

Relatório de Estágio/Benefícios de um Programa de Reabilitação num doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos

Diana Azevedo Prodêncio

**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, Outubro de 2023



Prodêncio D.A. RELATÓRIO DE ESTÁGIO. BENEFÍCIOS DE UM PROGRAMA DE
REABILITAÇÃO NUM DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS
PALIATIVOS

Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.
Bragança, 2023.

*“Podemos não ser capazes de mudar o desfecho,
mas conseguimos ter influência no percurso”.*

Ann Richardson

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço a orientação que a Professora Maria José Gomes me disponibilizou, sempre, durante a elaboração do presente relatório. Obrigado.

Aqui presto também o meu agradecimento aos orientadores de estágio, pela sua disponibilidade e amabilidade durante os estágios. Obrigado pelo conhecimento transmitido.

A todos a quem prestei cuidados, pela oportunidade que me deram de desenvolver a minha aprendizagem e de aprendermos diariamente em conjunto. Especialmente à Sra ML, pela participação no meu estudo.

Aos meus colegas de profissão com quem trabalho diariamente, que sempre se prontificaram a ajudar e se mostraram sempre disponíveis nas trocas de horário, para além de todo o carinho e apoio emocional demonstrado.

Muito Obrigado minha amiga “Geladinho”. Estás sempre no meu coração.

Obrigado Márcia, Nélia e Cláudia, que nos momentos mais difíceis me acompanharam.

Aos meus Pais pela compreensão durante as minhas ausências.

Ao meu marido, obrigado pelo apoio incondicional e por cuidares da nossa família quando eu não estava. Aos meus queridos filhos, que foram, tantas vezes, privados da minha presença. Obrigado por serem o pilar da minha vida!

RESUMO

Enquadramento: Os Cuidados Paliativos têm como objetivo principal proporcionar cuidados de saúde abrangentes e humanizados, focados especialmente no alívio do sofrimento de pessoas com doenças graves, avançadas e irreversíveis. Eles visam maximizar, na medida do possível, a qualidade de vida e a dignidade dos doentes.

Objetivo: Compreender os benefícios de um programa de reabilitação num doente que recebe cuidados paliativos.

Métodos: Na realização do presente estudo, recorreu-se à metodologia estudo de caso. Os dados foram colhidos através do histórico de enfermagem e aplicação de escalas validadas. A intervenção de enfermagem em reabilitação baseou-se na implementação de um programa de reabilitação num doente em situação paliativa, internado na Unidade de Cuidados Paliativos.

Resultados: Entre a primeira e as avaliações subsequentes, verificou-se aumento da força nos segmentos articulares avaliados, aumento da independência para a alimentação e autocuidados e redução da dor relacionada com a imobilidade.

Conclusão: Os resultados deste estudo de caso, indicam que a reabilitação funcional é uma estratégia que possibilitou a redução do declínio funcional e a melhoria da qualidade de vida da doente submetida à intervenção.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Reabilitação.

ABSTRACT

Background: Palliative Care's main objective is to provide comprehensive and humanized healthcare, focused especially on alleviating the suffering of people with serious, advanced and irreversible illnesses. They aim to maximize, as far as possible, the quality of life and dignity of patients.

Aim: Understand the benefits of a rehabilitation program for a patient receiving palliative care.

Methods: In carrying out the present study, the case study methodology was used. Data were collected through nursing history and application of validated scales. The nursing intervention in rehabilitation was based on the implementation of a rehabilitation program on a patient in a palliative situation, admitted to the Palliative Care Unit.

Results: Between the first and subsequent assessments, there was an increase in strength in the joint segments evaluated, an increase in independence in eating and self-care and a reduction in pain related to immobility.

Conclusion: The results of this case study indicate that functional rehabilitation is a strategy that made it possible to reduce functional decline and improve the quality of life of the patient undergoing the intervention.

Keywords: Palliative Care, Nursing, Rehabilitation.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVD – Atividades de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BAV - Bloqueio Aurículo – Ventricular

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

EAO - Estenose Aórtica

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

GUSS – Gugging Swallowing Screen

Hb- Hemoglobina

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg - Kilograma

m - metro

mg - miligrama

min - minuto

ml - mililitro

MMSE – Mini Mental State Examination

MRC – Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

PA – Pressão Arterial

PPS – Palliative Performance Scale

PR – Programa de Reabilitação

PRC- Programa de Reabilitação Cardíaca

PTA - Prótese Total da Anca

PTJ - Prótese Total do Joelho

REPE - Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNG – Sonda Nasogástrica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

TAC - Tomografia Axial Computadorizada

Temp - Temperatura

UAVC - Unidade de AVC

UCIC - Unidade De cuidados Intensivos Coronários

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULSNE – Unidade Local de Saúde Nordeste

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	16
PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	36
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	36
1.1. Cuidados Paliativos e a Enfermagem de Reabilitação.....	36
1.2. Enfermagem de Reabilitação na Pessoa em Situação Paliativa.....	39
2. METODOLOGIA.....	43
2.1. Tipo de Estudo e Objetivos.....	43
2.2. População e Amostra.....	44
2.3. Instrumento de Recolha e Tratamento de Dados.....	45
2.4. Procedimentos Éticos	46
3. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	48
3.1. Histórico de Enfermagem.....	48
3.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	51
3.2.1. Avaliação Física.....	52
3.2.2. Avaliação da Função Respiratória.....	52
3.2.3. Avaliação da Função Neurológica	52
3.2.4. Avaliação da Funcionalidade	56
3.3. Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	58
3.4. Registo das Intervenções Realizadas no Programa de Reabilitação.....	61
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	67
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Score obtido na aplicação da Escala MRC.....	68
Gráfico 2 - Score obtido na aplicação da Escala de Barthel.....	69
Gráfico 3 - Score obtido na aplicação da Escala PPS.....	69
Gráfico 4 - Score obtido na aplicação da Escala Numérica da Dor.....	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fases de Prestação dos Cuidados Paliativos.....	38
Quadro 2 - Dados Pessoais da Doente	48
Quadro 3 - Terapêutica Habitual.....	50
Quadro 4 – Terapêutica em SOS.....	51
Quadro 5 – Sinais Vitais	52
Quadro 6 - Escala de Coma de Glasgow.....	53
Quadro 7 - Escala MRC	54
Quadro 8 - Escala de Ashworth Modificada.....	55
Quadro 9 - Escala Numérica da Dor	57
Quadro 10 - Escala de Braden.....	57
Quadro 11 - Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	59
Quadro 12 -Resultados Obtidos no Programa de Reabilitação.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - TAC abdominopélvico	50
--------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio foi elaborado no contexto do programa curricular do Mestrado em Enfermagem - Área de Reabilitação, organizado pelo Instituto Politécnico de Bragança. O objetivo principal é obter o grau académico de Mestre e cumprir os requisitos necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O estágio teve em conta o documento orientador do mesmo, que prevê no 1º ano 2º semestre uma unidade curricular opção I, cuja componente é dedicada à prática clínica e no 2º ano 1º semestre na unidade curricular opção II, focada na prática clínica e investigação. Constituindo este relatório o culminar deste percurso.

Deste estágio, de natureza profissional, faz parte um relatório final, conforme os objetivos específicos estabelecidos de acordo com a alínea b) do número 1 do Artigo 20º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Este relatório será submetido à apreciação e discussão pública por um júri designado para esse fim.

Os estágios foram realizados em distintos contextos, abrangendo tanto ambientes hospitalares, como a Unidade de Convalescença, a Unidade de AVC, o Serviço de Ortopedia e o Serviço de Cardiologia, quanto em ambiente ambulatorio, como na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Com a Enfermagem de Reabilitação (ER), pretende-se oferecer cuidados holísticos, identificando cada problema e permitindo, assim, a criação de um plano de intervenção de reabilitação individualizado e dirigido à pessoa, com objetivos bem definidos.

A reabilitação é parte integrante dos Cuidados Paliativos (CP), e na missão de ambos está intrínseca o ajudar o doente e família a viver o melhor possível de acordo com as suas potencialidades e a situação de doença. Neste sentido, o National Council for Palliative Care (2000), afirma que a reabilitação proporciona uma melhoria na função e qualidade de vida em pessoas gravemente doentes e suas famílias e possibilita a redução do sofrimento físico, psicológico e espiritual.

Sendo assim, como enfermeira generalista nos CP, reconheço a importância de obter uma formação especializada para adquirir conhecimentos e habilidades específicas necessárias para ajudar as pessoas a maximizarem o seu potencial funcional, tendo em

consideração a sua condição de saúde. Diante dessa necessidade, decidi escolher a área de reabilitação devido à sua complexidade e âmbito de intervenção enquadrados nas competências e padrões de qualidade que definem a prática profissional do EEER. Ao longo do tempo, o valor da reabilitação, em geral, e a intervenção do EEER, em particular, tem crescido significativamente, conforme confirmado por diversos autores e estudos. Essa abordagem é especialmente relevante para doentes em situação paliativa, onde a reabilitação desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar e na melhoria da qualidade de vida.

De acordo com o Código Deontológico, inserido no estatuto da OE (Lei n.º 156/2015, de 16 de novembro), o Enfermeiro tem o dever de *“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”* (Lei n.º 156/2015, de 16 de novembro) e, ainda *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Lei n.º 156/2015, de 16 de novembro).

O presente estudo tem como título *“Benefícios de um Programa de Reabilitação num doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos”* e a sua realização prendeu-se com o facto de eu exercer a minha atividade profissional numa Unidade de Cuidados Paliativos, serviço com o qual tenha grande afinidade. O interesse prático deste estudo está também relacionado com o objetivo de propor e/ou justificar a contratação permanente de uma enfermeira especializada em reabilitação para integrar a equipa de CP. Para isso, é necessário compreender a pertinência dos cuidados de enfermagem em reabilitação oferecidos aos doentes internados na Unidade de Cuidados Paliativos da ULS-Nordeste (UCP-ULSNE).

O presente relatório surge com o objetivo de criar um instrumento de análise crítico-reflexiva das minhas vivências em contexto do ensino clínico, fazendo uma reflexão comparativa com base na evidência científica mais atualizada, baseada nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE). Ao longo deste relatório, serão descritos os conhecimentos adquiridos, as intervenções realizadas e as aprendizagens obtidas durante os estágios. Será demonstrado o desenvolvimento de competências ao longo do percurso, defendendo que todas as competências objetivadas foram atingidas com sucesso.

Este trabalho está dividido em duas partes fundamentais. Na primeira parte realiza-se uma abordagem aos estágios nos vários contextos, descrevendo as atividades desenvolvidas e a aquisição de competências do EE e do EEER, através de uma reflexão e análise crítica. Na segunda parte, é apresentada a investigação sobre os Benefícios de um Programa de Reabilitação num doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos. A investigação desenvolvida teve em conta os objetivos definidos para o trabalho de investigação, nomeadamente, definir um programa de reabilitação, implementá-lo e avaliar os resultados obtidos.

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1- Caracterização dos Contextos de Ensino Clínico

Segundo o guia orientador para o estágio de natureza profissional em ER, 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, 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.

Estágio I - Unidade de Convalescença do Hospital de Macedo de Cavaleiros

Decorreu do dia 18 de abril de 2022 ao dia 03 de junho de 2022 na Unidade de Convalescença do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Neste campo de estágio tive a orientação da EEER Eduarda Figueira.

Com base nos problemas reais e potenciais das pessoas, o EEER, concebe, implementa, supervisiona e avalia programas de ER diferenciados. O nível elevado de saberes e experiência acrescida, permite-lhes tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio).

A unidade de convalescença, tem a capacidade para 15 doentes. O espaço físico da UC é composto por 8 quartos (5 quartos duplos, 1 quarto com 3 camas e dois quartos individuais, que inclui casa de banho com chuveiro e um sanitário providos com barras de apoio de mãos e chão antiderrapante e guarda roupa individual), dois banhos assistidos, sala de tratamentos, ginásio totalmente equipado e sala de refeições/convívio.

A equipa multidisciplinar é formada por 1 médica de medicina geral, 10 enfermeiros (6 deles EEER); 10 assistentes operacionais; 3 fisioterapeutas; 1 ajudante de fisioterapia; 1 terapeuta da fala; 1 terapeuta ocupacional; 1 psicóloga; 1 assistente social e 1 nutricionista.

São admitidos doentes, independentemente da idade, com grau de dependência moderada a total, com o diagnóstico: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Prótese Total da Anca (PTA), Prótese Total do Joelho (PTJ), demências, miopatias de desuso por internamento prolongado pós-Covid, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Na unidade de convalescença os doentes são sujeitos a um programa intenso e contínuo de reabilitação, que abrange o ensino e treino de Atividades de Vida Diária (AVD). Este assume especial importância, revelando uma mais valia para alcançar a máxima independência da pessoa nas AVD. Durante o processo de reabilitação, utilizei várias escalas de avaliação, que segundo Hoeman (2011) têm pertinência na avaliação da incapacidade da pessoa, supervisão dos progressos, mensuração da eficácia e dos benefícios das intervenções de enfermagem de reabilitação e na continuação dos cuidados. As escalas utilizadas foram: a Medical Research Council (MRC), a Escala de Braden, a Escala de Morse, o Índice de Barthel e a Escala de Medida de Independência Funcional.

Uma das barreiras identificada neste serviço, que condicionou a minha atividade enquanto aluna, é o treino intensivo que os doentes têm no ginásio de fisioterapia durante o dia, o que os deixa cansados e pouco motivados para a realização ou reforço dos ensinamentos.

A atividade mais ambicionada por qualquer doente, é a marcha. Para o treino da marcha, procurei junto com os doentes, desenvolver estratégias adaptativas para a utilização de cadeira de rodas e auxiliares de marcha (canadianas, tripé, andarilho). Realizei instrução e treino de marcha com auxiliares de marcha, transposição de obstáculos, sentar e levantar da cadeira. Ajustei a altura das canadianas e andarilhos o doente e a avaliei o estado de conservação das borrachas. Ensinei estratégias para prevenção de acidentes, diminuindo o risco de quedas.

Tentei estimular ao máximo a pessoa, substituindo-a, apenas, quando ela não conseguia fazer sozinha, preparando-a a alcançar ou preservar o máximo de autonomia, na realização segura das AVD (higiene, transferir-se, alimentar-se, locomoção e eliminação), de acordo com a sua nova de saúde.

Estágio II - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Serviço de Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Decorreu do dia 04 de julho de 2022 ao dia 13 de agosto de 2022 na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), no serviço de Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Neste campo de estágio tive a orientação da EEER Fátima Marques.

As competências específicas dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER), permitem uma intervenção privilegiada no acompanhamento e no cuidado à pessoa com patologia coronária.

A UCIC tem a capacidade para 8 doentes, o espaço físico é constituído por 6 boxes envidraçadas individuais e duas camas. Recebe doentes provenientes de qualquer serviço do hospital, estando, também, apta para receber transferências dos outros hospitais. Os diagnósticos mais frequentes dos doentes aqui admitidos, independentemente da idade e grau de dependência são os seguintes: insuficiência cardíaca descompensada, Bloqueio Auriculo-ventricular (BAV) completo, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), angina instável, miocardite, Estenose aórtica (EAo).

Os 3 EEER prestam cuidados de segunda-feira a sexta-feira das 08–15h00, sendo as áreas do treino de reeducação funcional respiratória e reabilitação cardíaca as suas principais áreas de intervenção. A referenciação de doentes para posterior encaminhamento para o Programa de Reabilitação Cardíaca (PRC) na unidade de reabilitação cardíaca é outra das funções do EEER.

O serviço de internamento de Cardiologia, tem a capacidade para 15 doentes, recebe doentes provenientes de qualquer serviço do hospital, transfere e recebe doentes de outros hospitais, com o diagnóstico: insuficiência cardíaca descompensada, BAV completo, EAM, angina instável, miocardite, EAo e doentes para realizarem Bypass, para intervenção coronária percutânea e para implante da válvula aórtica por via percutânea.

O ginásio da unidade de reabilitação cardíaca comporta recursos materiais essenciais ao treino: 2 passadeiras de corrida, 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 (Thera - band), bolas medicinais, 2 computadores, 6

sistemas de telemetria cardíaca, 2 avaliadores de Pressão Arterial (PA), 3 oxímetros digitais, carro 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 três sessões por semana, para um total de vinte e quatro sessões, com a duração de hora e meia cada. A prescrição do programa de exercícios era baseada no resultado da prova de esforço e feita de forma individualizada e especificada para cada utente, em termos de intensidade, duração, frequência, tipo de exercício físico e progressão. Nesta fase era introduzido o plano de treino aeróbico (até à 8ª sessão), de leve a moderado, com frequência contínua ou intervalada, a partir da 9ª sessão era incluído também o treino de resistência ou endurance (treino anaeróbio), equilíbrio, flexibilidade e relaxamento pós treino. As sessões eram aproveitadas para continuar a intervenção do EEER a nível da educação para a saúde, lembrando os aspetos sobre fatores de risco cardiovasculares e a modificação do estilo de vida, alimentação saudável e cessação tabágica (sugeria-se o apoio psicológico). A otimização da terapêutica farmacológica e o cumprimento da mesma, eram também uma preocupação do EEER como medidas de prevenção secundária.

Para monitorização cardíaca e da FC, colocava a telemetria dotada de visualização do traçado eletrocardiográfico, em todos os utentes. O controle de intensidade e tolerância ao treino era feito através da FC e da avaliação da Escala Modificada de Borg. A avaliação da perceção subjetiva do esforço, da FC, da PA e da Saturação periférica de oxigénio (Spo₂), era feita sempre no início da sessão de reabilitação, ao longo desta (de 5 em 5 min) e no final. 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 exercitados. No final de cada sessão avaliava-se o peso, o perímetro abdominal e o Índice de Massa Corporal (IMC). 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 enfermeiro EER e pelo fisioterapeuta.

Assim, com o propósito de garantir e maximizar a capacidade funcional e para um maior desempenho motor e cardiorrespiratório da pessoa, avaliei alterações da função motora e cardiorrespiratória, recorrendo a escalas objetivas (Escala Modificada de Borg), concebendo e implementando planos de treino motor e cardiorrespiratório e procedendo à sua avaliação e reformulando os programas de treino em função dos ganhos expectáveis.

Estágio III - Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros

Decorreu do dia 05 de setembro de 2022 ao dia 14 de outubro de 2022 na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros. Neste campo de estágio tive a orientação da EEER Anne Sophie Vidal.

O enfermeiro especialista em reabilitação, na ECCI, surge como elemento essencial para dar resposta aos projetos que devem ser assegurados pela ECCI, através da prestação de serviços de cuidados domiciliários de enfermagem de reabilitação de acordo com a alínea 4 do artigo 9º do Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril. Na ECCI o enfermeiro especialista põe em prática os seus conhecimentos de reabilitação nas várias áreas: neurológica, respiratória e ortopédica. 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, permitindo 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.

Neste estágio, saliento o caso de um doente de 66 anos, com ataxia e síndrome piramidal de predomínio esquerdo, apresentando dependência total para a realização das AVD, confinado ao leito, vivia com a esposa (principal cuidadora). Foi integrado na ECCI para reabilitação motora. As visitas domiciliárias eram feitas 3 vezes por semana, com duração de uma hora por sessão.

Para maximizar a função motora e sensitiva, as minhas intervenções passaram pela realização de mobilizações ativas-assistidas, respeitando a amplitude articular e o limiar de dor, do proximal para distal. As mobilizações passaram a ativas e ativas-resistidas, à medida que o doente foi recuperando a força muscular.

Para o fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, foram utilizados pesos de 1kg, Thera - band e pesos para tornozelos e, também, recorri ao uso de pedaleira, sempre de acordo com a tolerância do doente. Segundo Lee & Park (2013), o aumento da força não é o único benefício dos exercícios de fortalecimento, melhora também o equilíbrio e a autonomia nas AVD.

De acordo com Bhimani, McAlpine & Henly (2012), a marcha e o equilíbrio estão intimamente ligados, sendo assim, sem recuperar o equilíbrio não se consegue recuperar a marcha. Portanto, torna-se fundamental uma ação precoce por parte dos EEER, com o treino postural e controlo de tronco. De forma a recuperar a função equilíbrio, era realizado o treino de controlo do tronco, treino de balanço na cama e inclinação para a direita e para esquerda e treino de mudança decúbito. Posteriormente, fazia-se a transferência para a cadeira de rodas com ajuda total. Durante o estágio na ECCI não foi possível recuperar o equilíbrio dinâmico na posição ortostática, mas obteve-se melhorias significativas no equilíbrio estático sentado.

Durante este estágio na comunidade, privilegiei sempre que possível, a integração da pessoa e do cuidador no seu plano de reabilitação, na sua capacitação e gestão do seu autocuidado.

Estágio IV - Unidade de AVC do Hospital de Macedo de Cavaleiros

Decorreu do dia 17 de outubro de 2022 ao dia 25 de novembro de 2022 na Unidade de AVC do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Neste campo de estágio fui orientada por todos os EEER do serviço.

O enfermeiro EER deve adequar os seus cuidados às necessidades reais da pessoa, abrangendo todos os aspetos da sua vida.

O AVC tem habitualmente consequências na função motora, cognitiva e estado de consciência (resultantes da lesão), originando, por norma, compromissos na marcha, no controlo postural e no equilíbrio, limitando a mobilidade e a capacidade de executar as AVD, além de aumentar o risco de queda. Deste modo, torna-se fundamental a intervenção do EEER, que irá auxiliar na reeducação das funções perdidas.

A Unidade de AVC (UAVC) tem capacidade para 9 doentes. O espaço físico da UAVC é composto por 3 quartos cada um com 3 camas com 1 lavatório e guarda roupa individual, dois banhos assistidos, providos com barras de apoio de mãos e chão antiderrapante e um ginásio.

Esta unidade tem como coordenador um médico internista, uma equipa de 11 enfermeiros (4 deles EEER), e a enfermeira chefe também é EEER. Tem ainda, o apoio

de um médico neurologista uma vez por semana, 1 médico fisiatra duas vezes por semana, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta da fala, 1 terapeuta ocupacional e 1 nutricionista.

São admitidos doentes que, independentemente da idade, tenham sofrido um AVC, tendo maior prevalência os AVC isquémicos sobre os hemorrágicos, apresentando os doentes um grau de dependência moderada a total.

O enfermeiro EER da UAVC, além das funções inerentes à ER, exerce as funções de enfermeiro generalista. Em ambos os contextos, foi necessário obter competências de organização e gestão do tempo livre para a intervenção da ER. Assim, após a passagem de turno, estabeleciam-se prioridades de cuidados, de acordo com as necessidades dos doentes. Começava pelo treino do autocuidado (higiene/conforto, arranjo pessoal, vestir/despir e alimentação, com recurso a produtos de apoio) no início de cada turno (de forma a coordenar os cuidados gerais com os cuidados de ER), passando pelo treino motor e prosseguindo para o levante. Após este, treinava o equilíbrio estático e dinâmico, o treino do sit to stand passando de seguida ao treino da marcha controlada, que, de acordo com Marques-Vieira & Sousa (2017), esta ajuda a readquirir o padrão automático perdido, originando uma maior independência e mantendo a segurança do doente, e assim, restaurar a autonomia total do doente.

Sendo o exame neurológico de extrema importância no doente com AVC, este era realizado diariamente, podendo através deste detetar alterações neurológicas. Do exame neurológico faz parte a avaliação das funções superiores, função motora e função sensitiva. Sempre que o seu estado de consciência o permita, o doente com AVC, deve ser estimulado e encorajado a colaborar de forma ativa no seu processo de reabilitação.

No que concerne a prevenção do desenvolvimento do padrão espástico, foram adotadas posições em padrão anti-espástico, com o propósito de proporcionar conforto, precaver danos músculo-esquelético, preservar a integridade da pele e tecido subjacente (Menoita, et al., 2012), assim como, recorri ao uso da tala Margaret Johnstone, que além de inibir o padrão espástico, aumenta a carga sensitiva, reduz o edema e estabiliza as articulações para o movimento.

Com o intuito de prevenir complicações, em relação às alterações da deglutição, através do uso da Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS), avaliava o comprometimento da deglutição e garantindo, assim, a segurança do processo. O rastreio da disfagia fazia-se o mais precocemente possível, para evitar aspirações silenciosas.

Doentes em que a disfagia apresentava grande risco de aspiração, eram alimentados por SNG com alimentação entérica artificial. No treino da deglutição eram adotadas estratégias compensatórias. De salientar, no doente com AVC, o objetivo da intervenção poderá não ser a recuperação total da função, mas a prevenção de complicações.

No que diz respeito à eliminação, alguns dos doentes tinham a eliminação intestinal alterada, apresentavam obstipação, como resultado da imobilidade que leva a uma diminuição dos movimentos peristálticos. Assim, procurei proporcionar privacidade e conforto, alteração da dieta (rica em fibras) e aumento da ingestão hídrica, ou uso de laxantes quando necessário. Na alteração da eliminação vesical, o doente com AVC apresenta frequentemente uma bexiga neurogénica, para promover uma eliminação eficaz, recorri à colocação intermitente de sonda vesical para esvaziamento da bexiga.

Considero ter capacidade para avaliar as alterações da funcionalidade da pessoa com AVC, aplicando instrumentos de avaliação, definindo diagnósticos de enfermagem e realizando intervenções com o propósito de alcançar a funcionalidade e maximização das capacidades da pessoa, na promoção do autocuidado.

Estágio V - Serviço de Ortopedia do Hospital de Macedo de Cavaleiros

Decorreu do dia 28 de novembro de 2022 ao dia 13 de janeiro de 2023 no Serviço de Ortopedia do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Neste campo de estágio tive a orientação da EEER Sandra Borges.

Para prevenção de complicações pós-cirúrgicas, a intervenção da ER no período pré-operatório, é crucial. Boudreaux & Simmons (2019) enunciaram três fatores que têm influência no sucesso da cirurgia, intervindo o EEER num deles. Além da condição funcional da pessoa, os outros fatores são a eficácia clínica e a eficácia operacional. O elemento principal da reabilitação ortopédica é readquirir ao máximo a função motora.

O serviço de Ortopedia tem capacidade de 37 doentes, distribuídos por enfermarias com 3 camas, com um lavatório e com guarda roupa individual, 1 quarto de isolamento com chuveiro e 1 sanitário, dois banhos assistidos, providos com barras de apoio de mãos e chão antiderrapante.

Este serviço tem como coordenador um médico ortopedista, uma equipa de 11 enfermeiros (3 deles EEER), e a enfermeira chefe é especialista em enfermagem Médico

Cirúrgica. Tem, ainda, o apoio da fisioterapia, onde os doentes se deslocam diariamente ao ginásio, no piso -1. O serviço de ortopedia colabora com o Bloco Operatório nas cirurgias programadas.

São admitidos doentes que, independentemente da idade, apresentem um problema do foro ortopédico, sendo de maior prevalência as patologias da anca e do joelho (PTA, PTJ e revisões das próteses), patologia do pé (tornozelo, hallux valgus e pé plano) e coluna vertebral, com grau de dependência reduzida a total.

Neste estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados ao doente submetido a PTA, PTJ e artrodese. Em relação à educação pré-operatória, esta incidia sobre as mobilizações que podiam efetuar no pós-operatório, para que o doente pudesse colaborar de forma mais ativa no seu processo de reabilitação.

Além do treino da AVD higiene e vestir-se/despir-se, foi reeducada a função motora através realização de exercícios isométricos e isotónicos, mobilizações articulares ativas e ativas assistidas. As mobilizações passivas da articulação do joelho foram realizadas procedendo ao uso do artromotor e para reduzir sinais inflamatórios realizavam crioterapia de 2/2h.

No treino da AVD locomoção, foi também possível reeducar a função a motora através do treino de marcha livre (no caso da cirurgia à coluna) e com apoio de andarilho e de canadianas, para que o doente interiorizasse o novo tipo de marcha de forma gradual, os posicionamentos autorizados no leito e na cadeira, o treino de levantar/deitar no leito e sentar/levantar da cadeira e o treino de transposição de obstáculos. Realizei ensinamentos e recomendações sobre a prevenção de quedas, os comportamentos que podem levar à luxação, a forma como deve entrar e sair do carro e uso de materiais de apoio (como o elevador de sanita, impedindo a flexão da articulação coxofemoral acima dos 90°) e identificação de necessidades sobre barreiras arquitetónicas, assim como, as alterações necessárias no contexto do dia a dia da pessoa.

Estágio VI - Unidade de Convalescência do Hospital de Macedo de Cavaleiros

Decorreu do dia 16 de janeiro de 2023 ao dia 24 de fevereiro de 2023 na Unidade de Convalescência do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Neste campo de estágio tive a orientação do EEER João Correia.

Uma vez que repeti este estágio, além das intervenções descritas no estágio 1, vou acrescentar novas necessidades identificadas nos doentes internados durante este campo de estágio.

No doente com DPOC com necessidade de oxigenioterapia, para otimizar a função respiratória, efetuei ensinamentos em relação aos ganhos inerentes ao uso de oxigênio, de acordo com a prescrição e riscos que podem advir do uso incorreto do mesmo. Foi verificado a incorreta utilização dos inaladores pressurizados, assim, aproveitei, aquando do uso destes para treinar e reforçar ensinamentos tais como: agitar e aquecer entres as mãos o inalador e colocá-lo na posição vertical antes da administração. Entre fármacos, efetuar sempre uma pausa e administrar a terapêutica pela ordem correta. Reforcei a importância de selar bem os lábios em redor do bucal do inalador para que não haja perda de medicamento (se necessário usar a câmara expansora). Para que ocorra uma adequada difusão do medicamento a nível dos pulmões, expliquei a importância de realizar uma expiração prolongada antes do uso do inalador e uma pausa inspiratória após o uso do mesmo (Cordeiro & Menoita, 2012).

Para preservação de energia e controlo da fadiga, foram introduzidas estratégias para colocar em prática aquando da realização das AVD. O doente foi elucidado que durante a realização de todas as AVD, devia expirar aquando do esforço e inspirar aquando do repouso, além disso, devia adotar períodos de pausa entre as atividades. Sendo também, incentivado a realizar sem pressa e sentado as suas AVD, tais como: tomar banho, calçar e descalçar os sapatos, lavar os dentes, pentear-se e barbear-se.

Assim, incentivei a pessoa a adaptar-se às suas limitações, o EEER, auxilia a pessoa a conseguir estratégias de modo a preservar a sua independência nas AVD. Embora, muitas vezes não seja possível preservar ou obter a independência máxima, o EEER ajuda-o a aceitar a sua dependência e a sua nova condição, da melhor maneira possível.

2- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo será feita uma reflexão crítica das aprendizagens realizadas ao longo do estágio que possibilitaram o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns adquiridas como futura Mestre em Enfermagem de Reabilitação tiveram como constructo basilar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

Ao EE são reconhecidas, independentemente da sua área de especialização, competências designadas por comuns e as competências específicas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Segundo o mesmo regulamento, as competências comuns são partilhadas por todos os especialistas independente da área de especialização, designadamente a elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, com recurso a um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro principais domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem é uma profissão autorregulada, sendo o seu exercício fundamentado por princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, no domínio da competência comum do enfermeiro especialista, responsabilidade profissional, ética e legal, é de esperar, que o enfermeiro desenvolva uma prática especializada, atuando de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e assegure práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e os deveres profissionais.

No intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade é crucial a promoção da prática de cuidados que reverenciem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

De acordo com o REPE, publicado no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, os enfermeiros deverão tomar uma atitude consciente e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (OE, 2019).

O artigo 107º - Do respeito pela intimidade explanado no Código Deontológico publicado no Estatuto da OE (2015) refere que devemos salvaguardar nas demais situações, na supervisão das tarefas que delegamos, a privacidade e a intimidade da pessoa. Tendo em conta os constrangimentos físicos e por vezes organizacionais, nem sempre é fácil assegurar a privacidade e a intimidade da pessoa doente, contudo tive sempre em atenção esta questão. Durante os estágios tentei sempre garantir essas condições, tendo como exemplos: cobrir as partes do corpo que não precisavam de ficar expostas, a utilização de vestuário adequado, assim como, a limitação de pessoas na enfermaria e o fechar das portas das diferentes áreas funcionais aquando da prestação de cuidados. Considero que este meu cuidado pela privacidade e intimidade da pessoa, demonstra uma prática crítica e reflexiva na e sobre a prática de cuidados na salvaguarda dos direitos humanos.

Quando falamos de privacidade, não falamos apenas do respeito pela privacidade durante a prestação de cuidados ao doente, mas também a que diz respeito à informação oral e escrita. Assim, levantam-se outras questões éticas relativamente à privacidade da informação clínica durante as passagens de turno, apesar de serem consideradas fundamentais para garantir o seguimento de cuidados e segurança dos mesmos (Direção Geral de Saúde, 2015).

Sempre me esforcei por assumir o dever de informar a pessoa e a família no que concerne aos cuidados de enfermagem, explicando os procedimentos a realizar e obtendo o respetivo consentimento informado. O enfermeiro é obrigado a proteger a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontram envolvidos no processo e plano de cuidados (OE, 2015). Assim, em todos os estágios, priorizei garantir a confidencialidade da informação, evitando transmitir informações à pessoa doente ou pessoa significativa em ambientes compartilhados. Este aperfeiçoar de competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade resulta da prática, da relação diária com a pessoa objeto dos cuidados, traduzindo-se num aumento da aptidão de racionalizar, compreender e decidir o melhor, de forma assertiva e empática, tendo em consideração as vontades, crenças e valores da pessoa.

Durante o estágio, mantive o compromisso de respeitar de forma igualitária a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa doente, assim como dos seus familiares ou pessoas significativas, em conformidade com minha prática profissional. Considero ter adquirido competências no âmbito da garantia da prática de cuidados sob respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e a prática de cuidados.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade na Prestação de Cuidados

A qualidade em saúde é caracterizada pela oferta de cuidados acessíveis e equitativos, fornecidos por profissionais altamente qualificados, que tem em conta os recursos disponíveis e alcançam a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio). O mesmo despacho refere, também, que a qualidade está intrinsecamente ligada à segurança dos cuidados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como meta primordial “*melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS*”, assegurando e reforçando o acesso dos doentes e suas famílias a cuidados de saúde de qualidade, de forma contínua e em todos os níveis da prestação, considerando esse direito fundamental e legítimo.

O objetivo deste plano é promover o aumento da cultura de segurança no ambiente interno, aprimorar a segurança da comunicação, fortalecer a segurança cirúrgica, garantir a segurança na utilização de medicamentos, implementar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir quedas, evitar ocorrências de úlceras por pressão, prevenir e controlar infecções e resistências antimicrobianas, além de assegurar a práticas sistemáticas de notificação, análise e prevenção de incidentes.

Neste domínio, considero ter tido um papel ativo, na área da prevenção da ocorrência de úlceras por pressão e de quedas e na segurança da comunicação, para tal recorri ao uso da avaliação de escalas que determinam o risco de o doente ser vítima de queda ou de desenvolver úlceras por pressão, nomeadamente a Escala de Morse e a de Braden, uma vez que só através de uma adequada avaliação é possível definir e implementar estratégias de atuação. Pude verificar durante os estágios, que todos os doentes a quem prestei cuidados tinham pulseira de identificação da pessoa e no caso dos doentes da UAVC com disfagia era colocada uma pulseira que o identificava. Na ortopedia, os doentes que iam ser intervencionados cirurgicamente era identificada a área a qual iam ser intervencionados.

Em todos os estágios considero ter tido uma comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde, a comunicação desempenha um papel crucial na segurança do doente, especialmente durante a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, como nas transições, como ocorre nas trocas de turno e na transferência ou alta dos doentes.

Pelo descrito anteriormente, considero ter contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados prestados, bem como, a prestação de cuidados especializados de qualidade ao doente, nos vários contextos de estágio.

Domínio da Gestão de Cuidados

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “*gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (Regulamento

n.º 429/2018 de 16 de julho) e envolvem também, a gestão de equipamentos, instalações e materiais.

Tal como afirma Mesquita, Gomes, Silva & Santos (2014) o enfermeiro gestor deve ser um líder inspirador da sua equipa e o motor de um atendimento de excelência, recorrendo ao conhecimento prático e teórico, no sentido de incrementar habilidades e melhorar atitudes. Muitas vezes com limitação de meios quer a nível material, físico ou humano.

A gestão está subentendida nos cuidados de várias formas, promovendo a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. É de grande importância desenvolver estratégias e competências a nível individual que permitam uma gestão mais eficiente dos cuidados, promovendo a elaboração e a colaboração tanto na equipa de enfermagem quanto na equipa multidisciplinar. Senti a necessidade de aprimorar as minhas competências em relação à gestão dos meus cuidados, seja em termos de gestão de tempo, materiais ou prioridades. Já possuía algumas competências neste nível, porém, aprimorei e desenvolvi competências específicas na gestão de um serviço e de uma equipa, otimizando competências no processo de cuidados e na tomada de decisões.

Quanto à gestão dos recursos humanos, em cada turno, é nomeado um enfermeiro para ser responsável de turno, sendo que, geralmente, este é o chefe de equipa, existindo a possibilidade de poder ser determinado outro pelo enfermeiro chefe. É de realçar que o responsável de turno era sempre um enfermeiro especialista. Assim, durante os vários estágios desenvolvidos e descritos neste relatório, os enfermeiros orientadores assumiram várias vezes o papel de responsáveis de turno. Tendo a oportunidade durante estes turnos, de realizar um conjunto de tarefas ou atividades, assim como, solicitar o reparo de avarias, e comunicar por escrito ao enfermeiro chefe as ocorrências durante os turnos de ausência, como identificação de avarias, falta de material clínico e farmacêuticos. É importante mencionar que nos serviços onde os estágios foram realizados, o método de trabalho na prestação de cuidados adotado é o método individual. Nesta abordagem metodológica, o enfermeiro assume a responsabilidade por todo o processo de cuidados, individualizando-o. Este método implica um aumento de responsabilidade e conhecimento, resultando numa vantagem significativa, pois é capaz de garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, gerando maior satisfação, tanto para os doentes, quanto para os profissionais de saúde. No respeitante à gestão dos recursos humanos, na Ortopedia e na

UAVC, esta gestão é feita, tendo em conta o número de horas necessárias aos cuidados obtidos pelo programa de classificação de doentes.

Em relação ao estágio realizado no ginásio de reabilitação cardíaca, constatei que a verificação do equipamento e material é da responsabilidade do EEER que se encontra no ginásio. Nesta medida, tive oportunidade de operacionalizar a verificação dos equipamentos, assim como, a verificação das validades e reposição de material em falta no carro de emergência. Este procedimento é de simples realização, mas de extrema importância e permite rentabilizar o tempo, garantir a segurança dos cuidados prestados numa situação de emergência.

Uma gestão eficiente do tempo e dos recursos materiais é um elemento crucial para uma atuação rápida e eficaz.

Adquiri esta competência especializada, através das atividades e reflexão realizada neste domínio, que se denotaram na perceção da importância da chefia e gestão dos recursos humanos e materiais na melhoria da qualidade e segurança.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro artigo 88.^a - da excelência do exercício (OE, 2015): *“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”*. Esta responsabilidade da atualização de conhecimentos, prende-se com o direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes evidências científicas nos diversos domínios.

Na minha perspetiva, existem vários recursos ao nosso dispor no que compete ao desenvolvimento das aprendizagens como: as nossas próprias experiências e a sua respetiva partilha, as experiências e conhecimentos de outros profissionais e a disponibilidade/facilidade no acesso a base de dados científicas como referenciais teóricos justificativos da prática.

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências em diversas funções da enfermagem são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, permitindo uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente

seguro. Só assim, é possível dar uma resposta de forma organizada e eficiente às necessidades da pessoa e sua família.

A formação contínua desempenha um papel crucial na prática pedagógica do enfermeiro, permitindo a reflexão sobre sua própria prática profissional. A ampliação da visão tradicional do ensino e a responsabilidade do educando pela própria formação só são alcançadas por meio de uma formação pedagógica que promova a abertura de horizontes, permitindo o diálogo, o questionamento e a reflexão crítica sobre os conteúdos que são ensinados (Scarton et al., 2020).

Diante da complexidade do conhecimento e das crescentes demandas na diferenciação dos cuidados prestados à pessoa e à família, com o objetivo de atender adequadamente às suas necessidades e expectativas, procurei, ao longo do estágio, intervir de modo a alargar o espectro das minhas aprendizagens. Procurei sempre novas oportunidades de aprendizagem, tendo em vista alcançar a excelência e a qualidade no cuidar.

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER para além das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas acresce as competências específicas na área da especialidade (Regulamento n.º 392/2019 de 03 de maio).

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.

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

A pessoa com necessidades especiais, é a pessoa que ao longo do ciclo vital está inabilizada de realizar de forma independente e sem ajuda, AVD ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou dependência física, mental, cognitiva ou

psicológica, de natureza duradoura ou temporária (OE, 2019). Nos doentes com estas características, é essencial prestar assistência à pessoa, de forma a ajudá-la a encontrar uma forma de viver com sentido, independentemente do estado do seu corpo. A dependência, em uma ou mais AVD, coloca as pessoas em situações de grande vulnerabilidade, exigindo uma identificação precisa das alterações das suas funções básicas ou do risco de desenvolvê-las, além de considerar aspetos favoráveis ou desfavoráveis para a realização do autocuidado. Durante os estágios realizei a recolha de informação sistematizada para a identificação das alterações ou do risco de alteração da funcionalidade, que contribuiu para o desenvolvimento desta competência. As intervenções realizadas e a justificação dos meios a utilizar foram determinadas pelas características da população alvo dos cuidados especializados em ER.

Foi possível proceder avaliações que permitiram a elaboração de planos de cuidados, para promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado. Além disso, no maior respeito pela individualidade de cada pessoa, todas estas intervenções foram desenvolvidas respeitando a pessoa, as suas limitações e os seus desejos. De forma a definir estratégias e estabelecer metas realista e alcançáveis, foi dada primazia a momentos de reflexão conjunta com os mesmos. Assim, foram implementados planos ajustáveis, tendo em consideração a condição física e cognitiva da pessoa, bem como a sua motivação, no sentido de valorizar o seu desempenho durante a execução do plano. Quando a pessoa vivencia uma sensação de realização ao avançar na execução dos exercícios, a sua motivação é intensificada e, como resultado, ela demonstra um maior comprometimento em aderir aos programas de reabilitação estabelecidos.

Foram vários os ensinamentos realizados aos doentes e família, desenvolvendo assim, esta competência específica de EEER. As áreas de maior intervenção foram os posicionamentos, o treino de equilíbrio, exercícios musculares e articulares; e técnicas de adaptação para os autocuidados. Estas intervenções permitiram melhorar o conhecimento dos doentes/família e promover o seu crescimento no sentido do seu autocuidado.

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

Em situações de doença, é possível que a pessoa não seja capaz de realizar por si mesma uma ou várias atividades, tornando essencial o ensino, instrução e treino de técnicas que a capacitem a recuperar a autonomia nas atividades do dia a dia.

A elaboração de planos de cuidados e a identificação das intervenções mais apropriadas, por meio de programas de ensino e treino foram essenciais para capacitar a pessoa e os cuidadores a exercerem a sua autonomia. Ao identificar as necessidades reais da pessoa e dos cuidadores, foi possível desenvolver abordagens personalizadas que promoveram a autonomia e a independência. Desta forma, foram realizadas intervenções para promover o autocuidado que envolveram a educação e treino de técnicas específicas, bem como, a avaliação da necessidade do uso de produtos de apoio, tais como: auxiliares de marcha, cadeira sanitária, alçapão de sanita, material antiderrapante e calçadeira de cabo longo. A utilização desses produtos de apoio no programa de intervenção foi altamente benéfica para a recuperação funcional do indivíduo, fornecendo-lhe todas as ferramentas necessárias para melhorar sua funcionalidade.

Em suma, avaliei e identifiquei alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação e capacitei para a reinserção e exercício da cidadania, nomeadamente através do aconselhamento, ensino, treino e supervisão do doente na utilização de meios auxiliares de marcha, com vista à manutenção da funcionalidade, da identificação de necessidades sobre barreiras arquitetónicas, ergonómicas e da sugestão e implementação de alterações no contexto do dia a dia da pessoa.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Durante os estágios, as intervenções do ER foram realizadas com o objetivo principal de maximizar o potencial funcional dos doentes. A ER promove ganhos em saúde, pelo que deverá ser vista como uma área de *“excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoque déficite funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”* (OE, 2015).

Com o objectivo de minimizar o impacto causado pela doença e/ou incapacidade, e ao mesmo tempo maximizando a funcionalidade, foram realizados programas de reabilitação da função respiratória, motora, e reeducação da deglutição, otimizando estas funções. Foi facilitado o desenvolvimento desta competência pela frequente

monitorização das intervenções, pela utilização de diversas escalas, tais como: a Escala GUSS; Escala Medical Research Council; Escala de Asworth; Escala de Braden; Escala de Morse; Índice de Tinetti; Índice de Barthel; Índice de Massa Corporal. As quais permitiram uma avaliação individualizada dos resultados obtidos, assim como, a reformulação dos planos de cuidados, potencializando assim, o rendimento e progresso do indivíduo.

De modo particular, para o desenvolvimento desta competência, o programa de intervenção de ER em doentes com doença crónica, bem como, em doentes submetidos a artroplastia do joelho e da anca, doentes com AVC, e em todos os doentes que apresentaram compromisso motor, cardíaco ou respiratório, possibilitou, reeducar a função e maximizar a autonomia de todos os doentes.

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 do envelhecimento da população, deve-se à melhoria das condições de vida e os avanços da medicina. Esse processo conduz a um aumento na incidência de doenças crónicas e incapacitantes, originando períodos mais longos de dependência e declínio funcional antes da morte (Capelas, Coelho, Silva & Ferreira, 2017).

Assim, tem sido evidente a falta de avanço no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CP), que são necessários em todo o mundo. De acordo com a WHPCA (2020), a cada ano, cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitam desses cuidados, sendo que 25,7 milhões delas estão na fase final da vida. No contexto do nosso país, de acordo com o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, estima-se que o número de pessoas que necessitam desses cuidados esteja entre 81.553 e 96.918 para o biénio de 2021-2022. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2020). Relativamente aos biénios anteriores, verifica-se um aumento ligeiro, que é sólido com o envelhecimento populacional e com a estimativa de necessidades paliativas na população idosa, independentemente até do aumento paralelo da doença crónica (CNCP, 2020). Os cuidados de saúde enfrentam, assim, novos desafios que surgem como resultado dessas mudanças.

Os Cuidados Paliativos, conforme a definição emanada pela International Association for Hospice and Palliative Care, traduzida e publicada pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 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, 2019).

Embora os cuidados paliativos sejam, frequentemente, relacionados exclusivamente a doenças oncológicas, é importante ressaltar que esses cuidados não são determinados pelo diagnóstico, mas sim pela situação e necessidades individuais da pessoa. No Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biênio de 2017-2018 (CNCP, 2016), é mencionado que esses cuidados são destinados a:

- *“condições potencialmente fatais, em que o objetivo do tratamento mudou de curativo para paliativo, ou situações de controlo sintomático complexo durante tratamento com intuito curativo”* (como o cancro);

- *“doenças em que há tratamento disponível para prolongar a vida, mas o prognóstico é incerto”* (tais como insuficiências de órgão avançadas);

- *“doenças incuráveis, em que o tratamento é paliativo desde o diagnóstico”* (por exemplo a Esclerose Lateral Amiotrófica);

- *“situações neurológicas não progressivas cuja, severidade provoca necessidades médicas complexas, que são ameaçadoras da vida”* (por exemplo acidente vascular cerebral);

- *“situações em que o doente tem necessidades complexas (físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais), às quais a equipa assistente não consegue dar resposta”*.

Assim, os CP não estão limitados apenas ao final de vida. Eles podem ser necessários em fases iniciais do processo de doença, caso estejam associados a um sofrimento intenso. Além disso, esses cuidados podem acompanhar tratamentos curativos e continuar mesmo após a suspensão dos mesmos (Costa & Othero, 2014). É fundamental que os CP sejam iniciados o mais cedo possível, a fim de evitar atrasos na sua referência, que podem dificultar e até mesmo impedir *“uma abordagem integrada e cooperativa desde o diagnóstico”* (Capelas et al., 2017). Os CP são baseados em princípios fundamentais, como o atendimento individualizado, humanizado e abrangente das necessidades da pessoa e da sua família. Eles visam promover a qualidade de vida de ambos, o *“respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas”* e a compreensão da morte como um *“processo natural que não deve ser prolongado através*

de obstinação terapêutica” (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro). Assentam em quatro pilares fundamentais, controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa multidisciplinar. Esses elementos são essenciais para garantir o alívio dos sintomas, promover uma comunicação eficaz, oferecer suporte à família e garantir uma abordagem abrangente por meio da colaboração entre profissionais de diferentes áreas.

É, igualmente, importante compreender as necessidades da pessoa em situação paliativa, que abrangem diversos domínios, tais como o “*fisiológico, psicológico, emocional*”, da autonomia, “*económico, informacional, social e suporte e espiritual*”. Esses domínios refletem as diferentes áreas que podem ser afetadas e requerem atenção e suporte abrangentes para proporcionar cuidados de qualidade.

Segundo Marques & Silva (2018), são quatro as fases de prestação de CP (Quadro 1): reabilitativa, pré-terminal, terminal ou final, com objetivos específicos instituídos pela equipa, pelo doente e família, de acordo com a fase em que o doente se encontra.

Quadro 1 - Fases de Prestação dos Cuidados Paliativos				
Fase	Duração	Mobilidade	Intenção do Tratamento Paliativo	Princípios
Reabilitativa	Meses/ Anos	Mantida	Restaurar autonomia; Controlo Sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-Terminal	Semanas/ Meses	Limitada	Qualidade de vida possível; Controlo Sintomático	Apoio Social
Terminal	Dias/ Semanas	Acamado, a maior parte do tempo	Máximo Conforto	Expetativas realistas; reduzir impacto da dor.
Final	Horas/ Dias	Essencialmente acamado	Cuidados Ativos de Conforto	Valorizar, aceitar, aliviar.

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

Ao estabelecer um paralelo entre essas fases e a intervenção do EEER, pode-se inferir que essa intervenção será, ainda, mais relevante quando iniciada precocemente, especialmente nas fases reabilitativa e pré-terminal. Nessas fases, o foco incidirá na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, de acordo com as competências atribuídas ao EEER. Assim, iniciar a intervenção do EEER o mais cedo possível permitirá obter melhores resultados e benefícios para a pessoa em cuidados paliativos. No entanto, mesmo que de forma mais discreta, a intervenção do EEER continuará sendo importante nas demais fases, incluindo a promoção do conforto. Ainda que os objetivos possam ser diferentes em cada fase, o enfermeiro EER continuará a desempenhar um papel significativo no cuidado e bem-estar da pessoa em situação paliativa, procurando proporcionar conforto e melhor qualidade de vida em todas as etapas do processo.

Na realidade, a ER e os CP são conceitos interligados, pois possuem objetivos comuns e uma intenção profunda de reabilitar a pessoa, mesmo quando a possibilidade de cura não está presente (Santos & Pêla, 2017). Seródio (2014) defende que a reabilitação deve ser orientada por quatro princípios aprendizagem, autonomia, desenvolvimento de aptidões e qualidade de vida. Esses princípios são explicitamente incluídos (no caso da “*autonomia e qualidade de vida*”) e implicitamente (no caso da “*aprendizagem e desenvolvimento de aptidões, por terem uma finalidade intrínseca à prestação de cuidados*”) na lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

1.2. Enfermagem de Reabilitação na Pessoa em Situação Paliativa

A Enfermagem é uma profissão intrinsecamente ligada aos Cuidados Paliativos, dada a sua natureza, e tem desempenhado um papel fundamental nessa área ao longo do tempo. No entanto, para garantir a qualidade dos cuidados, é essencial formar profissionais qualificados nesse campo específico (Magalhães, 2009).

A reabilitação em CP também pode ser dividida em quatro fases, levando em consideração a tipologia, os objetivos das intervenções e o prognóstico da pessoa: intervenções preventivas (visam reduzir as incapacidades esperadas e melhorar a funcionalidade, com ênfase na educação. Isso inclui orientações para preservar a força e

a flexibilidade, bem como a identificação precoce de dificuldades nos processos de transição); restaurativas (têm como objetivo promover o retorno da pessoa com "*bom prognóstico*" ao estado funcional anterior à doença, abrangendo os aspectos físicos, psicológicos, sociais e vocacionais); de suporte (buscam a adaptação da pessoa às incapacidades, maximizar a autonomia e minimizar as alterações debilitantes decorrentes da progressão da doença); paliativas propriamente ditas (implementadas quando há uma crescente incapacidade e uma doença avançada, tendo como principal objetivo minimizar ou eliminar complicações, reduzir a dependência nas AVD e promover o conforto e suporte emocional) (Jorge, 2014).

Portanto, o objetivo da Enfermagem de Reabilitação em CP é baseado em três eixos fundamentais: controlo dos sintomas, minimização das manifestações da doença e promoção da autonomia da pessoa (Santos & Pêla, 2017), cujas potencialidades, conforme acrescentam Costa & Othero (2014), devem ser ativamente estimuladas, "*proporcionando dignidade e autoestima*".

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, a ER é descrita como uma área de intervenção de excelência e referência na enfermagem, que visa prevenir, recuperar e reabilitar as pessoas afetadas por doenças súbitas ou descompensação de processos crónicos, resultando em deficits funcionais a nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e as ajudem 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 n.º 350/2015 de 22 de junho).

Desta forma, a intervenção do EEER tem se tornado cada vez mais relevante devido à complexidade e abrangência de sua atuação, que está alinhada com as competências e padrões de qualidade que definem sua prática profissional. Vários autores e estudos têm confirmado a relevância da reabilitação em geral e, em particular, a intervenção do EEER junto de pessoas em situação paliativa, principalmente no que diz respeito: ao controlo de sintomas, avaliação de riscos, promoção da independência, autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. O planeamento da alta, o suporte e capacitação do cuidador, a facilitação de recursos comunitários e dispositivos de apoio, reaprendizagem e reformulação de papéis sociais, comportamentais e laborais, além do

apoio nos processos de transição e preparação para o final de vida, é também evidenciado pelo papel do EEER.

No estudo quantitativo realizado por Braga (2009) em pessoas nos últimos dias/horas de vida, foi evidenciado o papel significativo que a ER pode desempenhar no controle da dispneia em CP, por meio da aplicação da Reeducação Funcional Respiratória. No livro de Costa & Othero (2014), fica evidente a relevância da reabilitação nos CP, em consonância com o título. Além disso, os autores reconhecem o contributo fundamental dos vários intervenientes nesta área, destacando, especialmente, o papel crucial da Enfermagem de Reabilitação. Afonso, Novo & Martins (2015) elaboraram um conjunto de intervenções específicas em CP, que podem ser consideradas como ponto de partida para compreender o papel da ER nessa área, através de uma seleção e adaptação adequadas.

No Manual de Cuidados Paliativos, Barbosa e Neto (2016) abordam várias intervenções no campo da Reabilitação, ao longo dos capítulos dedicados ao controlo de sintomas, que desempenham um papel importante no tratamento não farmacológico desses sintomas.

Através de uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de descrever as atividades e os efeitos da reabilitação funcional em pessoas em CP, Minosso, Souza & Oliveira (2016) concluíram que a reabilitação tem potencial para melhorar o estado funcional, a qualidade de vida e sintomas como dor e ansiedade nesses indivíduos.

Outro estudo de campo qualitativo, exploratório e descritivo, foi realizado por Ribeiro (2017), com o objetivo de compreender, do ponto de vista do EEER, as necessidades da pessoa em situação paliativa. O estudo também enumerou algumas das intervenções realizadas pelo EEER com propósito de satisfazer essas necessidades.

Num trabalho mais recente, Machado (2019) desenvolveu um estudo que tem como tema a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no controlo sintomático em Cuidados Paliativos. Este projeto visa destacar o desenvolvimento das competências deste profissional nesta área específica, proporcionando visibilidade do seu papel e contribuição na gestão dos sintomas em cuidados paliativos.

Neste sentido, o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio) salienta que o EEER deve possuir 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*”. Tendo em conta que o doente em situação paliativa tem, habitualmente, necessidades alteradas nas áreas da função motora, respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial e da dor, eliminação intestinal e vesical e da deglutição e estas são de acordo com o documento emitido em 2015, pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação áreas de investigação prioritária em ER, consideramos que a Enfermagem de Reabilitação deve fazer parte de todas as equipas de Cuidados Paliativos.

2. METODOLOGIA

Na realização do presente estudo, recorreu-se a metodologia de estudo de caso, a fim de dar resposta à questão de partida "Quais os Benefícios de um Programa de Reabilitação num doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos?"

O estudo de caso é uma das diversas maneiras de efetuar pesquisa nas ciências sociais. Serapioni & Matos, (2014) referem que as últimas duas décadas têm testemunhado a abundância de projetos, juntando cientistas sociais e cientistas do campo da saúde com o propósito de estudar e aconselhar soluções para uma vasta gama de problemas de saúde. Um dos componentes dos estudos de caso, é a unidade de análise, ou seja, os participantes da investigação, que podem ser um único indivíduo, um grupo de pessoas, um evento ou entidade, programas ou organizações (Yin, 2018).

Perante o exposto, considerou-se que a presente investigação se enquadra no tipo de estudo de caso único com uma abordagem que coloca o processo de cuidado como centro, iniciando com uma avaliação inicial ampla da funcionalidade da pessoa, seguida da identificação e definição de diagnósticos, estabelecimento de objetivos, organização e implementação de um plano de cuidados e, por fim, avaliação dos resultados obtidos.

Naturalmente, que o doente foi, sempre, o parceiro importante, no processo de cuidados.

A intervenção de enfermagem em reabilitação baseou-se na implementação de um programa de reabilitação num doente em situação paliativa, com frequência de 3 sessões por semana e a duração de 4 semanas, durante os meses de abril e maio.

2.1. Tipo de Estudo e Objetivos

Neste trabalho, foram destacados os aspetos específicos de cada situação, a fim de demonstrar o impacto das intervenções de reabilitação em termos de benefícios. Além da observação, foram utilizados instrumentos de avaliação previamente selecionados para identificar as mudanças consequentes das intervenções do enfermeiro de reabilitação. É importante salientar que o doente é um parceiro fundamental nesse processo de cuidados.

Assim, foram definidos os como objetivos gerais:

- Definir um plano de intervenção na área da reabilitação a um doente internado na UCP;
- Implementar um programa de reabilitação 3 sessões por semana, ao longo de 4 semanas;
- Avaliar os resultados obtidos.

2.2. População e Amostra

A intervenção de ER foi direcionada a um doente em situação paliativa que apresentava alguma condição de saúde que afetava sua funcionalidade e que podia beneficiar de cuidados específicos. O participante para este estudo foi um dos 12 doentes internados na UCP-ULSNE, tendo sido selecionado de forma intencional e que preenchia os seguintes critérios de inclusão:

Doente consciente e orientado em todas as dimensões;

Aceitar participar, de forma livre e esclarecida, sabendo que podia deixar de fazer parte do estudo assim que essa fosse a sua vontade (Consentimento informado, Anexo XII).

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

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

Por desempenhar as minhas funções como enfermeira na UCP e ao conhecer bem o doente, fui capaz de proporcionar segurança e reduzir a ocorrência de riscos e efeitos indesejados/imprevistos.

Antes de cada sessão, realizei uma avaliação das condições do doente, o que possibilitou uma intervenção segura.

2.3. Instrumento de Recolha e Tratamento de Dados

A avaliação inicial do doente desempenha um papel fundamental como ponto de partida para qualquer intervenção. É essencial que seja realizada de maneira rigorosa, sistemática e lógica, a fim de maximizar a qualidade dos dados colhidos, identificar necessidades e expectativas, e estabelecer intervenções e metas realistas. Ao longo do tempo, essas intervenções e metas devem ser ajustadas de acordo com as alterações na situação clínica da pessoa.

A colheita de dados foi realizada recorrendo a várias fontes de informação disponíveis: processo clínico, observação, exame físico e entrevista informal do doente, esta permitiu complementar estes dados com os antecedentes pessoais e dados sociodemográficos, sinais vitais, exames complementares de diagnóstico e respetivos relatórios, medicação habitual e hábitos de vida. Estas informações são essenciais a uma compreensão global das necessidades do doente em termos de reabilitação.

Para aplicar num primeiro momento e apenas uma só vez, foi criado um instrumento de colheita de dados para recolher informações básicas do doente através da anamnese. Para a avaliação da cognição foi aplicado o MiniMental State Examination (MMSE) e a Escala de Coma de Glasgow (ECG). Estas escalas são para aplicar num primeiro momento e só serão novamente aplicadas no caso de surgir alguma alteração a este nível, durante o programa de reabilitação. Outra das estratégias utilizada para colheita de dados centrou-se na aplicação de escalas de avaliação, aplicadas em 3 momentos distintos do programa de reabilitação, na avaliação inicial, após 2 semanas e no final da minha intervenção.

Assim, recorreu-se a diversas escalas tais como: Escala de Barthel, Palliative Performance Scale (PPS), Mini Mental State Examination (MMSE), Escala de Coma de

Glasgow (ECG), Escala de Morse, entre outras e à observação direta, para descrever as capacidades e limitações do doente no autocuidado, na realização das AVD, na mobilidade, nas funções respiratória e cognitiva, e em termos de controlo sintomático e da funcionalidade. Posteriormente foi planeado e implementado as intervenções e avaliados os resultados.

No que diz respeito aos recursos humanos, a implementação do programa de reabilitação foi facilitada, uma vez que, exerço funções como enfermeira generalista na UCP-ULSNE, sendo responsável por todo o processo de criação, implementação e avaliação do mesmo.

Os resultados obtidos ao longo do programa de reabilitação foram tratados do ponto de vista estatístico através do programa informático Microsoft Excel, facilitando posteriormente, a análise descritiva dos resultados e apresentando dos resultados em gráficos e tabela.

2.4. Procedimentos Éticos

A Enfermagem, como uma ciência humana, tem sempre a preocupação com o bem-estar, os direitos e a integridade dos doentes, que neste caso são os participantes do estudo. Baseia-se em princípios éticos universais, como o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Nunes, 2013).

Para o desenvolvimento da investigação foram garantidos os cinco princípios do Código de Ética de Nuremberga: o direito à autodeterminação, o direito à privacidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra desconforto e dano, e, por último, 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), antes do início da colheita de dados será assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados do participante (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013).

Tendo em conta os princípios éticos, foi pedido autorização à direção Clínica do Serviço onde decorreu o estudo. Após parecer favorável desta, foi efetuado um requerimento dirigido à Comissão de Ética da ULSNE a solicitar autorização do estudo, cujo parecer foi favorável (Anexo XIII).

Segundo Silva (2017) o consentimento informado oferece ao doente a oportunidade de refletir e participar na tomada de decisão terapêutica. Destaca que é uma ferramenta essencial para modificar o padrão de vulnerabilidade deste, permitindo-lhe tomar decisões no seu projeto de vida, promovendo sua autonomia e aumentar sua participação.

Neste sentido foi elaborado e obtido um consentimento informado (Anexo XII) e foi salvaguardada a identidade do participante.

3. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O estudo descreve o caso da Sra ML com alterações da mobilidade, força e equilíbrio postural em virtude de uma intervenção cirúrgica para descompressão medular a 07/09/2022. A colheita de dados foi efetuada através do histórico de enfermagem e consulta do processo clínico. O programa de enfermagem de reabilitação decorreu durante o mês de abril e maio de 2023 com duração de 4 semanas, uma vez que o período temporal de internamento na UCP é de cerca de 30 dias. Importa referir que este estudo se trata de um caso único com abordagem holística.

O plano de reabilitação traçado para este estudo de caso teve a duração de 12 sessões, onde foram realizados 3 momentos de avaliação: no primeiro dia 24 abril de 2023 (avaliação inicial); a avaliação intermédia no dia 05 de maio de 2023 relativo à segunda semana e a avaliação final na última sessão, que teve lugar no dia 19 de maio de 2023.

3.1. Histórico de Enfermagem

Quadro 2 - Dados Pessoais da Doente	
NOME	ML
IDADE	50 anos
GÉNERO	Feminino
ESTADO CIVIL	Solteira
PROFISSÃO	Reformada. Anteriormente era lojista numa loja de móveis
ESCOLARIDADE	12º ano
RESIDÊNCIA HABITUAL	Unidade de Longa Duração e Manutenção de V desde janeiro 2023

Recurso a cuidados de saúde:

➤ Com história prévia de internamento a 31/03/2023 no Serviço de Medicina Interna da Unidade Hospitalar de Bragança por sepsis, com ponto de partida urinário. Sem critérios de entrada no serviço de medicina intensiva, atendendo as comorbilidades e baixo potencial de recuperação.

Motivo de internamento:

➤ Admitida na UCP a 06/04/2023 para continuação de cuidados, controlo de sintomas e organização de resposta social. Referenciada para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados dia 21/04/2023.

À entrada na UCP:

➤ Veio acompanhada pela mãe. Doente consciente, orientada no tempo, espaço e na pessoa. Colaborante dentro das suas capacidades. Dependente total para todas as AVD. Integridade cutânea salvaguardada. Incontinente de esfíncteres, eliminação intestinal na fralda. Trânsito intestinal mantido. Eliminação vesical por sonda vesical n.º 16, com urina de características normais. PPS – 30%.

Diagnóstico:

➤ Doença oncológica – Cancro da mama direita com metastização óssea desde 2013. Tetraparésia.

➤ Cumpriu ciclos de quimioterapia entre 11/07/2013 e 06/12/2013 e fez Radioterapia adjuvante desde 02/2014 suspensa em 10/2022. Recidiva de nova metastização óssea difusa da coluna lombar com compressão medular em 08/2022. Submetida a cirurgia ortopédica da coluna para descompressão medular a 07/09/2022.

Antecedente pessoais:

- Diabetes Mellitus insulino tratada
- Tromboembolismo Pulmonar hipocoagulada.

Alergias:

- Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

Intercorrências no internamento:

- 10/04/2023 - traqueobronquite (cumpriu 7 dias de antibiótico);
- 08/05/2023 - por queixas abdominais, fez Tomografia Axial Computadorizada (TAC) abdominopélvico;
- 09/05/2023 – Anemia – Hemoglobina (Hb) 7.6 (fez 1 unidade de concentrado de eritrócitos).

Relatório TAC:

“Fígado sem lesões focais de carácter suspeito ou de carácter infeccioso/inflamatório. Veia porta de calibre e permeabilidade preservados. Vesícula biliar sem evidência radiopaca. Vias biliares não ectasiadas. Pâncreas, baço, rins e glândulas supra-renais sem lesões suspeitas ou de carácter infeccioso/inflamatório. Sem derrame peritoneal ou adenomegalias. Ansas intestinais sem alterações de relevo. Não se evidenciam coleções ou massas em topografia pélvica. Bexiga em vacuidade, com balão de algália in situ. Estruturas ósseas intersectadas com exuberantes leões líticas, aspetos suspeitos para metastização, não se podendo excluir eventual mieloma múltiplo. Aspetos a integrar clínica e laboratorialmente”.

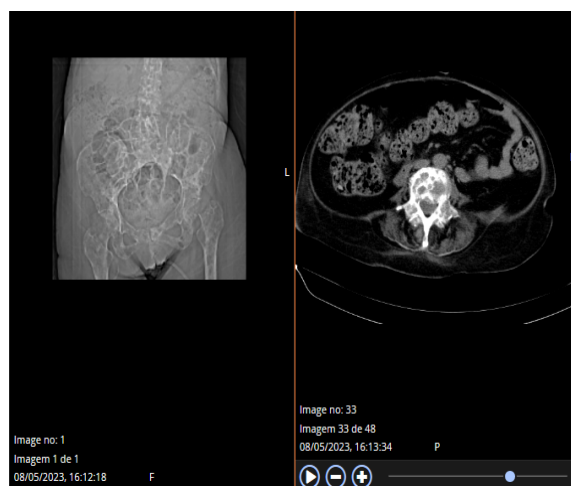


Figura 1 - TAC abdominopélvico

Terapêutica Habitual:

Quadro 3 - Terapêutica Habitual		
Terapêutica	Dose	Posologia
Pantoprazol	40mg	1cp 1xd
Domperidona	10mg	1cp 1xd
Bisacodilo	10mg	1cp 1xd
Dexametasona	5mg/ml	12/12h
Bisoprolol	5mg	12/12h

Casenlax	8000mg	12/12h
Alprazolam	0,25mg	1cp 1xd
Alprazolam	0,50mg	1cp 1xd
Furosemida	20mg	1cp 1xd
Fentanilo	31,25 µg	72/72h

Suplementos diários: Forticreme 1xd e DIBEN 1xd.

Terapêutica em SOS:

Quadro 4 – Terapêutica em SOS		
Terapêutica	Dose	Posologia
Ondansetrom	4mg	1 cp 2xd
Paracetamol	1000mg	1 cp 3xd
Fentanilo	133 µg	1 cp 3xd
Morfina	10mg	1cp 6xd
Microlax	495mg	2xd
Clyss-go	10mg + 13400mg	1xd
Insulina humana de ação curta	segundo esquema do serviço	4xd

3.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A avaliação de ER foi feita através da recolha de dados do processo clínico, entrevista informal, observação direta e aplicação dos seguintes escalas de avaliação: Escala MRC para avaliação da força muscular nos diferentes segmentos corporais; Escala de Ashworth modificada para avaliação da existência de espasticidade; MMSE e a ECG para avaliar qual o estado de cognição; Índice de Barthel para identificar o nível de dependência nas ABVD; o Índice de Tinetti para avaliação do equilíbrio estático sentado e do equilíbrio dinâmico na marcha; A Escala PPS que permite estabelecer prognósticos

e avaliar a funcionalidade do doente em situação paliativa; a Escala de Quedas de Morse para avaliar o risco de queda; a Escala de GUSS para avaliar o comprometimento da deglutição; a Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e a Escala Numérica da Dor para avaliar a dor.

3.2.1. Avaliação Física

A Sra. ML apresentava pele e mucosas pálidas e hidratadas. Edema de grau I nos membros inferiores e hematomas no dorso das mãos, algumas equimoses por fragilidade vascular. Sem alterações da integridade cutânea. Encontrava-se deitada na cama. Vígil, comunicativa, tranquila e de sorriso fácil.

Aspeto emagrecido. Peso de 65Kg, altura de 1,65 m, sendo o IMC = 23,9.

No Quadro 5 estão registados os sinais vitais obtidos na avaliação inicial.

Quadro 5 – Sinais Vitais	
<i>PA (mmHg)</i>	91/64
<i>FC (bpm)</i>	99
<i>SPO2 (%)</i>	93 ar ambiente
<i>Temp (°C)</i>	36,4°C
<i>Dor (Escala Numérica)</i>	3

3.2.2. Avaliação da Função Respiratória

A Sra ML apresentava respiração espontânea, regular, com amplitude normal, em ar ambiente e sem sinais de cianose periférica. Apresentava cansaço a médios esforços. Sem dispneia e sem tosse.

3.2.3. Avaliação da Função Neurológica

Para avaliação da função cognitiva, considerou-se adequada a aplicação do MMSE (Anexo II) e da Escala de Coma de Glasgow (ECG), justificando-se o seu uso, para avaliar as funções cognitivas, sendo a orientação e o estado de consciência em todas as dimensões

um critério de inclusão no estudo. O resultado obtido no MMSE foi de 25/30, sendo que o score 25 significa sem perda cognitiva.

Na aplicação da Escala de Coma de Glasgow o resultado obtido foi um score total de 15, como se pode verificar no Quadro 6.

Quadro 6 - Escala de Coma de Glasgow		
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

Fonte: Adaptado de <https://thescrubnurse.com/facto-28-escala-de-coma-de-glasgow-voce-esta-bem/>

A Sra. ML apresentava-se calma, colaborante e comunicativa de forma espontânea.

Orientação: orientada auto e alopsiquicamente.

Atenção: sem alterações nas diversas dimensões da atenção. Doente vígil a estímulos externos, mostrando capacidade de atenção às perguntas que lhe foram colocadas.

Memória: imediata, recente e remota, mantidas.

Linguagem: discurso fluente, com nomeação, repetição e compreensão mantidas. Escrita alterada, devido à diminuição da força distal e alteração da motricidade fina, não sendo bem legível quando tentava escrever.

Avaliação dos Pares Cranianos

Os pares cranianos não foram avaliados, uma vez que não há sinais de patologia que estejam relacionados a alterações nesses pares, nem há déficits neurológicos aparentes.

Deglutição

Após a aplicação da Escala de GUSS (Anexo VI) a Sra ML obteve um score total de 20, concluindo-se que não havia comprometimento da deglutição.

Força Muscular

A avaliação da força muscular foi realizada através da aplicação da Escala MRC. O resultado obtido, na avaliação da força muscular em todos os segmentos corporais, foi registado no quadro seguinte (Quadro 7). As principais limitações de força da doente estavam a nível dos membros inferiores. A Sra ML apresentava mobilidade nos membros superiores, mas sem força sustentada.

Quadro 7 - Escala MRC		
	Direito	Esquerdo
<i>Mão</i>	2	2
<i>Cotovelo</i>	3	3
<i>Ombro</i>	3	3
<i>Tibiotársica</i>	0	0
<i>Joelho</i>	0	0
<i>Coxofemural</i>	0	0

<i>Cervical</i>	2	2
0	Paralisia completa	
1	Mínima contração	
2	Ausência 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>

Tónus Muscular

Procedeu-se à avaliação do tónus muscular em todos os segmentos corporais, recorrendo ao uso da Escala de Ashworth Modificada (Quadro 8), chegando à conclusão que não havia evidência de existência de espasticidade.

Quadro 8 - Escala de Ashworth Modificada		
	Direito	Esquerdo
<i>Mão</i>	0	0
<i>Cotovelo</i>	0	0
<i>Ombro</i>	0	0
<i>Tibiotársica</i>	0	0
<i>Joelho</i>	0	0
<i>Coxofemural</i>	0	0
<i>Cervical</i>	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 Motora

Foi realizada a prova dedo-nariz, com sucesso. Sem alterações da coordenação. Não foi possível testar a coordenação dos membros inferiores.

Sensibilidade

Sensibilidade superficial: tátil, térmica e dolorosa. Sem alterações.

Sensibilidade profunda: reconhecimento da posição do membro/segmento. Sem alterações.

Equilíbrio e Marcha

Para avaliação da função motora recorri à Escala de Tinetti (Anexo V), composta por duas escalas, que nos permitem avaliar o equilíbrio estático sentado e equilíbrio dinâmico na marcha. Quanto mais alto o valor, melhor o equilíbrio.

Na Escala do equilíbrio estático sentado a Sra ML obteve 0/16 e na Escala de equilíbrio dinâmico – Marcha obteve 0/11, concluindo que a doente não tem equilíbrio estático sentada e sem equilíbrio dinâmico em pé, ou seja, marcha impossível.

3.2.4. Avaliação da Funcionalidade

Na avaliação da funcionalidade, foram utilizadas a Escala de Barthel (Anexo VII) e a Escala PPS (Anexo VIII). A escala PPS é um excelente instrumento que descreve rapidamente o estado funcional atual da doente. Após a aplicação das escalas, o resultado obtido permitiu atribuir uma dependência em grau elevado em todas as AVD (Barthel 0) e a Palliative Performance Scale, foi-lhe atribuída uma PPS de 30%.

Risco de Queda

A Escala de Quedas de Morse (Anexo X) foi, também, aplicada no sentido de perceber qual o risco de queda existente. Após a aplicação da escala obteve-se a pontuação de 20, indicativa de risco de queda ausente.

Dor

Para avaliar e quantificar a dor, foi selecionada a Escala Numérica da Dor (Quadro 9). A Sra ML referia uma dor 3, a nível dos membros inferiores.

Quadro 9 - 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>

Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão

Avaliado, ainda, o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão através da Escala de Braden (Quadro 10). Assim, o score 12 obtido, corresponde a um alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão por parte da Sra ML.

Quadro 10 - Escala de Braden					
Perceção Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	2
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	3
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	1
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação	2
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	2
Forças de Deslizamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		2
SCORE					12

Alto Risco: ≤ 16 ; Baixo Risco ≥ 17 .

Fonte: Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde N° 017/2011, <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Escala-de-Braden.pdf>

3.3. Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

Com base na avaliação realizada e levando em consideração os défices e necessidades identificadas anteriormente, foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de ER:

- Autocuidado: higiene e vestuário comprometido em grau elevado;
- Autocuidado: comer e beber comprometido em grau elevado;
- Autocuidado: posicionar-se e transferir-se comprometido em grau elevado;
- Movimento muscular diminuído nos membros inferiores e superiores;
- Equilíbrio corporal comprometido;
- Dor presente nos membros inferiores;
- Edema presente nos membros inferiores;
- Alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão.

O plano de cuidados foi elaborado com base na informação clínica da doente, identificando, previamente, diagnósticos que permitiram apoiar o programa de reeducação funcional motora e o treino de AVD, que estão apresentados de forma detalhada no Quadro 11, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2019. De salientar que apenas são apresentados os diagnósticos estabelecidos aquando da avaliação inicial e do respetivo plano de intervenção da ER, uma vez que se trata de um internamento longo e com algumas intercorrências.

Evidencio que a Sra ML era sempre esclarecida sobre os procedimentos a realizar, a sua finalidade e vantagens. As intervenções foram realizadas em dias alternados, pelo mesmo profissional, sem recurso a outro elemento. As intervenções foram adequadas à evolução da doente, no sentido de aumentar a sua capacidade para executar tarefas e foi concluído dias antes da sua alta (31/05/2023). A duração de cada sessão foi variável, em função da capacidade e tolerância da doente, sendo a média de 1 hora de intervenção.

Quadro 11 - Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Data	Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem de reabilitação
24/04/023	<p>Autocuidado: higiene e vestuário dependente em grau elevado</p> <p>Autocuidado: comer e beber dependente em grau elevado</p> <p>Autocuidado: posicionar-se e transferir-se dependente em grau elevado</p>	<p>Otimizar a autonomia da doente no autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado através da Escala de Barthel - Promover a participação nos cuidados; - Instruir o autocuidado; - Treinar lavar, secar, vestir, despir, comer e beber, - Reeducar os membros superiores; - Incentivar o alinhamento corporal; - Treinar o rolamento; treinar o sentar no leito; treinar o equilíbrio e alinhamento corporal sentado; Dissociação de cinturas (escapular e pélvica), treinar o sentar na cadeira com descida controlada; - Elogiar a participação e o desempenho.
24/04/023	<p>Movimento muscular diminuído nos membros inferiores e superiores</p>	<p>Aumentar a força dos membros superiores e inferiores</p> <p>Promover Conforto</p> <p>Aumentar o movimento muscular e manter a amplitude articular dos membros inferiores e superiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular através da escala de Council; - Avaliar o tónus muscular através da escala de Ashworth; - Mobilizações passivas de todos os segmentos dos membros inferiores; - Realizar treino de fortalecimento dos membros inferiores, em decúbito dorsal, através da flexão/extensão da articulação coxofemoral - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (auto mobilizações) dos membros superiores; - Treinar técnica de exercício muscular e articular: exercícios passivos, exercícios isotónicos, isométricos e exercícios ativos e ativos resistidos

		Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular	(com banda elástica e com garrafas de soro) nos membros superiores; - Realizar treino com pedaleira nos membros superiores; - Supervisionar o movimento muscular; - Elogiar a participação e o desempenho.
24/04/023	Equilíbrio corporal comprometido	Melhorar equilíbrio estático sentado Prevenir e corrigir defeitos posturais Manter alinhamento do tronco e membros	- Avaliar equilíbrio estático sentado e dinâmico em pé através da aplicação do Índice de Tinetti; - Realizar treino de técnicas de exercício muscular e articular; - Realizar treino de equilíbrio estático sentado; - Estimular a manter equilíbrio corporal; - Executar técnica de treino de equilíbrio estático sentado: à beira da cama, com os pés no chão, e olhar dirigido para frente, provocar pequenos desequilíbrios de modo a perceber a resposta (se o doente tolerar poderá ser feito com os olhos fechados); - Elogiar a participação e o desempenho.
24/04/023	Dor presente nos membros inferiores	Proporcionar conforto Minimizar a dor durante a realização do movimento muscular Controlar, aliviar e prevenir a dor Relaxamento	- Avaliar a presença de dor; - Respeitar o limite da amplitude do movimento articular; - Não forçar o movimento na presença de dor; - Realizar massagem de conforto para relaxamento muscular; - Posicionamento no leito; - Respeitar os tempos de descanso.

24/04/023	Edema presente nos membros inferiores	Proporcionar Conforto Reduzir o edema presente nos membros inferiores	- Técnicas de redução do edema (posicionamentos e postura facilitadora do retorno venoso e mobilização articular passiva); - Posicionamento no leito
24/04/023	Alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão	Diminuir o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão Prevenir complicações da imobilidade Proporcionar Conforto	- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão através da aplicação da Escala de Braden; - Posicionamento no leito; - Ingestão hídrica; - Aplicar creme.
24/04/023	Motricidade fina alterada por diminuição de força	Promover a destreza manual, a tonicidade e a coordenação dos movimentos finos	- Treino da motricidade fina; - Colocar as molas presas num copo; - Pegar em objetos pequenos (feijões) e colocar noutra superfície; - Recortes com tesoura; - Encaixar objetos uns dentro dos outros; - Elogiar a participação e o desempenho.

3.4. Registo das Intervenções Realizadas no Programa de Reabilitação

Primeira Semana

1ª Sessão

Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda em grau elevado. Incentivada a utilizar os membros superiores para lavar a face, o tronco e o membro superior oposto. Ajuda total no autocuidado vestir/despir e alimentação. Realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores (10x cada articulação), do proximal para distal, respeitado o limiar da dor e o limite da amplitude

do movimento articular. Realizada massagem de conforto para relaxamento muscular. Efetuadas atividades terapêuticas no leito, encontrando-se a Sra ML muito colaborante e motivada. Ficou em repouso no leito, a pedido da mesma, posicionada e colocada em postura facilitadora do retorno venoso. Monitorizada a espasticidade através da Escala de Ashworth Modificada, não apresentando alterações. Sem equilíbrio estático sentado e sem equilíbrio dinâmico em pé, avaliado pela aplicação da Escala de Tinetti. Incentivada na ingestão hídrica e a alternar de decúbitos, uma vez que o decúbito de conforto era o dorsal, para prevenção de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 3; Final da sessão – 2.

2ª Sessão

Exame físico sobreponível. Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda total. Incentivada, novamente, a participar no autocuidado. Colaborava nas mobilizações no leito. Ajuda total no autocuidado vestir/despir e alimentação. Realizava arranjo pessoal como a higiene oral e o pentear com dificuldade. Reproduzidas intervenções do dia anterior. Realizado treino de equilíbrio estático sentado: à beira da cama, com os pés no chão, provocando desequilíbrio multidirecional (5x) e manter postura do tronco (2min). Manteve-se em repouso no leito, sendo feita elevação da cabeceira a 45°. Efetuou treino da motricidade fina encaixando objetos uns dentro dos outros, com ligeira dificuldade.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 3; Final da sessão – 1.

3ª Sessão

Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-assistidas em todos os segmentos dos membros superiores, de proximal para distal e rolamentos com apoio na grade da cama. Efetuadas mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores, do proximal para distal, respeitado o limiar da dor e o limite da amplitude do movimento articular. Realizada massagem de conforto para relaxamento muscular. Feito levante progressivo, tendo tolerado, com estabilidade hemodinâmica antes e após o mesmo. Sem equilíbrio estático sentado, manteve treino. Transferência para o cadeirão com ajuda total bilateral de enfermeiros, onde permaneceu 30 min. Efetuou treino da motricidade fina colocando feijões em copos. Executava corretamente as atividades

terapêuticas no leito, quando instruída para tal. Incentivada a efetuar automobilizações com o bastão no leito ao longo da tarde.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 2; Final da sessão – 1.

Segunda Semana

4ª Sessão

Efetuada treino de autocuidados: higiene, vestir/despir, arranjar-se, elevar-se, transferir-se e alimentar-se. Arranjo pessoal e o alimentar com ajuda parcial. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas e ativas-resistidas em todos os segmentos corporais dos membros superiores. Usou banda elástica para realizar abdução e adução dos braços (5x) e flexão/extensão do cotovelo com soros de 250 ml (5x). Sem equilíbrio estático sentado, manteve treino. Transferência para o cadeirão com ajuda total bilateral de enfermeiros, onde permaneceu 60 min. Doente muito colaborante e motivada. Treino da motricidade fina colocando molas presas num copo. Incentivada a realizar automobilizações com a bastão durante o turno da tarde. A Sra ML refere que desde que iniciou o programa que a dor nos membros inferiores diminui. Visível diminuição dos edemas com a mobilização articular passiva e com os posicionamentos e posição facilitadora de retorno venoso.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 2; Final da sessão – 0.

5ª Sessão

Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas e ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros superiores. Realizou uma série de 5 exercícios de rolamentos com apoio na grade da cama, uma série de 5 exercícios de flexão/extensão do cotovelo com soros de 250 ml. Equilíbrio estático sentado sobreponível aos anteriores, apesar do treino mantido. Incentivada na ingestão hídrica. Reforçado a importância dos posicionamentos em decúbitos alternados. A Sra ML encontra-se muito motivada e colaborante. Exercícios de treino da motricidade fina iguais à sessão anterior.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 2; Final da sessão – 1.

6ª Sessão (Avaliação intermédia)

Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda total, independente a lavar a face e os dentes. No vestir/despir e na alimentação precisa de ajuda a preparar os alimentos, sendo independente em levar os alimentos à boca (Índice de Barthel = 15). Realizadas mobilizações ativas e ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros superiores e mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 1; Final da sessão - 0

Terceira Semana

7ª Sessão

Participação no autocuidado: higiene, vestir/despir e alimentar-se sobreponível. Mais asténica, pelo que necessita de ajuda total no arranjo pessoal. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros superiores, mas refere cansaço fácil em relação as sessões anteriores. Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores, de proximal para distal. Executa corretamente atividades terapêuticas no leito quando instruída para tal. Recusou o levante. Posicionada no leito. Incentivada a manter alternância dos decúbitos. Incentivada na ingestão hídrica. A mãe referiu que ia fazer doce de cereja, foi pedido à mãe que trouxesse as cerejas.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 1; Final da sessão – 0.

8ª Sessão

Mantém repouso no leito. Na última sessão por anemia (Hb 7.6), a Sra ML fez 1 unidade de concentrado de eritrócitos. Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas e ativas-resistidas dos membros superiores e fez pedaleira durante 5 min. Efetuou uma série de 10 exercícios de flexão/extensão do cotovelo com soros de 250 ml e uma série de 10 exercícios de rolamentos com apoio na grade da cama. Dissociação de cinturas (escapular e pélvica) (10x). Treino de equilíbrio estático sentado, provocando

desequilíbrio multidirecional (5x) e manter postura do tronco (2 min). A Sra ML ajudou a mãe a tirar o pé das cerejas, ficando muito orgulhosa de si mesma e a mãe feliz por ver a evolução e as conquistas da filha.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 1; Final da sessão – 1.

9ª Sessão

Participação no autocuidado: higiene, arranjar-se e alimentar-se sobreponível. Ajuda parcial para o vestir/despir. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas assistidas e ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros superiores. Adução e abdução dos braços e flexão/extensão do cotovelo com banda elástica. Transferência para o cadeirão com ajuda total bilateral de enfermeiros, onde permaneceu 60 min. A Sra ML pediu se a ajudávamos a preparar uma festa de aniversário para a mãe. Foi pedido um bolo à cozinha e a doente ajudou no recorte de corações. Doente muito motivada e feliz.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 1; Final da sessão – 0.

Quarta Semana

10ª Sessão

A Sra ML neste dia encontrava-se muito feliz, por proporcionar uma festa de aniversário à sua mãe. Participação no autocuidado: higiene, arranjar-se e vestir/despir sobreponível. Ajuda parcial para alimentação (ajuda apenas para preparação do prato). Eleva-se com apoio do trapézio. Restante exame físico sobreponível. Transferência para o cadeirão com ajuda total bilateral dos enfermeiros.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 0; Final da sessão – 0.

11ª Sessão

Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas e ativas-resistidas em todos os segmentos dos membros superiores. Treino de equilíbrio estático sentado, equilíbrio sobreponível. Efetuou uma série de 10 exercícios de flexão/extensão do cotovelo com

soro de 500 ml e 5 min de pedaleira. Mobilizações passivas de todos os segmentos dos membros inferiores (10x cada articulação). Sem dor e edema ligeiro.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 0; Final da sessão – 0.

12ª Sessão (Avaliação Final)

Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda total. Independente no arranjo pessoal. Ajuda parcial para vestir/despir e alimentação (apenas necessita de ajuda para preparação do prato). Avaliação física e avaliação da funcionalidade sobreponível à avaliação intermédia. Reproduzidas intervenções do dia anterior.

Avaliação da Dor: Início da sessão – 0; Final da sessão – 0.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todas as escalas foram aplicadas no início, a meio e no final do PR, à exceção da MMSE e da ECG, uma vez que a doente não teve alterações a nível da cognição, estas só foram aplicadas na avaliação inicial. A escala da dor foi aplicada em todas as sessões.

Os resultados sensíveis à intervenção da ER foram obtidos através das diferenças observadas entre a avaliação inicial, intermédia e final.

Com a utilização das escalas ao longo do PR foram obtidos os resultados registados no Quadro 12. Na análise dos resultados, verifica-se que houve ganhos em saúde, tendo em conta as alterações positivas dos scores das escalas aplicadas.

Quadro 12 -Resultados Obtidos no Programa de Reabilitação							
Avaliação							
Datas	Inicial			Intermédia		Final	
	24/04/2023			05/05/2023		19/05/2023	
Escalas		D	E	D	E	D	E
MRC	Mão	2	2	3	3	3	3
	Cotovelo	3	3	4	4	4	4
	Ombro	3	3	4	4	4	4
	Tibiotársica	0	0	0	0	0	0
	Joelho	0	0	0	0	0	0
	Coxofemural	0	0	0	0	0	0
	Cervical	2	2	2	2	2	2
	Ashworth		D	E	D	E	D
Mão		0	0	0	0	0	0
Cotovelo		0	0	0	0	0	0
Ombro		0	0	0	0	0	0
Tibitársica		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
Tinetti	Equilíbrio estático sentado	0/16		0/16		0/16	

	Equilíbrio dinâmico na marcha	0/11	0/11	0/11
Guss	20		20	20
Barthel	0		15	15
PPS	30%		50%	50%
Dor	3		1	0
Morse	20		20	20
Braden	12		16	16

A escala MRC permitiu avaliar a força muscular que na avaliação inicial, a nível da mão apresentava um score de 2/5, a nível dos ombros 3/5 e do cotovelo 3/5. Tendo progredido, como se verifica no Gráfico 1, através dos exercícios de fortalecimento muscular e da motricidade fina para um score de 3/5, 4/5 e 4/5, respetivamente, aquando da avaliação intermédia.

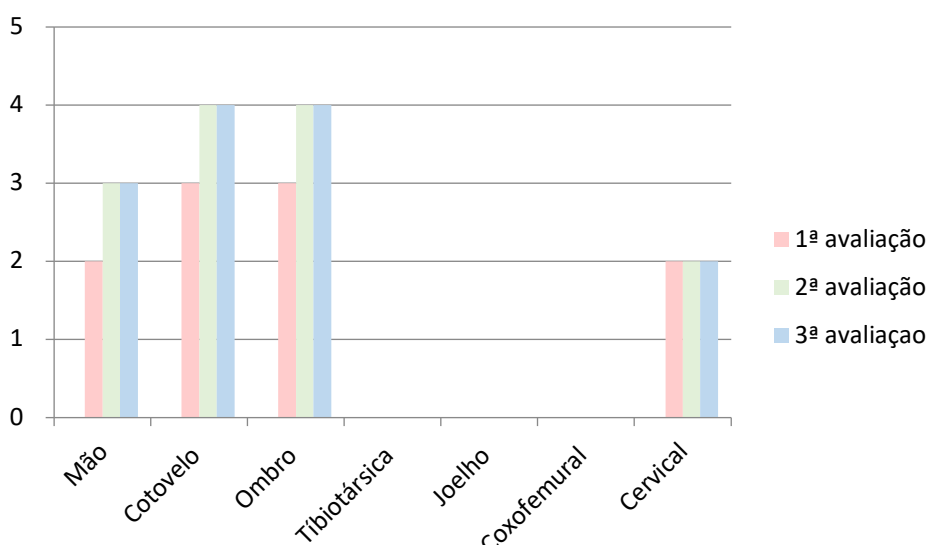


Gráfico 1 - Score obtido na aplicação da Escala MRC

A partir da escala de Barthel foi identificado o nível de dependência da Sra ML nas AVD. Na avaliação inicial demonstrou dependência total em todos os parâmetros da escala. No decorrer do PR houve melhorias a nível da alimentação, no arranjo pessoal e no vestir/despir. Na alimentação passou, apenas, a necessitar de ajuda para preparação do prato, alimentando-se pela própria mão. Com a execução das intervenções planeadas, conseguiu realizar de forma independente a lavagem dos dentes e da face e com ajuda parcial, foi capaz de vestir/despir a parte superior, assim como, abotoar os botões.

Mantendo-se dependente total nos restantes parâmetros. Passando de um Score de 0 para um Score de 15, como se verifica no Gráfico 2.

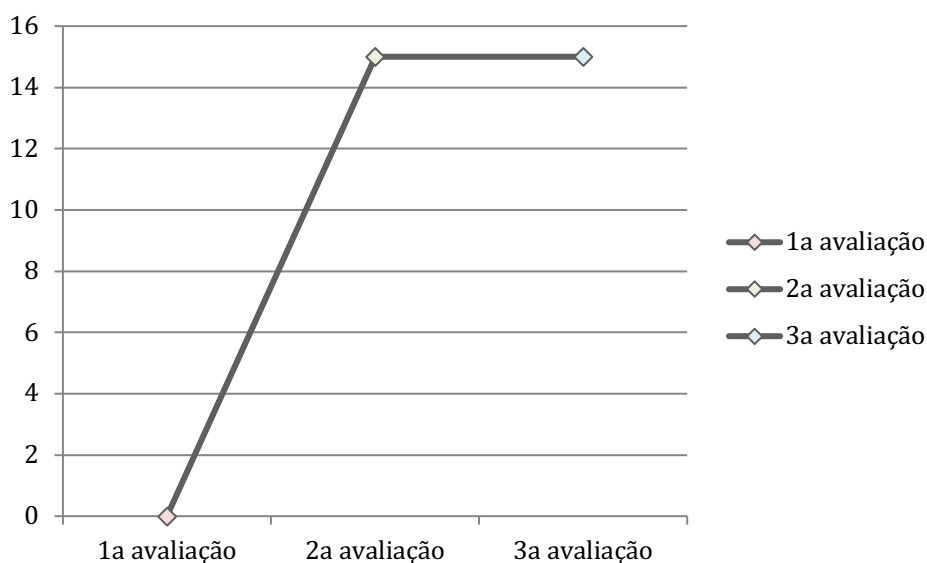


Gráfico 2 - Score obtido na aplicação da Escala de Barthel

A escala PPS permitiu avaliar a funcionalidade da doente em situação paliativa, em que na primeira avaliação revelou um valor percentual de 30, uma vez que, estava confinada ao leito e com dependência total no autocuidado. Progredindo ao longo do PR, para uma percentagem de 50% (Gráfico 3), pois conseguiu realizar levante diário, com ajuda total, para o cadeirão, tendo uma assistência considerável no autocuidado.

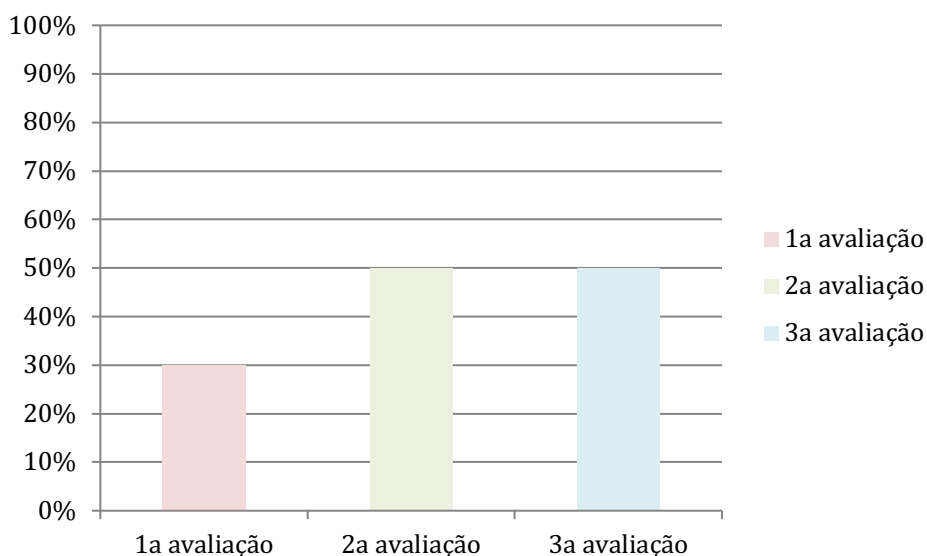


Gráfico 3 - Score obtido na aplicação da Escala PPS

No doente em situação paliativa, a Dor, é o sinal vital de maior importância. Assim, ao longo das sessões, a Dor foi sempre avaliada no início e no final de cada. Foi referido pela própria, que a dor associada à imobilidade foi aliviando no decorrer do PR, através dos exercícios, posicionamentos e massagem de relaxamento. No Gráfico 4 pode verificar-se o Score das três principais avaliações delineadas para este PR, não estando aqui representadas as avaliações de cada sessão.

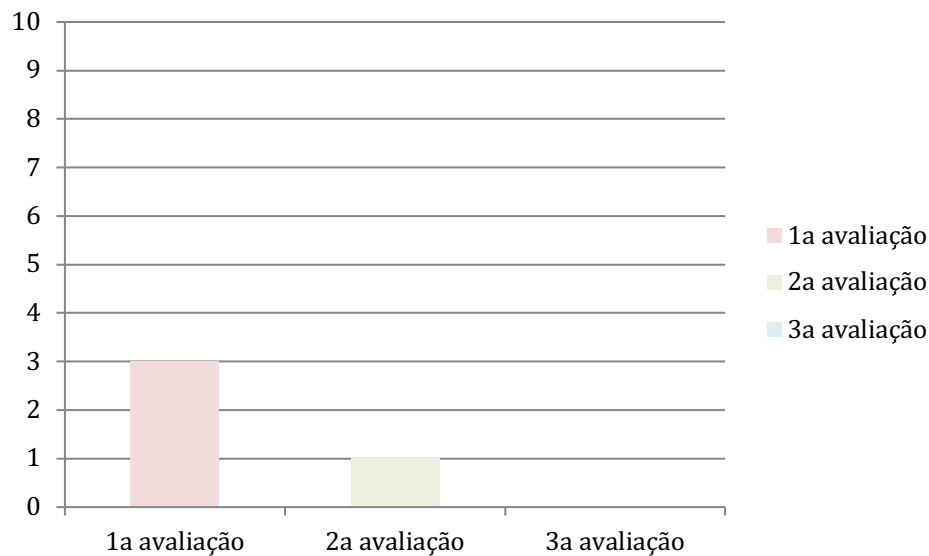


Gráfico 4 - Score obtido na aplicação da Escala Numérica da Dor

Na escala de Braden, o score subiu de 12 para 16, mesmo assim, manteve o alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão.

A escala de Ashworth Modificada, a escala de Tinetti, a escala de Guss e escala de Morse, foram aplicadas na fase inicial do PR, não tendo revelado alterações nos seus scores nas várias avaliações realizadas.

Considerando que o exponencial de reabilitação da Sra. ML ocorria durante os cuidados de higiene/conforto, senti a responsabilidade de estar presente nesses momentos, mesmo fora do meu horário de trabalho. Saliento, portanto, a importância de ter um enfermeiro de reabilitação disponível nesta UCP, garantindo a prontidão do profissional de reabilitação durante o momento adequado para o doente.

Verificou-se que a doente ao longo do PR, foi tendo gradualmente, maior capacidade na concretização dos exercícios. Sempre de acordo com a sua tolerância, os

exercícios tornaram-se mais rigorosos quer pelo aumento do número de séries, quer pelo aumento da resistência aplicada nos exercícios, o que corrobora com o estudo realizado por (Cordeiro & Menoita, 2012).

Os resultados alcançados mostram os benefícios e o quão importante é a intervenção de enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa em situação paliativa.

Nesta investigação, os resultados indicam que a reabilitação funcional é uma estratégia que possibilitou a redução do declínio funcional e a melhoria da qualidade de vida da doente após a intervenção. Entre a primeira e as avaliações subsequentes, verificou-se aumento da força nos segmentos articulares avaliados, aumento da independência para a alimentação e autocuidados e redução da dor relacionada com a imobilidade. Assim, a intervenção do EER na UCP foi positiva, dando resposta à questão de partida.

A nível quantitativo os resultados obtidos podem não ser significativos, mas a capacidade de execução de algumas tarefas básicas de vida adquiridas pela doente, conferiram uma qualidade ao seu dia-a-dia que é imensurável.

De acordo com Javier & Montagnini (2011), há estudos que demonstraram, que várias intervenções de reabilitação trazem benefícios na capacidade funcional, qualidade de vida, mobilidade, fadiga, dor, bem-estar, dispneia, estado emocional e função cognitiva. Assim, a presença do enfermeiro especializado é valorizada pelo seu papel fundamental na manutenção da funcionalidade e na busca de uma melhor qualidade de vida para os doentes em situação paliativa.

Apesar dos benefícios que advém das intervenções do ER, o papel da reabilitação nos CP ainda não é notável, devido à falta de evidência científica dos mesmos.

Ao concluir este trabalho, é importante mencionar as suas limitações, que incluem: a escassez de literatura sobre o papel do EEER em CP, bem como a falta de material que complementam as intervenções do EER na UCP. Apesar dessas limitações, acredita-se que os resultados alcançados permitiram obter um conhecimento mais concreto sobre a importância do EEER em Cuidados Paliativos.

CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento em Portugal, assim como em outros países desenvolvidos, é uma realidade incontestável que continua a alcançar marcos surpreendentes. Isto deve-se em grande parte à melhoria das condições de assistência em saúde, bem como à diminuição do índice de natalidade. Consequentemente, as estatísticas revelam que a expectativa de vida está a aumentar e a morte ocorre cada vez mais tarde na vida, frequentemente associada a doenças crónicas que afetam a qualidade de vida e influenciam a forma como uma pessoa falece.

Os CP desempenham um papel crucial não, apenas em garantir uma morte digna, mas também, em promover o bem-estar em todas as suas vertentes, com o objetivo final de alcançar a melhor qualidade de vida possível. Ao refletirmos sobre o assunto, podemos perceber que, até alguns anos atrás, a abordagem dos CP estava, predominantemente, focada no momento da morte.

O declínio funcional é uma condição frequente entre os doentes em CP. A preservação da capacidade de realizar as atividades do quotidiano é um objetivo crucial neste tipo de cuidado, devido às suas implicações positivas na estrutura familiar, nos relacionamentos, no trabalho e na vida social. O papel da reabilitação na realização dessas atividades e na organização do quotidiano, resultam num aumento da qualidade de vida.

Reduzir o sofrimento é um dos principais objetivos na prestação de CP, e a reabilitação é uma das estratégias com maior potencial para alcançá-lo. Alguns dos potenciais benefícios da reabilitação incluem a melhoria da mobilidade, redução da fadiga, alívio da dor, diminuição da dispneia e melhoria do estado emocional. O planeamento do programa deve ser realizado de forma individual, tendo em conta o prognóstico geral e o potencial de recuperação funcional, bem como o desejo e a motivação do doente em alcançar esse objetivo.

Assim, as conclusões deste estudo sugerem a necessidade de se continuar a realizar investigação nesta área, obtendo resultados confiáveis e promover intervenções seguras que resultem em uma melhor qualidade de vida para este tipo de doentes.

Desejo deixar claro a quão significativa é a intervenção do EEER na vida do doente paliativo, que é possível através da reabilitação combater o declínio funcional e melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Este mestrado constituiu um percurso enriquecedor na aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao EE e do EEER. As aprendizagens são inesgotáveis, existindo sempre oportunidade de melhorar, evoluir e experienciar novas situações. No entanto, ao chegar ao final desta etapa, sinto-me mais competente, com maior conhecimento e experiência. Guardo as emoções e lições de vida que enriquecem o meu percurso profissional e pessoal, mantendo-as sempre presentes. A elaboração do presente estudo tornou-se, assim, num momento de formação fundamental, uma vez que me permitiu refletir sobre o percurso realizado, reconhecendo as pequenas e grandes conquistas alcançadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em Cuidados Paliativos – Da evidência à prática*. Loures: Lusodidacta.
- 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/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20\(European\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20(European).pdf)
- 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.
- Bhimani, R. H., McAlpine, C. P., & Henly, S. J. (2012). Understanding spasticity from patients' perspectives over time. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2504-2514.
- 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>;

- Boudreaux, A. & Simmons, J. (2019). *Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes*. AORN Journal. 109 (4), 500-7.
- Capelas, M. L. V. (Ed.), Coelho, S. P. F. (Ed.), Silva, S. C. F. S. D., Ferreira, C. M. D., & Torres, S. H. B. (2017). *O direito à dignidade: serviços de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/9789725405826>
- 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>
- 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. (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-Estratégico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013) – *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

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2.ª Série, N.º, 102, 27/05. Disponível em: <https://www.dre.pt>

Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril (2009). Aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª Série, N.º 74, 16/04. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/250224/despacho-10143-2009-de-16-de-abril>

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>

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>

Javier, N., & Montagnini M. (2011). *Rehabilitation of the hospice and palliative care patient*. J Palliat Med. 14(5):638-48.

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

Lee, I. & Park, S. (2013). Balance improvement by strength training for the elderly. *Journal Of Physical Therapy Science*, 25(12).

- 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)*. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- 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 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>
- 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.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em

Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://repositorioenfreab.files.wordpress.com/2018/12/Instrumentos-de-recolha-de-dados-para-a-documentação-dos-Cuidados-Especializados-em-Enfermagem-de-Reabilitação_versãob.pdf

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*.

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>

National Council for Palliative Care, *Fullfilling Lives: Rehabilitation in palliative care*, London, 2000.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>

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

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

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

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>

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 135 - 16 de Julho de 2018*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

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, n.º 119– 22 de Junho de 2015*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.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>
- 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.
- 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.
- Serapioni, M., & Matos, A. (2014). *Saúde, participação e cidadania: experiências do Sul da Europa*. Coimbra: [s.n.]. ISBN 978-972-40-5538-1.
- Scarton, J., Claro, L., Paula, S., Perim, L., Ventura, J. & Medeiros, S. (2020). *Formação permanente: contribuições para a prática pedagógica do enfermeiro*. Research, Society and Development. Acedido em: https://www.researchgate.net/publication/338424261_Formacao_permanente_contribuicoes_para_a_pratica_pedagogica_do_enfermeiro
- 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-ofpalliative-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?	x	
Em que dia da semana estamos?	?	
Em que estação do ano estamos?	Primavera ✓	
		Score: 3
Em que terra vive?	onde o ^{na} cheme ✓	
Em que distrito vive?	Bragança ✓	
Em que país estamos?	Portugal ✓	
Em que casa estamos?	Hospital mãe ✓	
Em que andar estamos?	1 ^o do chão ✓	
		Score: 5

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	✓	
Gato	✓	
Bola	✓	
		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	x	15	16	✓
										Score: 4

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Pêra	✓	
Gato	x	
Bola	✓	
		Score: 2

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

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio	✓	
Lápis	✓	
		Score: 2

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

	Score: 1
--	-----------------

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

Pega com a mão direita	✓	
Dobra ao meio	✓	
Coloca onde deve	✓	
		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. ✓

	Score: 1
--	-----------------

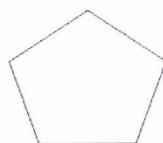
e) "Escreva uma frase inteira aqui." Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: Gosto muito de bananas → Gosto muito de Bananas	
	Score: 1

6.Habilidade construtiva (um ponto pela copia 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
---------	-------



(Máx 30 pontos) **Score TOTAL: 25**

Considera-se com defeito Cognitivo:		Interpretação dos resultados:	
Analfabetos	<18	Sem perda cognitiva	>25
Escolaridade de 1 a 3 anos	19 a 21	Perda cognitiva leve	21 a 24
Escolaridade de 4 a 7 anos	22 a 24	Perda cognitiva moderada	10 a 20
Mais de 7 de escolaridade	>25	Perda cognitiva grave	<9

Interpretação do teste

Considera-se com defeito Cognitivo:		Interpretação dos resultados:	
Analfabetos	<18	Sem perda cognitiva	>25
Escolaridade de 1 a 3 anos	19 a 21	Perda cognitiva leve	21 a 24
Escolaridade de 4 a 7 anos	22 a 24	Perda cognitiva moderada	10 a 20
Mais de 7 de escolaridade	>25	Perda cognitiva grave	<9

Fonte: Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde N° 08/2019, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

ANEXO III – ESCALA MRC
Avaliação da Força Muscular

Avaliação inicial □	Avaliação intermédia □	Avaliação final □
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023

ESCALA MRC - Avaliação da Força Muscular						
	Direito			Esquerdo		
Mão	2	3	3	2	3	3
Cotovelo	3	4	4	3	4	4
Ombro	3	4	4	3	4	4
Tíbiotársica	0	0	0	0	0	0
Joelho	0	0	0	0	0	0
Coxofemural	0	0	0	0	0	0
Cervical	2	2	2	2	2	2
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

Avaliação inicial □	Avaliação intermédia □	Avaliação final □
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023

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 <input type="checkbox"/>	Avaliação intermedia <input type="checkbox"/>	Avaliação final <input type="checkbox"/>
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023

TESTE DE TINETTI - Avaliação Da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico					
Equilíbrio estático cadeira:				Avaliação	
Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira	0	0	0	0
	Inclina-se ligeiramente ou aumento a distancia das nádegas ao encosto da cadeira	1			
	Estável, seguro	2			
Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde equilíbrio	0	0	0	0
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar	1			
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	2			
Equilíbrio imediato (1 ^{os} 5 seg.)	Instável	0	0	0	0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	1			
	Estável, sem qualquer tipo de ajuda	2			
Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável	0	0	0	0
	Estável, mas alargado a base de sustentação ou recorre a auxiliar de marcha	1			
	Pés próximos e sem ajudas	2			
Pequenos desequilíbrios na mesma posição	Começa a cair	0	0	0	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	1			
	Estável	2			
Fechar os olhos na mesma posição	Instável	0	0	0	0
	Estável	1			
Volta de 360° (2vezes)	Instável, mas agarra-se	0	0	0	0
	Estável ,mas dá passos descontinuados	1			
	Estável e passos contínuos	2			
Apoio unipodal (+de 5seg)	Não consegue ou tenta agarrar-se	0	0	0	0
	Aguenta 5 segundos de forma estável	1			
Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira	0	0	0	0
	Usa os braços ou movimento não harmonioso	1			
	Seguro, movimento harmonioso	2			
Score (máx. 16)		_/16	0/16	0/16	0/16

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	0	0	0
	Ultrapassa pé esquerdo	1			
	Não sai completamente do chão	0	0	0	0
	Sai completamente do chão	1			
	<i>Pé Esq.º</i>				
	Não ultrapassa pé direito	0	0	0	0
	Ultrapassa pé direito	1			
	Não sai completamente do chão	0	0	0	0
	Sai completamente do chão	1			
Simetria dos passos	Assimétricos	0	0	0	0
	Simétricos	1			
Direção	Desvio nítido	0	0	0	0
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	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			
Distancia dos tornozelos	Tornozelos separados	0	0	0	0
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1			
Score (máx. 11)		_/11	0/11	0/11	0/11

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

ANEXO VI – ESCALA DE GUSS

Avaliação da Deglutição

Avaliação inicial <input type="checkbox"/>	Avaliação intermedia <input type="checkbox"/>	Avaliação final <input type="checkbox"/>
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023
ESCALA DE GUSS – Avaliação De Deglutição		
Secção1- Avaliação preliminar/teste de deglutição indireto		
	Sim	Não
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Score	5	
	1-4= investigação posterior 5= continuar para secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (material: agua destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)			
Seguir a ordem	1→Semi-sólido*	2→liquido *	3→Sólido***
Deglutição			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (>2seg)(sólidos>10seg)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
• Deglutição com sucesso			
Tosse (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição- até 3 min após)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
• Sim			
• Não			
Sialorreia			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Alteração da voz (escutar a voz antes e após a deglutição- o doente deve dizer “O”)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
• Sim			
• Não			
Score	1-4= investigação posterior 5= continuar para liquido	1-4= investigação posterior 5= continuar para solido	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 intermedia □	Avaliação final □
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2013	Data: 19/05/2023

ESCALA DE BARTHEL – Avaliação das AVD					
Atividades		Avaliação			
Alimentação	• Independente	10			
	• Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5		5	5
	• Dependente	0	0		
Transferências	• Independente	15			
	• Precisa de alguma ajuda	10			
	• Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5			
	• Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	0	0	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			
	• Dependente	0	0	0	0
Banho	• Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5			
	• Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0	0
Mobilidade	• Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15			
	• Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10			
	• Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5			
	• Imóvel	0	0	0	0
Subir E Descer Escadas	• Independente, com ou sem ajudas técnicas	10			
	• Precisa de Ajuda	5			
	• Dependente	0	0	0	0
Vestir/Despir	• Independente	10			
	• Com ajuda	5		5	5
	• Impossível	0	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	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			
	• Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	0	0	0
Score			0	15	15

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

ANEXO VIII – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE
(PPS)

Avaliação inicial □	Avaliação intermedia □	Avaliação final □
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023

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 sentada ou deitada	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: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023

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

ANEXO X- ESCALA DE MORSE

Avaliação do Risco de Queda

Avaliação inicial ☐	Avaliação intermedia ☐	Avaliação final ☐
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023

ESCALA DE MORSE - Avaliação Do Risco de Queda					
			Avaliação		
Historia de Quedas	Nao	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	0	0
	Bengala / canadiana / andarilho	15			
	Apoio nos móveis	20			
Terapêutica E.V. ou Cateter	Permanente	20	0	0	0
Marcha	Normal / cadeira de rodas / acamado	0	0	0	0
	Com dificuldade, mas sem ajuda	10			
	Incapaz, sem ajuda	20			
Estado Mental	Orientado	0	0	0	0
	Dificuldade de orientação	15			
Score			20	20	20
<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- ESCALA DE BRADEN

Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por
Pressão

Avaliação inicial □	Avaliação intermedia □	Avaliação final □
Data: 24/04/2023	Data: 05/05/2023	Data: 19/05/2023

Escala de Braden							
Percepção Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	2	3	3
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	3	3	3
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	1	2	2
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação	2	2	2
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	2	3	3
Forças de Deslizamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		2	3	3
SCORE					12	16	16

Alto Risco: ≤ 16 ; Baixo Risco ≥ 17 .

Fonte: Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde Nº 017/2011, <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Escala-de-Braden.pdf>

ANEXO XII – CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado(a), por Diana Azevedo Prodêncio acerca do estudo: "Efeitos de um Plano 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 Almendra 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 (Diana Prodêncio): Diana Prodêncio

O Participante: [Redacted]

Para qualquer esclarecimento:

Contacto telefónico: 934100251

Correio eletrónico: dianazevedo@sapo.pt

ANEXO XIII – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

