

Relatório de Estágio/ Resultados de um Plano de Reabilitação num doente hospitalizado em Cuidados Paliativos: um estudo de caso

Cláudia Maria Abreu Mesquita

**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 Gomes

Bragança, novembro de 2023

Mesquita CMA. RELATÓRIO DE ESTÁGIO. RESULTADOS DE UM PLANO DE
REABILITAÇÃO NUM DOENTE HOSPITALIZADO EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM
ESTUDO DE CASO

Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 2023.

Agradecimentos

Não podia deixar de agradecer em primeiro lugar ao meu marido Rui e aos meus filhos, Raquel e Miguel, por todo o apoio, palavras de encorajamento, amor e carinho demonstrados nos momentos mais difíceis.

Às colegas e companheiras deste Mestrado Márcia e Diana, por estarem sempre presentes e pela amizade demonstrada ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de trabalho, pela paciência, nos momentos mais stressantes, pela compreensão, incentivo e pelo apoio.

Agradeço à minha orientadora, a Professora Maria José Gomes, pela disponibilidade, apoio, paciência e excelente orientação que proporcionou.

Ao Sr. J que, de forma livre e pronta, participou no estudo.

O meu mais sincero obrigado a todos aqueles que caminharam ao meu lado ao longo destes dois anos de mestrado e tornaram este percurso mais simples.

RESUMO

Enquadramento: A Enfermagem de Reabilitação e os Cuidados Paliativos são conceitos que se interligam, pois possuem objetivos em comum e uma intencionalidade em reabilitar a pessoa ainda que a possibilidade de cura não esteja presente.

Objetivo: Implementar um plano de intervenção na área da enfermagem de reabilitação a um doente internado na unidade de cuidados paliativos e avaliar os resultados.

Métodos: Trata-se de um estudo de caso, onde será implementado um plano de intervenção na área da Reabilitação, a um doente internado na unidade de cuidados paliativos, 3 dias por semana ao longo de 4 semanas. Serão aplicadas escalas de avaliação em 3 momentos distintos (no 1 contacto, na 2 semana da aplicação do plano de intervenção e no final da intervenção). Para o tratamento de dados recorreu-se ao Microsoft Office- Excel.

Resultados: Entre a primeira e a segunda avaliação verificaram-se melhorias traduzidas num aumento da capacidade da pessoa para a realização dos exercícios, com aumento da tolerância à actividade, embora não mensurável a nível da aplicação das escalas, traduzindo só num aumento da Palliative Performance Scale (PPS). Na terceira avaliação houve um declínio a todos os níveis devido ao agravamento da doença.

Conclusão: De acordo com os resultados obtidos, considera-se que a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, fez a diferença em alguns aspetos da vida e funcionalidade do doente em causa. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve ser um elemento integrante da equipa de cuidados paliativos.

Palavras-chave: Enfermagem de reabilitação, Cuidados Paliativos, Plano de intervenção de reabilitação

ABSTRACT

Background: Rehabilitation Nursing and Palliative Care are interconnected concepts, as they share common goals and an intention to rehabilitate individuals even in the absence of a possibility for cure.

Aim: Implement an intervention plan in the area of reahabilitation nursing for a patient admitted to the palliative care unit and evaluate the outcomes.

Methods: This is a case study where an intervention plan will be implemented in the area of Rehabilitation for a patient admitted to the Palliative Care Unit, three days a week over a period of four weeks. Evaluation scales will be applied at three different time points (at the initial contact, in the second week of intervention plan`s implementation, and at the end of the intervention). Microsoft Office-Excel was used for data processing.

Results: Between the first and second assessment, improvements were observed, reflected in an increase in the person's ability to perform exercises and an increase in activity tolerance, although not measurable in terms of scale application, only resulting in an increase in Palliative Performance Scale (PPS). In the third assessment, there was a decline at all levels due to disease progression.

Conclusion: According to the results obtained, it is considered that the intervention of the specialist rehabilitation nurse made a difference in certain aspects of the life and functionality of the patient in question. The specialist rehabilitation nurse should be an integral part of the Palliative Care team.

Keywords: Rehabilitation nursing, Palliative care, Rehabilitation intervention plan.

SIGLAS

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária;

AIVD – Atividades Instrumentais de vida Diária;

ANA- American Nurses Association;

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos;

AVC - Acidente Vascular Cerebral;

AVD – Atividades de Vida Diária;

BAV - Bloqueio Aurículo – Ventricular;

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro;

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

CP – Cuidados Paliativos;

DGS- Direção Geral de Saúde;

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio;

EAO - Estenose Aórtica;

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

ECL – Equipa de Coordenação Local;

EDP- Energias de Portugal;

EE- Enfermeiro Especialista;

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

EER - Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

EGA - Equipa de Gestão de Altas;

ER - Enfermeiro de Reabilitação;

FC – Frequência Cardíaca;

FR- Frequência Respiratória;

FRCV - Fatores de Risco Cardio Vasculares;

ICP- Intervenção Coronária Percutânea;

IMC- Índice de Massa Corporal;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PA – Perímetro abdominal;

PA – Pressão Arterial;

PPS- Palliative Performance Scale;

PRC- Programa de Reabilitação Cardíaca;

PTA - Prótese Total da Anca;

PTJ - Prótese Total do Joelho;

RC - Reabilitação Cardíaca;

RC- Reabilitação Cardíaca;

REPE- Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem;

RFR – Reabilitação da Função Respiratória;

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

RPQCEEER - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação;

SNS – Sistema Nacional de Saúde;

SPO2 - Saturação Periférica de Oxigénio;

TA – Tensão arterial;

TAC- Tomografia axial computadorizada;

TAVI- Implante Válvula Aórtica por Via Percutânea;

UCC- Unidade de Cuidados Continuados;

UCIC - Unidade De cuidados Intensivos Coronários;

UCMC - Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros;

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos;

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste;

UP- Úlcera por pressão;

Índice

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	15
PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	41
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	41
1.1 Os Cuidados Paliativos.....	41
1.2 A Enfermagem de Reabilitação e os Cuidados Paliativos.....	43
2. METODOLOGIA.....	46
2.1 Procedimentos éticos.....	56
3. ESTUDO DE CASO.....	57
3.1 Identificação do doente.....	57
3.2 História da doença.....	57
3.3 Contexto Físico.....	59
3.3.1 Exame físico Geral.....	59
3.3.2 Avaliação da função Neurológica.....	60
3.3.3 Avaliação da Funcionalidade.....	61
3.4 Plano de cuidados especializado de ER.....	61
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
5. CONCLUSÃO.....	71
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	79
Anexo I– Plano de treino para doentes com DPOC.....	80
Anexo II – Consentimento do doente.....	84
Anexo III – Recolha de dados.....	85
Anexo IV- Avaliação Cognitiva.....	86
Anexo V - Escalas de Avaliação.....	90
Anexo VI- Pedido de Autorização para recolha de dados á diretoraclínica da UCP.....	98
Anexo VII- Pedido de Autorização á comissão de ética da ULSNE.....	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Avaliação da Escala de Morse.....	64
Gráfico 2- Avaliação da Escala de Guss- seção 1	65
Gráfico 3- Avaliação da Escala de Barthel.....	66
Gráfico 4- Avaliação da Escala de Tinneti- equilíbrio estático... ..	67
Gráfico 5- Avaliação da Escala de Tinneti- Marcha.....	67
Gráfico 6- Avaliação da Escala MRC- 1ª e 2ª Avaliação.....	68
Gráfico 7- Avaliação da Escala de MRC- 3ª Avaliação.....	69
Gráfico 8- Avaliação da Escala PPS.....	69
Gráfico 9- Avaliação da Escala de Braden.....	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....52

Tabela 2: Plano de Reabilitação..... 54

INTRODUÇÃO

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

Este inclui um estágio de natureza profissional no qual é pedido para realizar um relatório final, alinhado com os objetivos específicos estabelecidos na alínea b), do nº1, do Artigo 20º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março.

Tem como objetivo a obtenção do grau académico de Mestre e a condição para o reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Para tal, ao longo do presente trabalho, serão expostos os conhecimentos, intervenções, e aprendizagens adquiridas, bem como o desenvolvimento de competências, ao longo de todo o percurso, no qual será possível defender que todas as competências objetivadas, foram atingidas.

A realização do estágio visa o desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (Regulamento Nº 140/2019), assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento Nº 392/2019).

O estágio decorreu em contextos distintos, quer a nível de internamento (Unidade de Convalescença, Unidade de AVC, Serviço de Ortopedia, Serviço de Cardiologia), quer a nível de ambulatório (ECCI). Como aparece descrito na primeira competência do Regulamento das Competências Específicas do EEER, este “*cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*” (OE, 2019).

Uma vez que exerço funções de enfermeira generalista numa Unidade de Cuidados Paliativos e consciente da necessidade de uma formação especializada, por não deter um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, que permita ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional, tendo em conta a sua condição de saúde, escolhi a área de Reabilitação, porque o EEER, pela

complexidade e âmbito de intervenção enquadrados nas competências e padrões de qualidade que definem a sua prática profissional, tem vindo a assumir uma importância crescente, sendo vários os autores e estudos que confirmam a importância da reabilitação em geral e da intervenção do EEER em particular junto da pessoa em situação paliativa.

Tendo procurado aliar a sua pertinência com a relevância da intervenção do EEER e o meu interesse profissional/pessoal, o trabalho final tem como tema: “Resultados de um Plano de Reabilitação num doente hospitalizado em cuidados paliativos: um estudo de caso”.

A Reabilitação é parte integrante dos Cuidados Paliativos, ambas têm como missão ajudar o doente e família a viver o melhor possível de acordo com as suas potencialidades e 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 (Council, 2000).

Os objectivos deste presente trabalho são: definir e implementar um plano de intervenção na área da Reabilitação num doente paliativo e avaliar os resultados. Espera-se assim mostrar teoricamente que a reabilitação não é antagónica aos CP, ou seja, apesar de comumente estar associada a situações agudas como recuperação de fraturas ou de cirurgias, a reabilitação tem uma ação ampla que engloba as doenças crónicas e avançadas. A reabilitação em CP é ajustada, elas são áreas da medicina que se complementam, comungam nos objetivos e formas de atuação. Por outro, este estudo tem um interesse prático e a finalidade de propor e/ou justificar a contratação de uma enfermeira de reabilitação com carácter permanente na equipa de CP. Para tal, é necessário o conhecimento prático dos benefícios dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos doentes internados na UCP- ULSNE.

Estruturalmente este trabalho encontra-se organizado de modo a facilitar a sua compreensão e leitura dividindo-se, para além da introdução e conclusão,

em dois temas essenciais. O primeiro tema refere-se à contextualização do estágio e o segundo tema expõe a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências.

Para estruturar e justificar este relatório, foi adotada uma abordagem metodológica expositiva e descritiva. Esta metodologia focou-se nas experiências práticas vivenciadas, na base científica disponível e na análise crítica das práticas, com o objetivo de aprimorar as habilidades necessárias para o cuidado de enfermagem especializado, abrangendo competências científicas, técnicas, humanas e de relacionamento

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Os estágios em ambiente clínico foram estruturados de modo a abranger todas as áreas estabelecidas no Programa Formativo do EEER, levando em consideração também os documentos reguladores da profissão de Enfermagem e os requisitos exigidos pela OE para a atribuição do título de EEER.

Dessa maneira, garante-se uma formação teórica e prática adequada, bem como o desenvolvimento de competências interpessoais, instrumentais e sistêmicas. Isso visa garantir que no final da formação acadêmica o mestre em ER seja capaz de:

- Promover uma atuação profissional que seja ética, legal e de acordo com as normativas da área de especialização, aderindo aos princípios éticos e à deontologia profissional;
- Assegurar que as práticas de cuidados estejam em conformidade com os direitos humanos e as obrigações profissionais;
- Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas/ estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garantir um ambiente terapêutico e seguro;
- Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica;
- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Essenciais para o desenvolvimento de competências e para um crescimento profissional e pessoal igualmente significativo, todos os estágios clínicos com objetivos gerais previamente definidos:

- Expandir conhecimentos e habilidades, incluindo conhecimentos teórico-práticos e habilidades de pesquisa, a fim de otimizar a promoção da excelência na prática especializada em ER ao longo do ciclo de vida, em diversos contextos de intervenção;
- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada em ER, demonstrando um alto nível de julgamento clínico e tomada de decisão, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos desafios de saúde.
- Aprimorar competências científicas, técnicas, interpessoais, éticas, legais e de pesquisa essenciais para fornecer cuidados de enfermagem especializados;
- Fomentar a capacidade de tomar decisões que guiam uma prática profissional independente, baseada em evidências científicas e princípios éticos e deontológicos.

Conforme estipulado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), a especialização tem como objetivo o desenvolvimento de competências relacionadas às respostas humanas aos processos de vida, problemas de saúde e à área específica de intervenção em questão. Isso é alcançado por meio de uma prestação de cuidados altamente adequada às necessidades de saúde das pessoas.

Portanto, de acordo com o Guia Orientador de Estágio profissional em ER (I e II), os estágios em diferentes contextos da prática clínica têm objetivos específicos estabelecidos:

- Utilizar métodos e ferramentas para realizar avaliações clínicas e identificar necessidades de intervenção especializada;

- Elaborar, implementar e avaliar planos de cuidados especializados para indivíduos, famílias e comunidades;
- Desenvolver, organizar, planejar, implementar e avaliar programas de cuidados especializados visando prevenção, tratamento e reintegração do indivíduo em seu ambiente social;
- Empoderar indivíduos com diversidade funcional para participação cidadã ativa;
- Colaborar com os indivíduos na criação de programas que visem otimizar suas funções;
- Basear a prática clínica especializada em sólidos fundamentos de conhecimento;
- Assumir responsabilidades na educação e formação em serviço.
- Desenhar projetos de investigação que permitam a transferência de conhecimento para a prática clínica e o desenvolvimento da especialidade; integrar equipas de investigação na área da reabilitação.

Conforme o mesmo guia, foram orientados os seguintes objetivos específicos para a área cardiorrespiratória:

- Adquirir habilidades específicas em enfermagem de reabilitação para o cuidado de indivíduos com disfunções cardiorrespiratórias;
- Desenvolver proficiência na aplicação de terapias manuais e instrumentais no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Executar planos de reabilitação respiratória com base na avaliação do paciente, diagnóstico, prescrição de cuidados e acompanhamento de resultados;
- Implementar planos de reabilitação cardíaca com base na avaliação do paciente, diagnóstico, prescrição de cuidados e monitorização de resultados;
- Identificar e selecionar uma linha de pesquisa a ser desenvolvida por meio de uma análise crítica e reflexiva dos contextos e da prática clínica.

Para a área neurológica, degenerativa e traumática foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas em enfermagem de reabilitação para atender às necessidades de pessoas com patologias neurológicas vasculares, degenerativas e traumáticas;
- Aprimorar competências específicas em enfermagem de reabilitação para o cuidado de indivíduos com patologias ortopédicas, reumatológicas e traumatológicas;
- Desenvolver competências específicas em enfermagem de reabilitação para prestar cuidados a indivíduos, famílias e grupos no ambiente domiciliar e comunitário;
- Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação em diversos cenários, com base na avaliação do paciente, diagnóstico, prescrição de cuidados e acompanhamento de resultados;
- Identificar necessidades e elaborar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com o objetivo de promover a saúde, prevenir lesões ou otimizar a função.

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

O primeiro ensino clínico decorreu do dia 18 de abril de 2022 ao dia 03 de junho de 2022 na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Mirandela. Durante este período de estágio contei com a orientação direta da Enfermeira Especialista Vanda Rocha.

A ECCI é uma equipa domiciliária que está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Tem como objetivo promover e/ou recuperar a saúde dos utentes com diversos tipos de dependência ou em risco de perda de autonomia, e mesmo doentes que necessitem de cuidados paliativos,

mantendo a sua autonomia no seu ambiente habitual. O internamento em ECCI não tem qualquer custo para os utentes.

A ECCI de Mirandela tem a sua estrutura física no Centro de Saúde I. A equipa conta com 2 Enfermeiros Especialistas de Reabilitação e 1 Enfermeira Especialista de Comunitária, entre outros profissionais que compõem a equipa multidisciplinar. Esta tem capacidade para prestar cuidados a 11 utentes.

Para integrar a ECCI é necessário ser feita uma referenciação pela Equipa de Gestão Altas e pelas equipas das unidades funcionais do ACES – Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, mas necessita sempre da validação por parte de uma Equipa Coordenadora Local (ECL).

Após a integração do doente na ECCI é necessário uma avaliação de enfermagem no 1º dia, onde se elabora um plano de intervenção consoante o tipo de patologia e défice associados e 8º dia onde se verifica se são necessárias alterações ao plano de intervenção. Posteriormente é realizada a avaliação mensal e efetuados os respetivos registos no aplicativo da RNCCI. A nível do SClínico devem efetuar-se registos após cada contacto com o doente.

Neste estágio aprendi que muitas vezes temos de dar “asas” à imaginação para podermos dar o nosso melhor em prol dos doentes. Várias vezes houve necessidade de adaptar material uma vez que a nível domiciliário o material apropriado é escasso (como usar paus de vassoura em substituição de bastão). Tornando-se reconfortante ver a evolução destes doentes ao longo das semanas com a nossa visita (2 a 3 vezes por semana).

De realçar que um dos aspetos que condiciona a nossa atividade é a elevada distância geográfica entre os vários doentes acompanhados, sendo que grande parte do tempo era passado em viagem entre doentes.

1.2. Descrição do Estágio II- Unidade de Convalescença do Hospital de Macedo de Cavaleiros

O segundo ensino clínico decorreu do dia 06 de junho de 2022 ao dia 15 de julho de 2022 na Unidade de Convalescença do Hospital de Macedo de Cavaleiros.

Durante este período de estágio contei com a orientação direta do Enfermeiro Especialista João Correia.

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo assim a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, mediante a dependência em que se encontra (ACSS, s.d.).

Os utentes podem ser encaminhados para a RNCCI de duas formas: se estiverem internados num hospital do SNS, através da Equipa de Gestão de Altas (EGA); ou se estiverem na comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência), através do Centro de Saúde. Este internamento não tem qualquer custo para o utente.

Considera-se critério de referenciação específico para admissão na UCMC, a situação de dependência que, na sequência de uma doença aguda ou agudização de doença crónica, apresente alguma das seguintes condições:

- Doente que necessite de cuidados de enfermagem permanentes;
- Doente que necessite de:
 - Reabilitação intensiva,
 - Medidas de suporte respiratório, como oxigeno terapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
 - Manutenção e tratamento de estoma;
 - Prevenção ou tratamento de úlceras.
- Doente com algum dos seguintes síndromes, que tem potencial de recuperação a curto prazo, tais como: depressão, confusão, desnutrição, alterações na deglutição, alterações da locomoção;
- Doente com indicação de programa de reabilitação com duração previsível até 30 dias;
- Doente com síndrome de imobilização.

A UCMC de Macedo de Cavaleiros tem uma capacidade de 15 camas. A equipa multidisciplinar é constituída por 10 Enfermeiros dos quais 6 são EEER; 1 médica de medicina interna; 10 assistentes operacionais; 3 fisioterapeutas; 1 assistente operacional para auxilio na fisioterapia; 1 terapeuta da fala; 1 terapeuta ocupacional; 2 animadoras social; 1 psicóloga; 1 assistente social e 1 nutricionista. Esta unidade é constituída por um ginásio devidamente equipado, com vários tipos de equipamentos tais como, pedaleiras, bicicleta, barras de apoio, escadas, roldanas, marquesas, material para treino de motricidade fina, entre outros.

Durante o meu período de estágio na UCMC, as patologias que mais prevaleceram foram, miopatias de desuso por internamentos prolongados pós-covid, PTJ, reabilitação pós-avc, demência e DPOC.

De realçar que um dos aspetos que condicionou a minha atividade enquanto aluna de EEER, foi o treino intensivo que os doentes têm no ginásio de fisioterapia ao longo do dia o que os leva a estarem cansados e com pouca motivação para a realização ou reforço dos ensinios.

1.3. Descrição do Estágio III- UCIC, serviço Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca do CHTMAD

O terceiro ensino clínico decorreu do dia 05 de setembro de 2022 ao dia 14 de outubro de 2022 no serviço UCIC, Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca. Durante este período de estágio contei com a orientação direta da Enfermeira Especialista Fátima Marques.

A doença coronária pode ser definida como “*um continuum de patologias que englobam: a patologia coronária crónica, a síndrome coronária aguda, e a síndrome de morte súbita cardíaca*” (Walsh, Fang e Fuster, 2014). Para abordar a saúde das pessoas com patologia coronária, é crucial implementar medidas de intervenção em saúde (Abreu *et al*, 2018). Os enfermeiros EER têm a capacidade de utilizar suas competências específicas para oferecer uma intervenção privilegiada no acompanhamento e no cuidado de pessoa com patologia coronária, durante os programas de reabilitação cardíaca (RC), desde a fase aguda da doença até a fase de manutenção e gestão do processo saúde/doença. A sua atuação contribui para promover a

autonomia e o autocuidado da pessoa e sua família, auxiliando na adaptação à nova condição de saúde e melhorando assim a qualidade de vida, mesmo numa fase de manutenção a longo prazo (Bolas, 2017, OE, 2019).

A RC divide-se em 3 fases. A primeira fase também conhecida como fase intra-hospitalar ou Fase 1, compreende o período em que o doente está internado após um evento agudo até ao momento da alta (Babu, et al. 2010). Durante essa fase, quando há estabilidade clínica após o evento agudo, são realizadas intervenções multidisciplinares que englobam a avaliação do risco cardiovascular, a promoção da mobilização precoce, a preparação para a alta hospitalar e a referenciação para o Programa de Reabilitação Cardíaca (PRC), que corresponde à Fase 2.

A UCIC tem a capacidade para 8 doentes. É constituída por uma equipa médica e de enfermagem própria, está equipada com meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; implementa medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino, treino em cuidados intensivos. São admitidos doentes que, independentemente da idade, apresentam uma das seguintes patologias: insuficiência cardíaca descompensada, Bloqueio Auriculoventricular (BAV) completo, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Angina instável, miocardite, Estenose aórtica (EAo).

Fazem parte da equipa de enfermagem 3 EEER que exercem funções em horário fixo das 08-15h00 de segunda a sexta-feira. Colaboram com a enfermeira chefe na gestão do serviço e prestam cuidados especializados de ER. Assistem à passagem de turno dos doentes da UCIC, podendo assim estabelecer diagnósticos prioritários, direcionados sobretudo às áreas do treino reeducação funcional respiratória e reabilitação cardíaca. A referenciação de doentes para o PRC na unidade de reabilitação cardíaca é feita pelo EEER.

O Serviço de internamento de Cardiologia, tem a capacidade para 15 doentes. Consta de uma equipa médica e de enfermagem exclusiva; está equipada com meios de monitorização e terapêutica necessários. Recebe doentes com o diagnóstico de: insuficiência cardíaca descompensada, BAV completo, EAM, Angina instável, miocardite, EAo, e os FRCV associados e para realizarem Bypass, Intervenção Coronária Percutânea (ICP), Implante Válvula Aórtica por Via Percutânea (TAVI).

A sessão de treino inclui 3 etapas: o início, o pico e o final do esforço, estando incluída nesta última etapa a fase de recuperação. No treino da função cardiorrespiratória está preconizado o aquecimento, exercícios respiratórios e exercícios isométricos/mobilizações ativas músculo-articular para aumentar a tolerância ao esforço. Os exercícios podem ser executados com o doente na posição de sentado ou em pé, sendo assistidos pelo EEER ou, quando instruídos, orientados e supervisionados adequadamente, o doente pode executá-los autonomamente. Na segunda etapa são incorporados exercícios aeróbicos, treino de marcha até 10-15 min (antes da alta hospitalar), treino de subida de escadas até 24 degraus (antes da alta hospitalar), por vezes era utilizado o ciclo ergómetro. A monitorização e vigilância cardíaca é aconselhada durante todo o programa de RC, sendo obrigatória na fase 1 em todos os indivíduos. Para o efeito era usada a telemetria dotada de visualização do traçado eletrocardiográfico que permite a vigilância contínua da frequência cardíaca (FC) e deteção de disritmias. Assegurando-se assim o despiste precoce de complicações. O controle de intensidade do treino é feito através da FC (limite máximo de 30 bpm acima da FC em repouso) e da escala de perceção subjetiva do esforço (Escala Modificada de Borg). A avaliação e monitorização desses dois parâmetros são de extrema importância, pois permitem avaliar a tolerância ao exercício físico e prevenir complicações relacionadas ao mesmo. Na última etapa, a fase de recuperação, ocorre a redução gradual do exercício, retornando aos parâmetros vitais basais. Isso é feito de forma progressiva, garantindo a segurança e adaptando o doente à sua rotina normal de atividade física.

A fase 2 do PRC inicia-se logo após a alta e pode ir até ao fim do primeiro ano (Abreu et al. 2018). As sessões programadas no PRC, tem início após a avaliação da equipa. Estas devem iniciar-se o mais precocemente possível. O número de sessões deve ser prescrito levando em consideração a estratificação do risco cardiovascular, bem como a avaliação inicial e funcional da pessoa, considerando as suas limitações pessoais. O início do treino de exercícios ocorre após a avaliação do risco cardíaco, visando a adaptação individualizada do programa. O objetivo deste é reduzir complicações durante o treino, garantindo a segurança e eficácia do programa de reabilitação.

A recomendação de atividade física geralmente precede a realização de um teste de esforço, no qual são avaliados parâmetros como frequência cardíaca, ritmo cardíaco, alterações no segmento ST, respostas hemodinâmicas, percepção de esforço e capacidade física. Com base nessa avaliação e na avaliação do risco para indivíduos com doença coronária, é determinado o nível de supervisão e monitoramento necessário durante a prática de atividade física (Mezzani et al., 2012).

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

O PRC é constituído por 3 grupos mistos com 6 utentes cada, com a duração de 8 semanas, e frequência de três sessões por semana, para um total de vinte e quatro sessões, com a duração de uma hora e meia cada. A prescrição do programa de exercícios é realizada de forma individualizada e específica para cada utente, levando em consideração a intensidade, duração, frequência, tipo de exercício físico e progressão adequada. Nesta fase é introduzido o plano de treino aeróbico (até à 8ª sessão), leve a moderado, com frequência contínua ou intervalada. A partir da 9ª sessão é incluído também o treino de resistência ou endurance (treino anaeróbio), equilíbrio, flexibilidade e relaxamento pós treino.

Para monitorização cardíaca e vigilância da FC, é colocada a telemetria dotada de visualização do traçado eletrocardiográfico, em todos os utentes. O controle de intensidade e tolerância ao treino é feito através da FC e da avaliação da Escala Modificada de Borg. A avaliação da percepção subjetiva do esforço, da FC, da PA e da Spo2, é feita sempre no início da sessão de reabilitação, ao longo desta (5 em 5 min) e no final. Antes do treino é realizado um aquecimento inicial que inclui a dissociação dos tempos respiratórios. Na fase de recuperação, ocorre uma redução gradual do exercício, visando o retorno aos parâmetros vitais basais. Ao final do treino, são realizados exercícios de alongamento dos grupos musculares que foram recrutados durante a sessão. No final de cada sessão eram monitorizados o peso, o

perímetro abdominal e o índice de massa corporal. Nos doentes diabéticos também era monitorizada a glicémia capilar, no início e no final da sessão. A supervisão do programa de exercício físico, era realizada pelo enfermeiro EEER e pelo fisioterapeuta.

1.4. Descrição do Estágio IV- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Mirandela

O quarto ensino clínico decorreu do dia 17 de outubro 2022 ao dia 25 de novembro de 2022 na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Mirandela. Durante este período de estágio contei com a orientação direta do Enfermeiro Especialista Ricardo Ribeiro.

Durante este campo de estágio tive o privilégio de integrar um projeto inovador implementado na ULSNE com o apoio da Fundação EDP, que abrange todos os concelhos do distrito de Bragança. Para este efeito havia uma sala equipada com bicicleta estática, máquina de multifunções, máquina de abdução/adiução dos membros inferiores, pesos, alteres, pedaleiras, bastões, marquesa, passadeira entre outros equipamentos.

A DPOC é uma condição respiratória crónica, progressiva, com grande prevalência, incapacitante e que causa impacto significativo tanto na economia quanto na sociedade. No entanto, a abordagem multidisciplinar por meio da reabilitação respiratória tem-se mostrado eficaz na redução do uso de recursos de saúde, como menos internamentos e de menor duração, proporcionando alívio dos sintomas e melhora na recuperação após episódios de exacerbação. Além disso, a reabilitação respiratória auxilia no aumento da capacidade de autocontrolo da doença, redução da ansiedade e da depressão e promove melhorias evidentes na capacidade de exercício e na qualidade de vida dos doentes.

No âmbito deste projeto, cada utente tem uma sessão de reabilitação respiratória 3 x por semana num total de 36 semanas, que são realizadas por EEER.

Ao longo das sessões foram desenvolvidos planos de exercício físico, feito ensinos aos doentes sobre fatores ligados à DPOC, procedeu-se ao controlo dos

fatores de risco, à aplicação de técnicas de reeducação funcional respiratória e de treino de inalação terapia.

Após a conclusão das 36 sessões de intervenção, o paciente recebe um plano de manutenção que ele deverá seguir em casa. Durante essa fase, será realizado um acompanhamento telefônico quinzenal para estimular a continuidade do programa e esclarecer dúvidas. Além disso, está prevista uma visita domiciliar de acompanhamento mensal.

A equipe de enfermagem de reabilitação especializada segue protocolos de intervenção e avaliação predefinidos, baseados em diretrizes técnicas específicas para pacientes com DPOC. Isso assegura que todos os procedimentos sejam realizados de maneira uniforme.

Neste estágio senti a necessidade de produzir material de apoio em formato papel: um plano orientador de treino para facilitar aos utentes saberem qual o seu esquema de treino. (anexo I).

1.5. Descrição do Estágio V - Unidade de AVC do Hospital de Macedo de Cavaleiros

O quinto ensino clínico decorreu do dia 28 de novembro de 2022 ao dia 13 de janeiro de 2023 na Unidade de AVC do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Durante este período de estágio contei com a orientação de todos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação do serviço.

O AVC é uma das principais causas de morte durante a última década. Os défices mais frequentes são: afasia, hemianopsia, hemiparesia, hemiplegia, ataxia, perda sensorial e assomatognosia.

A Unidade de AVC do hospital de Macedo de Cavaleiros tem capacidade para 9 doentes. É um serviço misto, com 3 enfermarias cada uma com capacidade para 3 camas. Esta unidade tem uma variada equipa multidisciplinar, na qual se incorporam 11 Enfermeiros destes 4 EEER e a enfermeira chefe também é EEER; 1

médico de Medicina Interna; 1 médico neurologista, 1 médico fisiatra, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta da fala, 1 terapeuta ocupacional e 1 nutricionista.

São admitidos doentes que, independentemente da idade, tenham sofrido um AVC e se encontrem com algum tipo de défice. Os AVC isquémicos apresentam uma maior prevalência sobre os hemorrágicos.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) na unidade de AVC desempenha funções especializadas, além de suas responsabilidades como enfermeiro generalista. Em ambos os contextos, foi fundamental desenvolver habilidades de organização e gestão do tempo disponível para fornecer cuidados de ER. Após a troca de turno, em colaboração com os orientadores clínicos, foram estabelecidas prioridades de intervenção, alinhadas com as necessidades dos pacientes, a fim de coordenar os cuidados gerais com os cuidados de reabilitação.

Cada dia, o paciente passava por uma avaliação neurológica abrangente, a qual englobava várias componentes avaliadas usando escalas validadas pela comunidade científica. Isso incluía a avaliação do estado de consciência (usando a Escala de Coma de Glasgow), estado mental, atenção, memória, linguagem, habilidades práticas, negligência hemiespacial unilateral, função dos pares cranianos, força muscular (usando a Escala de Força do Medical Research Council - MRC), tônus muscular (usando a Escala de Ashworth Modificada), coordenação motora, sensibilidade superficial e profunda, equilíbrio estático e dinâmico, e marcha.

Para maximizar a função motora e sensitiva, as minhas intervenções passaram pela realização de mobilizações passivas com séries de 10 repetições em cada segmento corporal enquanto o doente se mantinha em repouso no leito, respeitando as amplitudes articulares e o limiar de dor, do proximal para distal e estimulando o doente a visualizar o movimento realizado, de forma a facilitar a neuroplasticidade. Conforme os doentes recuperavam a sua força muscular, as mobilizações evoluíam de passivas para ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas. As atividades terapêuticas realizadas na cama, como facilitação cruzada, rotação na cama, levantamento pélvico, flexão e extensão da coxofemoral, automobilizações e carga no cotovelo do lado afetado, entre outros benefícios, estão relacionadas ao aprimoramento das Atividades de Vida Diária (AVD), à recuperação do controle postural e à subsequente melhoria na capacidade de levantar e caminhar (Menoita, et

al., 2012). De forma a capacitar o doente para o levante, avaliava e treinava o equilíbrio sentado estático e dinâmico e, posteriormente, era feita a transferência para o cadeirão com ajuda parcial, nos doentes que conseguiam deambular, era feito o treino de marcha. Sempre que o seu estado de consciência o permitia, o doente com AVC, deve ser estimulado e encorajado a participar ativamente no seu processo de reabilitação.

No que concerne a prevenção do desenvolvimento do padrão espástico, foram realizados posicionamentos em padrão antispástico no leito e na cadeira de rodas, para assim proporcionar conforto, prevenir lesões músculo-esqueléticas, manter a integridade da pele e tecido subjacente, alternar o campo visual e integrar o esquema corporal (Menoita, et al., 2012). Recorreu-se também 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.

Através do uso da Escala de GUSS foi avaliado o comprometimento da deglutição, garantindo assim a segurança do processo. O rastreio da disfagia fazia-se o mais precocemente possível, para evitar aspirações silenciosas. No treino da deglutição eram adotadas estratégias compensatórias, tais como fazer as refeições no cadeirão ou com a cama na posição elevada e adaptar a consistência da dieta progressivamente de acordo com as avaliações efetuadas, realizar exercícios de deglutição e após a alimentação era administrada água de consistência néctar, mel ou pudim, consoante a tolerância do doente para assim limpar eventuais resíduos alimentares.

Doentes com disfagias acentuadas, eram alimentados por SNG com alimentação entérica artificial. Iniciavam com 20 ml/h com progressão de 4 em 4h (após a avaliação do resíduo gástrico) até atingir a dose alvo, sendo que faziam 4h de pausa por dia, 2h de manhã e 2 h á tarde.

De realçar que mediante a experiência pelos outros campos de estágio seria benéfico ter apenas 1 orientador em vez de toda a equipa de EEER.

1.6. Descrição do Estágio VI – Serviço de Ortopedia do Hospital de Macedo de Cavaleiros

O sexto e último ensino clínico decorreu do dia 16 de janeiro de 2023 ao dia 24 de fevereiro de 2023 no serviço de Ortopedia do Hospital de Macedo de Cavaleiros. Durante este período de estágio contei com a orientação direta da Enfermeira Especialista Sandra Borges.

O serviço de Ortopedia do Hospital de Macedo é um serviço provido de instalações, pessoal e equipamento sendo capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com doenças e deformidades dos ossos, músculos, ligamentos e articulações relacionadas ao aparelho locomotor.

A recuperação da função motora é o elemento fundamental da reabilitação, com o objetivo de permitir que a pessoa recupere o máximo de função, coordenação, força, resistência e conforto possíveis (Hesbeen, W., 2001).

Este serviço tem capacidade para 37 camas, distribuídas por enfermarias com 3 camas e 1 quarto de isolamento, sendo um serviço de internamento misto. Para o seu funcionamento existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, constituindo assim uma equipa multidisciplinar. Esta é constituída por 11 Enfermeiros dos quais apenas 3 EEER e a enfermeira chefe é especialista em enfermagem Médico Cirúrgica. Tem ainda o apoio da fisioterapia, onde os utentes se deslocam diariamente ao ginásio, no piso -1.

O Serviço de Ortopedia colabora com o Bloco Operatório nas cirurgias de Ambulatório.

São admitidos doentes que, independentemente da idade, apresentem um problema do foro ortopédico e se encontrem em situação de dependência, tendo maior prevalência as seguintes patologias: artroses da anca e joelho (próteses e revisões de próteses), lesões ligamentares e meniscais do joelho, patologia do pé (hallux valgus), mão (síndrome de túnel cárpico) e coluna vertebral.

No serviço de ortopedia o EEER surge como elemento fundamental para a recuperação do doente bem como para a dinamização da restante equipa de enfermagem. O doente do foro ortopédico sofre de uma incapacidade motora temporária na maioria dos casos e pode pertencer aos diversos grupos etários. Com a

perda da sua independência devido ao problema ortopédico, o doente necessita de apoio, motivação e instrução de forma a recuperar a sua independência ou, se tal não for possível, facilitar através do nosso trabalho a sua adaptação à sua nova condição, com todas as limitações funcionais inerentes a sua situação de dependência. Todo este trabalho deve ser realizado pelo EEER que devido às suas competências deve intervir com a implementação de um plano de reabilitação cuidado e adequado à patologia de cada doente.

Na intervenção da reabilitação ortopédica, foi possível realizar os cuidados ao doente submetido a PTA, PTJ e artrodese. Neste campo de estágio tive a oportunidade de fazer diversos ensinamentos pré-operatório que incidiam sobre as mobilizações que podiam efetuar no pós-operatório, para que o doente pudesse contribuir de uma forma mais ativa no seu processo de reabilitação. Foram também realizados exercícios isométricos e isotônicos com 10 repetições para fortalecer as estruturas musculares e ligamentares danificadas com a intervenção cirúrgica, a ponte e, mobilizações articulares ativas e ativas assistidas. As mobilizações passivas da articulação do joelho foram realizadas recorrendo ao uso do artromotor alcançando no final uma flexão total de 90° e para reduzir sinais inflamatórios era colocada crioterapia de 2/2h. Foi também possível reeducar a função motora através do treino de marcha livre no caso da cirurgia à coluna, e com apoio de meios auxiliares de marcha, para que o doente interioriza-se o novo padrão de marcha de forma gradual, os posicionamentos permitidos, tanto no leito como na cadeira, o treino de levantar/deitar no leito, sentar/levantar da cadeira e o treino de subir/descer escadas. Recomendações a cerca da prevenção de quedas, dos comportamentos de risco luxantes, da forma como se deve entrar e sair do carro e uso de materiais de apoio (como o elevador de sanita, evitando a flexão da articulação coxofemoral acima dos 90°).

A rotatividade de doentes é grande, e verificou-se que quando os ensinamentos eram feitos em todos os momentos do internamento este se tornava mais curto, havendo uma melhor assimilação da informação.

Estava receosa quanto a este campo de estágio, uma vez que não estava habituada a lidar com este tipo de doentes, mas surpreendentemente acabou por se tornar o campo de estágio com que mais me identifiquei.

2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso de desenvolvimento das competências abrangeu não só as aprendizagens teóricas, como também os estágios e esta análise crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas. A experiência e a competência, aliadas ao sentido crítico-reflexivo, traduzem-se na melhoria dos cuidados, tornando-os mais seguros, responsáveis e justos.

A descrição e análise reflexiva do percurso e atividades realizadas que se seguem pretendem demonstrar o desenvolvimento das competências preconizadas. Para tal, encontram-se divididas em duas áreas distintas, contudo interligadas, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece que o EE possui um profundo conhecimento em um campo específico da enfermagem, caracterizado por um conjunto de competências especializadas relacionadas a uma área de atuação. Além de demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, o EE se destaca no ensino, orientação e aconselhamento de seus colegas e pacientes, assumindo a liderança e a responsabilidade pela realização de pesquisas relevantes que contribuam para o crescimento e o reconhecimento da profissão (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências comuns e as competências específicas do EE encontram-se definidas pela OE, no Regulamento n.º 85/2019, de 3 de maio, publicado em Diário da República.

2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do EE são aquelas que englobam enfermeiros especializados em todas as áreas de atuação e são evidenciadas pela sua habilidade em conceber, gerir e supervisionar cuidados de forma eficaz. Além disso, os EE oferecem um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, incluindo contribuições significativas na formação, pesquisa e consultoria, como definido no Regulamento nº 140/2019 (2019, p. 4745).

Estas encontram-se organizadas em quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, cujo objetivo passa pela uniformização da intervenção do EE.

Considera-se assim, pertinente analisar as demais competências comuns do enfermeiro especialista.

2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Considerando este domínio de competência, o EE deve demonstrar “*um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica*” (Regulamento n.º 122,2011, p.8649).

Os princípios fundamentais estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) servem como alicerce para a prática do cuidado humanizado em enfermagem, destacando-se de maneira ainda mais pronunciada na prestação de cuidados especializados.

As questões éticas e da responsabilidade estão presentes em todas as situações do nosso dia a dia de trabalho e desenvolvem-se através da experiência e da relação com os doentes/família

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

Durante os estágios desenvolvidos, foram enfrentadas questões éticas relacionadas com a gestão das expectativas da pessoa e da sua família em relação à reabilitação, bem como possíveis contra-indicações no processo. Neste sentido, tornou-se crucial esclarecer adequadamente a situação real, sem deixar de expor

eventuais fragilidades ou adversidades que possam surgir. Ao mesmo tempo, é essencial não defraudar as expectativas de recuperação, promovendo uma abordagem que seja respeitosa e que fomente a auto-estima da pessoa. Este aspeto requer um equilíbrio delicado e uma abordagem empática, com a finalidade de garantir que a pessoa esteja devidamente informada e se sinta apoiada ao longo de todo o processo de reabilitação.

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

Considero ter praticado um exercício seguro, profissional e ético, tendo por base o CDE, aprofundando estas competências na minha prática diária.

2.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

A procura da qualidade em saúde tem sido constante ao longo dos tempos, sendo a sua importância mencionada ao nível de várias entidades nacionais e internacionais. Hoje em dia, a qualidade em saúde é uma prioridade para a enfermagem. Conforme descrito nos estatutos da OE, os padrões de qualidade possibilitam alcançar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, o que permite assim, uma oportunidade de reflexão sobre o exercício desta classe profissional. Cada vez mais esses padrões de qualidade refletem-se na melhoria ou não dos cuidados de enfermagem.

O Plano Nacional de Saúde define a qualidade em saúde como a entrega de cuidados acessíveis e equitativos, mantendo um alto padrão profissional, levando em consideração os recursos disponíveis e buscando a plena adesão e satisfação dos cidadãos (DGS, 2017). Assim, melhorar a qualidade é caminhar em direção à melhoria constante no sistema de saúde, com vantagens a vários níveis.

A promoção da segurança dos doentes é alcançada por meio da prestação de cuidados de qualidade, onde o compromisso, envolvimento e esforço de todas as

partes envolvidas, incluindo diferentes entidades, são fundamentais para a criação de uma cultura organizacional de segurança das unidades de saúde.

Para concluir, sobre a melhoria da qualidade dos cuidados, foram estabelecidas e consolidadas diversas intervenções com o objetivo de reconhecer a efetiva qualidade dos cuidados prestados.

2.1.3. Competência do domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados exige não apenas a supervisão e liderança da equipa de enfermagem, mas também o planeamento dos cuidados e o fornecimento de recursos. Enquanto a supervisão promove a reflexão e a discussão sobre a prática, a liderança desempenha um papel fundamental na gestão do cuidado, facilitando o planeamento, a coordenação da equipa e a delegação e distribuição de tarefas.

Na realidade, o EE fica responsável pela gestão dos cuidados e do serviço, na substituição do chefe de serviço aquando da sua ausência. É importante mencionar que, no âmbito dos estágios desenvolvidos e descritos nesta pesquisa, os enfermeiros orientadores assumiram várias vezes o papel de responsáveis de turno, o que premiou a sua participação ativa na supervisão dos cuidados.

É relevante mencionar que, nos estágios em meio hospitalar, o método de trabalho na prestação de cuidados consistiu no método individual. Este método implica um aumento de responsabilidade e conhecimento, que se traduz numa mais-valia, pois é capaz de garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, gerando maior satisfação nos doentes e nos profissionais de saúde.

As competências a este nível já existiam, mas com certeza foram melhoradas.

2.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

O domínio das aprendizagens profissionais abrange o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, assim como a prática clínica especializada com base em padrões de conhecimento válidos e sólidos. Nesse domínio, é importante que o EE desenvolva competências para lidar com a complexidade das situações de

saúde que encontra, a fim de acompanhar adequadamente as necessidades da pessoa e da família/cuidador.

A formação permite assim ao Enfermeiro obter conhecimentos e desenvolver competências, adotando atitudes que promovem alterações de comportamentos, favorecendo a prestação de cuidados de enfermagem com segurança e de qualidade.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) refere que o Enfermeiro deve “*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 setembro, artigo 109.º p. 8103).

Manter-se atualizado sobre uma ampla variedade de temáticas no seu contexto de atuação, incluindo recursos disponíveis, técnicas e atividades praticadas, é indiscutivelmente essencial para construir conhecimento e aprendizagem que promovam boas práticas.

Nos vários campos de estágio a partir da observação da equipa de enfermagem, e em especial nas intervenções dos enfermeiros orientadores, procurei delinear boas práticas. Debater com os colegas e superiores hierárquicos sobre a prestação de cuidados, esclarecendo dúvidas, clarificando perspetivas e abordagens, e suplantando dificuldades. Tudo isto teve como objetivo o crescimento profissional e o aprimoramento de competências.

O desenvolvimento desta competência consegue-se essencialmente pelo investimento pessoal, ao longo da minha prática profissional, favorecendo o crescimento profissional, o autoconhecimento e a maturidade pessoal.

Sem dúvida que existem conteúdos de aprendizagem que podemos facilmente adquirir pesquisando e ou discutindo com a equipa. Porém, outros, são adquiridos apenas através da experiência. Julgo que a minha experiência profissional adquirida e consolidada ao longo destes 13 anos de prática clínica, bem como a formação académica, forneceram-me um conjunto de competências e conhecimentos necessários para prestar este tipo de cuidados específicos, os quais tive a oportunidade de aprofundar nos estágios.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

As competências específicas do EEER decorrem “*das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). A ER reúne “*um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência*”, pelo que o EEER “*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais*” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565).

De seguida será analisado o desenvolvimento das competências específicas ao longo do estágio.

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

Em contexto de internamento hospitalar (Unidade de convalescença, Unidade de AVC, Ortopedia, Cardiologia) foi possível entrar em contacto com diversas pessoas, predominantemente na faixa etária dos 55 e 85 anos, frequentemente apresentando comorbilidades e limitações físicas de longa duração, resultantes de uma alteração neurológica, ortopédica e cardiorrespiratória.

O Processo de Enfermagem é um método ou modelo metodológico utilizado no cuidado profissional de enfermagem, permitindo a definição e adaptação dos cuidados de enfermagem de acordo com as mudanças nas necessidades da pessoa (Garcia e Nóbrega, 2009, p. 188). Esse processo compreende a avaliação inicial (coleta de dados e análise de informações), a identificação de diagnósticos de enfermagem (identificação de problemas de saúde no âmbito da enfermagem), o planeamento (estabelecimento de metas, resultados e intervenções correspondentes), a implementação (execução das ações de enfermagem planeadas) e a avaliação (verificação se os objetivos foram alcançados) (Potter e Perry, 2009).

A passagem de turno desempenhou um papel central em ambos os cenários de estágio de internamento, servindo como a principal fonte de informações. Ela forneceu uma visão geral do paciente, incluindo seu histórico médico, estado de saúde atual, principais incidentes e estabilidade hemodinâmica. Além disso, a revisão do processo clínico e conversas informais com o paciente ou seu cuidador permitiram complementar essas informações com dados sobre histórico familiar, características sociodemográficas, sinais vitais, resultados de exames diagnósticos e seus relatórios, medicações utilizadas, condições habitacionais, estilo de vida, apoio da comunidade, informações cruciais para uma compreensão abrangente das necessidades do paciente em relação à reabilitação.

A avaliação deve integrar o desenvolvimento e implementação do plano de intervenção.

Durante os estágios, observei que a maioria dos diagnósticos em ER está relacionada a alterações no autocuidado, tais como higiene, vestir, transferências, locomoção, alimentação e eliminação. Portanto, o desenvolvimento da competência específica do EEER concentra-se principalmente na promoção do conforto no contexto físico. As intervenções visam melhorar o controle dos sintomas, incluindo a implementação de posicionamentos no leito, exercícios articulares, transferências, exercícios para aumentar a força e resistência, identificação de estratégias para adaptar a vida diária, otimização da terapia inalatória, educação sobre o gerenciamento da doença, aumento da independência no autocuidado e orientação e treino no uso de dispositivos de assistência. Além disso, as intervenções têm o propósito de prevenir complicações indesejadas, como quedas, úlceras por pressão, pneumonias aspirativas e descontrole dos sintomas.

Com base no exposto, considero que atingi essa competência, ao avaliar as funções respiratória, motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, da alimentação e eliminação, por meio do uso de escalas objetivas. Além disso, fui capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem e implementar intervenções em todos os contextos de estágio, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e qualidade de vida de cada doente.

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

O EEER, devido às suas competências, é o profissional mais qualificado para fornecer ensinamentos, instruções e treinamento ao doente nas AVD, além de orientar a família/cuidador durante o processo de reabilitação. Também executa técnicas específicas de reeducação de funções orgânicas afetadas, participa em programas de reabilitação/ prevenção e reintegração socioprofissional, com o objetivo de minimizar o impacto da dependência instalada (Ferreira, 2011).

Os conceitos de independência e autonomia apresentam diferenças significativas. A independência diz respeito ao desempenho de atividades relacionadas à vida diária, ou seja, a capacidade de viver de forma autônoma na comunidade, sem a necessidade de assistência ou com apenas uma ajuda mínima de terceiros. Por outro lado, a autonomia é a capacidade percebida de controlar, lidar com situações e tomar decisões referentes às atividades do dia a dia, seguindo as próprias regras e preferências (OMS, 2002). Assim sendo, diante uma mudança na saúde que impossibilita a realização do autocuidado de forma autônoma, estamos perante uma dependência, contudo, este decréscimo de funcionalidade não implica necessariamente uma restrição da participação ou do exercício de cidadania.

Como exemplo durante o estágio da ECCI, no programa da DPOC, instruiu-se a realização e ensino de técnicas de RFR, estas práticas têm um impacto positivo no prognóstico da doença, resultando em menor incidência de exacerbações e menor taxa de mortalidade, além de reduzir a necessidade de recorrer os serviços de saúde.

Durante os estágios, tive a oportunidade de trabalhar com doentes que apresentavam diversos níveis de desempenho no autocuidado. Nesse sentido, treinei e capacitei os doentes para que pudessem realizar as suas AVD E AIVD como: higiene, arranjo pessoal, vestir/despir, alimentar-se, transferir-se, promovendo a sua independência e autonomia. Procurei assim estimular o doente a adaptar-se às suas limitações, planejar o seu regresso a casa e manter as capacidades funcionais, otimizando, melhorando ou mantendo a qualidade de vida.

De acordo com Vieira e Caldas (2017), o ato de andar é uma resposta humana que merece atenção por parte do EEER. Isso ocorre devido ao significado de independência associado a essa habilidade e à capacidade que ela proporciona para a

realização autónoma das AVD. Como tal, o treino de marcha e de equilíbrio foram algumas das atividades mais realizadas ao longo do estágio, sobretudo na ECCI, Ortopedia e Convalescença. Em doentes com PTA e PTJ foi também realizado treino de marcha com andarilho ou canadiana e feitos os respetivos ensinamentos para uma correta utilização dos mesmos. Uma vez que a maior parte dos doentes relatava ter escadas no domicílio, era feito também ensinamentos de transposição de obstáculos.

Em resumo, considero ter atingido esta competência, pois fui capaz de avaliar e identificar alterações que resultam em limitações de atividade e/ou restrição da participação. Além disso, capacitei os doentes para se reintegrarem na sociedade e exercerem a sua cidadania, por meio de aconselhamento, ensino, treino e supervisão. Isso inclui orientá-los, juntamente com as suas famílias/ cuidadores, sobre o uso de técnicas, produtos de apoio e tecnologias específicas de autocuidado, visando à manutenção da funcionalidade, promoção do conforto e sugestão de mudanças no contexto de vida do indivíduo. Além disso, também destaco o planeamento precoce da alta hospitalar para garantir uma transição adequada.

2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A funcionalidade refere-se à *“capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente”* (DGS, 2017, p. 43). Com o objetivo de otimizar a funcionalidade de pessoas com incapacidades, o EEER intervém por meio de ensino, exercícios e técnicas que permitem restaurar a capacidade de satisfazer suas próprias necessidades (restabelecendo a independência) e melhorar a sua qualidade de vida (Hoeman, 2000).

Segundo as diretrizes da DGS (2009), a prática de exercício físico tem um papel fundamental na melhoria do desempenho nas AVD e na maximização da funcionalidade. Além disso, o exercício físico tem um impacto abrangente no organismo, afetando o metabolismo e a fisiologia de forma sistêmica. Como resultado, durante o estágio, foram desenvolvidos e implementados planos de treino que abrangiam aspectos motores, cardíacos e respiratórios. Esses planos tinham como objetivo promover a saúde, prevenir lesões, apoiar a reabilitação, capacitar os pacientes e incentivá-los a gerir sua própria saúde. Essas estratégias levaram em

consideração os níveis de funcionalidade da pessoa e a segurança, ajustando-se à situação específica de cada indivíduo.

Durante as sessões de treino de cardiologia da fase 2 aproveitava-se para continuar a intervenção do EEER a nível da educação para a saúde, lembrando os aspetos sobre FRCV e a alteração do estilo de vida, alimentação saudável e cessação tabágica (sugeria-se o apoio psicológico), assim, como dar especial atenção na otimização da terapêutica farmacológica e verificar o cumprimento da mesma, como medidas de prevenção secundária.

Considerando o exposto, avalio que alcancei essa competência ao desenvolver e implementar programas de reabilitação fundamentados na melhor evidência científica disponível. Levei em consideração situações imprevisíveis, de vulnerabilidade e complexidade, assegurando a segurança individual de cada um dos doentes, com o objetivo de maximizar o desempenho motor, cardíaco e respiratório.

PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Os Cuidados Paliativos

A melhoria das condições de vida e os avanços da medicina resultam em um aumento da esperança média de vida e no envelhecimento da população. Esse cenário acarreta um aumento na incidência de doenças crônicas e incapacitantes, que, por sua vez, se manifestam em períodos prolongados de dependência e deficits de funcionalidade anteriores à morte (Capelas, Coelho, Silva & Ferreira, 2017, p.9).

Consequentemente, tem-se observado um aumento significativo na falta de atenção aos CP, com números alarmantes em escala global. De acordo com WHPCA (2020), estima-se que anualmente 56.8 milhões de pessoas necessitem desses cuidados, sendo que 25.7 milhões delas se encontram em estagio avançado da vida (p.17. Levantam-se, novos desafios aos cuidados de saúde.

Os Cuidados Paliativos, conforme definidos pela International Association for Hospice and Palliative Care, traduzida e publicada pela APCP, são:

“cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos em todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e cuidadores” (APCP, 2019).

Embora estejam comumente relacionados apenas a doenças oncológicas, estes cuidados não são determinados pelo diagnóstico em si, mas sim pela situação e necessidades individuais de cada pessoa. Conforme mencionado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o Biénio 2017-2018 (CNCP, 2016, p. 8).

Os cuidados paliativos não se limitam apenas à fase final da vida. Eles podem ser necessários numa fase inicial do processo de doença, especialmente quando há sofrimento intenso associado. Podem também acompanhar os tratamentos com intuito curativo e prolongar-se além da fase em que estes tenham sido suspensos (Costa & Othero, 2014, p. 29). É crucial que essas intervenções sejam iniciadas o mais cedo possível, a fim de evitar atrasos na referência que possam dificultar ou

impedir uma abordagem integrada e cooperativa desde o diagnóstico (Capelas et al., 2017, pp. 21,65-66). Essas práticas são fundamentadas em princípios que incluem o atendimento individualizado, humanizado e atento às necessidades da pessoa e da família, a promoção da qualidade de vida de ambos, o respeito pelas crenças, valores e práticas culturais e religiosas, bem como a visão da morte como um processo natural que não deve ser prolongado através de medidas terapêuticas excessivas (Lei n.º 52/2012, 2012, p.5120).

É importante compreender as necessidades abrangentes da pessoa em situação paliativa que afetam diferentes domínios, tais como: - fisiológico, psicológico, emocional, da autonomia, económico, informacional, social e de suporte e espiritual.

De acordo com as necessidades da pessoa, foram definidas quatro fases na prestação dos cuidados paliativos: reabilitativa, pré-terminal, terminal e final.

Ao estabelecer uma correspondência entre essas fases e a intervenção do EEER, pode-se afirmar que essa intervenção se torna ainda mais relevante quando iniciada precocemente, especialmente nas fases reabilitativa e pré-terminal. Isso ocorre devido à ênfase da intervenção do EEER na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, alinhada com as competências que lhe são atribuídas. Entretanto, mesmo que de forma mais sutil, a sua intervenção continuará sendo relevante nas fases subsequentes, incluindo a promoção do conforto.

Na prática, a ER e os CP são conceitos que se entrelaçam, uma vez que compartilham objetivos comuns e uma profunda intenção de reabilitar a pessoa, mesmo quando a cura não é uma possibilidade (Hesbeen, 2010, citado por Santos & Pêla, 2017, p.606).

1.2 A Enfermagem de Reabilitação e os Cuidados Paliativos

A Enfermagem é uma profissão que, devido à sua natureza, está intimamente ligada aos CP desde o início, contudo, para garantir uma boa qualidade dos cuidados, é fundamental formar profissionais qualificados (Magalhães, 2009).

A Reabilitação em CP é dividida em quatro fases, levando em consideração a tipologia, objetivo das intervenções e prognóstico da pessoa:

- Intervenções preventivas, estas tem como objetivo diminuir as incapacidades esperadas e melhorar a funcionalidade;

- Restaurativas, buscam o retorno da pessoa com “bom prognóstico” ao estado funcional “físico, psicológico, social e vocacional” anterior à doença;

- De suporte, que procuram auxiliar a pessoa a se adaptar às incapacidades, maximizar a autonomia e a minimizar as alterações debilitantes consequentes da progressão da doença;

- Paliativas propriamente ditas, são aplicadas quando a pessoa enfrenta um agravamento progressivo da doença em fase avançada, sendo o principal objetivo a minimização ou eliminação de complicações, a redução da dependência nas AVD e a promoção do conforto, bem como o suporte emocional (Jorge, 2014. p.66-67).

Portanto, o objetivo da Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Paliativos é baseado em três eixos principais, tais como: controle sintomático, minimização das manifestações da doença e promoção da autonomia da pessoa (Santos & Pêla, 2017, p.607). Além disso como destacam Costa & Othero (2014, p. 27), é essencial encorajar ativamente as potencialidades da pessoa, estimulando assim uma maior autoestima.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (RPQCEEER) descreve:

“ A Enfermagem de Reabilitação como a área de intervenção da Enfermagem, de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crônico, que provoquem déficit funcional ao 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 afecção»” (Regulamento nº350/2015, 2015, p. 16656).

Dessa forma, o EEER, devido à sua prática profissional baseada em competências e padrões de qualidade, tem adquirido um interesse crescente devido à complexidade e ao âmbito de suas intervenções. Diversos autores e estudos corroboram a importância da Reabilitação de modo geral, e especificamente da intervenção do EEER, abrangendo o controle de sintomas, a avaliação de riscos, a promoção da independência, autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. Isso também engloba o planeamento da alta hospitalar, o apoio e capacitação do cuidador, a facilitação do acesso a recursos comunitários e dispositivos de assistência, além da reintegração e adaptação a papéis sociais, comportamentais e ocupacionais. Também se destaca o suporte durante processos de transição e na preparação para o final de vida.

Neste contexto, o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565) ressalta a importância de o EEER possuir competências que permitam: auxiliar pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas para optimizar a sua funcionalidade, independência, satisfação e preservar a auto estima. Isso envolve competências relacionadas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento, reabilitação e maximização do potencial da pessoa. Além disso, o EEER desempenha um papel fundamental na interacção com a família e comunidade garantindo a continuidade dos cuidados e o respeito pelo direito à dignidade e qualidade de vida.

Também, no documento emitido em 2015 (p. 5), a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação identifica como prioridade de pesquisa em ER, as intervenções autónomas do EEER nas áreas da função motora, respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial, dor, eliminação intestinal, vesical e deglutição. Essa abordagem está alinhada com as necessidades das pessoas em situação paliativa e com a abordagem de cuidados que procura promover ativamente a reabilitação e a autonomia (Capelas et al., 2017).

Machado (2020) destaca que o EEER orienta a sua abordagem para permitir que as pessoas vivam o tempo que lhe resta de acordo com os seus desejos e

vontades, buscando maximizar a qualidade, prevenindo incapacidades e promovendo a recuperação de capacidades, para alcançar a autonomia dentro dos limites das suas possibilidades.

Desta forma, o EEER emprega as suas competências específicas em prol do bem-estar da pessoa em situação paliativa e de sua família desempenhando um papel ativo, eficaz e distinto, no controle dos sintomas. A sua intervenção é caracterizada pela especificidade, direccionamento e controle, com o objectivo de promover o bem-estar do doente (Santos & Pêla, 2017, p.606). Costa & Othero (2014, p. 19) destacam a importância da Reabilitação no contexto dos Cuidados Paliativos, ao trabalhar para melhorar o estado funcional da pessoa e permitir que ela permaneça o mais ativa e confortável possível, considerando as suas limitações e tempo de vida de que lhe resta. A reabilitação é apropriada em todas as fases de doenças oncológicas, crónicas e degenerativas incapacitantes, independentemente de serem de origem cardiorrespiratórias, musculoesqueléticas ou neurológicas. No entanto, ao elaborar um plano de intervenção, é crucial levar em consideração a expectativa de vida e o prognóstico desfavorável (Jorge, 2014, p.64).

A American Nurses Association (ANA) sublinha que o objectivo fundamental das intervenções de enfermagem para pessoa em fase terminal deve ser a optimização do conforto. No caso dessas pessoas em particular, as necessidades de conforto abrangem não apenas a ausência de dor, mas também incluem o suporte social, a criação de um ambiente tranquilo, a atenção à espiritualidade e a resolução de conflitos. Além disso os familiares/cuidadores também possuem necessidades de conforto, que vão desde atender às necessidades do próprio doente até a necessidade de informação, incentivo, apoio positivo, interacção social, descanso e alimentação (Novak, Kolcaba, Steiner & Dowd, 2001, p.170).

A reabilitação pode desempenhar um papel crucial na promoção do conforto da pessoa, e nesse sentido, a intervenção do EEER desempenha um papel fundamental junto da pessoa em situação paliativa (Machado et al., 2020, p.9).

2. METODOLOGIA

Na realização deste estudo, para dar resposta à questão de partida “Quais os resultados de um plano de reabilitação num doente hospitalizado em Cuidados Paliativos”, recorreu-se à metodologia de estudo de caso.

O estudo de caso é uma das abordagens utilizadas na pesquisa nas ciências sociais. Nas últimas duas décadas, tem havido um aumento significativo de projetos que envolvem cientistas sociais e cientistas da área da saúde, com o objetivo de estudar e propor abordagens para uma ampla variedade de questões de saúde (Serapioni *et al.*, 2014). Este tipo de estudo caracteriza-se como um método abrangente que contempla desde a planificação do projeto de pesquisa, definindo elementos essenciais: a questão de investigação, as premissas, a unidade de análise, a relação dos dados com as premissas, os critérios para a interpretação dos resultados, as técnicas de colheita de dados e as abordagens específicas para análise de dados (Yin, 2018).

A unidade de análise é um dos elementos fundamental nos estudos de caso, representando os participantes da pesquisa, que pode ser apenas um indivíduo, ou um grupo de indivíduos, um evento ou entidade, programas ou organizações (Yin, 2018).

Inicia-se com uma avaliação inicial abrangente da funcionalidade da pessoa, seguida pela identificação e definição de diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem, organização e implementação de um plano de cuidados e, por fim, avaliação dos resultados obtidos.

Destacam-se as particularidades de cada situação, destacando os benefícios das intervenções de reabilitação específicas. Além da observação direta, o uso de instrumentos de avaliação previamente escolhidos, permite detalhar as transformações resultantes das intervenções. Naturalmente o utente sempre desempenhou um papel crucial como parceiro ativo, sendo envolvido ativamente no processo de cuidados.

Foram, então, definidos os seguintes objetivos gerais:

- Definir um plano de intervenção na área de reabilitação a um doente internado na UCP;

- Implementar o plano de reabilitação 3 dias por semana, ao longo de 4 semanas;
- Avaliar os resultados obtidos.

Para além da observação, recorreu-se a instrumentos de avaliação, previamente definidos, para permitir precisar as mudanças produzidas pelas intervenções.

Foi alvo de intervenção de enfermagem de Reabilitação um doente que, se encontra em situação paliativa, tinha alguma situação saúde-doença que afetava a sua funcionalidade e que beneficiaria de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação. Para este estudo, foi selecionado um dos 12 doentes internados na UCP - ULSNE. Este foi escolhido de forma intencional pois o plano de intervenção carece de algum tempo para a implementação, logo o doente terá de ter uma previsão de internamento prolongado. Trata-se de um doente consciente, orientado no tempo e no espaço que aceita de livre e espontânea vontade participar no estudo.

De modo a garantir a livre decisão do utente quanto à adesão ao plano de intervenção, foi explicado oralmente os ganhos com o contributo dos cuidados de ER. Solicitei o seu consentimento escrito (Anexo II).

Assim sendo, foi escolhido o doente J para ser alvo da intervenção do ER durante o período de 24/04/2023 a 19/05/2023. A funcionalidade do doente foi avaliada, bem como o seu potencial de reabilitação, traçados objetivos e um plano de reabilitação individualizado.

A atualização de instrumentos de colheita de dados padronizados, com base em evidência científica, possibilita a quantificação e a demonstração dos resultados alcançados pela intervenção do EEER. Diversas escalas foram empregadas para descrever as capacidades e limitações do doente em termos de autocuidado, AVD, mobilidade, funções respiratória, cognitivas, emocionais e sociais, além de controle dos sintomas e funcionalidade. Esses instrumentos auxiliam na elaboração e implementação de intervenções e na avaliação dos resultados.

Inicialmente, foi aplicado um instrumento de recolha de dados, desenvolvido pelo autor (Anexo III), para recolher informação sociodemográfica do doente, bem

como escalas de avaliação da cognição (Anexo IV), estas só serão avaliadas mais do que uma vez, se houver alterações neste campo ao longo da aplicação do plano de intervenção.

Para a Avaliação Cognitiva foram aplicadas as seguintes escalas:

- *Escala de Glasgow* - avalia três componentes principais da função cerebral (abertura ocular, resposta verbal e resposta motora). Cada item recebe uma pontuação entre 1 e 5, totalizando uma pontuação máxima de 15. Quanto maior a pontuação, melhor é o nível de consciência e função cerebral;
- *Escala Mini-Mental State Examination (MMSE)* - é uma das escalas mais usada na avaliação do funcionamento cognitivo. Avalia a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem, visual e espacial. O *score* pode variar de 0 a 30 pontos, sendo que 30 pontos correspondem à manutenção cognitiva total.

Posteriormente serão aplicadas as escalas de avaliação (Anexo V) em que serão aplicadas em 3 momentos distintos. Na avaliação inicial, após 2 semana da aplicação do plano de intervenção e no final da minha intervenção.

Para a avaliação da funcionalidade as escalas utilizadas foram:

- *Escala de Morse* – é formada por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta cada um. A soma das pontuações obtidas resulta em um *score* que nos indica o risco de queda. Essa pontuação pode variar entre 0 e 125 pontos, sendo que quanto maior o *score*, maior é o risco de queda;
- *Escala de Guss* – permite identificar as alterações na deglutição de uma forma simples, rápida e não invasiva. Esta escala é constituída por duas fases de execução: primeiramente é feita uma avaliação inicial através do teste de deglutição indireto (observação do padrão de deglutição), e posteriormente é feito o teste de deglutição direto. A cada item é atribuído um valor máximo de cinco pontos, quanto maior a pontuação

melhor é deglutição. As pontuações finais são classificadas em: 0-9 (disfagia severa); 10- 14 (disfagia moderada); 15-19 (disfagia leve); 20 (deglutição normal sem risco de aspiração);

- *Escala de Barthel* – é uma ferramenta de avaliação funcional que mede o grau de independência de uma pessoa nas ABVD. Consiste em 10 itens que avaliam diferentes habilidades relacionadas às ABVD. Cada item recebe uma pontuação entre 0 e 100, representando o nível de independência do paciente em cada atividade. Sendo que <20 corresponde a um grau de dependência total, 20-35 uma dependência grave, 40-55 uma dependência moderada, > 60 uma dependência leve e 100 independente.
- *Escala de Tinetti* – é um instrumento amplamente utilizado para avaliar o equilíbrio e a marcha. É composta por duas seções principais: equilíbrio e marcha. Cada seção contém uma série de itens que são avaliados por meio de observação direta do desempenho do paciente durante a realização das tarefas. Cada item recebe uma pontuação de 0 a 2, com 0 indicando incapacidade de realizar a tarefa e 2 indicando realização completa e sem dificuldades. A pontuação máxima para a seção do equilíbrio é de 16 e para a seção da marcha é de 11, totalizando uma pontuação máxima de 27 para a escala completa;
- *Escala Medical Research Council (MRC)* – pretende avaliar a função motora global, classificando a força muscular dos principais agrupamentos musculares e identificando o grau de fraqueza muscular. Os 5 itens da escala são avaliados de 0 a 5 pontos, sendo que o valor 5 traduz uma força muscular normal;
- *Escala Palliative Performance Scale (PPS)*- evidencia o estado geral de saúde do doente, abrange itens como a deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência. Torna-se útil na avaliação das necessidades apresentadas pelos doentes e como estas podem variar de acordo com a propagação da doença. Está adaptada aos CP e é frequentemente usada para o cálculo do prognóstico. Esta escala vai de 10% a 100%, sendo que 10% significa

maior dependência e um estado geral avançado e 100% um grau de independência total e sem gravidade de doença;

- *Escala de Braden* – é uma ferramenta de avaliação desenvolvida para prever o risco de aparecimento de úlceras por pressão. Leva em consideração seis fatores de risco (percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e forças de deslizamento) que podem contribuir para o aparecimento de úlceras por pressão. Esses fatores são avaliados em uma escala de 1 a 4 (sendo 1 o pior e 4 o melhor). Após a avaliação de cada um desses fatores, os pontos atribuídos a cada um são somados para fornecer uma pontuação total que varia de 6 a 23. Quanto menor a pontuação, maior é o risco de aparecimento de úlceras por pressão.

Em termos de recursos humanos a investigadora esteve presente no terreno, pois exerce funções de Enfermeira generalista na UCP - ULSNE onde foi implementado o programa de reabilitação. Esta, foi responsável por todo o processo de avaliação e criação, na aplicação do plano de intervenção. Ao exercer as minhas funções como enfermeira na UCP e conhecendo bem o doente, pude oferecer segurança, minimizar riscos e efeitos indesejados.

Antes de cada sessão, foi efetuada uma avaliação das condições do doente, o que permitiu uma intervenção segura.

A análise do processo clínico e a conversa informal com o doente fornecem informações adicionais, como histórico pessoal, dados sociodemográficos, sinais vitais, resultados de exames complementares de diagnóstico e seus relatórios, medicações usuais e hábitos de vida. Esses elementos são fundamentais para uma compreensão completa das necessidades do doente no contexto da reabilitação.

Os sinais vitais são parâmetros clínicos que refletem o estado fisiológico da pessoa (OE, 2018, p. 55). Portanto, a avaliação dos sinais vitais antes e após a realização de intervenções de Enfermagem de Reabilitação assegura a segurança dessas intervenções.

Em termos de recursos técnicos será utilizado o computador para se proceder à análise dos dados obtidos, sendo para isso utilizado o *software* Microsoft Office –

Excel.

A avaliação deve estar integrada no processo de elaboração e implementação do plano de intervenção. Com o objetivo de garantir uma abordagem sistemática nas intervenções de ER e facilitar a comparação entre as sessões de reabilitação, foi elaborado um plano de reabilitação personalizado para o Sr. J.

De seguida apresentam-se os diagnósticos estabelecidos, com as respetivas intervenções de enfermagem e, posteriormente o plano de reabilitação traçado.

Tabela 1 – Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico	Problemas Identificados	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> • higiene dependente em grau reduzido; • arranjar-se dependente em grau reduzido; • alimentar-se dependente em grau reduzido; 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessita de ajuda parcial no autocuidado: higiene, arranjar-se e alimentar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação nos cuidados; • Elogiar a participação e o seu desempenho; • Planear, incentivar, treinar e supervisionar o autocuidado (com recurso a estratégias de adaptação): higiene, arranjar-se, alimentar-se.
<ul style="list-style-type: none"> • Movimento muscular diminuído (no MSE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Com a aplicação da Escala Medical Research Council, podemos verificar diminuição da força muscular no MSE (4/5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar participação e seu desempenho; • Incentivar ao autocuidado.
<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância à atividade 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia a médios esforços 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre gastos de energia, como recorrer ao uso de banco de apoio nos cuidados de higiene.
<ul style="list-style-type: none"> • Deglutição comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo salivar e de alimentos diminuído à esquerda; 	<ul style="list-style-type: none"> • Planear estratégias para garantir refeições hipercalóricas e hiperproteicas junto do doente e cozinha; • Introdução de suplementos alimentares 2x dia; • Introdução de espessante até obter

		<p>consistência desejada;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinos sobre estratégias compensatórias, para fazer as refeições na cadeira.
<ul style="list-style-type: none"> • Ventilação comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Traqueostomizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre dissociação dos tempos respiratórios; • Ensinos sobre cuidados e limpeza da cânula interna; • Ensino da tosse; • Avaliação de SPO2 antes das secções.
<ul style="list-style-type: none"> • Risco de UP 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de UP • Escala de Braden 16 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocação de colchão de pressão alterne; • Ensino de auto posicionamentos corretos com alternância de decúbitos; • Gerir ingestão de líquidos; • Cuidados á pele (ensino sobre hidratação da pele, disponibilizando creme hidratante) e vigilância das proeminências ósseas.
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminação Intestinal Alterada 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstipação 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir ingestão de líquidos; • Reforço de laxantes; • Incentivo à mobilidade

Tabela 2 - Plano de Reabilitação

Plano de Reabilitação	
Tipo de exercício	Frequência
<ul style="list-style-type: none">• Dissociação dos tempos respiratórios;• Abertura costal global;	1 série de 10 repetições
<ul style="list-style-type: none">• Exercícios isométricos dos músculos glúteos; abdominais; quadricípites;	1 série de 10 repetições
<ul style="list-style-type: none">• Mobilizações ativas resistidas dos membros superiores e inferiores;• Movimentos de flexão/extensão e abdução/adução;	1 série de 10 repetições 1 série de 10 repetições
<ul style="list-style-type: none">• Treino de ponte e rolamento no leito;• Treino de levantar/sentar;	1 série de 12 repetições
<ul style="list-style-type: none">• Exercícios resistidos dos membros superiores com recurso a peso de 1kg	1 série de 10 repetições

<ul style="list-style-type: none">• Treino de equilíbrio estático e dinâmico;	1 série de 10 repetições
<ul style="list-style-type: none">• Treino com pedaleira	10 minutos
<ul style="list-style-type: none">• Treino de marcha e transposição de obstáculos	60 metros

2.1 Procedimentos éticos

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

Em conformidade com os princípios do Código de Ética de Nuremberg, a Declaração de Helsinque (que aborda o direito à liberdade de escolha, o respeito pelas pessoas e o princípio da justiça), bem como o Relatório Belmont (que enfatiza os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça), é imperativo que, antes de iniciar a colheita de dados, sejam garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações do doente (Associação Médica Mundial, 2013).

O presente estudo, foi submetido à apreciação da comissão de ética da ULSNE e foi também solicitada autorização da direção clínica da UCP, com aval positivo posteriormente (Anexo VI e Anexo VII).

3. ESTUDO DE CASO

3.1 Identificação do doente

O doente em estudo será o Sr. J assim tratado de forma a assegurar a proteção de dados, de 61anos, solteiro, desempregado de longa duração, trabalhava no setor da construção civil. Recentemente a residir sozinho, anteriormente vivia com a Mãe idosa que foi institucionalizada num Lar, tem 2 irmãos emigrados, que não dão grande apoio familiar.

Deu entrada na UCP com o diagnóstico de carcinoma espinocelular da hipofaringe (diagnóstico em 10/2021) com metastização ganglionar. Traqueostomizado (a 02/10/2021) e com massa cervical esquerda volumosa. Foi encaminhado pela equipa domiciliária de cuidados paliativos de Vinhais.

Durante os vários internamentos desenvolveu como hobby a pintura. Do qual ficou bastante orgulhoso quando se colocaram esses desenhos em exposição.

Dados Sociodemográficos	
Nome	Sr. J
Idade	61
Sexo	Masculino
Estado Civil	Solteiro
Escolaridade	2º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Profissão	Desempregado, antes trabalhador na área da construção civil
Agregado Familiar	Vive sozinho

3.2 História da doença

O primeiro internamento do Sr.ª J na UCP foi em 30/10/2022 por intolerância alimentar e dor não controlada. Perante a possível perda de via oral a curto/ médio prazo, foi proposto ao doente a colocação de PEG, que este aceitou. Para controlo de dor realizou 14 sessões de Radioterapia, que surtiram efeito. Tendo seguido com alta para a UCC de Vinhais.

Posteriormente voltou a ingressar na UCP em 8/02/2023, por tumefação cervical esquerda com sinais inflamatórios, trombose da jugular. Regressou ao domicílio por vontade própria e com sintomatologia controlada, com o apoio da ECCI.

Regressou, novamente, em 10/04/2023, em mau estado geral, com ferida oncológica na região cervical esquerda e UP no trocânter esquerdo. Durante a estadia no domicílio, exteriorizou a PEG, apresentando disfagia acentuada para sólidos e ligeira a líquidos. Com maior dependência nas AVD.

Antecedentes Pessoais:

- Brucelose aos 30 anos;
- Ex-Fumador (cessação aquando do diagnóstico);
- Hábitos etílicos.

Terapêutica Prescrita: (foram sendo feitos ajustes ao longo do internamento, mediante necessidades)

- Pregabalina 25mg PO; 9h-19h
- Dexametasona 5mg/1ml SC; 9h
- Metamizol magnésico 575mg PO; 7h-15h-23h
- Quetiapina 50mg PO; 21h
- Lactulose 10gr/14ml PO; 9h-19h
- Fentanilo 100ug/h Transdérmico; 3/3 dias
- Dieta oral Hiperproteica e Hipercalórica PO; 9H- 15h- 21h
- Morfina 10mg/1ml SC; SOS

TAC Pescoço:

O estudo revela volumosa massa cervical esquerda. A massa apresenta dimensões máximas de 98x73mm onde tem expressão transespacial registando-se envolvimento da totalidade da circunferência da carótida.



3.3 Contexto Físico

De seguida descreve-se a avaliação inicial de ER executada junto do SR. J no dia 24/04/2023 (primeiro contacto).

3.3.1 Exame físico Geral

O Sr. J apresenta idade semelhante á real. Pele e mucosas descoradas e de aspeto seco. Apresenta tumefação com ferida oncológica na face lateral esquerda e UP de categoria III no trocânter esquerdo.

Encontra-se sentado na cadeira onde passa grande parte do tempo, com ligeira inclinação do tronco para a frente e lado esquerdo, provocado pela volumosa massa cervical. Vígil, bem-disposto uma particularidade que o caracteriza.

Pronuncia palavras simples como sim/não; necessitando escrever para poder comunicar frases mais complexas.

Encontra-se emagrecido, e desde que exteriorizou sonda têm maior dificuldade na alimentação, tolerando apenas alimentos líquidos. Tem um peso atual de 30 kg, altura de 1,65cm sendo o IMC = 11, o que significa que tem um baixo peso.

Sinais Vitais	Tensão Arterial	98/54 mmhg
	FC	110 bpm
	Spo2	95% a Ar ambiente
	FR	21 c/min
	Temperatura	36°C
	Dor	1

3.3.2 Avaliação da função Neurológica

O Sr. J encontra-se calmo e colaborante dentro das suas possibilidades. Com comunicação verbal escassa, opta por escrever para comunicar. Mantendo também a capacidade de leitura.

No que se refere ao estado mental, mantém orientação tanto para si próprio quanto para o ambiente, com capacidade de concentração e memória sensorial. Além disso, é capaz de recordar informações imediatas, recentes e antigas.

Aplicada Escala de Glasgow com valor atribuído de 15/15 e no Mini Mental um score de 27/30.

A nível da motricidade, a força muscular foi avaliada com recurso á Escala Medical Research Council em que apresentava uma força de 4/5 no membro superior esquerdo e nos restantes membros de 5/5. Sem défices de coordenação.

Para avaliação da disfagia utilizou-se a escala de Guss, que obteve um score de 3. Tendo em conta este resultado, foi dada como terminada a sua avaliação. O recomendado seria a colocação de PEG, mas uma vez que se trata de um doente com prognóstico muito reservado (doença oncológica em progressão), e como ia ingerindo alguma alimentação oral, após reunião com o doente e equipa multidisciplinar optou-se por não colocar novamente PEG. Procedeu-se assim a avaliação direta da deglutição, verificando-se que tolerava alimentos de consistência tipo mel.

Recorreu-se á escala de Tinetti tendo apresentado os seguintes valores:

- Equilíbrio estático sentado - 12/16

- Equilíbrio dinâmico marcha – 11/11

No que concerne á marcha, deambula sozinho por curtos espaços. Na Escala de Morse obteve um score de 20, pelo que não apresentava risco de queda.

Com continência de esfíncteres vesical e intestinal, sendo independente em todo este processo.

3.3.3 Avaliação da Funcionalidade

Para avaliar a funcionalidade recorreu-se as Escala:

- Barthel que permitiu atribuir ao Sr. J uma dependência moderada, com um score de 85.

- Palliative Performance Scale que o situa em 60%.

Avaliado ainda o risco de aparecimento de UP, através da escala de Braden, tendo obtido um Score de 16, que corresponde a um baixo risco.

3.4 Plano de cuidados especializado de ER

Com base nas avaliações previamente realizadas e descritas, foram formulados diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, desenvolvidas intervenções e elaborado um plano de cuidados a ser executado por um período de 4 semanas.

Procurou-se criar um plano de cuidados que atende-se às necessidades e expetativas do Sr. J, promovendo e preservando a sua independência no autocuidado, funcionalidade e autonomia. Além disso o plano visava minimizar o impacto das incapacidades presentes, prevenir e gerir crises e quedas, aprimora a capacidade de gerenciar a sua condição de saúde e, em ultima instância melhorar a sua qualidade de vida. Permitindo uma abordagem individual e holística.

O plano de cuidados foi elaborado com base numa linguagem CIPE, de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No início de cada sessão foi avaliado o estado do Sr. J para verificar se reunia condições de realizar as intervenções planeadas.

1ª Semana (sessões 3x por semana):

Doente apresenta-se consciente, orientado no tempo e no espaço, e colaborante dentro das suas possibilidades. Mostrou interesse e vontade de participar nos exercícios propostos.

Sem Dor e bem-disposto ao longo de toda a sessão, verificou-se que no final já se apresentava algo cansado, mas orgulhoso por conseguir realizar todos os exercícios propostos.

As sessões tiveram uma duração de aproximadamente 60 minutos.

2ª Semana (sessões 3x por semana):

Doente manteve estado cognitivo sobreponível à semana anterior. Demonstrou interesse nas sessões e mostrou-se orgulhoso a contar que já tinha feito a cama sozinho e que já tinha pintado alguns desenhos. Apresenta-se sem dor.

Menos cansado no final das sessões.

Foram aplicadas as Escalas de avaliação onde obteve: na escala de Council – MSE 4/5 e nos restantes 5/5; escala de Guss- 3; escala de Tinetti (equilíbrio estático sentado) - 12/16 e escala de Tinetti (equilíbrio dinâmico marcha) – 11/11; escala de Morse 20; escala de Barthel 95; PPS 70% e Escala de Braden 16.

Demonstrou ter assimilado os vários ensinamentos realizados, contudo foi feito reforço dos mesmos.

As sessões tiveram uma duração de aproximadamente 60 minutos.

3ª Semana (sessões 3x por semana):

Manteve estado cognitivo sobreponível às sessões anteriores, embora com ligeiro agravamento do estado geral (ferida oncológica maior e com sinais inflamatórios).

Apesar deste agravamento, o doente mostrou-se sempre empenhado em cumprir o que lhe era pedido. Sem dor no momento das sessões.

As sessões tiveram uma duração de aproximadamente 60 minutos.

4ª Semana (sessões 3x por semana):

Doente mais debilitado, mantendo-se consciente, orientado no tempo e espaço.

Apresentou maior dificuldade na realização das AVD, não conseguindo cumprir o plano de intervenção na íntegra e chegando ao final mais cansado. Na pedaleira notou-se mais dificuldade na sua execução e no treino de marcha necessitou de fazer descanso a meio do percurso tendo recusado o treino de transposição de obstáculos. A nível do comprometimento da deglutição, começou a agravar a disfagia para líquidos, ingerindo apenas pequenas quantidades de alimentação por seringa e passando a tolerar melhor uma alimentação tipo Néctar.

Foram aplicadas as escalas de avaliação onde obteve: na escala de Council – MSE 3/5 e nos restantes 4/5; escala de Guss- 2; escala de Tinetti (equilíbrio estático sentado) - 5/16 e escala de Tinetti (equilíbrio dinâmico marcha) – 8/11; escala de Morse 30; escala de Barthel 60; PPS 40% e escala de Braden 14.

As sessões tiveram uma duração de aproximadamente 60 minutos.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após aplicação do plano de intervenção e das respetivas escalas, proceder-se-á à apresentação dos dados obtidos.

Conforme critério de inclusão o doente deve ser consciente e orientado. Para essa avaliação recorreu-se á escala de Glasgow e Mini-Mental.

Estas escalas foram apenas avaliadas no primeiro contacto uma vez que não houve alterações a nível cognitivo. O Sr. J na escala de Glasgow apresentou um score de 15 valores, indicando o máximo, mostrando que a pessoa abre os olhos espontaneamente, fala coerentemente e obedece a comandos para se movimentar; na escala Mini-Mental apresentou um score de 27 pontos, o que indica que terá uma função cognitiva normal. Apesar de não cumprir o critério do 7 ano, tendo este apenas o 2 ano de escolaridade. Isto pode indicar que a função cognitiva é superior à espetável, tendo em conta a escolaridade.

A escala de Morse foi aplicada em 3 momentos diferentes, como definido.

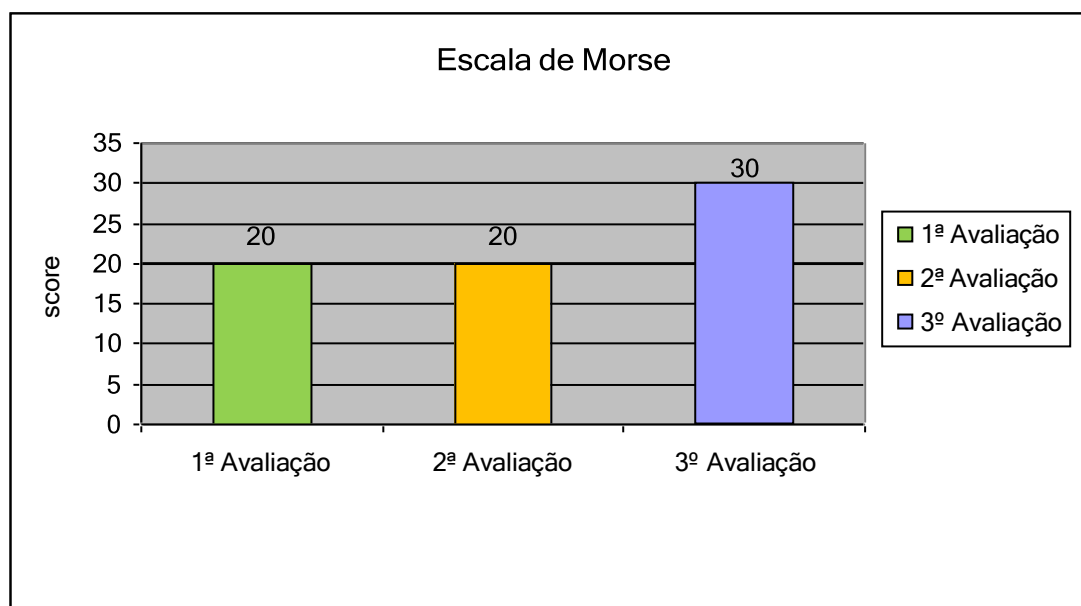


Gráfico 1: Avaliação da Escala de Morse

Na primeira e segunda avaliação obteve-se um score de 20 pontos o que nos diz que o Sr. J não apresenta risco de queda, e não necessita de recomendação nenhuma nesta área. Na terceira avaliação devido ao seu agravamento clínico, há alteração ao nível da deambulação, passou a ter um score de 30 pontos, o que nos diz ter um

baixo risco de queda, o que levou à necessidade de implementar precauções para prevenção de alto risco de queda, com reforço no treino de equilíbrio.

Quanto à deglutição, foi avaliada a escala de Guss.

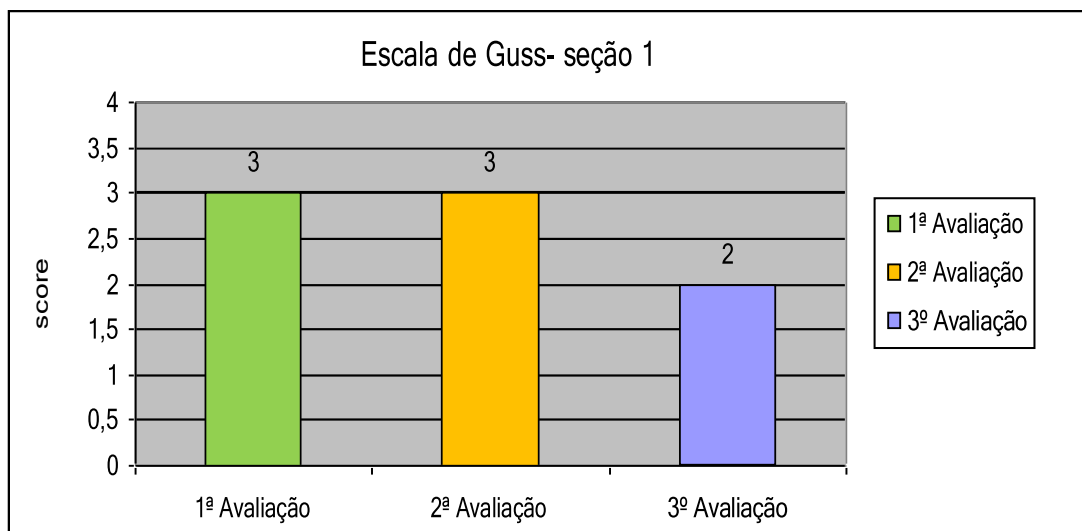


Gráfico 2: Avaliação da Escala de Guss- seção 1

Na primeira e segunda avaliação o Sr. J apresentou um score de 3 valores, não sendo suficiente para passar para a secção 2. Foi recomendada a colocação de Peg para evitar pequenas aspirações e assegurar um nível adequado de ingestão de nutrientes, mas uma vez que se tratava de um doente com prognóstico muito reservado e tendo este exteriorizado a mesma já por uma vez, a equipa médica em conjunto com o doente decidiram não colocá-la novamente. Procedeu-se assim a uma avaliação direta da deglutição, e observou-se que o Sr. J conseguia deglutir melhor uma alimentação de consistência mel tendo sido reforçados os suplementos alimentares para assim garantir uma maior ingestão de proteínas.

Na terceira avaliação obteve um score de 2, devido ao agravamento da situação clínica. Tendo sido necessário passar a alimentação e hidratação para uma consistência de néctar e passou a alimentar-se com seringa de alimentação. Foram ainda reforçados ensinamentos de uma melhor postura de alimentação, para evitar pneumonias por broncoaspiração.

Para avaliação das AVD recorreu-se á escala de Barthel.

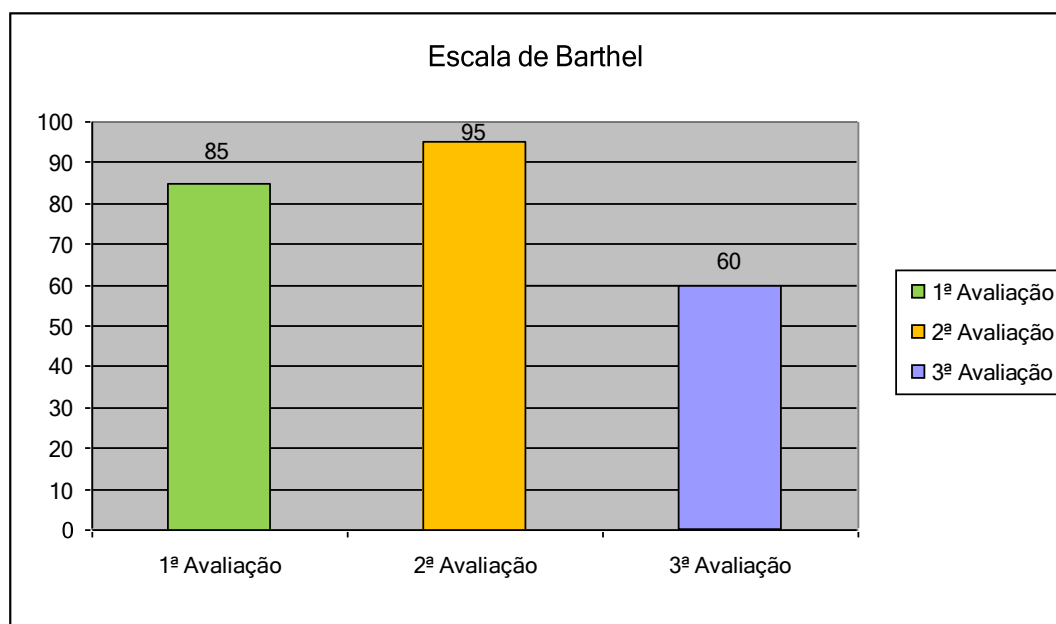


Gráfico 3: Avaliação da Escala de Barthel

Na primeira avaliação o Sr. J apresentou um score de 85 pontos, o que se traduz numa ligeira dependência, necessitando de ajuda para fazer a barba e necessita de alguma supervisão na deambulação por longas distâncias.

Na segunda avaliação apresentou um score de 90 pontos, melhorando a sua condição relativa ao ponto da “Toalete”, passando a independente. Com a implementação de todo o plano de reabilitação passou também a conseguir caminhar sem ajuda por um percurso maior, havendo assim uma ligeira recuperação.

Na terceira avaliação, conforme já foi descrito, devido ao agravamento de toda a situação clínica houve um declínio acentuado passando a ter um score de 60 pontos, necessitando de mais ajuda para as ABVD.

A nível de avaliação de equilíbrio foi utilizada a escala de Tinetti.

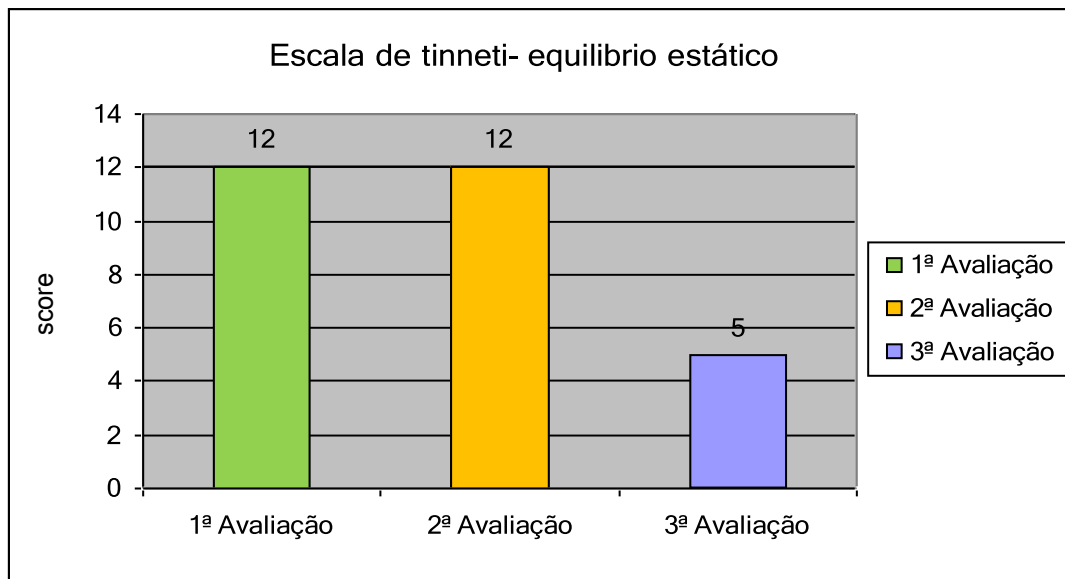


Gráfico 4: Avaliação da Escala de Tinetti- equilíbrio estático

Relativamente ao equilíbrio estático, na primeira e segunda avaliação o Sr. J apresentou um score de 12 pontos, em que quando sentado, inclinava-se ligeiramente, e tinha dificuldade em fechar os olhos e em rodar 360°, provocando-lhe alguma instabilidade.

Na terceira avaliação passou para um score de 5 pontos tendo assim uma maior instabilidade a todos os níveis.

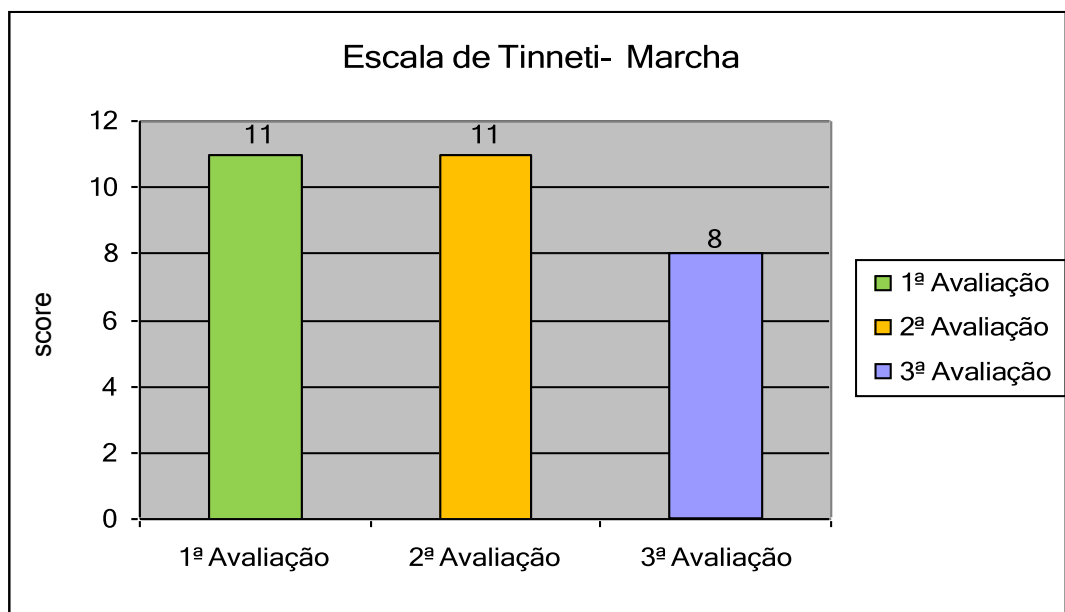


Gráfico 5: Avaliação da Escala de Tinetti- Marcha

No que concerne á marcha, na primeira e segunda avaliação, obteve um score de 11 pontos, o que nos indica que não apresentou desequilíbrio na marcha. Na terceira avaliação obteve um score de 8 pontos, passou a ter uma maior dificuldade ao iniciar a marcha, sendo esta feita com hesitação.

No total das duas primeiras avaliações obteve um score de 23 pontos. Na terceira avaliação passou a apresentar um score total de 13 pontos, o que se traduziu numa maior dificuldade de equilíbrio, necessitando de alguma ajuda na marcha. Este agravamento deveu-se á sua condição clínica.

Para avaliação da força muscular a escala utilizada foi a de Council.

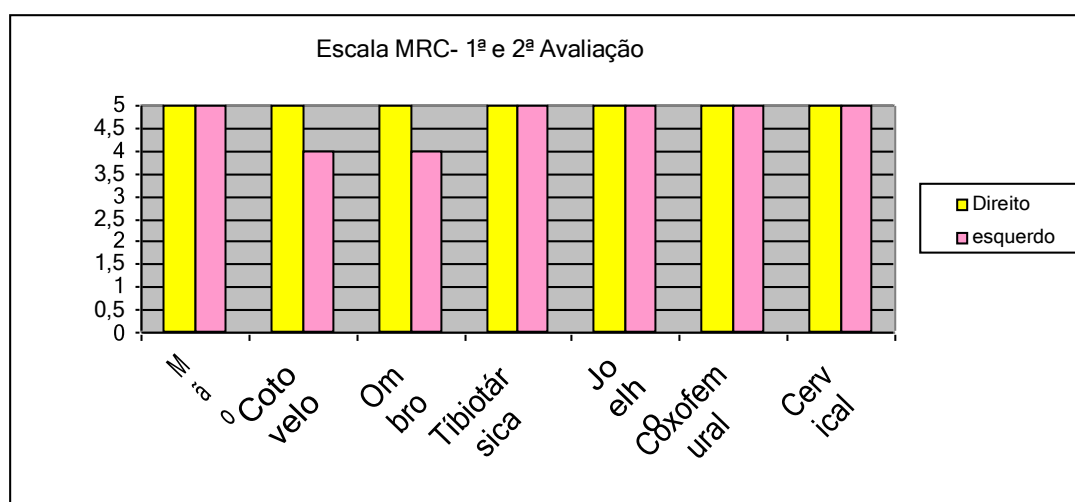


Gráfico 6: Avaliação da Escala MRC- 1ª e 2ª avaliação

Nas duas primeiras avaliações os scores obtidos foram os mesmos, sendo que apresentou força máxima, exceto a nível proximal do membro superior esquerdo onde se verificou uma ligeira diminuição da força com um score de 4/5.

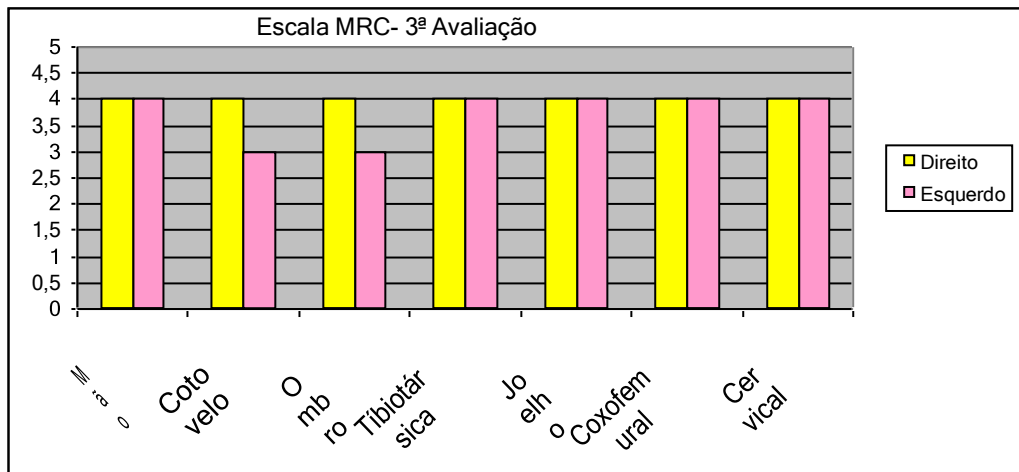


Gráfico 7: Avaliação da Escala MRC- 3ª avaliação

Na terceira avaliação assistiu-se a uma diminuição da força em todos os membros (4/5), acabando por agravar a limitação que já era sentida a nível do membro superior esquerdo, apresentando assim um score de 3/5.

Na aplicação da escala PPS verificaram-se os seguintes resultados.

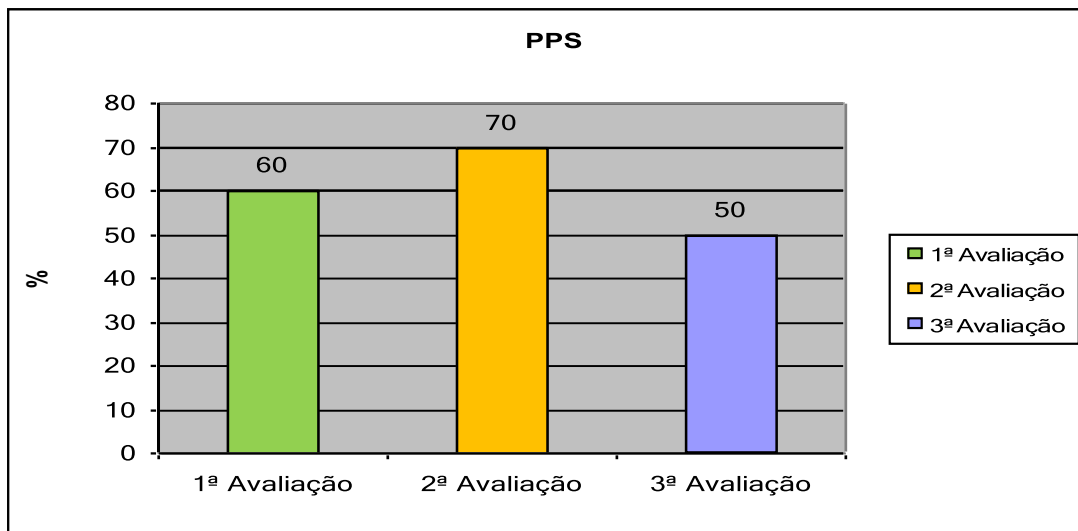


Gráfico 8- Avaliação da Escala PPS

O Sr. J na primeira avaliação apresentou um PPS de 60%, necessitando de uma assistência ocasional no autocuidado. Com a implementação do plano de reabilitação observaram-se melhorias, passando assim na segunda avaliação a apresentar um PPS de 70%, melhorando no autocuidado, passando a ser independente.

Na terceira avaliação obteve um PPS de 50%, onde passou a ter um apoio considerável no autocuidado e a estar mais tempo deitado. Mesmo com a implementação do plano de reabilitação a sua condição clínica não permitia uma evolução favorável.

A escala de Braden foi utilizada para avaliação do risco de úlceras por pressão.

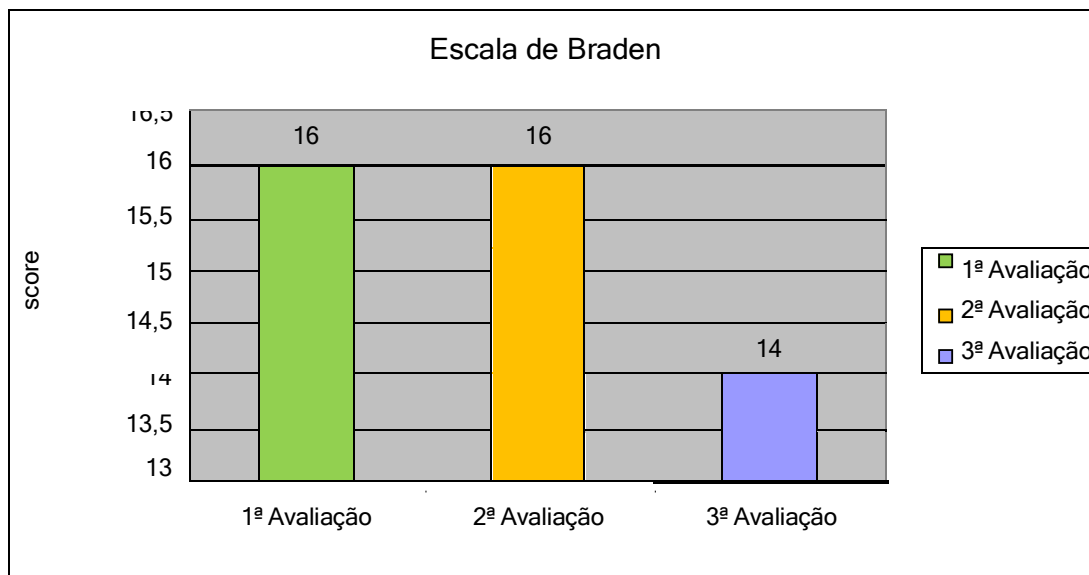


Gráfico 9- Avaliação da Escala de Braden

O Sr. J apresentou uma UP no trocânter esquerdo que já apresentava no momento de entrada no serviço. Nas duas primeiras avaliações obteve um score de 16 pontos, o que significa que apresentava um baixo risco de UP. Com a implementação do plano de reabilitação, todos os ensinamentos na prevenção de úlceras, e com a colocação de colchão de pressão alterne, este não apresentou novas úlceras e melhorou significativamente a que tinha, apresentando-se com tecido de epitelização.

Na terceira avaliação apresentou um score de 14 pontos, passando assim a ter um risco moderado, tendo-se mantido o reforço nos ensinamentos para prevenção.

O método apresentado e os resultados obtidos evidenciam a importância dos cuidados especializados de ER no processo de recuperação da funcionalidade da pessoa.

Mesmo diante das limitações impostas pela condição clínica do doente, é possível afirmar que as intervenções do EEER se mostraram indispensáveis para aprimorar a qualidade de vida da pessoa em cuidados paliativos.

5. CONCLUSÃO

Este estudo de caso permitiu evidenciar a importância e efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas pelo EEER no doente paliativo. Ao longo da implementação do plano de intervenção foi necessário fazer pontuais ajustes nas intervenções de enfermagem, em virtude da capacidade e da tolerância do doente e, sobretudo, da sua cooperação e participação nas atividades propostas. Os instrumentos de avaliação escolhidos desempenharam um papel crucial na formulação dos diagnósticos de enfermagem, viabilizaram a monitorização, a avaliação das intervenções e dos resultados alcançados, permitindo a personalização, o que promoveu assim uma abordagem holística.

A evolução do doente foi, de uma forma global, notória, ainda que no final do programa de reabilitação tenha havido um declínio devido ao agravamento da situação clínica, tendo o Sr. J vindo a falecer uns dias após o término do programa implementado.

Muitos autores argumentaram que o conceito de reabilitação é paradoxal nos cuidados paliativos, entretanto, este estudo confirma que a filosofia dos cuidados paliativos e da enfermagem de reabilitação convergem nos objetivos estabelecidos. É importante ressaltar que os cuidados de ER representam um processo contínuo de respostas, visando atender ao processo evolutivo da doença da pessoa e às suas necessidades específicas.

A reabilitação integrada nos cuidados paliativos envolve um procedimento que visa preservar, promover ou recuperar as capacidades do doente paliativo, evitando desse modo a degradação da sua dignidade humana. Isso requer uma abordagem de cuidado sistemático e multidimensional.

A distinção entre a reabilitação e a palição pode ser elucidada pelo facto de que a reabilitação visa a restauração da função, ao passo que palição se concentra na redução dos sintomas.

A pessoa em situação paliativa muitas vezes experimenta uma série de mudanças e sintomas que resultam numa maior dependência nas AVD e em uma redução da mobilidade, funcionalidade e participação social. Estes são os pilares em torno dos quais a intervenção da Reabilitação se desdobra, com o objectivo de otimizar a qualidade de

vida. Portanto, existe uma estreita conexão entre os Cuidados Paliativos e a Reabilitação, especialmente na forma como ambos respondem às necessidades da pessoa.

Como evidenciado ao longo deste trabalho, existem claras evidências da relevância da intervenção do EEER para pessoas em situação paliativa. O seu benefício resulta da sua abordagem dinâmica na promoção do conforto em todas as suas dimensões, na maximização da funcionalidade, autonomia e independência no autocuidado, bem como na minimização do impacto das incapacidades presentes.

É gratificante afirmar que a condução deste estudo de investigação proporcionou ricos momentos de aprendizagem, os quais contribuíram significativamente para o meu crescimento tanto profissional quanto pessoal, no papel de cuidador de pessoas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Morais, J. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Revista portuguesa de Cardiologia*;
- ACSS (s.d.). **RNCCI**. Acedido em 02/04/2023: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>;
- 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](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER/Assembleia/Areas%20Investigacao%20Prioritarias%20para%20EER.pdf);
- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.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%20definitive%20-%20Portuguese%20\(European\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definitive%20-%20Portuguese%20(European).pdf);
- Babu, Abraham, Manjula Noone, Mohammed Haneef, and Shijoy Naryanan. (2010) "Protocol-guided phase-1 cardiac rehabilitation in patients with ST-Elevation myocardial infarction in a rural hospital." *Heart Views* 11, no. 2. Gale OneFile: Health and Medicine;

- Barbosa, A., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição). Lisboa: Nucleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- 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>;
- Bolas, Raquel, Capítulo IV- Pessoa em programa de Reabilitação cardíaca In MARQUES-VIEIRA, Cristina e SOUSA, Luís - *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á pessoa ao longo da vida*, Loures: Lusodidacta, 2017, ISBN: 978-9898075-73-4, p.381- 391
- 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. (1ed.)* Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725405826>;
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2017-2018*. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos;
- 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.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-verso-final-10.02.2019.pdf>;
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta;
- Declaração de Helsínquia da Associação Medica Mundial – Principios Éticos para a Investigação Médica em seres Humanos. (em linha) Helsínquia, 2013. Disponível em: <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>;
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Despacho n. °12427/2016. DGS;

- DGS. (2009). *Orientações sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Circular Normativa N°40 A/DSPCD de 27/10/09. DGS;
- Ferreira, A. (2011). *Independência Funcional em Idosos Domiciliados*. Viseu: Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu;
- Fernandes, R.F.P. (2018). *O Exercício Físico*
- Garcia, T.R; Nóbrega, M.M.L; *Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa*. Esc. Anna Nery Ver. Enf. 2009;
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência;
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo* (2ª edição). Loures: Lusociência. http://metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_paliativos;
- Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta;
- Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República, I Série (N.º 172 de 05 de setembro de 2012)*, 5119 5124. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>;
- Lei nº74/2006 – Graus e Diplomas do Ensino Superior, 24 Março de 2006;
- Lei nº 156/2015: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 1ª série, No 181, 16/11, p. 8059-8105. Disponível em <https://www.dre.pt> ;
- Machado, M., Machado, M., & Petronilho, F. (2020). *O Cuidado Confortador dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação- Intervenção especializada em cuidados paliativos*. Norderstedt: Novas Edições Académicas;
- 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-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta;
- Menoita, Elsa (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente*. Lisboa: Lusociência. ISBN:978-972-8930-78-3;
- 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:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf;
- Mezzani, Alessandro [et al.] – Aerobic exercise intensity assessment and prescription in cardiac rehabilitation: a joint position statement of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Canadian Association of Cardiac Rehabilitation [em linha] *Journal Cardiopulmonary Rehabilitation Preventive*, n.o32 , 2012, [consultado a 17/04/2023] disponível em Doi:10.1177/2047487312460484 , p. 327-350 ;
- Minosso, J., Souza, L., & Oliveira, M. (2016). Reabilitação em Cuidados Paliativos- Revisão da literatura. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(3). Doi: 10.1590/0104-07072016001470015;
- National Council For Palliative Care, *Fullfilling Lives: Rehabilitation in palliative care*, London, 2000;
- Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 18(3), 170-180. doi: 10.1177/104990910101800308;
- OE, 2019 *Diário da República*: 2a série, No 26 (06/02/2019), p. 4744-4750. <https://www.dre.pt> ;
- Parente et al. (2009). *Artroplastia da Anca in Enfermagem em ortotraumatologia*, 2a ed. Coimbra: Formasau. p. 326. ISBN 978-989-8269-01-0;



- Potter, P. & Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (9ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora;
- Regulamento nº 85/2019 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 1 serie nº 85*, 3 de Maio de 20019;
- Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 2.ª Série, n.º 35*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>;
- Regulamento n.º 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República, 2a Série, no119– 22 de Junho de 2015*, 16655 – 16660;
- Regulamento n.º 392/2019 (2019) - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2a Série - n.o 85 - 3 de maio de 2019*,13565–13568;
- Regulamento nº 140/2019. (2019, fevereiro 6). Ordem Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2 (26)*, pp. 4744-4750.<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;
- 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., Ferreira, M., & Trindade, N. (2014). O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 163-178). Loures: Lusodidacta;
- Seródio, J. (2014). Conceitos Principais de Reabilitação – Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Loures: Lusodidacta;
- Serapioni, Mauro; Matos, Ana Raquel (2014). *Saúde, participação e cidadania: experiencias do Sul da Europa*. Coimbra: [s.n.]. ISBN 978-972-40-5538-1;
- Tribunal de Nuremberg. (1947). Código de Nuremberga. <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>;

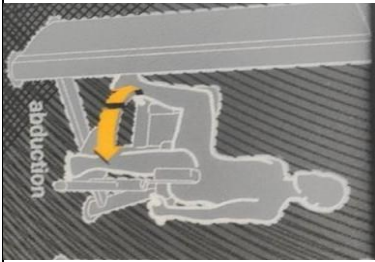
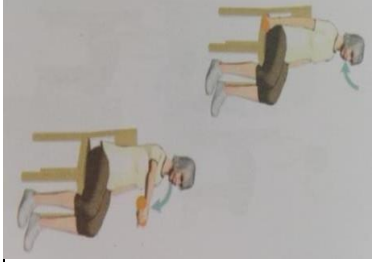
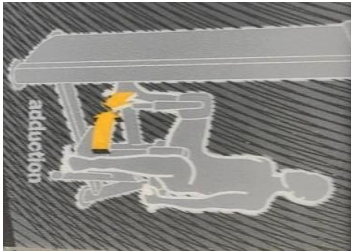


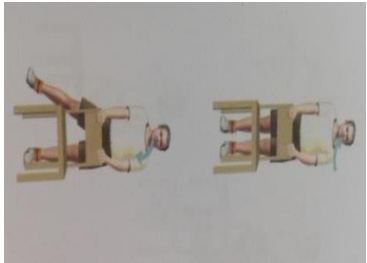
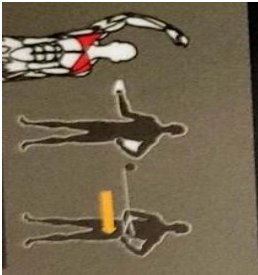
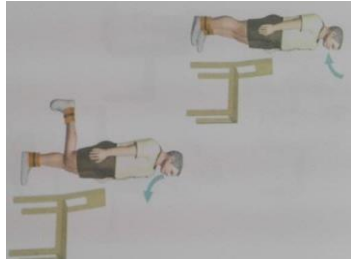
- Vieira, A. M. & Caldas, A. (2017). A Relevância do Andar: Reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (547-557). Loures: Lusociência;
- Yin, Robert K. (2018) *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. 6a ed. India: SAGE. ISBN 9781506336169,
- Walsh, R.; Fang, J.; Fuster, V. (2014). *Hurst, el Corazon: Manual de Cardiologia*. Editorial: Mc Graw-Hill Interamericana de Espanha S.L.;
- 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>;



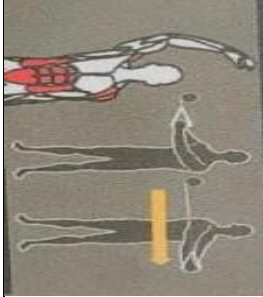






ANEXOS

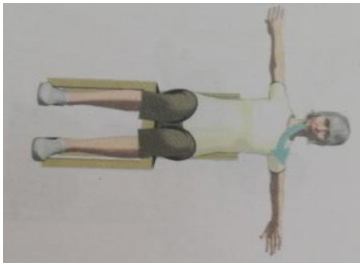
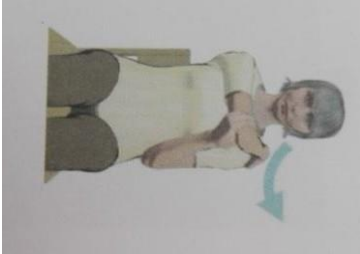


Anexo I– Plano de treino para doentes com DPOC

Logot do projecto	Nome:		Data de Nascimento:	
	T0:	T1:	T2:	

Aquecimento				
Sessão				
Treino de Equilibrio				
Sessão				

Sessão	Treino Força Muscular	Sessão	Treino Força Muscular
			
			
			
			

Sessão	Treino Aeróbio	Sessão	Treino Força Muscular	Sessão	Treino Força Muscular
					
					
					

Sessão	Arrefecimento
	
	
	
	

Anexo II – Consentimento do doente

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado, por Cláudia Maria Abreu Mesquita acerca do estudo: "Efeitos de um plano de reabilitação num doente internado na Unidade de Cuidados Pallativos" que está a realizar no âmbito do mestrado em Enfermagem de Reabilitação organizado pelo Instituto Politécnico de Bragança, com orientação da Professora Maria José Gomes.

Fui informado 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 aplicá-lo 3 dias por semana com a duração de 4 semanas.

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

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

A estudante (Cláudia Mesquita): Cláudia Mesquita

O participante: 

Para qualquer esclarecimento:

Contacto telefónico 934037175

Correio Eletrónico: claudia_mesquita85@hotmail.com

Anexo III – Recolha de dados

ANAMNESE				
Data				
Nome				
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>		
Idade	Data de Nascimento: / /			
Estado civil	Casado <input type="checkbox"/>	Solteiro <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/>	
Escolaridade				
Vive com quem				
Diagnóstico				
Data do diagnóstico				
Patologias associadas				
Medicação habitual (dose e horário)				
Auxiliar de marcha	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Qual?	
Tem dificuldade em realizar alguma AVD				
Tem alguma das seguintes queixas	Dificuldade na deglutição <input type="checkbox"/>	Desequilíbrio na deambulação <input type="checkbox"/>	Dor <input type="checkbox"/>	
	Dificuldade em respirar <input type="checkbox"/>	Astenia <input type="checkbox"/>	Outra:	
Oxigenioterapia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se sim: ___L/min	
Sinais Vitais	TA ___/___	FC ___	SPO ₂ ___	
Peso:		Altura:		IMC:

Anexo IV- Avaliação Cognitiva

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"/> 0
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"/> 0
	Score	

MINI-MENTAL STATE – MMSE

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?	
Em que mês estamos?	
Em que dia do mês estamos?	
Em que dia da semana estamos?	
Em que estação do ano estamos?	
	<u>Score:</u>
Em que terra vive?	
Em que distrito vive?	
Em que país estamos?	
Em que casa estamos?	
Em que andar estamos?	
	<u>Score:</u>

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	
	<u>Score:</u>

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

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

27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

	<u>Score:</u>
--	----------------------

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Pêra	
Gato	
Bola	
	<u>Score:</u>

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

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

Relógio

Lápis

Score:

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

Score:

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

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Score:

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

Score:

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

Frase: _____

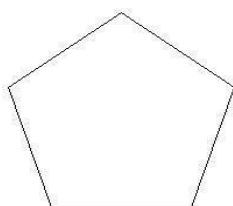
Score:

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:**

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

0	Inabilidade absoluta de representar o relógio;
1	O desenho tem algo a ver co o relógio mas com desorganização visuaio-espacial grave;
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a um marcação de hora incorrecta, perseveração, confusão esquerda- direira, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso;
3	Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada da hora;
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora correctos;
5	Relógio perfeito, sem erros.

Considera-se o teste bastante alterado quando o resultado é 0,1 ou 2.

Anexo V - Escalas de Avaliação

Avaliação inicial <input type="checkbox"/>	Avaliação intermedia <input type="checkbox"/>	Avaliação final <input type="checkbox"/>
Data:	Data:	Data:

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

<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

Avaliação inicial <input type="checkbox"/>	Avaliação intermedia <input type="checkbox"/>	Avaliação final <input type="checkbox"/>
Data:	Data:	Data:

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		
• 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		
	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 (involuntaria) (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)	_____ (20)		

Avaliação inicial <input type="checkbox"/>	Avaliação intermedia <input type="checkbox"/>	Avaliação final <input type="checkbox"/>
Data:	Data:	Data:

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

Avaliação inicial <input type="checkbox"/>	Avaliação intermedia <input type="checkbox"/>	Avaliação final <input type="checkbox"/>
Data:	Data:	Data:

TESTE DE TINETTI - Avaliação Da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico

Equilíbrio estático cadeira:		
Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira	<input type="checkbox"/> 0
	Inclina-se ligeiramente ou aumento a distancia das nádegas ao encosto da cadeira	<input type="checkbox"/> 1
	Estável, seguro	<input type="checkbox"/> 2
Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde equilíbrio	<input type="checkbox"/> 0
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar	<input type="checkbox"/> 1
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	<input type="checkbox"/> 2
Equilíbrio imediato (1 ^{os} 5 seg.)	Instável	<input type="checkbox"/> 0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	<input type="checkbox"/> 1
	Estável, sem qualquer tipo de ajuda	<input type="checkbox"/> 2
Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável	<input type="checkbox"/> 0
	Estável, mas alargado a base de sustentação ou recorre a auxiliar de marcha	<input type="checkbox"/> 1
	Pés próximos e sem ajudas	<input type="checkbox"/> 2
Pequenos desequilíbrios na mesma posição	Começa a cair	<input type="checkbox"/> 0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	<input type="checkbox"/> 1
	Estável	<input type="checkbox"/> 2
Fechar os olhos na mesma posição	Instável	<input type="checkbox"/> 0
	Estável	<input type="checkbox"/> 1
Volta de 360° (2vezes)	Instável, mas agarra-se	<input type="checkbox"/> 0
	Estável ,mas dá passos descontínuados	<input type="checkbox"/> 1
	Estável e passos contínuos	<input type="checkbox"/> 2
Apoio unipodal (+de 5seg)	Não consegue ou tenta agarrar-se	<input type="checkbox"/> 0
	Aguenta 5 segundos de forma estável	<input type="checkbox"/> 1
Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira	<input type="checkbox"/> 0
	Usa os braços ou movimento não harmonioso	<input type="checkbox"/> 1
	Seguro, movimento harmonioso	<input type="checkbox"/> 2
Score		_____/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	<input type="checkbox"/> 0
	Sem hesitação	<input type="checkbox"/> 1
Comprimento dos passos	<i>Pé dtº</i>	
	Não ultrapassa pé esquerdo	<input type="checkbox"/> 0
	Ultrapassa pé esquerdo	<input type="checkbox"/> 1
	Não sai completamente do chão	<input type="checkbox"/> 0
	Sai completamente do chão	<input type="checkbox"/> 1
	<i>Pé Esq.º</i>	
	Não ultrapassa pé direito	<input type="checkbox"/> 0
	Ultrapassa pé direito	<input type="checkbox"/> 1
	Não sai completamente do chão	<input type="checkbox"/> 0
	Sai completamente do chão	<input type="checkbox"/> 1
Simetria dos passos	Assimétricos	<input type="checkbox"/> 0
	Simétricos	<input type="checkbox"/> 1
Direção	Desvio nítido	<input type="checkbox"/> 0
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	<input type="checkbox"/> 1
	Linha reta sem apoio	<input type="checkbox"/> 2
Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	<input type="checkbox"/> 0
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	<input type="checkbox"/> 1
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	<input type="checkbox"/> 2
Distancia dos tornozelos	Tornozelos separados	<input type="checkbox"/> 0
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	<input type="checkbox"/> 1
Score		<u> </u> /11
Score TOTAL		

Avaliação inicial <input type="checkbox"/>	Avaliação intermedia <input type="checkbox"/>	Avaliação final <input type="checkbox"/>
Data:	Data:	Data:

ESCALA MRC - AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR		
	Direito	Esquerdo
Mão		
Cotovelo		
Ombro		
Tíbiotársica		
Joelho		
Coxofemural		
Cervical		

0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausencia de movimentos ativos contra a gravidade
3	Contração fraca contra a gravidade
4	Movimento ativo contra a gravidade e resistencia
5	Força normal

Avaliação inicial □	Avaliação intermedia □	Avaliação final □
Data:	Data:	Data:

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	-	-	-	-

Avaliação inicial ☐	Avaliação intermedia ☐	Avaliação final ☐
Data:	Data:	Data:

ESCALA DE BRADEN					
Percepção Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	
Mobilidade	1. Completamente Imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação	
Nutrição	1. Muito Pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequado	4. Excelente	
Forças de Deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema		
					Score

Anexo VI- Pedido de Autorização para recolha de dados á diretora clínica da UCP



Parecer

Liseta da Conceição Pereira Gomes Gonçalves, médica, portadora da cédula profissional nº 31878 da Ordem dos médicos, Diretora do Departamento de Cuidados Paliativos e Continuados da ULSNE, é de parecer que o projeto de estudo "Efeitos de um Plano de Reabilitação de um Doente internado na Unidade de Cuidados Paliativos", integrado no programa de Mestrado de "Enfermagem de Reabilitação" apresentado pela Enfermeira Cláudia Maria Abreu Mesquita constitui uma pesquisa pertinente em termos de medicina de evidência, que poderá ter repercussão na monitorização da importância dos Cuidados de Reabilitação na melhoria da qualidade dos doentes internados na Unidade de Cuidados Paliativos. Assim, após a devida apreciação pela Comissão de Ética, autorizar-se-á a realização do referido estudo na UCP da ULSNE – Macedo de Cavaleiros pretendida pela autora. Declaro que me responsabilizo pela recolha de dados do SClinico, relativos aos doentes selecionados para o estudo e internados naquela unidade durante o período escolhido pela Mestranda, bem como pela anonimização dos mesmos em cumprimento das normas éticas aplicáveis.

Macedo de Cavaleiros, 25/05/2023

A Diretora do Departamento de Cuidados Paliativos e Continuados da ULSNE

(Liseta da Conceição Pereira Gomes Gonçalves)

Anexo VII- Pedido de Autorização á comissão de ética da ULSNE



IdeN.º 32/2023

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

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

Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião de 21 de junho de 2023, foi deliberado pela CE conceder parecer **favorável** ao presente estudo dado o interesse científico do mesmo.

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

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

Maria de Jesus Machado Lopes
Carla Maria Perdigão Martins Grande
Ana Catarina Fernandes Pires
Maria Judite Ramos Marques
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão
Adília Maria Pires da Silva Fernandes
Evangelina da Natividade Camelo Bonifácio Correia da Silva
Maria da Luz Macedo Guerra Santos

Revisão CA 28.06.2023

Quilva
Dr. Carlos Alberto Paz
Presidente do Conselho de Administração

Presidente da Comissão de Ética

[Assinatura]

Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Despacho do P.C.A.: