º 392/2019 (2019) - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 85 - 3 de maio de 2019*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Ribeiro, C. D. (2017). *Necessidades da Pessoa em Situação Paliativa: Perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18190>

Refacho A, Joana S, Magalhães M, Lourenço T, Fernandes B. Efeitos do Treino Orientado para a Tarefa na Marcha, Equilíbrio e Medo de Cair Após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso Saúde & Tecnologia: Revista Científica 2019 Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/11456>

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

Santos, A., & Pêla, J. (2017). Reabilitação da Pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* . Loures: Lusodidacta.

Serôdio, J. (2014). Conceitos Principais de Reabilitação – Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* Loures: Lusodidacta.

Silva, F. (2017). Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. *Revista Bioética*, 25 (1), Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251163>

The Nuremberg Code (1947). In: Mitscherlich A, Mielke F. *Doctors of infamy: the story of the Nazi medical crimes*. New York: Schuman, 1949. Disponível em: <https://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/>

Yin, Robert K. (2018) *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. 6a ed. India: SAGE. ISBN 9781506336169.

WHPCA. (2020). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2nd Edition*. Londres. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/category/global-atlas-of-palliative-care-at-the-end-of-life>

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

<u>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</u>		
Abertura ocular	Espontânea	<input type="checkbox"/> 4
	Ao comando verbal	<input type="checkbox"/> 3
	Só com estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> 2
	Não abre	<input type="checkbox"/> 1
Resposta verbal	Fala coerente	<input type="checkbox"/> 5
	Desorientado e conversando	<input type="checkbox"/> 4
	Resposta inapropriada	<input type="checkbox"/> 3
	Inarticulado	<input type="checkbox"/> 2
	Sem Resposta	<input type="checkbox"/> 1
Resposta motora	Obedece a comandos	<input type="checkbox"/> 6
	Localização a dor	<input type="checkbox"/> 5
	Flexão inespecífica (retirada)	<input type="checkbox"/> 4
	Flexão Hipertónica (decortica)	<input type="checkbox"/> 3
	Extensão hipertónica (decerebra)	<input type="checkbox"/> 2
	Sem resposta	<input type="checkbox"/> 1
	Score	15

ANEXO II- MINI-MENTAL STATE EXAME – MMSE

MINI-MENTAL STATE – MMSE

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?	2023
Em que mês estamos?	Maio
Em que dia do mês estamos?	3
Em que dia da semana estamos?	4.º - feira
Em que estação do ano estamos?	Primavera
	Score: (5)
Em que terra vive?	Mocim
Em que distrito vive?	Bragança
Em que país estamos?	Portugal
Em que casa estamos?	U.C. Palativos - Macedo
Em que andar estamos?	—
	Score: (4)

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

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

Pêra	+1	
Gato	+1	
Bola	+1	
	Score:	(3)

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

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

27 <	24 <	21 <	18 <	15 <	(5)
	Score:				

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as palavras que pedi há pouco para decorar.”

Pêra	+1	
Gato	+1	
Bola	Ø	
	Score:	(2)

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta):

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

Relógio	+1	
Lápis	+1	
		Score: (2)

b) Repita a frase que eu vou dizer: “O RATO ROEU A ROLHA.”

	+1	(1)
		Score:

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

Pega com a mão direita	+1	
Dobra ao meio	+1	
Coloca onde deve	+1	
		Score: (3)

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

	+1	(1)
		Score:

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

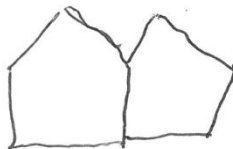
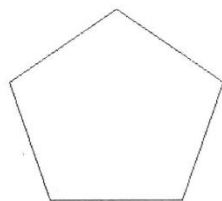
Frase: *Não faças mal aos outros que de toda não recebas nada de bem.*

		(1)
		Score:

6. Habilidade construtiva (um ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação

Desenho	Cópia
---------	-------



(1)

	(Máx 30 pontos) Score TOTAL: 28
--	--

ANEXO III – ESCALA MRC
AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Data: 03/05/2023	Data: 17/05/2023	Data: 31/05/2023

ESCALA MRC - Avaliação da Força Muscular

	Direito			Esquerdo		
Mão	5	5	5	5	5	5
Cotovelo	5	5	5	5	5	5
Ombro	5	5	5	5	5	5
Tíbiotársica	4	5	5	4	5	5
Joelho	4	5	5	4	5	5
Coxofemural	3	4	4	3	4	4
Cervical	4	4	4	4	4	4

0	Sem contração muscular e sem movimento
1	Mínima contração
2	Ausencia de movimentos ativos contra a gravidade
3	Contração fraca contra a gravidade
4	Movimento ativo contra a gravidade e resistência
5	Força normal

ANEXO IV – ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA
AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA - Avaliação da Espasticidade

	Direito			Esquerdo		
Mão	0	0	0	0	0	0
Cotovelo	0	0	0	0	0	0
Ombro	0	0	0	0	0	0
Tíbiotársica	0	0	0	0	0	0
Joelho	0	0	0	0	0	0
Coxofemural	0	0	0	0	0	0
Cervical	0	0	0	0	0	0

0	Nenhum aumento da resistência;
1	Ligeiro aumento da resistência (seguido por relaxamento ou resistência mínima no final da amplitude de movimento);
1+	Ligeiro aumento da resistência (seguido por uma resistência mínima ao longo de menos de metade da amplitude de movimento);
2	Resistência durante a maior parte da amplitude de movimento;
3	Forte resistência; movimento passivo é difícil;
4	Flexão ou extensão rígida.

ANEXO V – TESTE DE TINETTI
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Data: 03/05/2023	Data: 17/05/2023	Data: 31/05/2023

TESTE DE TINETTI - Avaliação da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico					
Equilíbrio estático:			Avaliação		
Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira	0			
	Inclina-se ligeiramente ou aumento a distancia das nádegas ao encosto da cadeira	1			
	Estável, seguro	2	2	2	2
Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde equilíbrio	0	0		
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar	1		1	1
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	2			
Equilíbrio imediato (1 ^{os} 5 seg.)	Instável	0	0		
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	1		1	
	Estável, sem qualquer tipo de ajuda	2			2
Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável	0	0		
	Estável, mas alargado a base de sustentação ou recorre a auxiliar de marcha	1		1	
	Pés próximos e sem ajudas	2			2
Pequenos desequilíbrios na mesma posição	Começa a cair	0			
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	1	1	1	
	Estável	2			2
Fechar os olhos na mesma posição	Instável	0	0	0	0
	Estável	1			
Volta de 360° (2vezes)	Instável, mas agarra-se	0	0		
	Estável ,mas dá passos descontinuados	1		1	1
	Estável e passos contínuos	2			
Apoio unipodal (+de 5seg)	Não consegue ou tenta agarrar-se	0	0	0	
	Aguenta 5 segundos de forma estável	1			1
Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira	0			
	Usa os braços ou movimento não harmonioso	1	1	1	

	Seguro, movimento harmonioso	2			2
Score (max 16)			3	8	13
Equilíbrio dinâmico – Marcha					
Fazer um percurso de 3 m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais					
Início da marcha	Com hesitação	0	0	0	0
	Sem hesitação	1			
Comprimento dos passos	<i>Pé dtº</i>				
	Não ultrapassa pé esquerdo	0			
	Ultrapassa pé esquerdo	1	1	1	1
	Não sai completamente do chão	0	0		
	Sai completamente do chão	1		1	1
	<i>Pé Esq.º</i>				
	Não ultrapassa pé direito	0			
	Ultrapassa pé direito	1	1	1	1
	Não sai completamente do chão	0	0		
	Sai completamente do chão	1		1	1
Simetria dos passos	Assimétricos	0			
	Simétricos	1	1	1	1
Direção	Desvio nítido	0			
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1	1	1	1
	Linha reta sem apoio	2			
Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0	0	0	0
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1			
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2			
Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0	0		
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1		0	1
Score (max 11)			4	6	7
Score TOTAL			7	14	20

Fonte: Adaptado de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/mime-attachment.pdf

ANEXO VI – ESCALA DE GUSS
AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Data: 03/05/2023	Data: 17/05/2023	Data: 31/05/2023

ESCALA DE GUSS – Avaliação da Deglutição

Secção1- Avaliação preliminar/teste de deglutição indireto

	Sim	Não
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 min)	1	0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2vezes)	1	0
Deglutição de saliva	1	0
• Deglutição com sucesso		
• Sialorreia	0	1
• Alterações da VOZ (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	0	1
Score	3	2
	1-4= investigação posterior 5= continuar para secção 2	
	5	

Secção 2. Teste de deglutição direto (material: agua destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem	1→Semi-sólido*	2→líquido *	3→Sólido***
Deglutição			
• Deglutição impossível	0	0	0
• Deglutição demorada (>2seg)(sólidos>10seg)	1	1	1
• Deglutição com sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição- até 3 min 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
Score	1-4= investigação posterior 5= continuar para líquido	1-4= investigação posterior 5= continuar para sólido	1-4= investigação posterior 5= normal
Score TOTAL: (secção 1+secção2)	5+15=20 (20)		

Fonte: Adaptado de <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933><http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948.full>

ANEXO VII – ESCALA DE BARTHEL
AVALIAÇÃO DAS AVD

Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Data: 03/05/2023	Data: 17/05/2023	Data: 31/05/2023

ESCALA DE BARTHEL - Avaliação das AVD					
Atividades		Avaliação			
Alimentação	• Independente	10		10	
	• Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5	5	5	
	• Dependente	0			
Transferências	• Independente	15			
	• Precisa de alguma ajuda	10	10	10	
	• Precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	5		
	• Dependente, não tem equilíbrio sentado	0			
Toalete	• Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	5	5	
	• Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0		
Utilização Do Wc	• Independente	10			
	• Precisa de alguma ajuda	5	5	5	
	• Dependente	0	0		
Banho	• Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5			
	• Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0	
Mobilidade	• Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15		15	
	• Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	10		
	• Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5			
	• Imóvel	0	0		
Subir E Descer Escadas	• Independente, com ou sem ajudas técnicas	10			
	• Precisa de Ajuda	5		5	
	• Dependente	0	0	0	
Vestir/Despir	• Independente	10		10	
	• Com ajuda	5	5	5	
	• Impossível	0			
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	0	0	
Controlo Urinário	• Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho	10			
	• Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	5	5	
	• Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0			
Score			20	50	65

ANEXO VIII – PPS
PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE

Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Data: 03/05/2023	Data: 17/05/2023	Data: 31/05/2023

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE					
PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; Sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; Alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Fonte: Adaptado de: Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2). ©Victoria Hospice Society, 2009. Disponível em <https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps - portuguese brazilian - sample.pdf>

ANEXO IX- ESCALA NUMÉRICA DA DOR

Avaliação inicial	Avaliação intermedia	Avaliação final
Data: 03/05/2023	Data: 17/05/2023	Data: 31/05/2023

ESCALA NUMÉRICA DA DOR												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima

Fonte: Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde N° 09/DGCG, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

ANEXO X- ESCALA DE MORSE
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Avaliação inicial	Avaliação intermedia	Avaliação final
Data: 03/05/2023	Data: 17/05/2023	Data: 31/05/2023

ESCALA DE MORSE - Avaliação do Risco de Queda					
			Avaliação		
História de Quedas	Não	0	0	0	0
	Sim	20			
Diagnósticos Médicos (>2 patologias)	Não	0			
	Sim	20	20	20	20
Ajuda na Marcha	Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado	0	0		
	Bengala / canadiana / andarilho	15		15	15
	Apoio nos móveis	20			
Terapêutica E.V. ou Cateter	Permanente	20	0	0	0
Marcha	Normal / cadeira de rodas / acamado	0	0		
	Com dificuldade, mas sem ajuda	10			10
	Incapaz, sem ajuda	20		20	
Estado Mental	Orientado	0	0	0	0
	Dificuldade de orientação	15			
Score			20	55	45

<u>Classificação do nível de risco</u>	<u>Recomendações</u>
0-24: sem risco	Nenhuma
25-50: baixo risco	Implementar precauções para prevenção de alto risco de quedas
> 50: alto risco	Implementar intervenção padronizadas contra quedas

Fonte: Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde N° 008/2019 . <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

ANEXO XI- CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado(a), por Márcia Filipa Ribeiro Sarmento Moreira acerca do estudo: " Impacto de um Programa de Reabilitação num doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos" que está a realizar no âmbito do mestrado em Enfermagem - área de Reabilitação organizado pelo Instituto Politécnico de Bragança, com orientação da Professora Maria José Almeida Gomes.

Fui informado(a) que o estudo pretende promover a funcionalidade comprometida da pessoa em situação paliativa. Os objetivos do estudo são: definir um plano de intervenção na área da reabilitação e aplica-lo 3 sessões por semana com a duração de 4 semanas, durante os meses de maio e junho.

Compreendi que os dados são recolhidos através de entrevista, avaliação e observação direta, processo clínico e aplicação de escalas de avaliação. A minha participação neste estudo consiste em colaborar na entrevista, permitir a avaliação por parte da investigadora, colaborando na execução de um plano de intervenção que visa a potencialização das minhas capacidades.

Compreendi as garantias de confidencialidade/anonimato e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

A estudante (Márcia Moreira): Márcia Moreira

O participante: XXXXXXXXXX

Para qualquer esclarecimento:

Contato telefónico: 934454342

Correio eletrónico: marciasarmento_85@hotmail.com

ANEXO XII- PARECER DA COMISSÃO DE ETICA

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

EFEITOS DE UM PLANO DE REABILITAÇÃO NUM DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião de 21 de junho de 2023, foi deliberado pela CE conceder parecer **favorável** ao presente estudo.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Considera-se oportuno que finalizado o trabalho seja remetido ao CA e CE.

Maria de Jesus Machado Lopes

Carla Maria Perdigão Martins Grande

Ana Catarina Fernandes Pires

Maria Judite Ramos Marques

Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão

Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Evangelina da Natividade Carmelo Bonifácio Correia da Silva

Maria da Luz Macedo Guerra Santos

Presidente da Comissão de Ética



Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Reunio CA 28.06.2023

Autêntico

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Despacho do P.C.A.: