



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **O papel do Enfermeiro de Reabilitação no Ensino da Autogestão do Linfedema em Pessoas com Cancro da Mama: uma *Scoping Review***

Tânia Mendonça Reigado 29508

Outubro de 2025





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **O papel do Enfermeiro de Reabilitação no Ensino da Autogestão do Linfedema em Pessoas com Cancro da Mama: uma *Scoping Review***

Tânia Mendonça Reigado 29508

## **Estágio com Relatório Final**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 7ª edição

Trabalho realizado sob orientação pedagógica da Professora Doutora Susana Batista  
e coorientação da Professora Doutora Catarina Rodrigues

Outubro de 2025



*“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças”*

Charles Darwin



## **Agradecimentos**

Às Exmas. Senhoras Professora Doutora Susana Batista e Professora Doutora Catarina Rodrigues,  
pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento proporcionadas ao longo deste percurso académico.

À minha família e amigos, que são o meu porto de abrigo, que me acompanharam com compreensão e incentivo ao longo deste percurso, dedico este projeto pessoal e profissional.

Aos Exmos. Enfermeiros Orientadores, que ao longo de todo este percurso proporcionaram a aquisição de competências e partilharam os seus conhecimentos, contribuindo significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional.



## Resumo

**Introdução:** A especialização em Enfermagem de Reabilitação requer aquisição de competências específicas e comuns, de forma a garantir cuidados seguros e de qualidade. Os estágios são fundamentais neste percurso, permitindo aos enfermeiros consolidar habilidades em contextos reais de cuidado e, simultaneamente, desenvolver competências para capacitar a pessoa e os cuidadores, promovendo a autonomia e melhorando a qualidade de vida.

**Objetivos:** Evidenciar o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

**Metodologia:** Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes principais. A primeira parte apresenta a contextualização de cada estágio, seguida de uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas, articuladas com as competências comuns e específicas do EEER. A segunda parte é dedicada à investigação, consistindo numa *scoping review* cujo objetivo principal é mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções educativas, no âmbito da Reabilitação e realizados por enfermeiros, para a autogestão do linfedema na pessoa com cancro da mama.

**Resultados:** Os estágios em contexto Neurológico Vascular e Degenerativo, Neurológico/Traumático, Orto-Traumatológico/Reumatológico, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e na Residência Sénior, foram essenciais para o desenvolvimento de competências fundamentais à prática profissional. Proporcionaram não apenas a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, mas também a assimilação de novas aprendizagens, fomentando uma prestação de cuidados de enfermagem integrada e de qualidade. A componente de investigação revelou-se igualmente crucial, permitindo não apenas a análise crítica da literatura existente, mas também o desenvolvimento de competências na síntese de evidências, identificação de lacunas de conhecimento e fundamentação das decisões clínicas.

**Conclusão:** O estágio possibilitou o desenvolvimento de competências gerais e específicas, refletindo-se de forma direta na qualidade e eficácia dos cuidados diários prestados. A experiência adquirida contribuiu significativamente para o aperfeiçoamento da minha atuação enquanto futura EEER, permitindo a prestação de cuidados mais especializados e fundamentados. Simultaneamente, a componente de investigação possibilitou a análise crítica das intervenções educativas do enfermeiro na autogestão de pessoas com linfedema em pessoas com cancro da mama, promovendo melhorias na qualidade dos cuidados. Foi também identificada uma carência de estudos focados em intervenções educativas nesta área, evidenciando a necessidade de investigação futura.

**Palavras-chave:** Competências; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Reabilitação



## **Abstract**

**Introduction:** The specialization in Rehabilitation Nursing requires the acquisition of both specific and common competencies in order to ensure safe and high-quality care. Placements are essential in this journey, allowing nurses to consolidate skills in real care settings while simultaneously developing competencies to empower patients and caregivers, promoting autonomy and improving quality of life.

**Objectives:** To highlight the process of acquisition, development, and consolidation of the competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

**Methodology:** This work is structured into two main parts. The first part presents the contextualization of each placement, followed by a critical reflection on the activities carried out, linked to the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNRN). The second part is dedicated to research, consisting of a scoping review whose main objective is to map the available scientific evidence regarding educational interventions, within the scope of Rehabilitation and carried out by nurses, for the self-management of lymphedema in individuals with breast cancer.

**Results:** Placements in Vascular and Degenerative Neurological, Neurological/Traumatic, Ortho-Traumatological/Rheumatological contexts, in the Community Care Unit (UCC), in the Integrated Continuous Care Units (UCCI), and in the Senior Residence were essential for the development of competencies fundamental to professional practice. They provided not only the application of acquired theoretical knowledge but also the assimilation of new learning, fostering integrated and high-quality nursing care. The research component proved equally crucial, enabling not only a critical analysis of the existing literature but also the development of skills in evidence synthesis, identification of knowledge gaps, and support for clinical decision-making.

**Conclusion:** The placement enabled the development of both general and specific competencies, directly reflected in the quality and effectiveness of daily care delivery. The experience gained contributed significantly to the enhancement of my practice as a future Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, enabling the provision of more specialized and evidence-based care. At the same time, the research component allowed for the critical analysis of nurses' educational interventions in the self-management of individuals with lymphedema in people with breast cancer, promoting improvements in care quality. A lack of studies focused on educational interventions in this field was also identified, highlighting the need for further research.

**Keywords:** Competencies; Nursing Care; Nurse Specialist and Rehabilitation Nursing



<b>Sumário</b>	
<b>Lista de Tabelas</b>	
<b>Lista de Gráficos</b>	
<b>Lista de Figuras</b>	
<b>Lista de siglas</b>	
<b>Introdução.....</b>	<b>21</b>
<b>Parte 1- Relatório da Componente Clínica.....</b>	<b>25</b>
<b>1 - Enquadramento dos Contextos de Estágio.....</b>	<b>27</b>
1.1- Estágio em Contexto Neurológico Vascular e Degenerativo .....	27
1.2- Estágio em Contexto Neurológico/Traumático .....	29
1.3- Estágio em Contexto Orto-Traumatológico/Reumatológico .....	30
1.4- Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade.....	31
1.5- Estágio em Unidade de Cuidados Continuados Integrados .....	32
1.6- Estágio em Residência Sénior .....	33
<b>2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....</b>	<b>34</b>
2.1- Responsabilidade profissional, ético e legal.....	34
2.2- Melhoria contínua da qualidade.....	35
2.3- Gestão de Cuidados .....	37
2.4- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	38
<b>3 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b>	<b>39</b>
3.1-Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	40
3.2-Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	45
3.3-Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	46
<b>4 - Considerações Finais .....</b>	<b>48</b>
<b>Parte II – Componente de Investigação O papel do Enfermeiro de Reabilitação no Ensino da Autogestão do Linfedema em Pessoas com Cancro da Mama: uma Scoping Review</b>	<b>51</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>53</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>55</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>57</b>
<b>1 - Introdução .....</b>	<b>59</b>
<b>2 - Metodologia.....</b>	<b>61</b>
2.1 - Questão de revisão.....	62
2.2 - Critérios de inclusão .....	62

2.3 - Tipos de fontes .....	63
2.4 - Estratégia de pesquisa .....	63
2.5 – Processo de Seleção de Estudo .....	64
2.6 - Extração de Dados.....	64
<b>3 - Resultados .....</b>	<b>64</b>
<b>4 - Discussão .....</b>	<b>76</b>
<b>5 - Conclusão .....</b>	<b>81</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	
<b>Apêndices</b>	
Apêndice I - Espelho Quadriculado para Reabilitação Facial.....	93
Apêndice II - Intervenção do EEER na Pessoa com Disfagia.....	95
Apêndice III – Tabuleiro de treino motor e cognitivo.....	111



## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Estratégia de PCC e Critérios de Elegibilidade.....	62
Tabela 2 - Frases Booleanas Utilizadas Para Cada Base de Dados.....	63
Tabela 3- Intervenções de natureza educativa/educação para a saúde, promotoras da autogestão do linfedema .....	67
Tabela 4 - Descrição de Categorias .....	72



## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 - Distribuição de Estudos por Ano .....	65
Gráfico 2 - Distribuição de Estudos por País .....	66



## **Lista de Figuras**

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos.....	65
---	----



## **Lista de siglas**

ASIA - American Spinal Injury Association Impairment Scale

AVD - Atividades de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DLM - Drenagem linfática manual

ECD - Exames Complementares de Diagnóstico

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ESSV - Escola Superior de Enfermagem de Viseu

EUA – Estados Unidos da América

HSM - Hospital Sousa Martins

JBH - Joanna Briggs Institute

GUSS - Gugging Swallowing Screen

NHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC - População, Conceito e Contexto

RM - Ressonância Magnética

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RX – Raio-X

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCD – Terapia Complexa Descongestiva

TCE - Traumatismos Crânio Encefálico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULS – Unidade Local de Saúde

UVAC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral



## Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 7.<sup>a</sup> Edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), elaborou-se o presente relatório, integrado na Unidade Curricular de Opção 6: Estágio de Enfermagem de Reabilitação II, constituindo um dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

A realização deste trabalho tem como finalidade apresentar uma análise crítica e contextualizada do trabalho desenvolvido, evidenciando de forma criteriosa os principais aspetos e aprendizagens decorrentes do Estágio II, no âmbito da aquisição de competências em Enfermagem de Reabilitação. O estágio decorreu entre 24/02/2025 a 04/07/2025 e incluiu prática em contexto Neurológico Vascular e Degenerativo, Neurológico/Traumático, Orto-Traumatológico/Reumatológico, em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e outros Contextos. Paralelamente, integrou-se uma investigação intitulada “O papel do Enfermeiro de Reabilitação no Ensino da Autogestão do Linfedema em Pessoas com Cancro da Mama: uma *Scoping Review*”, conforme as recomendações da Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista (EE) é o profissional a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem diferenciados nas respetivas áreas de especialidade. A atribuição deste título implica, além da validação das competências específicas estabelecidas nos Regulamentos de cada especialidade, que o enfermeiro detenha um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

É fundamental que os futuros Enfermeiros Especialistas, no contexto da prestação de cuidados de enfermagem especializada, entendam as particularidades e as especificidades da sua atuação. A realização dos estágios proporciona a oportunidade de aplicar conhecimentos adquiridos de forma prática, no contexto real, facilitando o processo de aprendizagem e permitindo a consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Segundo Lotfi et al. (2020), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve reconhecer que o processo de enfermagem é uma ferramenta essencial na sua prática, uma vez que é através desta que é possível realizar um planeamento de intervenções especializadas e individualizadas para cada pessoa. O processo de enfermagem deverá ter como ponto de partida, uma identificação e avaliação da pessoa, seguindo-se da realização do

diagnóstico de enfermagem, do planejamento de intervenções, da implementação das mesmas e, finalmente, uma avaliação final. A utilização desta ferramenta irá melhorar a qualidade dos cuidados prestados, melhorando a qualidade de vida da pessoa.

A capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação é uma intervenção essencial do EEER. Este processo pode ocorrer de forma gradual, acompanhando as mudanças inerentes ao ciclo vital, ou de forma súbita, na sequência de eventos inesperados. Cabe ao EEER desenvolver estratégias que visam maximizar a autonomia, promover a realização eficaz das Atividades de Vida Diárias (AVD) e fomentar a participação ativa da pessoa nos diversos contextos sociais. Estas intervenções têm um impacto direto na melhoria da percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde e assumem especial relevância nos processos de transição saúde-doença (Sousa et al., 2020).

As teorias que fundamentam este relatório são a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A teoria de Dorothea compreende o autocuidado como a prática de ações realizadas pela própria pessoa para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando, por limitações relacionadas com a saúde, a pessoa se torna parcial ou totalmente incapaz de cuidar de si, surge um déficit de autocuidado. Nesses casos, justifica-se a intervenção de enfermagem, direcionada para colmatar essas necessidades e promover a independência e a autonomia (Queirós et al., 2014). Esta teoria é considerada um pilar científico fundamental para a prática de enfermagem e para a construção da qualidade dos cuidados prestados. Embora a avaliação da capacidade de autocuidado seja uma tarefa transversal a todos os enfermeiros, ela assume um papel de decisão clínica particularmente relevante na prática da Enfermagem de Reabilitação, onde o foco está na promoção da autonomia e na maximização das potencialidades da pessoa (Teixeira et al., 2023). A Teoria de Meleis define a transição como uma mudança significativa que afeta o quotidiano da pessoa, exigindo transformações. Nesse contexto, a enfermagem exerce um papel fundamental ao apoiar a pessoa na gestão desse processo. A Teoria enfatiza que a transição requer adaptação, aquisição de novos conhecimentos e a reconstrução da identidade diante um novo contexto social (Deveci et al, 2022).

A escolha do tema a aprofundar no trabalho de investigação, surgiu no decorrer dos estágios realizados nas áreas de neurologia e ortopedia. Embora a temática não esteja relacionada diretamente com esses contextos, foi possível identificar a presença de várias pessoas com antecedentes de cancro da mama, algumas submetidas previamente a mastectomia e com linfedema. Nessas situações, o EEER desempenha um papel fundamental, realizando

uma avaliação cuidada, com olhar crítico e planeando os cuidados de acordo com as limitações e necessidades da pessoa. Estas experiências despertaram em mim uma reflexão sobre a forma como poderia contribuir para melhorar o bem-estar dessas pessoas, promovendo estratégias de prevenção e gestão do linfedema, através de intervenções educativas.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes principais: a primeira parte apresenta a contextualização de cada estágio, seguida de uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas em articulação com as competências comuns e específicas do EEER. A segunda parte é dedicada à investigação, consistindo numa *scoping review*, cujo objetivo principal é mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções educativas, no âmbito da reabilitação e realizadas por enfermeiros, para a autogestão do linfedema na pessoa com cancro da mama.

A metodologia adotada para a elaboração deste relatório foi o método descritivo, fundamentado com uma análise reflexiva e retrospectiva das experiências vividas ao longo do estágio, complementada por discussões informais, revisão de literatura relevante e pesquisa teórica, em formatos papel e digital.

Este relatório foi elaborado de acordo com o Guia Orientador de Trabalhos Escritos da ESSV (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2021), contemplando os objetivos definidos nos planos de aprendizagem e as estratégias delineadas para a sua concretização.



Parte 1- Relatório da Componente Clínica



## 1 - Enquadramento dos Contextos de Estágio

Os estágios realizados no âmbito dos mestrados têm como finalidade proporcionar uma experiência de formação prática e clínica, orientada por objetivos de nível avançado. Durante este percurso, os estudantes consolidam e expandem os conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo, devendo evidenciar competências de pensamento crítico, planeamento e tomada de decisão em contextos profissionais complexos, culminando na elaboração de um relatório final (ESSV, 2022).

A Unidade Curricular Estágio II e Relatório integra o 2.º Ano e 3.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A componente prática decorreu em diferentes contextos específicos nomeadamente: Neurológico Vascular e Degenerativo (90 horas), Neurológico/Traumático (72 horas), Orto-Traumatológico/Reumatológico (80 horas), em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (82 horas), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) (42 horas) e Outros Contextos (42 horas). No total, o estágio correspondeu a 408 horas de contacto, distribuídas por seis contextos distintos de prática clínica.

Neste capítulo, será realizada a contextualização de cada estágio, destacando as suas características específicas e o papel do EEER em cada contexto. Esta contextualização constitui uma base de reflexão crítica, permitindo associar as experiências vivenciadas ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

### 1.1- Estágio em Contexto Neurológico Vascular e Degenerativo

O estágio em contexto Neurológico Vascular e Degenerativo decorreu no Serviço de Internamento de Medicina Setor B, do Hospital Sousa Martins (HSM), da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULS). Este serviço tem capacidade de internamento para 40 pessoas, existindo 40 camas, distribuídas por 9 quartos, com 4 camas e 4 quartos de isolamento.

A equipa de enfermagem é constituída por 38 Enfermeiros de Cuidados Gerais, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e dois EEER. No turno da manhã existe sempre um EEER que exerce funções das oito da manhã até as quatro da tarde. No que concerne à dotação de Enfermeiros, no turno da manhã é de 1 Enfermeiro Gestor, 1 ou 2 EEER e 8 enfermeiros de cuidados gerais; no turno da tarde é de 5 enfermeiros de cuidados gerais e no turno da noite 3 Enfermeiros de Cuidados Gerais. Aos fins de semana, o EEER apenas exerce funções ao domingo e em sistema rotativo, assegurando os dois Serviços de Internamento de Medicina (Setor A e Setor B) e a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC).

As pessoas admitidas no Serviço de Internamento de Medicina Setor B são acometidas frequentemente pelas seguintes patologias: infecções do trato respiratório, Acidente Vascular Cerebral, insuficiência respiratória parcial (tipo I) ou global (Tipo II), insuficiência cardíaca, lesão renal aguda e cirrose hepática. A admissão da pessoa pode ser feita pelo Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, encaminhados dos serviços de Hospital de Dia ou através da transferência de outros serviços ou hospitais.

Quando iniciei o meu estágio, o serviço encontrava-se em plano de contingência, havendo seis camas suplementares. Isto dificultou bastante o trabalho de toda a equipa, já que o espaço nos quartos, com uma cama extra, ficava muito reduzido não sendo fácil, por vezes, fazer levantar às pessoas sem ter de modificar a organização do mesmo. Para além destas dificuldades, houve uma redução no conforto e privacidade da pessoa doente assim como um aumento de stresse e cansaço na equipa interdisciplinar.

No Serviço de Internamento de Medicina Setor B, existe uma variedade de material disponível para que seja possível prestar cuidados de reabilitação, como por exemplo: monitores, oxigenoterapia de deambulação, bastões, halteres maleáveis de diferentes quilogramas, bandas elásticas, cicloergómetro, cadeiras de rodas, andarilhos, bengalas, espirómetro de incentivo, de fluxo e volumétrico, *acapella*, *flutter*, bandas neuromusculares, dorsolombostato e material para treino de motricidade fina. Existe também um carro de reabilitação que contém: estetoscópio, oxímetro, máscaras, luvas, luvas de palhaço, sondas de aspiração, tubos de *Guedel*, cânulas nasais, máscaras de oxigénio, máscaras de *Venturi*, escovas de higiene oral, copos, colheres, espessante e palhinhas. Considero que o serviço beneficiaria de maior variedade de material de reabilitação, especialmente devido à quantidade de pessoas internadas. No entanto, acredito que a principal necessidade reside na ampliação da equipa de enfermagem de EEER, uma vez que em grande parte dos turnos apenas está presente um EEER.

A existência de protocolos no Serviço de Internamento de Medicina Setor B é de extrema importância e existem dois que foram realizados pelos EEER: um relativo à Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e outro sobre oxigenoterapia. Estes asseguram uma abordagem integrada, minimizam erros e promovem a eficácia e a coordenação na prestação de cuidados, contribuindo para a uniformização e segurança da prática clínica.

A referenciação da pessoa para o EEER é efetuada através da plataforma *SClínico*®, através de comunicação verbal entre médico e EEER, realizando à posteriori a referenciação, ou, na maioria dos casos, através da avaliação autónoma do EEER. Algo bastante positivo e visível no Serviço de Internamento de Medicina B é o reconhecimento da importância das

intervenções do EEER por parte da equipa interdisciplinar, o que me deixou muito contente. Este reconhecimento é extremamente relevante, pois reforça a importância do trabalho e da presença do EEER.

Neste serviço, o EEER assume um papel fundamental na avaliação dos défices que a pessoa apresenta, na formulação dos diagnósticos e no planeamento das intervenções. Para além da implementação dos cuidados, o seu contributo é essencial na preparação da pessoa e do cuidador/família para o regresso ao domicílio, assegurando ainda a referenciação para a comunidade ou para outra instituição que garanta a continuidade dos cuidados de reabilitação, caso se revele necessário.

## 1.2- Estágio em Contexto Neurológico/Traumático

O estágio em contexto Neurológico Traumático decorreu no Serviço de Neurocirurgia da ULS de Viseu Dão-Lafões. Este é um serviço com uma dotação de 24 camas, organizadas da seguinte forma: 2 destinadas a pessoas do setor de infeciologia, 4 destinadas a isolamento, 4 reservadas para cuidados intermédios e 14 para pessoas com diversas patologias Neurológicas-Traumáticas.

A equipa de enfermagem é constituída por um Enfermeiro Gestor, 16 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 4 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 EEER. Existe sempre 1 EEER no turno da manhã, que exerce funções das oito horas às dezasseis horas, todos os dias da semana, sem exceção. No que concerne à dotação de Enfermeiros, no turno da manhã é de 1 Enfermeiro Gestor, um EEER e 5 Enfermeiros de Cuidados Gerais, no turno da tarde, é de 3 Enfermeiros de Cuidados Gerais e no turno da noite 2 Enfermeiros de Cuidados Gerais.

As pessoas admitidas no serviço são acometidas frequentemente pelas seguintes patologias: traumatismos crânio encefálicos (TCE), lesões cerebrais ocupantes de espaço, hidrocefalia, malformações arteriovenosas, meningite, encefalite, aneurismas cerebrais, traumatismos vertebro medulares, canal lombar estreito, entre outras. Esta pode ser feita através do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de cirurgias programadas e, por vezes transferências de outros serviços.

A existência de uma ampla e diversificada documentação para auxiliar o trabalho do EEER foi algo que me surpreendeu positivamente. Este serviço dispõe de um conjunto de recursos e de literatura, sobre temas variados, como: o exame neurológico, escalas aplicáveis à

prática clínica, um livro com exercícios para estimulação cognitiva e sequenciação, um *dossier* detalhado sobre os diferentes tipos de disfagia e folhetos informativos relacionados com temas relevantes para a prestação de cuidados. Todo este material de apoio revelou-se uma ferramenta valiosa, não apenas para facilitar a minha integração no serviço, mas também permitiu fundamentar a tomada de decisão clínica e orientar intervenções mais ajustadas às necessidades da pessoa, em consonância com a competência do EEER em utilizar instrumentos de avaliação e escalas validadas para a avaliação de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados prestados.

No Serviço de Internamento de Neurocirurgia, existe uma variedade de material disponível para que seja possível realizar reabilitação como, por exemplo: elevador de transferência, plano inclinado, cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, bastões, bandas elásticas, espirómetro de incentivo, bola de pilates, espelho para reabilitação facial, material para treino de motricidade fina e jogos didáticos para estimulação cognitiva. Considero que é um serviço que dispõe de bastante material, especialmente no que respeita à estimulação cognitiva, o que é uma mais-valia para a pessoa. No decorrer do estágio, apercebi-me que seria benéfico a existência de um espelho quadriculado para correção postural.

O EEER no Serviço de Neurocirurgia exerce a sua função de forma abrangente, atendendo todas as pessoas sem necessidade de referenciação prévia. Atua de forma autónoma, implementando um plano de reabilitação individualizado, sempre com base na avaliação inicial. O papel deste profissional é amplamente valorizado por parte de toda a equipa interdisciplinar, contribuindo significativamente para o processo de recuperação e qualidade de vida da pessoa internada neste mesmo serviço.

### 1.3- Estágio em Contexto Orto-Traumatológico/Reumatológico

O estágio em contexto Orto-Traumatológico/Reumatológico decorreu no Serviço de Internamento de Ortopedia do HSM, da ULSG. Este é um serviço constituído por 32 camas, das quais 2 são unidades de isolamento com pressão ajustável (positiva/negativa), de acordo com a patologia da pessoa.

A equipa de enfermagem é constituída por um Enfermeiro Gestor, 38 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 1 enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 4 EEER. No que concerne à dotação de Enfermeiros, no turno da manhã é de 1 Enfermeiro Gestor, dois EEER e 6 Enfermeiros de Cuidados Gerais. No turno da tarde, é de 4 Enfermeiros de Cuidados

Gerais e no turno da noite 3 Enfermeiros de Cuidados Gerais. Durante os dias úteis, no turno da manhã, estão sempre presentes 2 EEER, aos fins de semana há apenas 1.

A admissão das pessoas internadas no Serviço de Internamento de Ortopedia é feita, na maioria das vezes, a partir do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, para cirurgias programadas e, por vezes através de transferências de outros serviços. As pessoas internadas no serviço são acometidas frequentemente pelas seguintes patologias: fraturas do fémur, tanto do colo fémur, trocânter, como da diáfise ou dos côndilos.

A organização foi um dos pilares mais evidente no Serviço de Internamento de Ortopedia, facilitando a dinâmica de trabalho e assegurando que as necessidades dos utentes sejam atendidas de forma eficaz e eficiente. A estrutura física do internamento, com instalações adequadas e bem divididas, permite aos profissionais prestarem os cuidados com qualidade, oferecendo conforto, privacidade e segurança ao utente.

No Serviço de Internamento de Ortopedia existe uma variedade de material disponível para que seja possível realizar reabilitação, como por exemplo: elevador de transferência, cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, talas dinâmicas; material de ortótese de coluna e dos membros superiores e inferiores, talas extensoras, artromotor, goniómetros; bandas elásticas, pesos e halteres maleáveis de diferentes quilogramas, bastões e espirómetro de incentivo, de fluxo e volumétrico. Considero que o material disponível é, no geral, suficiente para atender às necessidades dos utentes internados, no entanto, o serviço não dispõe de equipamento específico para treino cognitivo e para o treino da motricidade fina, o que representa uma lacuna importante.

No Serviço de Internamento de Ortopedia, o EEER assume um papel ativo em todo o percurso clínico da pessoa internada, intervindo desde a fase inicial, sem necessidade de referenciação formal. O contributo do EEER traduz-se não apenas na recuperação funcional, mas também na promoção da autonomia e no apoio à adaptação às limitações temporárias ou permanentes, sendo amplamente reconhecido pela equipa de saúde e pelas próprias pessoas internadas.

#### 1.4- Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio relativo à UCC realizou-se na Unidade de Cuidados na Comunidade de Celorico Fornos. Esta unidade tem capacidade para 23 pessoas internadas, estando a lotação nos 80% durante o período de estágio.

A equipa interdisciplinar integra 1 EEER, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, 2 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 1 Fisioterapeuta, 1 Nutricionista, 1 Assistente Social e 1 Psicóloga.

As pessoas internadas nesta unidade provêm, na sua maioria, de hospitais, após alta, e apresentam frequentemente patologias neurológicas (AVC, Parkinson), ortopédicas (fraturas do fémur), cardíacas (insuficiência cardíaca) e respiratórias (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).

A diversidade de patologias que as pessoas internadas experienciam faz com que o EEER intervenha em diferentes áreas, assumindo um papel central na equipa. Este profissional presta cuidados nas áreas da reabilitação funcional, treino motor e estimulação cognitiva, promovendo a independência da pessoa, prevenindo complicações e coordenando intervenções com os demais profissionais da equipa.

Relativamente ao material de reabilitação disponível, encontram-se bastões, halteres, entre outros, sendo que, na maioria das situações, o EEER adapta os recursos necessários às condições e materiais presentes no domicílio da pessoa.

Esta é uma área desafiadora, uma vez que o EEER tem de se adaptar ao domicílio da pessoa, muitas vezes elaborando planos de intervenção personalizados que considerem as condições do ambiente, os recursos disponíveis e as limitações individuais. Esta abordagem exige capacidade de avaliação crítica, criatividade na adaptação de materiais e estratégias, bem como uma comunicação eficaz com a pessoa e a sua família, garantindo a continuidade dos cuidados, a promoção da autonomia e a prevenção de complicações.

### 1.5- Estágio em Unidade de Cuidados Continuados Integrados

O estágio em UCCI decorreu numa Unidade de Longa Duração e Manutenção em Almeida, com capacidade para 30 camas, encontrando-se, durante o período de estágio, com lotação completa.

A equipa interdisciplinar é composta por 1 Médico de Medicina Geral, 1 Fisiatra, 1 Enfermeira Coordenadora, 8 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 1 EEER, 1 Fisioterapeuta, 1 Terapeuta Ocupacional, Técnicos Auxiliares de Saúde, 1 Assistente Social, 1 Psicóloga, Nutricionista e Animador Sociocultural.

As pessoas admitidas nesta Unidade apresentam, na sua maioria, patologias neurológicas degenerativas, demências em fase avançada e sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), o que se traduz em elevados níveis de dependência.

Nesta UCCI, o EEER dispõe de uma sala equipada com diverso material de reabilitação, possibilitando a realização de Reeducação Funcional Respiratória, Reeducação Funcional Motora, treino de equilíbrio, de coordenação e de estimulação cognitiva. Nos casos em que a pessoa não tem capacidade para se deslocar até à sala, as intervenções foram adaptadas e realizadas no quarto, garantindo assim a continuidade dos cuidados de reabilitação.

#### 1.6- Estágio em Residência Sénior

O estágio relativo a “Outros Contextos” realizou-se na Residência Sénior Dona Ana, localizada em Santana da Azinha, no distrito da Guarda, com capacidade para 58 pessoas, encontrando-se, durante o período do estágio, na lotação máxima.

A equipa interdisciplinar é constituída por 1 Médico, 2 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 1 EEER, 1 Fisioterapeuta, Técnicos Auxiliares de Saúde e 1 Animadora Sociocultural.

As pessoas admitidas nesta residência sénior, devido à sua idade avançada, apresentam frequentemente múltiplas patologias, incluindo doenças cardiovasculares, osteoarticulares e musculoesqueléticas, neurológicas e respiratórias crónicas.

O acompanhamento pelo EEER podia ser solicitado à Diretora Técnica ou ao Enfermeiro. Contudo, este profissional assume frequentemente uma intervenção autónoma, sem necessidade de referenciação prévia por parte da restante equipa técnica, assegurando uma resposta adequada e atempada às necessidades identificadas.

O EEER desenvolve a sua intervenção numa sala bem equipada, dispondo de bastões, halteres maleáveis de diferentes pesos, bandas elásticas, cicloergómetro, cadeiras de rodas, espirómetros de incentivo (de fluxo e volumétrico) e material destinado ao treino da motricidade fina, permitindo a implementação de um plano de reabilitação completo e individualizado.

## 2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A competência pode ser definida como a capacidade de atuar de forma responsável e eficaz em situações profissionais específicas, mobilizando conhecimentos, recursos, atitudes e experiências pessoais e profissionais. O desenvolvimento destas competências baseia-se nas experiências vivenciadas, na forma como são ensinadas e na capacidade de analisar a situação e tomar decisões fundamentadas (Amaral & Figueiredo, 2021).

O Enfermeiro Especialista (EE), de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialidade.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se definidas no Regulamento n.º 140, publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019 (p.4745), são elas:

- *Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;*
- *Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;*
- *Competências do domínio da gestão dos cuidados;*
- *Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.*

Na análise que se segue, será realizada uma reflexão sobre os quatro domínios de competências do Enfermeiro Especialista.

### 2.1- Responsabilidade profissional, ético e legal

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, espera-se que o EEER exerça a sua prática de forma profissional, ética e legal, atuando em conformidade com as normas legais em vigor, os princípios éticos e a deontologia da profissão. Compete-lhe, ainda, assegurar cuidados que salvaguardem os direitos humanos da pessoa e que reflitam a responsabilidade inerente ao seu exercício especializado (Regulamento n.º 140/2019).

O início do estágio despertou em mim um misto de entusiasmo e ansiedade. Apesar de exercer funções como Enfermeira de Cuidados gerias há sete anos, tinha a consciência de que assumir o papel de EEER seria um grande desafio. Este profissional desempenha frequentemente uma função central na equipa interdisciplinar, articulando com os diferentes

elementos e necessitando de um conhecimento profundo da pessoa alvo das suas intervenções (Regulamento n. °140/2019).

No decorrer do período de estágio, procurei estabelecer uma relação empática com a pessoa, respeitando os seus direitos, as suas fragilidades e a sua dignidade, adotando uma abordagem holística. Para alcançar essa empatia, é fundamental recorrer a uma comunicação eficaz, elemento essencial, na interação entre o enfermeiro e a pessoa, constituindo uma componente central dos cuidados de enfermagem. Quando centrada na pessoa, a comunicação torna-se terapêutica, promovendo confiança e respeito mútuo ao longo do processo de cuidados, e permitindo práticas que respondam às necessidades, preocupações e preferências das pessoas e dos seus cuidadores (Kwame & Petrucka, 2021).

No exercício da minha prática clínica, procurei assegurar a obtenção do consentimento informado de todas as pessoas que foram alvo da minha intervenção. O estágio realizado no Serviço de Internamento Medicina Setor B constituiu um desafio, uma vez que algumas das pessoas internadas não tinham capacidade para fornecer o seu consentimento, devido às limitações impostas pela sua patologia. Nesses casos, recorreu-se ao consentimento presumido, garantindo que as intervenções fossem realizadas de forma ética, responsável e de acordo com os princípios legais e deontológicos da profissão.

No contexto do estágio realizado na Residência Sénior, verifiquei que, por vezes, algumas pessoas recusavam realizar o plano de reabilitação proposto. Nesses casos, apesar de ter incentivado a participação e esclarecido os benefícios do plano, respeitei sempre a decisão das mesmas.

No desempenho das suas funções, os Enfermeiros devem agir de forma ética e responsável, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O respeito pelos direitos humanos, assim como o cumprimento das responsabilidades profissionais, constituiu e continua a constituir um princípio orientador da minha prática de enfermagem, servindo como referência central para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER.

## 2.2- Melhoria contínua da qualidade

Segundo o Regulamento n. °140/2019, o EEER deve assumir um papel ativo na promoção e implementação de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, contribuindo para o desenvolvimento de práticas de qualidade. Deve participar na

gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, assegurando simultaneamente um ambiente terapêutico seguro e favorável à recuperação das pessoas.

Durante o período de estágio no Serviço de Internamento de Ortopedia, participei em dois projetos que contribuíram significativamente para o desenvolvimento desta competência. O Projeto “Enfermagem Transversal” tem como objetivo garantir que as pessoas tenham acesso rápido e gratuito a produtos de apoio, especificamente ortóteses para imobilização da coluna (dorsolombostato), permitindo reduzir períodos prolongados de internamento de pessoas com fratura da coluna dorsolombar, sem indicação cirúrgica no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. Paralelamente, participei no projeto Terapêutica Ocupacional Multidisciplinar com Benefício na Osteoporose (TOMBO), que visa colmatar lacunas no diagnóstico e tratamento da osteoporose, com especial enfoque na prevenção secundária após a primeira fratura. Neste projeto, foram aplicados instrumentos de avaliação padronizados, como o Time Up and Go Test, Sit to Stand, teste de marcha, Índice de Barthel e Escala de Morse corroborando Batista et al. (2022), permitindo a avaliação sistemática e monitorização de resultados. Estas experiências reforçaram a relevância da implementação de práticas baseadas em evidências, da avaliação contínua e da melhoria sistemática dos cuidados prestados, evidenciando a importância do papel do EEER na promoção da qualidade e segurança do cuidado.

Com vista à promoção da melhoria contínua dos contextos de estágio, foram desenvolvidas várias iniciativas em cada um deles. No estágio em contexto Neurológico, identifiquei a necessidade de o Serviço dispor de um espelho quadriculado, ferramenta importante para auxiliar as pessoas com paresia facial central ou periférica na execução dos exercícios musculares faciais, assim como na reeducação postural global. Com o intuito de colmatar esta falha, elaborei um espelho quadriculado (Apêndice I), que poderá ser utilizado no Serviço de Internamento de Medicina Setor B. Este recurso permite que as pessoas visualizem e compreendam melhor os movimentos que estão a realizar, ajudando na sua consciencialização. Além disso, contribuí para a promoção da simetria facial e para a melhoria da mobilidade dos músculos da face. Acredito que esta ferramenta será integrada nas intervenções do EEER, trazendo benefícios para as pessoas e melhorando a sua qualidade de vida.

No estágio realizado na Neurocirurgia, eu e a minha colega de estágio, elaborámos uma revisão narrativa da literatura, sobre a “Intervenção do EEER na Pessoa com Disfagia” (Apêndice II), o qual incorpora um plano de cuidados, com imagens ilustrativas dos exercícios que devem ser ensinados, instruídos e treinados à pessoa com disfagia.

As pessoas internadas no Serviço de Internamento de Ortopedia são, muitas vezes, pessoas com idade avançada que apresentam múltiplos antecedentes clínicos, incluindo Demência, *Alzheimer*, *Parkinson*, entre outros. Durante o estágio, eu e a minha colega identificámos a necessidade de o serviço dispor de mais recursos que contribuíssem para o desenvolvimento da motricidade fina em utentes com essa limitação, de forma a estimular e melhorar a mesma. Com este propósito, concebemos um tabuleiro com diversas atividades destinadas à estimulação da motricidade fina e da orientação espacial e temporal do utente. O tabuleiro inclui *tupperwares* pequeninos, cada um com uma abertura, acompanhados de botões para serem inseridos nos diferentes *tupperwares*. Além disso, incorporámos fechos para treino de abrir e fechar e diversas letras para auxiliar na orientação espacial e temporal do utente (Apêndice III). Acredito que este material será uma ferramenta prática e eficiente para o EEER utilizar nas suas intervenções, permitindo um plano mais direcionado e lúdico.

Considero que as iniciativas desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio permitiram identificar necessidades, implementar soluções e criar recursos que visam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Através destas ações, foi possível refletir sobre práticas existentes, adaptá-las às necessidades individuais das pessoas e propor estratégias que promovam intervenções mais eficazes e seguras. Estas experiências contribuíram significativamente para a consolidação da competência de melhoria contínua da qualidade, reforçando a importância da inovação e da avaliação constante da prática do EEER.

### 2.3- Gestão de Cuidados

Relativamente à gestão de cuidados, o EE é responsável por gerir os cuidados de enfermagem, promovendo a eficiência da equipa e assegurando a articulação com a restante equipa. Compete-lhe ainda ajustar a liderança e a utilização dos recursos às necessidades específicas de cada situação e contexto, garantindo, assim, a prestação de cuidados com qualidade e segurança (Regulamento n.º 140/2019).

A equipa pluridisciplinar é constituída por profissionais de diferentes áreas e especialidades, que colaboram de forma integrada com um objetivo comum, sendo que cada membro aporta uma abordagem específica à reabilitação da pessoa (Santos, 2021).

A participação nas reuniões multidisciplinares dos Serviços de Internamento de Medicina Setor B, Neurocirurgia e Ortopedia constituiu uma oportunidade concreta para desenvolver esta competência. No Serviço de Internamento de Medicina Setor B, estas reuniões

assumiram particular relevância, uma vez que integravam vários elementos da equipa pluridisciplinar incluindo o Diretor Clínico, Médicos Especialistas e Internos, Enfermeiro Gestor, o EEER, Enfermeiro de Cuidados Gerais, 1 elemento da Equipa de Gestão de Altas (EGA) e 1 Assistente Social. Estes momentos revelaram-se fundamentais para a articulação entre profissionais, permitindo discutir casos clínicos de forma a garantir cuidados holísticos, coordenados, personalizados e de qualidade. A constante solicitação do parecer do EEER por parte da equipa interdisciplinar, em especial da EGA, reforça o reconhecimento da sua relevância na gestão da transição entre níveis de cuidados e na promoção da continuidade assistencial. Para além de gratificante, este reconhecimento evidencia a importância da Enfermagem de Reabilitação no processo de alta hospitalar e no contributo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

No Serviço de Internamento de Medicina Setor B, conforme descrito anteriormente, ao iniciar o estágio, este encontrava-se em plano de contingência, o que resultou num acréscimo da capacidade de internamento. Esta situação proporcionou-me a oportunidade de desenvolver competências na gestão dos cuidados, adaptando-os às necessidades e prioridades identificadas para cada pessoa.

Perante estas limitações, procurei reorganizar o espaço e articular-me com a equipa para assegurar o bem-estar e a segurança das pessoas. Esta experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências de gestão e adaptação, reforçando a capacidade de atuar de forma eficaz em contextos desafiantes.

#### 2.4- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com o Regulamento n. °140/2019, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, bem como a capacidade de fundamentar a prática clínica em evidência científica, constituem competências do EE.

A prática baseada em evidência constitui uma abordagem que procura otimizar a forma como os resultados de investigação científica de elevada qualidade são obtidos, analisados e aplicados à prática clínica, com o objetivo de promover melhores decisões em saúde. Esta prática permite uniformizar critérios na condução, avaliação, divulgação e utilização da investigação, potenciando a sua integração nos cuidados e nas políticas de saúde. Além disso, implica um processo de tomada de decisão consciente e fundamentado, que combina as

melhores evidências científicas disponíveis com as preferências e características da pessoa, bem como com os recursos existentes (Steglitz et al., 2015).

No estágio realizado na Serviço de Internamento de Medicina Setor B, algumas pessoas internadas apresentavam um elevado grau de dependência, tornando essencial uma atenção redobrada ao seu posicionamento terapêutico. Durante o estágio, participei ativamente na partilha de conhecimentos e no ensino de técnicas de posicionamento e de princípios de mecânica corporal com outros profissionais, promovendo não apenas a segurança e o bem-estar das pessoas, mas também o desenvolvimento profissional da equipa, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados prestados.

Na minha prática, procurei que as intervenções fossem fundamentadas em evidência científica, validando-as sempre com os enfermeiros orientadores. Baseei-me, tanto nos conteúdos teóricos e práticos lecionados durante o mestrado, como em livros, artigos e outras publicações na área da Enfermagem de Reabilitação. Discuti e refleti regularmente com o orientador, garantindo que todas as dúvidas fossem esclarecidas e que fossem tomadas as melhores decisões clínicas.

### **3 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Na análise das competências específicas do EEER em Portugal, em comparação com os quadros teóricos, correntes filosóficas e conceitos centrais da disciplina, verifica-se que a sua ação vai muito além da simples recuperação das funções corporais. Nesta perspetiva, a pessoa e a família emergem como foco principal da intervenção, com o objetivo de otimizar os processos de transição e adaptação à nova condição de saúde e aos desafios decorrentes das alterações funcionais associadas à deficiência. A finalidade desta abordagem é reduzir as limitações na participação social e promover a integração, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Esta visão está alinhada com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que enfatiza a necessidade de os cuidados de saúde serem organizados em função das necessidades e expectativas das pessoas e comunidades, e não exclusivamente centrados nas doenças (Padilha et al., 2021).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação encontram-se definidas no Regulamento n. °329/2019, publicado em Diário da República a 3 de maio de 2019 (p. 13566), sendo elas:

- *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;*
- *Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;*
- *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.*

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

A competência supracitada integra diversas unidades de competência, nomeadamente: a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; a conceção de planos de intervenção orientados para a promoção de capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade; a implementação das intervenções planeadas, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções nos domínios motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; e, por fim, a avaliação dos resultados decorrentes das intervenções realizadas (Regulamento n. °392/2019).

No decorrer dos estágios, para realizar um planeamento de cuidados e garantir uma atuação adequada, comecei por realizar uma colheita de dados clara e objetiva, tendo como recurso o processo da pessoa em formato digital (SCLínico®), bem como a análise e interpretação dos Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) (Raio-X (RX), Tomografia Axial Computorizada (TAC), Ressonância Magnética (RM) e as análises laboratoriais). Além disso, recorri à entrevista com a pessoa, o que permitiu a recolha de muitas informações importantes. Este processo permite a formulação de diagnósticos de enfermagem, priorizando intervenções e permitindo a elaboração de um plano de cuidados individualizado e eficaz (Toney-Butler & Unison-Pace, 2023).

Considero este momento de máxima importância, visto ser o ponto de partida para a elaboração de um plano de cuidados individualizado. A partir desta avaliação inicial, tive oportunidade de aprimorar a minha capacidade de interpretar os ECD, com apoio e orientação dos Enfermeiros orientadores. Um exemplo prático ocorreu no Serviço de Internamento de Ortopedia. Quando a pessoa era internada com diagnósticos de fratura do colo do fémur, visualizava sempre o RX, tanto antes da cirurgia, como após a colocação da prótese. Para iniciar o plano de Reabilitação Motora era necessário analisar cuidadosamente o RX e, caso surgisse dor ou outro sintoma, o exame era repetido. O EEER avaliava novamente, em conjunto com a

equipa médica, para identificar possíveis alterações que impedissem a progressão segura do plano. Este processo permitiu-me não só perceber os resultados dos exames, mas também interpretar as informações de maneira crítica, aplicando o conhecimento adquirido para elaborar um plano de cuidados de forma precisa e personalizada.

A recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação foi realizada através de diferentes instrumentos, escolhidos em função dos objetivos de cada avaliação. Ao longo dos vários contextos de estágio, recorri a diversas escalas e ferramentas que se revelaram um suporte essencial para a prática clínica, permitindo obter informações relevantes, orientar a intervenção e monitorizar a evolução das pessoas alvo de cuidados. Entre os instrumentos mais utilizados destacaram-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG), aplicada em todas as pessoas que necessitavam de avaliação e monitorização do estado neurológico, permitindo detetar precocemente alterações clínicas; o Índice de Barthel foi utilizado nos diversos contextos de estágio, permitindo avaliar a função (independência funcional) em diferentes AVD, bem como acompanhar a evolução da pessoa ao longo do internamento; e a Escala de Medical Research Council, que permitiu mensurar a força muscular de forma padronizada, sendo útil para monitorizar progressos ou regressões durante o internamento. Para as pessoas com suspeita de disfagia, recorreu-se à *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), que permitiu identificar o risco e adaptar a consistência alimentar. Para avaliar o equilíbrio, aplicou-se a Escala de Equilíbrio de *Berg*, sendo posteriormente executados, ensinados, instruídos e treinados exercícios para o equilíbrio estático e dinâmico.

No estágio em Neurocirurgia, foi ainda possível aplicar outros instrumentos específicos, nomeadamente a *American Spinal Injury Association Impairment Scale* (ASIA), que avalia o nível e a gravidade da lesão medular; o *Mini-Cog*, utilizado para verificar o estado cognitivo e rastrear possível deterioração cognitiva; a Escala de *Mini-Mental*, que avalia a função cognitiva global e a Escala de Rancho Los Amigos, que permite uma avaliação cognitiva e comportamental de pessoas com TCE.

A utilização destas ferramentas possibilitou a realização de uma avaliação inicial rigorosa e sistemática, permitindo não só identificar necessidades específicas das pessoas, como também monitorizar a sua evolução funcional. Este processo contribuiu para a elaboração e constante atualização de planos de cuidados individualizados, adequados às condições clínicas e às particularidades de cada pessoa. Assim, assegurou-se uma intervenção centrada na pessoa, promotora da sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Pereira et al. (2024) corroboram esta abordagem, destacando que, durante a avaliação inicial, o Enfermeiro realiza

uma análise abrangente da saúde da pessoa, identificando atividades de vida afetadas e os fatores que as influenciam. Esta etapa requer competências clínicas avançadas, avaliação holística e habilidade de comunicação interpessoal.

Embora o foco do Estágio II não seja direcionado para a área respiratória, em todos os contextos de estágio foi frequente a avaliação de pessoas com patologias do foro respiratório. Com o objetivo de garantir uma abordagem holística, a avaliação inicial incluiu um exame físico completo do tórax, englobando inspeção, palpação e auscultação. Apesar de já ter realizado anteriormente um estágio especificamente na área respiratória, foi também no estágio II que tive oportunidade de consolidar conhecimentos e aperfeiçoar diversas técnicas de RFR. Entre as intervenções realizadas destaco a reeducação diafragmática, a aspiração de secreções e o ensino da tosse e de inaloterapia. Sendo esta uma área que gosto muito, proporcionou-me não apenas a oportunidade de consolidar conhecimentos, mas também de desenvolver maior eficácia nas intervenções realizadas.

No estágio em contexto ortopédico, tive a oportunidade de assistir a uma cirurgia no Bloco Operatório. Esta experiência permitiu-me observar todo o procedimento cirúrgico, nomeadamente a colocação de uma Cavilha *Affixus* (diagnóstico: fratura da diáfise do fémur), a libertação e transposição anterior do nervo cubital (diagnóstico: síndrome do nervo cubital) e colocação de raí com placa e parafusos (diagnóstico: fratura do tornozelo). Esta experiência foi muito importante para o meu crescimento profissional, visto que me proporcionou a observação do material utilizado neste tipo de fraturas e compreender aspetos anatómicos das mesmas, o que permitiu aprofundar o meu conhecimento. Após a ida ao bloco operatório, foi possível acompanhar as pessoas no pós-operatório, o que possibilitou aplicar um programa de reabilitação desde o primeiro dia. Toda esta experiência foi enriquecedora, pois permitiu observar de perto a rápida evolução, em poucos dias, reforçando a importância de uma abordagem integrada e precoce da reabilitação.

Após a realização da avaliação inicial, procedi à formulação de diagnósticos de enfermagem e à conceção de planos de intervenção específicos para cada pessoa. Estes planos eram sempre discutidos com os Enfermeiros orientadores, num espaço de reflexão que considerei muito útil para validar a pertinência dos diagnósticos formulados e das intervenções propostas. Para cada plano, analisei cuidadosamente as alterações ou défices apresentados pelas pessoas, justificando a formulação de cada diagnóstico e a escolha das intervenções especializadas.

As disfunções urinárias afetam cerca de 85% das pessoas com Lesão Medular, impactando significativamente vários aspetos da sua vida, sendo a incontinência urinária um dos desafios mais frequentes. A prestação de cuidados a estas pessoas deve envolver uma equipa interdisciplinar, na qual o EEER desempenha um papel crucial na capacitação do indivíduo para a execução de técnicas de gestão vesical (Faleiros et al., 2021). O estágio na Neurocirurgia permitiu-me contactar com uma pessoa com diagnóstico de espondilose lombar e hérnia discal em L3/L4. Após a aplicação da escala ASIA, confirmou-se alteração da sensibilidade e da função motora na raiz nervosa de L4. Sendo comum a ocorrência de bexiga neurogénica em pessoas com estas condições, procedi à avaliação do volume residual urinário, utilizando o *Bladder Scanner*, após a micção espontânea da pessoa. Foi identificado um volume residual significativo de 600 mililitros, evidenciando a necessidade de uma intervenção específica para prevenir complicações. O plano inicial incluía a realização de ensinamentos sobre hidratação adequada e a definição de horários regulares para esvaziamento vesical. No entanto, após discussão com a equipa interdisciplinar, e considerando que a pessoa seria submetida a intervenção cirúrgica, optou-se por proceder à cateterização vesical como medida temporária, garantindo o esvaziamento completo da bexiga e a redução de riscos imediatos. Esta experiência foi muito enriquecedora, pois permitiu-me compreender a importância de uma avaliação minuciosa e da tomada de decisões baseadas numa abordagem interdisciplinar. Adicionalmente, reforçou o meu papel como futura EEER, destacando a relevância de intervenções preventivas e educativas direcionadas para a segurança e promoção da qualidade de vida da pessoa.

A estimulação cognitiva foi realizada diariamente em muitas pessoas internadas no Serviço de Internamento de Neurocirurgia. Esta abordagem teve como objetivo estimular funções cognitivas como a memória, a atenção e a concentração, frequentemente afetadas por lesões neurológicas. O facto de este serviço dispor de uma ampla variedade de materiais e recursos específicos para estas atividades foi essencial para a eficácia das intervenções. Esta experiência reforçou a importância de uma abordagem integrada, que combina a estimulação motora e cognitiva no cuidado à pessoa com afeção neurológica. Além disso, consolidou o meu papel enquanto futura EEER, sublinhando a relevância de intervenções individualizadas, contínuas e orientadas para a promoção da qualidade de vida.

No estágio realizado nos Serviços de Internamento de Medicina Setor B e Ortopedia, durante a avaliação inicial e a implementação do plano de cuidados, foi possível observar que algumas pessoas com antecedentes de cancro da mama apresentavam sinais de linfedema, o

que limitava a execução de determinados exercícios, sobretudo ao nível do membro superior homolateral. Esta constatação levou-me a refletir sobre a importância de uma intervenção educativa precoce e preventiva, não apenas no tratamento do linfedema já instalado, mas também na promoção da autogestão, permitindo às pessoas adotarem estratégias que previnam o seu surgimento ou controlem e melhorem a condição quando já existente.

A utilização do artromotor despertava em mim um grande interesse, uma vez que nunca tinha utilizado este dispositivo. O Serviço de Internamento de Ortopedia dispõe de dois artromotores, sendo um deles mais recente. As Enfermeiras orientadoras explicaram-me detalhadamente o funcionamento do equipamento e, após essa orientação, não senti dificuldades na sua aplicação. Foi possível utilizar o artromotor diariamente, o que permitiu melhorar a mobilização passiva da articulação do joelho, contribuindo para a manutenção da amplitude de movimento, prevenindo a rigidez articular e acelerando o processo de recuperação funcional dos utentes. Esta experiência permitiu-me ganhar confiança no manuseio deste dispositivo.

Concluída a implementação do programa de reabilitação, a realização da avaliação dos resultados decorrentes das intervenções realizadas assume um papel crucial, já que permite não apenas reajustar o plano de cuidados, se necessário, mas também observar os resultados alcançados. Este processo de avaliação é muito enriquecedor, pois os objetivos e estratégias são definidos em conjunto com as pessoas, sempre que o seu estado clínico permita, promovendo a participação ativa e reforçando o compromisso com o processo de reabilitação.

É particularmente gratificante quando são as próprias pessoas a reconhecer as melhorias alcançadas, mesmo antes de o EEER abordar o tema. Durante os programas de RFM, por exemplo, observei frequentemente este fenómeno: pessoas que no início apenas conseguiam dar alguns passos e que com o decorrer do programa de preabilitação, passaram a percorrer distâncias progressivamente maiores, com maior equilíbrio e até ganhos em capacidade para realizar treino de escadas. Estes resultados, além de constituírem uma grande fonte de motivação para as pessoas, foram igualmente muito gratificantes para mim. A capacidade de voltar a andar representa, muitas vezes, a sua maior ambição e, através da intervenção do EEER, é frequentemente possível concretizar esse objetivo.

Na aplicação do plano de cuidados, procurei sempre envolver a pessoa em todas as etapas do processo, explicando de forma clara e sucinta os procedimentos a serem realizados e solicitando a sua colaboração, para que esta participasse ativamente no seu processo de recuperação. A Terapia de Orientação para a Realidade foi aplicada ao longo do estágio,

permitindo que as pessoas mantivessem ou recuperassem a noção do tempo, do espaço e da identidade pessoal, aspetos essenciais para a reabilitação cognitiva. Esta abordagem foi complementada por uma prática humanizada, respeitosa e centrada na pessoa.

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

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, o EEER elabora e implementa programas de treino de AVD, com o objetivo de promover a adaptação às limitações de mobilidade, maximizar a autonomia e a qualidade de vida, assim como fomentar a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

A atuação do EEER assenta em três pilares: cuidar, capacitar e maximizar. Nesta perspetiva o EEER pode substituir temporária ou permanentemente a pessoa na execução das AVD ou desenvolver intervenções que promovam a sua funcionalidade. Além disso, transmite conhecimentos e treina competências, tanto da própria pessoa, como dos cuidadores formais ou informais, de modo a favorecer a prática de um autocuidado autónomo e independente (Teixeira et al., 2023).

No estágio de Neurocirurgia, observei que muitas pessoas apresentavam lesões ocupantes de espaço, particularmente na região frontal, o que se traduzia em dificuldades no planeamento e na organização sequencial das atividades. Estas limitações têm um impacto significativo no dia-a-dia das mesmas, tornando essencial o treino de AVD, que permite promover a independência, desenvolver estratégias compensatórias e preparar a pessoa para a alta clínica, garantindo maior autonomia e segurança no domicílio.

Durante o treino de AVD, foi recorrente observar que, muitas pessoas não se olhavam, ao espelho há muito tempo. Embora frequentemente seja considerada uma atividade básica e muitas vezes desvalorizada por parecer banal, esta prática é de extrema importância e deve ser sempre valorizada. Um dos momentos que me recordo, enquanto estava a realizar treino de higiene, foi quando a pessoa se viu ao espelho e comentou emocionada “Que bom! Já não me lembrava de me ver ao espelho”. Este momento foi impactante, não apenas para a pessoa, mas também para mim, pois percebi como uma intervenção simples pode ter um efeito tão positivo. Ver um sorriso no seu rosto após esta intervenção reforçou a diferença que faz a intervenção do EEER, visto que é através de momentos como estes que é possível perceber a verdadeira essência do trabalho desenvolvido pelo EEER.

No Serviço de Internamento de Ortopedia, os ensinamentos destacaram-se como uma das principais intervenções, sendo realizados de forma detalhada, tendo em conta todo o contexto individual da pessoa. Foi neste campo de estágio que percebi a relevância de uma abordagem minuciosa e consegui aprimorar a minha capacidade de realizar este tipo de intervenção. Os ensinamentos são agendados previamente com o cuidador/familiar e são realizados de forma prática e interativa, simulando a realização das AVD, como se a pessoa já estivesse no domicílio. Este processo inicia-se com uma avaliação das condições habitacionais, através de perguntas direcionadas ao cuidador/familiar, para adaptar os ensinamentos à sua realidade. O cuidador/familiar é incentivado a participar ativamente no treino realizado, garantindo que este se encontra capacitado para a prestação de cuidados à pessoa. Considero que a importância atribuída aos ensinamentos neste serviço é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados e para capacitar os cuidadores/familiares, promovendo a autonomia e a segurança da pessoa após a alta.

A experiência do estágio realizado em UCC permitiu observar as condições habitacionais das pessoas, realizar ensino e treino das AVD, bem como identificar barreiras arquitetónicas e sugerir algumas melhorias, tais como a substituição de banheira por polibano, a remoção de tapetes e a reorganização do mobiliário ou objetos que dificultem a circulação nos corredores. A intervenção teve como objetivo otimizar a funcionalidade, a autonomia e a segurança da pessoa.

As experiências vivenciadas durante o estágio contribuíram significativamente para a aquisição da competência do EEER em capacitar pessoas com limitações funcionais ou cognitivas. Através do treino de AVD, do ensino a cuidadores/familiares e da adaptação do ambiente, foi possível apoiar a pessoa na superação de barreiras, promovendo a sua autonomia, participação social e reintegração no seu dia-a-dia. Estas intervenções demonstram como a atuação especializada em enfermagem de reabilitação favorece a independência funcional, reforça a cidadania e melhora a qualidade de vida.

### 3.3-Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A competência de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, engloba a conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, avaliação contínua dos resultados obtidos e reajuste dos programas conforme necessário para alcançar os objetivos esperados (Regulamento n.º 392/2019).

A reabilitação da pessoa com traqueotomia sempre suscitou em mim algum receio e dificuldade devido à complexidade dos cuidados envolvidos. No entanto, durante o estágio, tive oportunidade de implementar um plano de reabilitação a pessoas com traqueotomia. Este plano incluiu cuidados à traqueotomia, RFR e treino com válvula fonatória. Ao longo deste processo, foi possível observar uma evolução notória. Inicialmente, a pessoa não tolerava o uso da válvula fonatória, apresentando sinais de dificuldade respiratória (SDR). No entanto, no final do internamento, já conseguia fazer uso da mesma durante dezasseis horas diárias e era capaz de expressar algumas palavras simples. Este progresso evidenciou, de forma clara, a importância da intervenção do EEER e foi, para mim, uma experiência de grande aprendizagem e gratificante, reafirmando o impacto positivo de um plano de reabilitação bem estruturado e adequado às necessidades da pessoa.

Segundo Lourenço et al. (2021), no período pré-operatório, avaliar o potencial de reabilitação da pessoa, assim como a sua capacidade de aprender e adquirir competências, permite antever a necessidade de apoio por parte do cuidador ou familiar, seja para complementar os cuidados ou, em casos mais graves, para assumir funções que a pessoa não consiga realizar. Além disso, a informação sobre os equipamentos necessários e sobre os recursos de apoio disponíveis ajuda a planear intervenções mais seguras e eficazes, garantindo a autonomia e a qualidade de vida da pessoa durante o processo de recuperação.

No estágio em contexto ortopédico, o EEER desempenha um papel crucial no pré e pós-operatório do utente. Desde o primeiro dia de internamento, foram ensinados, instruídos e treinados exercícios musculares e articulares. Os exercícios incluíram flexão plantar e dorsiflexão, exercícios isométricos de fortalecimento dos grandes glúteos e isquiotibiais, flexão extensão da anca e flexão/extensão do joelho. Esta intervenção precoce é de extrema importância, uma vez que promove a ativação muscular, a manutenção da amplitude de movimento, a prevenção de complicações e prepara o utente para a mobilização pós-operatória.

No segundo dia pós-operatório, sempre que a pessoa apresentasse estabilidade clínica, era realizado o primeiro levante e treino de verticalização. Caso esta colabore e tenha capacidade, inicia-se também o treino de equilíbrio e marcha. Durante esta intervenção, ensinei, instruí e treinei o utente sobre a técnica de transferência, técnicas de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e ortostática, treino de *push-ups*, treino de verticalização e treino de marcha. Todas estas intervenções promovem a independência do utente, previnem complicações decorrentes da imobilidade e incentivam a sua confiança na realização das AVD, contribuindo para uma recuperação rápida e segura.

Aquando da realização do levante, para pessoas que apresentavam alterações da sensibilidade profunda, foi utilizada a bola de propriocepção como recurso para promoção da recuperação dessa função. O seu uso contribuiu para fortalecer os músculos estabilizadores, facilitando a reeducação postural e a funcionalidade global da pessoa.

Tive oportunidade de realizar treino de marcha e treino de subir e descer escadas com diversas pessoas, assumindo um papel de grande relevância, já que muitos utentes consideram a recuperação da marcha uma das metas mais desejadas no processo de reabilitação. Esta intervenção exigiu uma monitorização da pessoa, durante a execução do programa, garantindo uma avaliação precisa do desempenho funcional, da tolerância ao esforço e da segurança durante a atividade. A monitorização incluiu a avaliação da frequência cardíaca, da saturação periférica de oxigénio e da aplicação da Escala de *Borg*. Além disso, foi possível acompanhar os progressos e ganhos obtidos, reforçando o impacto positivo das estratégias adotadas no programa de reabilitação.

O estágio realizado em contexto de UCC permitiu a implementação de planos de exercício físico no domicílio da pessoa, o que proporcionava maior conforto e tranquilidade, por se encontrar num ambiente familiar. Esta abordagem contribuiu significativamente para aumentar a motivação e a adesão às intervenções propostas, potencializando a continuidade dos exercícios no quotidiano e, conseqüentemente, otimizando os resultados do plano de cuidados de reabilitação.

Todas estas experiências permitiram-me contribuir ativamente para a maximização da funcionalidade e para o desenvolvimento das capacidades das pessoas, assegurando uma abordagem centrada na sua recuperação e qualidade de vida.

#### **4 - Considerações Finais**

O presente relatório descreveu experiências vivenciadas durante os estágios, refletindo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. A realização deste relatório possibilitou uma reflexão aprofundada sobre as experiências e evidenciou a importância das competências específicas e comuns na prática clínica.

Os estágios permitiram o desenvolvimento de estratégias e capacidades avançadas de enfermagem, promovendo o autoconhecimento, a tomada de decisão em contextos complexos

e o fortalecimento do trabalho em equipa. A postura proativa, a curiosidade constante e o empenho contribuíram de forma decisiva para o alcance dos objetivos pretendidos.

Durante o estágio, a minha atuação não se limitou apenas à aquisição de competências, mas procurei prestar cuidados adequados às necessidades de cada pessoa, considerando as suas condições clínicas, com base nos conhecimentos adquiridos, com aplicação de uma prática baseada na evidência.

Considero que ao longo do estágio, ganhei autonomia, o que me permitiu tomar decisões de forma mais confiante e responsável. Esta evolução no meu processo de aprendizagem foi fundamental para a aquisição de competências enquanto futura EEER.



Parte II – Componente de Investigação O papel do Enfermeiro de Reabilitação no Ensino da Autogestão do Linfedema em Pessoas com Cancro da Mama: uma *Scoping Review*



## Resumo

**Introdução:** O linfedema associado ao cancro de mama é uma complicação comum que afeta a qualidade de vida. A reabilitação contribui para minimizar os impactos da doença e dos efeitos colaterais dos tratamentos. A educação realizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é fundamental para capacitar a pessoa na autogestão do linfedema, promovendo a adesão às práticas preventivas e terapêuticas.

**Objetivo:** Mapear as intervenções educativas, no âmbito da reabilitação e realizadas por Enfermeiros, para a autogestão do linfedema na pessoa com cancro da mama.

**Métodos:** *Scoping Review*, com base no modelo de *Joanna Briggs Institute (JBI)*. A questão de investigação foi formulada com base no acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto). A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas *B-On*, *PubMed*, *Medline* e *CINHAL Complete*. Foram incluídos estudos publicados em português, espanhol e inglês, com limite temporal definido para os últimos cinco anos (2020-2025). Todos os estudos identificados foram organizados no *Rayyan*® e a relevância dos artigos pesquisados, foi analisada por dois investigadores independentes.

**Resultados:** Foram incluídos oito artigos para revisão. No decorrer da análise realizada emergiram cinco categorias: cuidados com a pele, exercícios terapêuticos, educação sobre a doença e evicção de hábitos de risco, drenagem linfática manual e terapia compressiva. A revisão evidenciou a importância de intervenções que promovam a autogestão do linfedema e a educação das pessoas, como estratégias essenciais para a prevenção e controlo da doença.

**Conclusão:** Garantir planos estruturados de educação sobre a doença, comportamentos de risco no quotidiano e estratégias de autogestão do linfedema é essencial para a sua prevenção e controlo da sua progressão. Contudo, nenhum estudo abordou especificamente o papel do Enfermeiro na área da reabilitação, evidenciando uma lacuna relevante na literatura.

**Palavras-chave:** cancro da mama; linfedema; autogestão, educação em saúde; Enfermeiro de Reabilitação



## Abstract

**Introduction:** Breast cancer–related lymphedema is a common complication that affects quality of life. Rehabilitation helps to minimize the impacts of the disease and the side effects of treatments. Education provided by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is fundamental to empower individuals in the self-management of lymphedema, promoting adherence to preventive and therapeutic practices.

**Objective:** To map educational interventions, within the scope of rehabilitation and carried out by nurses, for the self-management of lymphedema in individuals with breast cancer.

**Methods:** *Scoping Review*, based on the *Joanna Briggs Institute (JBI)* model. The research question was formulated according to the PCC acronym (Population, Concept, and Context). The search was conducted in the electronic databases *B-On*, *PubMed*, *Medline*, and *CINAHL Complete*. Studies published in Portuguese, Spanish, and English were included, with a time limit defined for the last five years (2020–2025). All identified studies were organized in *Rayyan*®, and the relevance of the articles was analyzed by two independent reviewers.

**Results:** Eight articles were included in the review. During the analysis, five categories emerged: skin care, therapeutic exercises, education on the disease and avoidance of risk behaviors, manual lymphatic drainage, and compression therapy. The review highlighted the importance of interventions that promote self-management of lymphedema and patient education as essential strategies for disease prevention and control.

**Conclusion:** Ensuring structured education plans on the disease, everyday risk behaviors, and self-management strategies for lymphedema is essential for its prevention and control of its progression. However, no study specifically addressed the role of the nurse in the field of rehabilitation, highlighting a relevant gap in the literature.

**Keywords:** breast cancer; lymphedema; self-management; health education and Rehabilitation Nurse



## Resumen

**Introducción:** El linfedema asociado al cáncer de mama es una complicación común que afectan la calidad de vida. La rehabilitación ayuda a minimizar el impacto de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. La educación relazada por el Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación es fundamental para empoderar las personas en el automanejo del linfedema, promoviendo la adherencia a las prácticas preventivas y terapéuticas.

**Objetivo:** Mapear intervenciones educativas, en el campo de la rehabilitación, realizadas por enfermeros, para el automanejo del linfedema en personas con cáncer de mama.

**Métodos:** *Scoping Review*, basada en el modelo del *Joanna Briggs Institute (JBI)*. La pregunta de investigación se formuló utilizando el acrónimo PCC (Población, Concepto y Contexto). La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas *B-On, PubMed, Medline e CINHALL Complete*. Se incluyeron estudios publicados en portugués, español e inglés, con un límite de tiempo establecido para los últimos cinco años (2020-2025). Todos los estudios identificados se organizaron en *Rayyan®* y la relevancia de los artículos buscados fue analizada por dos investigadores independientes.

**Resultados:** Se incluyeron ocho artículos en la revisión. Del análisis realizada surgieron cinco categorías: cuidado de la piel, ejercicios terapéuticos, educación sobre la enfermedad y prevención de hábitos de riesgo, drenaje linfático manual y terapia compresiva. La revisión destacó la importancia de las intervenciones que promueven el autocuidado y la educación sobre el linfedema como estrategias esenciales para la prevención y control de la enfermedad.

**Conclusión:** Garantizar planes educativos estructurados sobre la enfermedad, las conductas de riesgo en la vida cotidiana y las estrategias de autocuidado para el linfedema es esencial para su prevención y el control de su progresión. Sin embargo, ningún estudio abordó específicamente el papel del personal de enfermería en la rehabilitación, destacando una laguna relevante en la literatura.

**Palabras clave:** cáncer de mama; linfedema; autogestión; educación para la salud y Enfermero de Rehabilitación



## 1 - Introdução

O cancro da mama é, atualmente, o tipo de cancro mais diagnosticado no mundo, com um impacto significativo na Saúde Pública e nas taxas de mortalidade, especialmente entre as mulheres. Representa um em cada oito diagnósticos de cancro em ambos os sexos, com 2,3 milhões de novos casos registados em 2020. Neste mesmo ano, foram registadas 685.000 mortes, correspondendo a 16% das mortes por cancro entre mulheres. Perante este panorama a OMS, criou a Iniciativa Global contra o Cancro da Mama, que tem como objetivo a redução da mortalidade através de uma deteção precoce, diagnóstico atempado e tratamento adequado (Arnold et al., 2022).

O tratamento do cancro da mama pode incluir diferentes modalidades terapêuticas, nomeadamente cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e imunoterapia. Na ausência de metastização, a cirurgia constitui o tratamento de eleição, podendo ser antecedida por quimioterapia neoadjuvante com o objetivo de reduzir o tumor e possibilitar a conservação da mama. Nos casos em que existe metastização, a prioridade é o tratamento sistémico. Os avanços na hormonoterapia e imunoterapia têm ampliado as opções terapêuticas, enquanto novas estratégias, como a terapia genética, as vacinas e a terapia celular, têm demonstrado resultados promissores em estudos recentes (Wang & Wu, 2023).

A escolha do tratamento depende do estadió da doença, das características biológicas intrínsecas do tumor, do estado funcional prévio da pessoa e das suas preferências. Independentemente da abordagem adotada, todas as modalidades terapêuticas estão associadas a potenciais efeitos adversos, que podem comprometer a qualidade de vida. Entre as complicações possíveis, destaca-se o linfedema, uma condição frequente e com impacto significativo na qualidade de vida da pessoa (Araújo, 2023).

O linfedema associado ao cancro da mama é uma das complicações mais significativas, que pode surgir e estima-se que mais de 20% das pessoas que realizam tratamento para esta patologia, o venham a desenvolver, sendo particularmente prevalente em casos de mastectomia radical. Esta compilação ocorre quando o sistema linfático é incapaz de drenar adequadamente a linfa dos tecidos, levando a acumulação de líquido no espaço intersticial e, conseqüentemente, ao aparecimento de edema. O linfedema pode ser extremamente debilitante, causando dor, limitações funcionais, diminuição significativa da qualidade de vida e infeções recorrente (Chen et al., 2023).

A intervenção precoce da equipa interdisciplinar, aliada à implementação de estratégias de autogestão, pode reduzir o risco de progressão do linfedema associado ao cancro da mama. Neste processo os Enfermeiros desempenham um papel central, integrando essas estratégias no dia-a-dia das pessoas, favorecendo não apenas a reversão dos estadios do linfedema, mas também o fortalecimento da perceção de si próprias como agentes ativas de autocuidado. Além disso, cabe ao Enfermeiro identificar situações de autogestão ineficaz, planeando ações educativas e terapêuticas adequadas, que promovam a capacitação da pessoa e o seu envolvimento ativo no controlo e prevenção das complicações do linfedema (Oliveira et al., 2024).

Segundo Gallagher et al. (2021), existe uma série de tratamentos conservadores para as pessoas que apresentam linfedema. O objetivo do tratamento do mesmo assenta sobretudo em aliviar sintomas, prevenir a progressão, reduzir o risco de infeção e melhorar a qualidade de vida. A Terapia Complexa Descongestiva (TCD) é considerada a técnica de tratamento padrão para controlar e até mesmo reduzir o volume e os sintomas do linfedema, preservar a integridade da pele e melhorar a função dos membros. Esta consiste em 2 fases: uma fase intensiva (fase 1), centrada na redução do edema através da Drenagem Linfática Manual (DLM), terapia compressiva, cuidados com a pele e educação da pessoa; uma fase 2 de manutenção (fase 2), que tem como objetivo preservar os resultados alcançados, promovendo a continuidade do autocuidado. A TCD é eficaz em diferentes estadios do linfedema, desde os mais leves até aos mais graves, tanto em fases iniciais quanto crónicas, em pessoas com doença ativa ou em contexto de Cuidados Paliativos.

Perante as complicações do linfedema, os programas educativos são essenciais, pois permitem ampliar o conhecimento sobre fatores de risco, sinais e sintomas precoces, bem como sobre as opções de tratamento, favorecendo a deteção precoce e a sua gestão adequada. Para os casos em que o linfedema já está instalado, a educação também deve abordar cuidados com a pele, medidas de prevenção e aquisição de conhecimentos sobre o autocuidado (Perdomo et al., 2023).

O EEER possui competências específicas que permitem ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial e independência. Os seus objetivos focam-se em melhorar a função, promover a independência e garantir a satisfação da pessoa, contribuindo para a manutenção da sua autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo Chowdhury et al. (2020), a intervenção do EEER é fundamental à pessoa que é submetida a tratamentos de quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e fase pós cirúrgica,

com uma intenção curativa e, normalmente, estes cuidados continuam a ser prestados após conclusão destes tratamentos. O papel deste profissional inclui técnicas de relaxamento, reeducação funcional respiratória e tratamento dirigido ao linfedema. A reabilitação traz inúmeros benefícios a pessoas com doença oncológica, ajudando a prevenir a redução esperada da qualidade de vida causada pela doença e pelos efeitos colaterais dos tratamentos.

Segundo Rodrigues et al., (2025), é essencial que o EEER integre uma equipa interdisciplinar, garantindo que o cuidado prestado seja individualizado e adaptado às necessidades de cada pessoa. As intervenções devem centrar-se no empoderamento das pessoas para o autocuidado, por meio da educação sobre mobilização de membros superiores, administração de medicamentos e prevenção do linfedema. O objetivo é que a pessoa realize as suas AVD com menos esforço e dor, promovendo a sua independência. É crucial o desenvolvimento e implementação de planos de reabilitação física personalizados e focados em exercícios de fortalecimento muscular e prevenção de linfedema, tanto no pós-operatório como no domicílio.

Uma pesquisa inicial realizada nas bases *Cochrane*®, *PubMed*®, *CINAHL*® e no motor de busca *Google*® Académico, identificou evidência de que a educação para a saúde desempenha um papel fundamental na prevenção e redução do linfedema. No entanto, permanece necessário um mapeamento das intervenções educativas conduzidas pelo Enfermeiro, no âmbito da reabilitação, especialmente aquelas direcionadas à prevenção de comportamentos de risco do dia-a-dia que podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento desta condição.

A presente *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência científica disponível acerca das diferentes intervenções educativas, realizadas pelo Enfermeiro, no âmbito da reabilitação, direcionadas à prevenção e autogestão do linfedema em pessoas com cancro da mama, permitindo identificar lacunas no conhecimento e apoiar a prática clínica baseada em evidência.

## **2 - Metodologia**

A presente *scoping review* foi elaborada de acordo com recomendações metodológicas do JBI e é relatada através do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews* (Peters et al., 2024).

A *scoping review* é uma abordagem que permite mapear o que já se conhece sobre um determinado tema, evidenciando a relação entre os estudos existentes e destacando informações recentes ou emergentes. Este tipo de revisão oferece uma visão ampla do assunto, ajudando a identificar lacunas no conhecimento e a esclarecer conceitos essenciais (Peters et al., 2020).

O presente estudo foi registado na plataforma *Open Science Framework* a 17/07/2025, com o registo DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/T7QF3>

## 2.1 - Questão de revisão

Esta revisão pretende dar resposta à seguinte questão: Quais as intervenções educativas, no âmbito da reabilitação e realizadas por Enfermeiros, para a autogestão do linfedema na pessoa com cancro da mama?

## 2.2 - Critérios de inclusão

Foram definidos critérios de elegibilidade com base no PCC, conforme descrito na tabela 1.

Foram incluídos estudos publicados em português, inglês, francês e espanhol, com texto integral disponível gratuitamente, com publicações efetuadas de 01/01/2020 até 30/04/2025.

**Tabela 1 - Estratégia de PCC e Critérios de Elegibilidade**

<b>P (Participantes)</b>	Pessoas diagnosticadas com cancro da mama com linfedema ou em risco de desenvolver.
<b>C (Conceito)</b>	Intervenções educativas para prevenir e promover a autogestão do linfedema (Higiene e cuidados de pele, educação de automassagem, exercícios, medidas higiénicas).
<b>C (Contexto)</b>	Contexto hospitalar ou ambulatorio; Clínicas; Residências sénior e domicílio.

### 2.3 - Tipos de fontes

Relativamente aos tipos de fonte, foram considerados estudos primários com abordagens quantitativa, qualitativa ou mista, bem como estudos secundários, incluindo revisões da literatura e revisões sistemáticas, de forma a mapear de forma abrangente a evidência científica existente.

### 2.4 - Estratégia de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa inicial para perceber os estudos existentes sobre o tema nas bases *Cochrane*®, *da PubMed*®, *CINAHL*® e no motor de busca *Google*® Académico. Com base no problema definido, foi elaborada uma lista de palavras-chave para possibilitar uma pesquisa suficientemente sensível e específica. Esta lista foi criada utilizando os termos do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo posteriormente formulada a frase booleana para cada uma das bases de dados.

Na tabela 2 encontra-se discriminada a estratégia de pesquisa, com as frases booleanas para cada base de dados.

**Tabela 2 - Frases Booleanas Utilizadas Para Cada Base de Dados**

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa
<i>B-on</i>	"breast cancer lymphedema" OR "breast cancer related lymphedema" OR "breast cancer treatment related lymphedema" OR "breast cancer treatment related lymphoedema" OR "breast cancer lymphoedema" OR "breast cancer related lymphoedema" OR "breast cancer related arm lymphedema" OR "breast cancer related arm lymphoedema" OR "post mastectomy lymphedema" OR "post mastectomy lymphoedema" OR "postmastectomy lymphedema" OR "postmastectomy lymphoedema" OR "rehabilitation nursing" OR "nurse led rehabilitation" OR "nurse led rehabilitation interventions" OR "nurse led rehabilitation program" OR "rehabilitation" OR "self care" OR "selfcare" OR "patient education as topic" OR "patient education" OR "activities of daily living" OR "chronic limitation of activity" OR "chronic limitation of movement"
<i>Pubmed</i>	"breast cancer lymphedema" OR "breast cancer related lymphedema" OR "breast cancer treatment related lymphedema" OR "breast cancer treatment related lymphoedema" OR "breast cancer lymphoedema" OR "breast cancer related lymphoedema" OR "breast cancer related arm lymphedema" OR "breast cancer related arm lymphoedema" OR "post mastectomy lymphedema" OR "post mastectomy lymphoedema" OR "postmastectomy lymphedema" OR "postmastectomy lymphoedema" OR "rehabilitation nursing" OR "nurse led rehabilitation" OR "nurse led rehabilitation interventions" OR "nurse led rehabilitation program" OR "rehabilitation" OR "self care" OR "selfcare" OR "patient education as topic" OR "patient education" OR "activities of daily living" OR "chronic limitation of activity" OR "chronic limitation of movement"
<i>Medline e CINAHL Complete</i>	("breast cancer lymphedema" OR "breast cancer related lymphedema" OR "breast cancer treatment related lymphedema" OR "breast cancer treatment related lymphoedema" OR "breast cancer lymphoedema" OR "breast cancer related lymphoedema" OR "breast cancer related arm lymphedema" OR "breast cancer related arm lymphoedema" OR "post mastectomy lymphedema" OR "post mastectomy lymphoedema" OR "postmastectomy lymphedema" OR "postmastectomy lymphoedema") AND ("rehabilitation nursing" OR "nurse led rehabilitation" OR "nurse led rehabilitation interventions" OR "nurse led rehabilitation program" OR "rehabilitation" OR "self care" OR "selfcare" OR "patient education as topic" OR "patient education" OR "activities of daily living" OR "chronic limitation of activity" OR "chronic limitation of movement")

## 2.5 – Processo de Seleção de Estudo

Todos os artigos identificados na pesquisa foram importados para o RAYYAN® – *Intelligent Systematic Review*, uma plataforma *online* que auxilia na triagem de estudos e na remoção de duplicados.

Para avaliar a elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes (TM e CR). Qualquer desacordo entre os revisores implicou a intervenção de um terceiro revisor, situação que não se verificou.

## 2.6 - Extração de Dados

A extração dos dados foi realizada por um único investigador e registada num quadro estruturado contendo as seguintes informações: nomes dos autores e ano de publicação; tipo de estudo; participantes; intervenções e principais resultados. O modelo da tabela foi elaborado com base nas recomendações do JBI, permitindo organizar de forma sistemática os dados dos estudos.

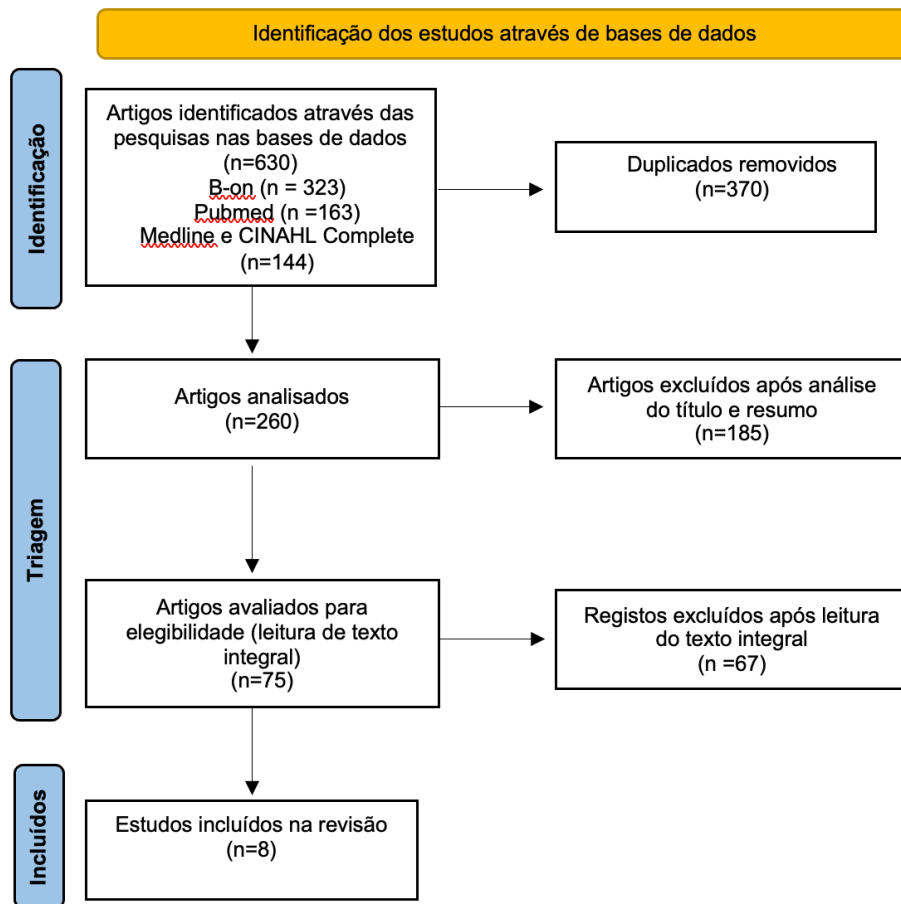
## 3 - Resultados

Após a identificação dos estudos e a aplicação da metodologia descrita, de um total de 630 artigos, foram excluídos 370 estudos por se tratar de duplicados. Dos 260 potencialmente relevantes, 185 foram excluídos após leitura do título e resumo. Dos 75 estudos selecionados para leitura do texto integral, 15 não estavam disponíveis para acesso, restando 60 para aplicação dos critérios de inclusão previamente definidos. Após aplicação dos critérios de inclusão, apenas 8 estudos foram selecionados para integrar o *corpus* da *scoping review*.

Em todas as fases da seleção dos estudos, verificou-se a presença de consenso entre os dois revisores, não tendo sido necessário recorrer ao terceiro revisor. O processo de seleção encontra-se representado no fluxograma correspondente (Figura 1).

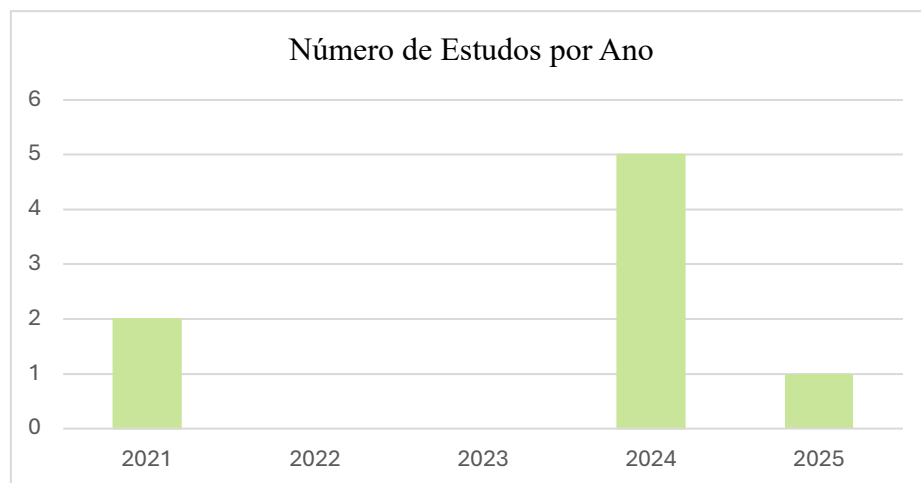
A produção científica ocorre entre 2021 e 2025, registando-se maior número de publicações em 2024 (Gráfico 1).

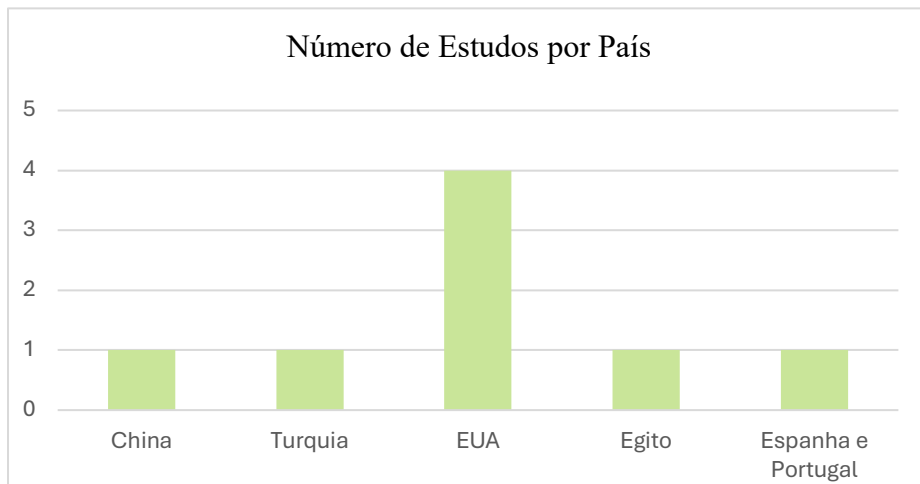
Relativamente à distribuição geográfica da produção científica encontrada (Gráfico 2), destaca-se especial relevância nos Estados Unidos da América (EUA).



**Figura 1- Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos**

**Gráfico 1 - Distribuição de Estudos por Ano**



**Gráfico 2 - Distribuição de Estudos por País**

A tabela 3 apresenta uma síntese descritiva das principais intervenções educativas, direcionadas à promoção da autogestão do linfedema, com base nos estudos incluídos na *scoping review*, organizados cronologicamente do mais recente para o mais antigo.

Tabela 3- Intervenções de natureza educativa/educação para a saúde, promotoras da autogestão do linfedema

Nº	Autor/Ano/ País	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenções	Principais resultados
S1	(Arias-Crespo et al., 2025)  Espanha e Portugal	Revisão sistemática	16 estudos que incluísssem mulheres diagnosticadas com cancro da mama, com ou em risco de desenvolver linfedema.	Exercícios para prevenir e melhorar a gestão do linfedema: - <u>Exercícios de força</u> (Aquecimento, alongamento e exercícios com halteres, caneleiras e elásticos). - <u>Exercício Aeróbicos</u> (Aquecimento + exercícios específicos de futebol + jogos ar livre). - <u>Exercício de força + aeróbico</u> . - <u>Exercício de mobilidade</u> (Exercícios de mobilidade do braço, atividades funcionais e exercícios em casa – 45min complementando com DLM + vestuário de compressão). - <u>Exercício de realidade virtual</u> (Nintendo Wii and Xbox Kinect + jogos de dardos e ténis; Exercícios de mobilidade linfática por meio web e aplicação no telemóvel).	Todas as modalidades de exercícios podem ser benéficas para gerir o risco de linfedema em pessoas com cancro da mama. No entanto, a combinação de exercícios de força e aeróbicos mostrou resultados mais consistentes
S2	(Ali et al., 2024)  Egito	Quase experimental	40 mulheres pós mastectomia com linfedema	Aplicação de um programa educativo durante 6 meses que inclui: - <u>Sessão educativas</u> : teóricas e práticas (5 sessões, 45-60min). - <u>Teóricas</u> : informação sobre sistema linfático, definição, causas, sinais/sintomas, complicações e prevenção do linfedema (proteger o braço da pessoa contra infeção e pressão). - <u>Práticas</u> : - DLM ensino e treino supervisionado (20-30min, 3x/semana, durante 2-4 semanas) e ensino de auto-DLM. Terapia compressiva: fase intensiva com bandas de compressão (2-4 semanas), seguida de fase de manutenção com roupa de compressão (instruções de uso, limpeza e substituição). Exercícios específicos: treino de exercícios para o membro superior afetado com uso simultâneo da roupa de compressão. - <u>Materiais de apoio</u> : folheto com resumo teórico, instruções, práticas de DLM, cuidados com vestuário de compressão e exercícios.	O programa educativo estruturado de autogestão melhorou significativamente as práticas de autocuidado e a adesão das mulheres com linfedema pós-mastectomia, reforçando o papel da educação na prevenção e gestão do linfedema.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Acompanhamento</u>: contactos telefónicos e consultas de seguimento para monitorização da sessão.</li> <li>- <u>Avaliação</u>: Aplicação da escala de autocuidado do linfedema relacionado ao cancro da mama que inclui comportamentos de risco (levantar peso com o braço afetado, administração de injeções no braço afetado, doar sangue ou realizar tarefas repetitivas com o membro comprometido).</li> </ul>	
<b>S3</b>	(Gilchrist et al., 2024)  EUA	Revisão sistemática	13 estudos que incluem intervenções não cirúrgicas ou não farmacológicas para linfedema relacionado ao cancro.	<p>Intervenções analisadas da Terapia Complexa Descongestiva (TCD) (DLM + Terapia compressiva + exercícios + cuidados à pele),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>DLM</u>: Aplicada isoladamente ou como componente da TCD; Variou de 2 a 7 sessões/semana, durante 2 a 4 semanas. Sessões de 20 a 60 minutos. Também testada a auto-DLM ou realizada pelo cuidador.</li> <li>- <u>Terapia compressiva</u>: não avaliada neste estudo</li> <li>- <u>Exercícios terapêuticos</u>: aeróbico, de força, aquático e ioga - entre 1-7x/semana (com progressão gradual).</li> <li>- <u>Cuidados à pele</u>.</li> <li>- <u>Educação</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A <b>TDC</b> reduz o volume do braço do membro afetado com linfedema.</li> <li>- A <b>DLM</b> e o <b>exercício</b> têm efeito limitado sobre o volume, mas demonstram benefícios na amplitude de movimento, dor e qualidade de vida.</li> <li>- A eficácia da TDC depende do estadio do linfedema e das características da pessoa.</li> </ul>
<b>S4</b>	Brunelle et al., 2024)  EUA	Consenso de especialistas	Especialistas Internacionais no linfedema associado ao cancro da mama	<p>Recomendações para a prevenção e gestão do linfedema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Educação</u>: A educação pré-operatória e pós-operatória da pessoa deve incluir fatores de risco individuais e sinais e sintomas do linfedema.</li> <li>- <u>Vigilância, educação e fatores de risco</u>.</li> <li>- <u>Exercício de resistência e aeróbico</u> - supervisionado e progressivo;</li> <li>- <u>Pressão arterial</u> - evitar monitorização no membro afetado ou em risco.</li> <li>- <u>Cuidados com a pele</u> - lavagem diária; hidratação; uso de protetor solar e repelente de insetos; evitar cortes, picadas de insetos e queimaduras e vigiar sinais e sintomas de infeção).</li> <li>- <u>Punção e colheita de sangue</u> - evitar no membro afetado.</li> <li>- <u>Procedimentos cirúrgicos</u> - evitar no membro afetado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoas em risco de linfedema ou com linfedema devem <b>seguir as recomendações de consenso</b> para prevenção e gestão da condição.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Compressão profilática</u> - uso de mangas de compressão no pós-operatório.</li> <li>- <u>Viagens de avião</u> - uso de roupas de compressão durante o voo.</li> <li>- <u>Clima quente e sauna</u> - monitorizar sinais de edema quando se expõe a altas temperaturas.</li> </ul>	
S5	(Fu et al., 2024)  EUA	Transversal e observacional	567 mulheres que concluíram tratamento agudo (cirurgia, quimioterapia, radioterapia há mais de 3 meses).	<p>Avaliação de 11 comportamentos de risco de vida diária para ocorrência do linfedema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Trauma cutâneo</u>: Infeção; cortes ou arranhões no membro afetado; queimaduras solares ou por óleo/vapor; picadas de insetos; arranhões de animais e corte nas cutículas.</li> <li>- <u>Manipulação de objetos</u>: Uso do braço afeado para carregar ou levantar objetos pesados; uso da mala de ombro no membro afetado; carregar mantimentos e levantar pesos com o membro afetado.</li> </ul> <p>Estratégias para minimizar os riscos de vida diária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Uso de luvas de proteção na jardinagem e/ou nas tarefas domésticas</u> (lavar pratos, limpar ou cozinhar).</li> <li>- <u>Uso luvas ao tirar panelas ou travessas quentes do forno.</u></li> <li>- <u>Aplique protetor solar.</u></li> <li>- <u>Uso de roupa manga comprida</u> - para evitar queimaduras solares.</li> <li>- <u>Aplicar repelente de insetos</u> ou use uma faixa repelente de insetos.</li> <li>- <u>As cutículas</u> devem ser empurradas para trás e mantidas hidratadas.</li> <li>- <u>As ferramentas de manicure</u> devem ser esterilizadas.</li> <li>- <u>Manter a pele limpa e seca.</u></li> <li>- <u>Uso de cremes à base de água</u> - que ajudam a pele a absorver facilmente e cremes de baixo pH que fornecem uma barreira ativa contra infeções.</li> <li>- <u>Quando existem cortes ou arranhões no braço ou mão afetados</u>: lavar a área com água e sabão, aplicar um creme ou pomada antibiótico e proteger com um penso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A exposição a múltiplos comportamentos de risco de vida diária, em especial traumas cutâneos e a manipulação de objetos com o membro afetado, está significativamente associada à ocorrência e agravamento do linfedema.</li> <li>- Importância de medidas educativas e comportamentais para minimizar comportamentos de risco.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Quando existem picadas de mosquito ou insetos</u>: Se prurido colocar pomada de hidrocortisona. Se a área estiver vermelha e inflamada, aplicar uma pomada de antibiótico.</li> <li>- <u>Não ignorar nenhuma mudança no braço ou mão afetado</u>.</li> </ul>	
<b>S6</b>	(Sun et al., 2024)  EUA	Qualitativo descritivo	13 mulheres sobreviventes do cancro da mama diagnosticadas com linfedema após o tratamento	<p>Programa de Terapia Complexa Descongestiva (TCD), que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Roupas de compressão</u> - utilização de mangas de compressão 23h/dia.</li> <li>- <u>DLM</u>.</li> <li>- <u>Exercícios corretivos</u> - alongamentos.</li> <li>- <u>Cuidados com a pele e controlo de infeção</u>.</li> </ul>	- A capacidade de autogestão da TCD depende da compreensão do linfedema, da responsabilidade da pessoa, de intervenções adaptadas, do apoio contínuo de profissionais e pares.
<b>S7</b>	(Deveci et al., 2021)  Turquia	Transversal	102 mulheres com linfedema submetidas a tratamento	<p>Práticas de autocuidado avaliadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Cuidados com a pele</u> - manter o braço limpo e hidratado, uso de protetor solar e evitar feridas.</li> <li>- <u>Uso de luvas</u> - enquanto realiza tarefas domésticas e/ou de jardinagem.</li> <li>- <u>Uso de roupas de compressão</u> – diariamente.</li> <li>- <u>Evitar levantar objetos pesados</u>.</li> <li>- <u>Realizar exercícios</u> - diariamente do membro afetado.</li> <li>- <u>Realizar auto-DLM</u>.</li> <li>- <u>Vigiar alterações do membro afetado</u>.</li> <li>- <u>Manter dieta equilibrada</u>.</li> <li>- <u>Medição da circunferência do braço</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulheres que apresentaram baixa adesão ao autocuidado, fatores como idade, escolaridade e estado clínico influenciaram o nível de prática.</li> <li>- Mulheres com maior percepção/conhecimento do linfedema dedicam-se mais ao autocuidado.</li> <li>- Mulheres que receberam educação sobre o tema tiveram melhor adesão às práticas de autocuidado.</li> </ul>
<b>S8</b>	(Liu et al., 2021)  China	Longitudinal, quase-experimental	41 mulheres que realizaram cirurgia com dissecação dos linfonodos axilares, que apresentem linfedema subclínico ou leve.	<p>Programa <i>The-Optimal-Lymph-Flow</i> (TOLF), durante 12 meses que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Educação sobre autogestão</u>: 5 sessões + 15 contactos telefónicos.</li> <li>- <u>Exercícios de drenagem linfática</u>: contração muscular com respiração controlada pelo menos 3 vezes por dia.</li> <li>- <u>Exercícios durante o voo</u>: antes da decolagem e após a aterragem contração muscular com respiração controlada e levantar-se e caminhar cada 1 hora de voo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução tanto do número quanto da gravidade dos sintomas foram identificadas após a implementação do programa.</li> <li>- Percepção funcional, social, emocional, psicológica e autopercepção foram</li> </ul>

- Exercícios de grandes grupos musculares: caminhada, natação, corrida, ioga 15-30 minutos por dia; A cada 1 hora sentado levantar-se e caminhar.
  - Cuidados à pele: Manter a pele limpa, evitar feridas
  - Evitar: calor excessivo, atividades repetitivas ou exaustivas e levantar objetos pesados com o membro afetado (diariamente).
  - Dieta equilibrada.
  - Sono reparador.
  - Monitorização: medição da circunferência do membro afetado em vários momentos (1, 3, 6 e 12 meses após a intervenção).
- significativamente melhoradas.
- Diminuição das diferenças de circunferência dos membros superiores de cada pessoa.

Após a análise dos artigos selecionados para esta *scoping review*, foram identificadas cinco categorias de intervenções educativas direcionadas à prevenção e promoção da autogestão do linfedema (tabela 4).

**Tabela 4 - Descrição de Categorias**

Autores	Categorias				
	Cuidados com a pele	Exercícios terapêuticos	Educação sobre a doença e evicção de hábitos de risco	Drenagem linfática manual	Terapia compressiva
(Arias-Crespo et al., 2025)		✓			
(Ali et al., 2024)	✓	✓	✓	✓	✓
(Gilchrist et al., 2024)	✓	✓		✓	✓
(Brunelle et al., 2024)	✓	✓	✓		✓
(Fu et al., 2024)	✓		✓		
(Sun et al., 2024)	✓	✓		✓	✓
(Deveci et al., 2021)	✓	✓	✓	✓	✓
(Liu et al., 2021)	✓	✓	✓		

### Cuidados com a pele

Os cuidados a ter com a pele é uma das intervenções abordada em 87,5% dos artigos selecionados para esta *scoping review*.

Os cuidados à pele foram identificados como essenciais na prevenção e gestão do linfedema nos estudos S2, S3, S6 e S8. No estudo realizado por Liu et al. (2021), foram especificadas práticas como manter a pele limpa e hidratada e evitar lesões, enquanto nos outros estudos os cuidados não foram detalhados. Todos destacam a importância da educação em saúde e do empoderamento das mulheres para promover a adesão às práticas de autocuidado e reforçar a eficácia da TCD ou de programas de autogestão.

O estudo transversal realizado por Fu et al. (2024), teve como objetivo avaliar o impacto dos riscos quotidianos no linfedema associado ao cancro da mama. Muitos desses riscos estão

diretamente relacionados com cuidados à pele, como infecções, cortes ou arranhões, queimaduras e picadas de insetos, aranhas ou outros animais. O estudo apresenta uma tabela muito interessante com estratégias para minimizar o risco de linfedema, entre as quais se destacam: manter a pele limpa e hidratada, utilizar cremes com pH ácido como barreira protetora, adotar cuidados específicos na presença de feridas, cortes e picadas de insetos.

O consenso de especialistas realizado por Brunelle et al. (2024), teve como objetivo desenvolver recomendações atualizadas e baseadas em evidência científica para práticas de redução do risco de manifestação e progressão do linfedema. As recomendações foram organizadas em diferentes domínios, entre os quais se destacam os cuidados à pele. Neste subtema, o painel enfatiza a importância da higienização adequada e da proteção da área em risco, assim como da prevenção de infecções, uma vez que estas medidas são fundamentais para reduzir tanto o aparecimento como a progressão do linfedema.

O estudo S7 descreve diversas práticas de autocuidado, entre as quais os cuidados à pele nomeadamente: higienização e hidratação do membro afetado, uso de luvas na realização de tarefas domésticas e de jardinagem, aplicação de protetor solar e prevenção de feridas e infecções. Os resultados demonstram que os cuidados com a pele foram a prática mais frequentemente adotada pelas participantes, reforçando a importância da educação em saúde para reduzir o risco do linfedema e promover adesão ao autocuidado.

### **Exercícios terapêuticos para linfedema**

Os exercícios terapêuticos é uma das intervenções abordada em 87,5% dos artigos selecionados para esta *scoping review*.

Nos estudos S2, S6 e S7, embora seja referido o papel do exercício terapêutico na gestão do linfedema, não são especificados quais os exercícios utilizados. Sun et al. (2024) destacam que a TCD engloba exercícios corretivos, mas não os descreve, sendo apenas mencionada pelas participantes a prática de alongamentos, além de barreiras à sua implementação, como a fadiga e falta de tempo. O S2 refere a utilização de exercícios para reduzir o volume dos membros e aliviar sintomas, realizados em associação com roupas de compressão, mas sem detalhe sobre os tipos de exercício. Deveci et al. (2021) mencionam também a prática de exercícios de membro superior, igualmente sem especificação.

Nos estudos S1, S3 e S4, o exercício terapêutico é considerado uma componente fundamental na prevenção e gestão do linfedema associado ao cancro da mama. Gilchrist et al.

(2024), descrevem uma abordagem multimodal, incluindo exercícios aeróbicos, treino de força, aquáticos e ioga, com benefícios comprovados na dor, amplitude de movimento e de força do ombro, recomendando ainda uma progressão lenta, respiração diafragmática e adaptação individual. O S1 reforça a eficácia da combinação de exercícios aeróbicos e de força em comparação com abordagens isoladas, salientando a necessidade de programas individualizados. Brunelle et al. (2024) acrescentam recomendações específicas, como a realização de exercícios de força de forma supervisionada, lenta e progressiva, associado ao treino aeróbico, ambos considerados seguros para pessoas com ou em risco de desenvolver linfedema.

O estudo realizado por Liu et al. (2021), aborda exercícios terapêuticos que promovem a DLM, incluindo exercícios de mobilidade do ombro, contração muscular coordenada com respiração, exercícios isométricos e atividades que envolvam grandes grupos musculares (caminhada, natação, dança, ioga, corrida, *tai chi*). Os autores destacam que estes exercícios atuam como exercícios protetores, sendo tão importantes quanto os comportamentos de risco a evitar para reduzir o linfedema.

### **Educação sobre a doença e evicção de hábitos de risco**

A educação sobre a doença e a evicção de hábitos de risco está presente em 62,5% dos estudos incluídos nesta *scoping review*.

As intervenções educativas identificadas incluíram práticas de autocuidado e estratégias de prevenção focadas na evicção de comportamentos de risco, tais como a monitorização da pressão arterial, punções venosas e/ou colheitas de sangue no membro afetado, bem como a exposição a climas quentes ou saunas (Brunelle et al., 2024).

Nos estudos S2, S4 e S8, a educação para a saúde foi enfatizada, com fornecimento de informações detalhadas sobre o linfedema pós-mastectomia, incluindo definição, causas, sinais e sintomas, fatores de risco, estadio e complicações. O estudo S4 reforçou ainda a importância da educação pré e pós-operatória, integrando os fatores de risco individuais e a vigilância de sinais precoces. Já no estudo realizado por Liu et al. (2021), a intervenção educativa incluiu cinco sessões presenciais e quinze contactos telefónicos. Fu et al. (2024) reforçam a necessidade de investir na educação acerca dos cuidados que a mulheres devem ter para minimizar o risco de desenvolver linfedema, sublinhando a importância de orientar as mulheres para “o que fazer” em vez de apenas “o que evitar”.

Foram descritas orientações específicas, como o uso de vestuário de compressão durante viagens de avião e a realização de exercícios respiratórios e mobilização a cada hora de voo (Liu et al., 2021). Outros estudos (S5, S7, S8) reforçaram recomendações para evitar o transporte de cargas pesadas, o uso de malas no ombro do lado afetado, bem como a exposição ao calor excessivo, atividades repetitivas ou extenuantes. A utilização de luvas protetoras em tarefas domésticas ou jardinagem foi igualmente salientada por Deveci et al. (2021) e Fu et al. (2024).

### **Drenagem linfática manual**

A DLM é abordada em 50% dos artigos selecionados para esta *scoping review*. A DLM foi mencionada em diferentes estudos no âmbito da TDC.

No estudo realizado por Sun et al. (2024), os autores salientam que a interrupção da DLM conduz a edema crónico, dor, sensação de peso e diminuição da amplitude de movimento dos membros superiores, repercutindo-se no funcionamento físico, na autoestima e na qualidade de vida das mulheres. Já no estudo S2, a DLM foi trabalhada de forma prática: iniciou-se com uma sessão educativa sobre a técnica, seguida de aplicação supervisionada (20 a 30 minutos, três vezes por semana, durante 2 a 4 semanas). Após esta fase, as mulheres foram instruídas numa versão simplificada da técnica, que lhes permitiu aplicá-la de forma independente ao longo da vida. Em conjunto, estes resultados reforçam a importância da DLM como estratégia essencial da TDC, tanto pelos benefícios sintomáticos como pela sua viabilidade na autogestão a longo prazo.

Segundo Gilchrist et al. (2024), o componente DLM na TCD não apresenta evidência consistente de benefício na redução do volume do linfedema. Embora possa não afetar significativamente o volume, a DLM pode ter impacto em outros desfechos relevantes, como redução da dor, melhoria da amplitude de movimento e aumento da qualidade de vida, fatores que devem ser considerados ao planear intervenções para pessoas com linfedema.

No estudo realizado por Deveci et al. (2021), a DLM também foi reconhecida como parte essencial do tratamento.

## Terapia compressiva

A terapia compressiva foi abordada em 62,5% dos artigos selecionados para esta *scoping review*.

O uso de vestuário de compressão é reconhecido como um componente essencial na autogestão do linfedema pós-mastectomia. Os estudos destacam que, apesar do desconforto, peso ou sensação de aperto, muitas mulheres consideram o uso da compressão crucial para controlar o edema e manter a funcionalidade nas AVD (Ali et al., 2024; Sun et al., 2024). A adesão é favorecida pela educação em saúde, que inclui instruções sobre aplicação, cuidados, limpeza, manutenção e critérios para substituição das roupas (S2, S7). Além disso, a compressão profilática pós-operatória pode reduzir e atrasar o aparecimento do linfedema em pessoas que apresentem alto risco, sendo recomendada também durante viagens aéreas, desde que bem ajustada para evitar desconforto ou edema (Brunelle et al., 2024).

No estudo S3, embora a compressão tenha sido abordada, não foi possível obter evidência robusta sobre a sua eficácia no controlo do linfedema.

## 4 - Discussão

A presente *scoping review* teve como objetivo analisar as intervenções educativas, realizadas pelo Enfermeiro, no âmbito da reabilitação, direcionadas à prevenção e promoção da autogestão do linfedema em pessoas com cancro da mama. Após a apresentação das cinco categorias que emergiram da análise, relacionados com as estratégias educacionais voltadas para a prevenção e gestão do linfedema, torna-se relevante discutir os resultados encontrados, de forma a responder à questão norteadora deste estudo.

Como referido anteriormente, o linfedema associado ao cancro da mama constitui uma das complicações mais relevantes para as pessoas submetidas a tratamento por esta patologia. Segundo Hemati et al. (2024), a autogestão desempenha um papel crucial na redução e controlo dos sintomas ao longo do tempo, promovendo a independência nas AVD. A implementação de estratégias de autogestão tem demonstrado aumentar a adesão ao tratamento e contribuir para a prevenção de complicações relacionadas com o linfedema. Assim, a educação como promotora da autogestão torna-se um componente essencial na prevenção e na gestão desta condição. Os Enfermeiros assumem um papel central na promoção de programas educativos baseados em evidência, sendo fundamentais para garantir a eficácia e a sustentabilidade da autogestão do linfedema a longo prazo.

Segundo Atef et al. (2020), existem dois tipos de prevenção de linfedema: a prevenção primária e secundária. A prevenção primária é direcionada para pessoas com risco de desenvolver linfedema, recomendando que seja elaborado um plano pré-operatório que inclua educação preventiva, de modo a evitar o surgimento da condição. Já a prevenção secundária tem como foco evitar complicações associadas ao linfedema, já instalado, através de cuidados com a pele, terapia de compressão, estratégias de autogestão, prevenindo a progressão do edema e aparecimento de complicações. De acordo com Tomić et al. (2024), estudos demonstram ainda que a pré-reabilitação é benéfica, uma vez que melhora a capacidade funcional dos sistemas musculoesquelético e cardiovascular no período pós-operatório, além de promover o bem-estar e reduzir efeitos adversos da cirurgia. Ambos os autores destacam a relevância da educação preventiva e da reabilitação pré-operatória. Contudo, nos artigos incluídos nesta *scoping review*, apenas o estudo de Brunelle et al. (2024), aborda a importância da educação pré-operatória relacionada a fatores de risco e sintomas do linfedema.

Após a análise dos estudos incluídos nesta *scoping review*, verificou-se que a TCD é eficaz na redução do volume associado ao linfedema relacionado ao cancro da mama, sendo considerada o tratamento de referência. No entanto, embora componentes como a DLM e o exercício apresentem benefícios adicionais, a sua eficácia isolada na redução do volume ainda é limitada, destacando-se a necessidade de mais estudos que explorem desfechos para além do edema. Paralelamente, a adesão à TCD depende de forma crítica da capacidade da pessoa em iniciar e manter a autogestão ao longo do tempo, compreendendo o linfedema como uma condição crónica. Nesse sentido, estratégias educativas e de suporte contínuo, promovidas tanto pelos profissionais de saúde, como pelos pares, revelam-se fundamentais para sustentar a autogestão e integrar as práticas da TCD no dia a dia. Assim, torna-se evidente que, para além da eficácia clínica, o sucesso da TCD exige intervenções centradas na educação, no acompanhamento e no empoderamento da pessoa com linfedema (Gilchrist et al., 2024; Sun et al., 2024).

Embora a TCD integre cuidados à pele como um dos seus componentes, os estudos realizados por Brunelle et al., (2024); Deveci et al. (2021) e Fu et al. (2024), abordam esta intervenção de forma isolada, sem relacionar diretamente com a TCD. Para estes autores, o trauma cutâneo representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de infeções, as quais podem precipitar o aparecimento ou agravamento do linfedema. Corroborando Deveci et al. (2021), a implementação de cuidados rigorosos com a pele mostra-se essencial para reduzir o risco de linfedema e, simultaneamente, contribuir para a sua melhoria. A educação em saúde

focada no autocuidado da pele desempenha um papel central neste processo, devendo ser realizada de forma estruturada após a cirurgia e reforçada periodicamente. Esse reforço permite aumentar a adesão e a continuidade das práticas de autocuidado a longo prazo, favorecendo a prevenção e o controle eficaz do linfedema.

Segundo Damato et al. (2023), mulheres que apresentem linfedema do membro superior podem realizar com segurança exercícios de força não supervisionados, com intensidade moderada a alta, desde que o linfedema se encontre estável. Este tipo de exercício melhora a função do braço, sem aumentar o volume ou a circunferência do membro afetado, enquanto promove ganhos na força muscular. Para os mesmos autores, o treino de força pode contribuir para a redução da circunferência do membro mesmo após estabilização do linfedema. De acordo com Arias-Crespo et al. (2025), a combinação de exercício de força com exercício aeróbico oferece benefícios significativos no tratamento e prevenção do linfedema. Os autores reforçam que é fundamental adaptar os programas de exercícios às necessidades individuais de cada pessoa, não esquecendo de incluir a educação para saúde.

Dos oito artigos selecionados, apenas um abordou uma intervenção aparentemente simples, mas de grande relevância: o uso de mala no ombro afetado, que está significativamente associado ao desenvolvimento do linfedema (Fu et al., 2024). Embora nos estudos selecionados não tenham abordado outras tarefas básicas do dia-adia que devem ser evitadas, a pesquisa permitiu identificar algumas de extrema importância. Segundo Otto (2000); Smeltzer e Bare (2011), nas primeiras semanas após a cirurgia, a pessoa deve evitar: sacudir o membro ou a mão (bater palmas, sacudir roupas, tapetes ou panos), realizar tarefas domésticas com utensílios cortantes, varrer ou aspirar, utilizar varinha mágica ou instrumentos vibratórios no membro homolateral e conduzir nas primeiras semanas. Esta constatação evidencia uma lacuna importante na literatura, uma vez que comportamentos básicos da vida diária, como os que foram referidos anteriormente, desempenham um papel determinante na prevenção do linfedema. Ressalta-se, portanto, a necessidade de intervenções educativas mais detalhadas, que incluam recomendações práticas para orientar hábitos seguros, prevenindo complicações e promovendo a autogestão eficaz do linfedema.

Segundo Hunley et al. (2024), a monitorização da tensão arterial não pareceu ser um fator de risco para o desenvolvimento de linfedema, mesmo em participantes que submetidas a esvaziamento ganglionar. No entanto, para Brunelle et al. (2024), associam a monitorização da tensão arterial, a realização de punções venosas e de colheitas de sangue no membro afetado a um risco acrescido de desenvolvimento ou agravamento do linfedema. Apenas Brunelle et al.

(2024), mencionou estas intervenções, recomendando que não fossem realizadas no membro em risco. O facto de medidas tão elementares serem quase ausentes na literatura analisada revela uma fragilidade importante na produção científica sobre o tema. Esta lacuna sugere uma possível desvalorização de intervenções básicas, mas potencialmente decisivas para a prevenção do linfedema, reforçando a necessidade de integrar de forma sistemática e consistente estas orientações nos programas de educação em saúde.

O estudo de Ali et al. (2024), destaca a DLM como componente essencial na prevenção e autogestão do linfedema. Nesse estudo, após ser realizada a educação teórica sobre a DLM e a demonstração prática, as mulheres receberam instrução numa versão simplificada da técnica, permitindo-lhes aplicá-la de forma autónoma. Em contraste, embora os estudos realizados por Deveci et al. (2021); Gilchrist et al. (2024); Sun et al. (2024), também reconheçam a relevância da DLM, nenhum deles enfatiza a importância de capacitar a pessoa para a realização autónoma da técnica.

Um estudo realizado por Damstra e Partsch (2009), avaliou a eficácia de diferentes mangas de compressão inelásticas, aplicadas em multicamadas e com vários componentes, utilizadas no tratamento do linfedema do braço após cancro da mama. Compararam-se bandas aplicadas com pressão mais baixa (20–30 mmHg) e com pressão mais alta (44–58 mmHg), e analisaram a redução do volume do braço e a tolerância das pessoas. Verificou-se que ambas as abordagens reduziram significativamente o edema nas primeiras 24 horas, mas as bandas aplicadas com menor pressão foram igualmente eficazes e melhor toleradas, mostrando que a compressão moderada é suficiente para alcançar bons resultados clínicos com maior conforto. De acordo com Ali et al. (2024); Arias-Crespo et al. (2025), além de controlar o edema, o uso de vestuário de compressão contribui para a manutenção da funcionalidade das AVD, promovendo maior autonomia às pessoas afetadas. A adesão ao uso da compressão está fortemente associada à educação em saúde. Instruções claras sobre aplicação correta, cuidados com a pele, manutenção e substituição periódica das roupas de compressão mostraram-se determinantes para a adesão a longo prazo. Estes resultados reforçam a relevância da educação em saúde como componente essencial para garantir a adesão e otimizar a eficácia desta intervenção.

Sendo o autocuidado referido diversas vezes nesta *scoping review*, torna-se essencial abordar a Teoria de Orem, amplamente utilizada na prática de enfermagem de reabilitação, a qual oferece uma base compreensiva para a capacitação da pessoa no desenvolvimento de ações de autocuidado. O referencial teórico de Dorothea Orem integra três componentes interligados:

a teoria do autocuidado, que descreve como e porque é que as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do défice de autocuidado, que explica em que situações a enfermagem pode ajudar as pessoas, e a teoria dos sistemas de enfermagem, que define as relações a serem estabelecidas para a prestação de cuidados. Para Orem as necessidades de saúde decorrem de défices nesse domínio, sendo a intervenção de enfermagem orientada para estimular a prevenção, o tratamento e a reabilitação (Ribeiro et al., 2021).

Embora os enfermeiros de cuidados gerais valorizem o autocuidado no seu exercício profissional, os EEER, em virtude da formação avançada que possuem, integram esta dimensão de forma intencional e estruturada, no planeamento dos cuidados. No âmbito da prática do EEER, destacam-se como metas principais a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e a melhoria do bem-estar da pessoa. Em consonância com o referencial teórico de Dorothea Orem, a intervenção do EEER pode assumir a forma de um sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, consoante as necessidades identificadas (Ribeiro et al., 2021).

Em paralelo, a Teoria das Transições, de Afaf Meleis destaca que a pessoa passa por transições ao longo da vida, e que o Enfermeiro deve identificar esses momentos e torná-los mais saudáveis (Bittencourt et al., 2018). Independentemente da transição vivenciada, o EEER deve dar atenção ao modo como a pessoa ou o cuidador/familiar se posiciona em relação à nova condição de saúde física, mental, social e económica. A transição é um processo complexo que torna as pessoas mais vulneráveis e as dificuldades encontradas desafiam o EEER a ajudá-las a vivenciar essa fase (Ribeiro et al., 2021).

As teorias de Dorothea Orem e Afaf Meleis podem ser consideradas complementares na interpretação dos resultados desta *scoping review*. No referencial teórico de Orem, a educação em saúde integra o sistema de apoio-educação, constituindo um recurso essencial para colmatar défices de autocuidado e capacitar a pessoa no desenvolvimento de competências práticas para gerir o linfedema. Já Meleis, enfatiza a transição como um processo complexo, em que programas educativos personalizados e contínuos assumem um papel central no apoio à adaptação da pessoa às mudanças físicas, emocionais e sociais decorrentes da doença.

Em síntese, a *scoping review* evidenciou que os temas de interesse a incluir num programa de educação para a saúde são: cuidados com a pele, uso de vestuário de compressão, educação sobre a doença e evicção de hábitos de risco, DLM e exercícios de força e aeróbicos. A educação sobre estas estratégias deve começar no pré-operatório e ser mantida ao longo do seguimento pós-operatório, e sobrevivência, reforçando a autonomia/autoeficácia da pessoa.

Esta *scoping review* apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, a restrição temporal dos estudos incluídos (publicados entre 2020 e 2025) pode ter resultado na exclusão de pesquisas relevantes anteriores. Adicionalmente, a heterogeneidade metodológica dos estudos, incluindo variações nas intervenções, nas características das amostras e nos desfechos avaliados, torna difícil a comparação direta entre as diferentes abordagens experimentais.

## **5 - Conclusão**

Esta *scoping review* permitiu mapear as intervenções educativas conduzidas pelo Enfermeiro, no âmbito da reabilitação, direcionadas à prevenção de comportamentos de risco presentes no dia-a-dia que podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento do linfedema. Concluiu-se que cuidados com a pele, exercícios terapêuticos (força e aeróbicos), educação sobre a doença e evicção de hábitos de risco, DLM e uso de roupas de compressão e, constituem estratégias utilizadas com o intuito de prevenir o desenvolvimento ou progressão do linfedema e promover a autonomia das pessoas afetadas. A educação em saúde mostrou-se um fator determinante para a adesão e implementação destas intervenções, sendo essencial iniciar esta capacitação ainda no período pré-operatório.

No entanto, não foram identificados estudos que abordem especificamente o papel do EEER, no âmbito da reabilitação, na educação para a autogestão do linfedema. Esta lacuna evidencia a necessidade de investigação futura que explore a contribuição deste profissional na promoção do autocuidado e na gestão do linfedema, permitindo consolidar práticas baseadas em evidência e reforçar o impacto da intervenção de enfermagem na qualidade de vida das pessoas com cancro da mama.



## Referências Bibliográficas

- Ali, W., El-Rahman<sup>1</sup>, A., Mohamed, M. A., Ghanem, H. M., & Hanaa, R. S. (2024). *Self-Management Educational program for Post-Mastectomy Lymphedema Women: Effect on Self-Care Practices and Adherence: Vol. XXV*. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.3049>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5). <https://doi.org/10.12707/rv20036>
- Araújo, R. M. A. (2023). *CANCRO DA MAMA EM IDADE JOVEM: ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SUAS IMPLICAÇÕES* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Coimbra]. <https://estudogeral.uc.pt/retrieve/266769/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Margarida%20Rodrigues%20Araújo.pdf>
- Arias-Crespo, M., García-Fernández, R., Calvo-Ayuso, N., Martín-Vázquez, C., de Fátima da Silva Vieira Martins, M., & Quiroga-Sánchez, E. (2025). Impact of Physical Exercise on Breast Cancer-Related Lymphedema and Non-Invasive Measurement Tools: A Systematic Review. *Cancers*, 17(2). <https://doi.org/10.3390/cancers17020333>
- Arnold, M., Morgan, E., Rungay, H., Mafra, A., Singh, D., Laversanne, M., Vignat, J., Gralow, R., Cardoso, F., Siesling, S., & Soerjomataram, I. (2022). Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. *Breast*, 66, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.08.010>
- Atef, D., Elkeblawy, M. M., El-Sebaie, A., & Abouelnaga, W. A. I. (2020). A quasi-randomized clinical trial: virtual reality versus proprioceptive neuromuscular facilitation for postmastectomy lymphedema. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 32(1). <https://doi.org/10.1186/s43046-020-00041-5>

- Batista, A. R., Anunciação, S. M., Saraiva, P. C., Neves, I. M., & Monteiro, G. I. (2022). Evolução Funcional Pós-Fratura Osteoporótica: Estudo de caso. *Servir, 2*.  
<https://doi.org/10.48492/servir0203.27898>
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. de A. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referencia, 4*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Brunelle, C. L., Jackson, K., Shallwani, S. M., Hunley, J. H., Kennedy, A., Fench, S., Hill, A., Paskett, E. D., Rush, K., Thiadens, S. R. J., White, J., & Stewart, P. (2024). Evidence-based recommendations regarding risk reduction practices for people at risk of or with breast cancer-related lymphedema: consensus from an expert panel. *Medical Oncology, 41*(11). <https://doi.org/10.1007/s12032-024-02510-6>
- Chowdhury, A., Brennan, P., & Gardiner, D. (2020). Cancer Rehabilitation and Palliative Care—Exploring the Synergies. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*, 1239–1252. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030>
- Damato, A., Rovnaya, A., & Mcguigan, P. (2023). Resistance training in patients with secondary lymphoedema: does it have any effect on functional and quality of life measures? Em *Journal of Lymphoedema* (Vol. 18, Número 1). <https://youtu>.
- Damstra, R. J., & Partsch, H. (2009). Compression therapy in breast cancer-related lymphedema: A randomized, controlled comparative study of relation between volume and interface pressure changes. *Journal of Vascular Surgery, 49*(5), 1256–1263.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2008.12.018>
- Deveci, B., Gürsoy, A., & Akbay, G. (2022). We can cross the breast cancer surgery gateway with Meleis' transitions theory. *Journal of Comprehensive Nursing Research and Care, 7*(1), 179. <https://doi.org/10.33790/jcnrc1100179>

- Deveci, Z., Karayurt, O., & Eyigor, S. (2021). Self-care practices, patient education in women with breast cancer-related lymphedema. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(2), 187–195. <https://doi.org/10.5606/TFTRD.2021.5022>
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*.
- ESSV. (2022). *Regulamento de Estágios Cursos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem*. [https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/07/reg\\_est\\_mestrado\\_enf.pdf](https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/07/reg_est_mestrado_enf.pdf)
- Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, G. F., Bimbatti, F. K., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. Em *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (LIDEL, pp. 404–429).
- Fu, M. R., Liu, B., Qiu, J. M., Sun, Y., Axelrod, D., Guth, A., Korth, S., Kremer, H. L., & Wang, Y. (2024). The Effects of Daily-Living Risks on Breast Cancer-Related Lymphedema. *Annals of Surgical Oncology*, 31(12), 8076–8085. <https://doi.org/10.1245/s10434-024-15946-x>
- Gallagher, S., O'Connor, L., Roberts, D., & Monaghan, K. (2021). Common conservative treatments for lymphoedema post breast cancer: A focus article. Em *Physiotherapy Practice and Research* (Vol. 42, Número 1, pp. 7–11). IOS Press BV. <https://doi.org/10.3233/PPR-200498>
- Gilchrist, L., Levenhagen, K., Davies, C. C., & Koehler, L. (2024). Effectiveness of complete decongestive therapy for upper extremity breast cancer-related lymphedema: a review of systematic reviews. *Medical Oncology*, 41(11). <https://doi.org/10.1007/s12032-024-02421-6>
- Hemati, M., Rivaz, M., & Khademian, Z. (2024). Lymphedema self-management mobile application with nurse support for post breast cancer surgery survivors: description of the

design process and prototype evaluation. *BMC Cancer*, 24(1).

<https://doi.org/10.1186/s12885-024-12744-2>

Hunley, J., Doublestein, D., & Campione, E. (2024). Current evidence on patient precautions for reducing breast cancer-related lymphedema manifestation and progression risks. *Em Medical Oncology* (Vol. 41, Número 11). Springer. <https://doi.org/10.1007/s12032-024-02408-3>

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Liu, F., Li, F., Fu, M. R., Zhao, Q., Wang, Y., Pang, D., Yang, P., Jin, S., & Lu, Q. (2021). Self-management Strategies for Risk Reduction of Subclinical and Mild Stage of Breast Cancer-Related Lymphedema. *Cancer Nursing*, 44(6), E493–E502. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000919>

Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Khajehgoodari, M., Ebrahimpour Rezaei, M., & Khalilzad, M. A. (2020). The implementation of the nursing process in lower-income countries: An integrative review. *Em Nursing Open* (Vol. 7, pp. 42–57). Wiley-Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/nop2.410>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. *Em Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas (LIDEL)*, pp. 281–328).

Oliveira, J. M. B. B. de, Marques, R. R. T., Valadares, J. G., Vieira, F. V. M., Lopes, M. V. de O., & Cavalcante, A. M. R. Z. (2024). Ineffective self-management of lymphedema in mastectomized women: concept analysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024ar0001432>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para Estágio e Relatório da Componente Clínica dos Ciclos de Estudos dos Mestrados em Enfermagem*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da competência clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Lusodidacta.

Padilha, J. M. D. S. C., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes,

B. (2021). Olhares Sobre os Processos Formativos em Enfermagem de Reabilitação.

*Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83–89.

<https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

Perdomo, M., Davies, C., Levenhagen, K., Ryans, K., & Gilchrist, L. (2023). Patient

education for breast cancer-related lymphedema: a systematic review. Em *Journal of Cancer Survivorship* (Vol. 17, Número 2, pp. 384–398). Springer.

<https://doi.org/10.1007/s11764-022-01262-4>

Pereira, R. S. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Lourenço, M., Cruz, V. V., & Vargas,

C. P. (2024). REABILITAÇÃO EM ENFERMAGEM PROCESSOS DE INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2).

<https://doi.org/10.33194/rper.2024.412>

- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). JBI manual for evidence synthesis. Em E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *Scoping Reviews*. JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/download/attachments/355599504/JBI%20Manual%20for%20Evidence%20Synthesis%202024.pdf>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, S. S. T., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Diário da República*, 2.ª série-n.º 26-6 de fevereiro de 2019 *Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista- OE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Diário da República*, 2.ª série-n.º 85-3 de maio de 2019 *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação- OE*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Ribeiro, M. P., Oliveira, F., Alves, M., & Silva, C. (2021). Enfermagem de reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 47–56. [https://www.researchgate.net/publication/357458612\\_Enfermagem\\_de\\_reabilitacao\\_a\\_pratica\\_sustentada\\_no\\_referencial\\_teorico\\_de\\_Dorothea\\_Orem](https://www.researchgate.net/publication/357458612_Enfermagem_de_reabilitacao_a_pratica_sustentada_no_referencial_teorico_de_Dorothea_Orem)

- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 48–55). LIDEL.
- Rodrigues, M., Deus, I., Bengalinha, P., Duro, R., Carpinteiro, D., Ferreira, R., Silva, C., & Fonseca, C. (2025). The Role of Rehabilitation Nurses in Empowering Mastectomised Women for Self-Care: A Scoping Review. Em *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 22, Número 6). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ijerph22060957>
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. Em *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (LIDEL, pp. 19–27).
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2011). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica (12th ed.)*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara.
- Sousa, M. M. L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 64–69.  
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85>
- Steglitz, J., Warnick, J. L., Hoffman, S. A., Johnston, W., & Spring, B. (2015). Evidence-Based Practice. Em *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition* (pp. 332–338). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.10540-9>
- Sun, Y., Fu, M. R., Jiang, Y., & Little, A. S. (2024). Initiating and Maintaining Complete Decongestive Therapy Self-Management of Lymphedema Among Breast Cancer Survivors: Descriptive Qualitative Study. *Integrative Cancer Therapies*, 23.  
<https://doi.org/10.1177/15347354241226625>

Teixeira, F., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., Mesquita, C., & Ferreira, D. (2023a).

INDICADORES PREDITIVOS DO AUTOCUIDADO – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. Em *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* (Vol. 6, Número 2). Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação.

<https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>

Teixeira, F., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., Mesquita, C., & Ferreira, D. (2023b).

Indicadores Preditivos do Autocuidado- Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2).

<https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>

Tomić, S., Malenković, G., Mujičić, E., Šljivo, A., & Tomić, S. D. (2024). Impact of risk factors, early rehabilitation and management of lymphedema associated with breast cancer: a retrospective study of breast Cancer survivors over 5 years. *BMC Women's Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03062-7>

Wang, J., & Wu, S. G. (2023). Breast Cancer: An Overview of Current Therapeutic Strategies, Challenge, and Perspectives. Em *Breast Cancer: Targets and Therapy* (Vol. 15, pp. 721–730). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S432526>

## **Apêndices**



## Apêndice I - Espelho Quadriculado para Reabilitação Facial





## Apêndice II - Intervenção do EEER na Pessoa com Disfagia



Politécnico  
de Viseu

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

### Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Disfagia

Ana Rita Tavares Pereira 29515

Tânia Mendonça Reigado 29508

Maio de 2025



## **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Disfagia**

Ana Rita Tavares Pereira 29515 Tânia Mendonça Reigado 29508

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação II, a decorrer no Serviço de Neurocirurgia da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, sob a tutoria dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Elsa Monteiro e Hugo Moita

Maio de 2025

**Sumário**

Lista de siglas .....	7
Introdução .....	7
1. Deglutição .....	9
2. Disfagia .....	11
Conclusão .....	14
Referências Bibliográficas.....	15
Anexo A .....	17
Apêndice A .....	18

**Lista de siglas**

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GUSS – The Gugging Swallowing Screen

JBI – Joanna Briggs Institute

## **Introdução**

A elaboração do presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem II – Processo Neurológico Traumático – Contexto Hospitalar, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 7.ª Edição da Escola Superior de Saúde de Viseu.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é responsável por criar, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação personalizados, sustentados nos problemas reais e potenciais de cada pessoa. A sua intervenção visa promover um diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades promovendo qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2022), a disfagia é um problema comum, sendo essencial a identificação precoce dos distúrbios relacionados à deglutição. Para isso, podem ser utilizados instrumentos válidos que avaliem a deglutição de forma segura, permitindo detetar a disfagia rapidamente e adaptar estratégias específicas para cada pessoa.

Faz parte das competências do EEER conceber, implementar e monitorizar programas de reabilitação para pessoas com alterações reais ou potenciais da deglutição. Também é sua responsabilidade formar outros enfermeiros no uso de instrumentos de avaliação da deglutição, capacitando-os para a aplicação adequada desses instrumentos, com o objetivo de prevenir complicações e garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

## 1. Deglutição

A deglutição é descrita como um processo complexo através do qual o alimento se desloca da cavidade oral até ao esófago, terminando no estômago. Estando intimamente ligada ao sistema digestivo é importante compreender que este é constituído por órgãos classificados em: canal alimentar e órgãos digestivos acessórios. Estes órgãos, com as suas funções particulares, trabalham para processar o alimento (Carmo, 2023):

- Ingestão: colocação do alimento na cavidade oral, ou seja, o ato de comer;
- Propulsão: movimentação do alimento pelo canal alimentar, incluindo a deglutição e a peristalse;
- Quebra mecânica: inclui a mastigação, a mistura do alimento no estômago e a segmentação;
- Digestão: quebra do complexo de moléculas alimentares em componentes químicos por enzimas;
- Absorção: transporte dos produtos da digestão (carboidratos, proteínas, vitaminas, minerais e água) do canal alimentar para o sangue ou para a linfa;
- Defecação: excreção de substâncias não digeridas do corpo.

Segundo a mesma fonte, o processo de deglutição é constituído por três fases, envolvendo 22 (vinte e dois) grupos musculares (entre cavidade oral, faringe e esófago).

A Fase Oral é voluntária. Neste momento, o alimento ingerido e quebrado pela mastigação, movimentos da língua, saliva e dentes (bolo alimentar) é deglutido pela contração da língua, que desloca o bolo contra o palato mole e, posteriormente, até a orofaringe. A pressão na orofaringe ativa o Glossofaríngeo (IX), que irá iniciar e controlar as próximas fases da deglutição;

A Fase Faríngea é involuntária, ocorrendo o movimento do bolo alimentar da orofaringe até ao esófago. A nasofaringe é separada da orofaringe e da laringofaringe pela elevação do palato mole e da úvula. A faringe eleva-se fazendo com que a epiglote bloqueie a traqueia, enquanto o esfíncter esofágico superior relaxa e se abre, permitindo que o alimento entre no esófago. Durante esta fase do processo de deglutição a respiração é inibida e a epiglote bloqueia a via aérea superior para prevenir que o bolo alimentar e os líquidos ingeridos entrem nas vias aéreas e sejam inalados. Estão envolvidos neste momento cinco pares cranianos: Vago (X), Trigêmeo (V), Facial (VII), Glossofaríngeo (IX), Acessório (XI) e Hipoglosso (XII).

A Fase Esofágica é involuntária. O bolo alimentar é propelido na direção do estômago pela peristalse ou contrações peristálticas (contrações e relaxamentos alternantes e

10

involuntários da musculatura lisa do trato digestivo - músculos constritores superior, médio e inferior - que juntos formam a camada circular externa da faringe). Quando o bolo alimentar se aproxima do estômago, o esfíncter esofágico inferior abre permitindo a sua passagem, fechando-se, posteriormente, para evitar a regurgitação do conteúdo gástrico.

A avaliação da deglutição clínica invasiva ou não-invasiva tem como objetivo detectar a presença de disfagia, caracterizar a sua gravidade, determinar as causas, planejar a reabilitação e aferir os resultados do tratamento.

Os testes denominados invasivos incluem: a videofluoroscopia da deglutição; a videoendoscopia da deglutição; a esofagoscopia transnasal; a ultrassonografia; a eletromiografia; a cintigrafia; a manometria faríngea e a auscultação cervical (Dias, 2015).

Para Santos et.al. (2023) a avaliação clínica não-invasiva baseia-se em:

- Informação Clínica: história clínica, familiar e antecedentes pessoais;
- Estado mental/ funções cognitivas: estado de consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, percepção e funções executivas;
- Pares cranianos (V, VII, IX, X, XI, XII): músculos da mastigação/sensibilidade da face; simetria facial (lábios e músculos bucinadores) / paladar 2/3 anteriores da língua; sensibilidade e motricidade da úvula e palato mole/paladar 1/3 posterior da língua; tom de voz; movimentos da cabeça; movimentos da língua;
- Reflexos: de deglutição, tosse, velopalatino, faríngeo;
- Linguagem, postura/ controlo da cabeça na posição de sentado; aparência da mucosa oral (coloração, estado de hidratação), estado nutricional da pessoa, peças dentárias presentes e a sua condição, tempo que demora a iniciar a deglutição após ser pedido que o faça, o padrão respiratório (incluindo as saturações periféricas de oxigénio), capacidade para a pessoa fazer apneia de forma voluntária, verificar se a pessoa consegue ou não provocar tosse eficaz, observar se existe movimento faríngeo quando é deglutida a saliva, observar capacidade de deglutir a saliva ou secreções.

## 2. Disfagia

A deglutição pode ser comprometida por fatores neurológicos, obstrutivos, degenerativos ou de origem cognitiva. Nesse sentido, uma alteração em qualquer fase da deglutição pode originar disfagia, sendo definida como a sensação de impedimento à passagem de material líquido ou sólido (ou ambos) quando este é deglutido.

O tipo de disfagia e a sua complexidade é determinado não só pela extensão, mas também pela gravidade das lesões e antecedentes pessoais de doença da pessoa. Os avanços na avaliação instrumental da deglutição permitem identificar alterações anatómicas e fisiológicas específicas, mas a identificação da disfunção e da etiologia da disfagia podem permanecer desconhecidas sem uma compreensão básica da fisiologia da deglutição e das mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Estados patológicos comuns como depressão, disfunção cognitiva, demência ou alterações comportamentais podem atrasar o reconhecimento da disfagia (Carvalho et. al, 2023).

A disfagia inclui a dificuldade em iniciar a deglutição, característico da disfagia orofaríngea, assim como a percepção de que os líquidos e/ou sólidos ficam retidos, na sua transição da boca até ao estômago, característico da disfagia esofágica.

A disfagia orofaríngea é uma condição clínica com uma alta prevalência, que afeta até 13% da população adulta com mais de 65 anos e cerca de 50% dos adultos institucionalizados (Carvalho et. al, 2023). Na disfagia orofaríngea a pessoa sente dificuldade em iniciar a deglutição. Os sintomas mais frequentes são a regurgitação nasal, tosse, diminuição do reflexo de tosse, fala nasalada e engasgamento. Na fase oral denota-se alterações quanto ao encerramento labial, alterações na mobilidade da língua e sensibilidade oral. Na fase faríngea, as alterações mais evidenciadas são a falta ou atraso do reflexo de deglutição, a subida da laringe de forma assimétrica, a alteração da sensibilidade da câmara faríngea, ou o encerramento das cordas vocais de forma anormal (Santos, 2023).

Na disfagia esofágica a fraqueza da musculatura conduz à disfunção do peristaltismo esofágico e a doença de refluxo gastroesofágico, predispondo estes indivíduos ao risco de aspiração associada ao refluxo (Carvalho et. al, 2023). Nesta disfagia a pessoa sofre de uma disfunção cricofaríngea, que é devida a um atraso na abertura do esfíncter esofágico, a uma abertura efetuada de forma incompleta ou ao encerramento prematuro do esfíncter (Santos et. al 2023).

12

Os sinais e sintomas de disfagia podem passar por dificuldade em gerir a quantidade de secreções/ perda involuntária de saliva, ausência/ abolição do reflexo de tosse de forma voluntária, alteração no tom de voz, diminuição/ abolição dos movimentos da boca e língua, presença de comida de refeições anteriores, perda ponderal de peso, aumento do tempo necessário para a refeição, alterações do padrão respiratório durante a refeição, acumular de alimentos nas partes laterais da boca (bochechas), descoordenação entre mastigação e deglutição, deglutições múltiplas, regurgitação nasal e/ou oral, infeções respiratórias de repetição, voz rouca ou molhada, apresentar espirros ou tosse durante a refeição e/após o fim; e sucessivas tentativas de pigarrear (JBI, 2000).

A disfagia pode advir como consequência de um Acidente Vascular Cerebral, Traumatismo Crânio-Encefálico, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, alguns tipos de cancro, Doença de Parkinson, Demências, Entubação oro-traqueal prolongada ou cirurgia otorrinolaringológica. O processo natural de envelhecimento também produz alterações na anatomia da cabeça e pescoço, bem como em vários mecanismos neuronais e musculares, causando uma perda de reserva funcional que pode afetar a deglutição (Carvalho et. al. 2023).

As escalas de avaliação de disfagia mencionadas na literatura são (Dias, 2015):

- The Mann Assessment of Swallowing Ability;
- The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability;
- Cancer-specific Swallowing Assessment Tool;
- The Clinical Dysphagia Scale, Penetration Aspiration Scale;
- Dysphagia-Specific Quality of Life;
- Dysphagia-Specific Quality of Care;
- Deglutition Handicap Index;
- The Dysphagia Handicap Index;
- 3-ounce Water Swallow Test;
- The Gugging Swallowing Screen;
- The Toronto Bedside Swallowing Screening Test;
- Acute Stroke Dysphagia Screen;
- National Outcome Measurement System;
- Swallowing Disturbance Questionnaire;
- Sydney Swallow Questionnaire; ▪ Munich Dysphagia Test.

A escala mais amplamente difundida em Portugal, The Gugging Swallowing Screen (GUSS) é de simples aplicação, passando por uma fase de exame indireto com posterior fase de exame direto (Anexo A).

A aspiração com conseqüente pneumonia de aspiração, a desnutrição e a desidratação provocadas pela redução de ingestão de sólidos e líquidos tem como resultado a diminuição da qualidade de vida e aumento do risco de mortalidade. Uma pessoa que sofra de disfagia pode sofrer de isolamento social, afastando-se ela própria de atividades com outras pessoas, o que poderá levar também à depressão.

O rastreio deve ser realizado por um profissional de saúde para identificar as pessoas com risco de disfagia. A avaliação da deglutição exige um processo com três etapas: rastreio (para identificar uma potencial disfagia); a avaliação clínica (para validar a presença de disfagia e determinar a melhor intervenção); e, por último, a avaliação instrumental. Ao contrário da avaliação clínica, a avaliação instrumental não é necessária para todos, restringindo-se aos casos com disfagia orofaríngea ou disfagia esofágica (Carvalho et. al. 2023).

Dentro dos profissionais de saúde com competências técnico-científicas para avaliar risco de disfagia encontra-se a enfermagem, nomeadamente o EEER, que deve integrar no dia a dia destas pessoas um programa de reabilitação funcional motora através de exercícios orofaciais (lábios, língua, mandíbula, úvula e palato mole, bochechas, mobilidade laríngea) e estimulação sensitiva-motora (variação de sabores, alteração do volume, estimulação térmica e tátil, massagem). Da mesma forma, é importante intervir com um programa de reeducação funcional respiratória (treino de músculos respiratórios, técnicas de melhora de ventilação, do padrão respiratório e mecânica ventilatória, permeabilidade das vias aéreas, fortalecimento da musculatura respiratória, ensino da tosse e tosse dirigida); com estratégias compensatórias/facilitadoras da deglutição - a serem aplicadas durante a alimentação e/ou treinos de deglutição - adaptação da consistência alimentar e uso de espessante; dieta adaptada (mole, pastosa, picada), adaptação postural, flexão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são (Apêndice A)

**Conclusão**

A disfagia é uma condição muito frequente em diversos contextos hospitalares e domiciliários, sendo essencial saber atuar quando esta se encontra presente. Como referido ao longo do documento esta é caracterizada pela dificuldade em deglutir, podendo comprometer a nutrição adequada, a hidratação e a proteção das vias aéreas, resultando em complicações graves como pneumonia por aspiração e aumento do risco de mortalidade. Assim, é essencial uma avaliação precoce para minimizar os riscos e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O EEER desempenha um papel crucial neste contexto, atuando como elo fundamental entre a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar. Através do seu conhecimento especializado, este profissional é capaz de realizar avaliações rigorosas, identificar precocemente sinais de disfagia e aplicar intervenções individualizadas que promovem a segurança da pessoa.

Este profissional deve, também, efetuar ensinamentos à pessoa e aos familiares/cuidadores, garantindo a adesão às orientações da reeducação alimentar, nomeadamente o posicionamento adequado durante as refeições. A educação para a saúde é essencial para prevenir complicações, contribuindo para a recuperação da pessoa e para a melhoria da sua qualidade de vida.

A intervenção do EEER é fundamental para humanização do cuidado e a melhoria global da qualidade de vida destas pessoas. Portanto, reconhecer e valorizar o papel do EEER na disfagia é essencial para garantir um atendimento eficaz, integrado e centrado na pessoa.

**Referências Bibliográficas**

- Carmo, L. (2023). Etapas da Deglutição. Acedido em <https://www.kenhub.com/pt/library/fisiologia-pt/etapas-da-degluticao>
- Carvalho, I. S., Martins, A., Sousa, J. R., Freitas, S. V., Meireles, L. (2023). A Deglutição no Idoso. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia - Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, Volume 61. N°2. Junho 2023
- Dias, C. (2015). Functional Oral Intake Scale (FOIS): contributo para a validação cultural e linguística para o português Europeu. Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Joanna Briggs Institute. Identification and Nursing Management of Dysphagia in Adults with Neurological Impairment. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Adelaide: JBI; 2000.
- Regulamento nº 392/2019 (2019, Maio 3). Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação, *Diário da República*, 2(85), pp. 13565-13568. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, I. M. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Deglutição Comprometida em Contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista de Enfermagem Portuguesa*, 6(1). : <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>
- Santos, T., Silva, H., Almeida, T. V. (2023). The Person with Deglutition Changes. *Gazeta Médica* nº3 vol. 10 · julho/setembro 2023

## Anexo A

Nome:  
PU:  
Data:  
Hora:

**GUSS** *Gugging Swallowing Test*

(Teste de Avaliação da Deglutição)








**Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto**

	SIM	NÃO
Vigil (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição sem alteração	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Escape de saliva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 – 4 = Investigação posterior <sup>†</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

**Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: água bidestilada, colher de chá rasa, espessante, pão)**

Seguir a ordem:	1 → SEMISSÓLIDO*	2 → LIQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Sem alteração	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE (involuntária)</b> (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• 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
<b>ESCAPE DE SALIVA</b>			
• 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
<b>MODIFICAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “i”)			
• 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
<b>TOTAL:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Investigação posterior <sup>†</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = Investigação posterior <sup>†</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = Investigação posterior <sup>†</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b> (20)	_____		

**Apêndice A**

<b>Foco de Intervenção: Deglutição comprometida</b>		
<p><b>Reeducação da função motora</b></p>	<p><b>Exercícios Orofaciais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lábios</li> <li>• Língua</li> <li>• Mandíbula</li> <li>• Úvula e Palato Mole</li> <li>• Bochechas</li> <li>• Mobilidade Laringea</li> </ul>	<div style="text-align: center;"> <p><b>LÁBIOS</b></p>  <p>26.7 Pretar (o máximo possível)    26.8 Retrar (o máximo possível)    26.9 Laminização 26.10 Sorrir (o máximo possível)    26.11 Abrir a boca (o máximo possível)    26.12 Segurar uma espátula entre os lábios.</p> <p><i>Aten: Anestilar: mastigar beijinhos, mover lábios em todas as direções, fazer som de estalar e emitir ruídos "Pi Pa Po" fortemente.</i></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>MANDÍBULA</b></p>  <p>26.18 Abrir a boca (o máximo possível)    26.19 Movimentos circulares</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>BOCHECHAS</b></p>  <p>26.20 Insufalar lentamente    26.21 Insufalar lentamente    26.22 Movimentos de sucção 26.23 Soprar</p> </div>
		<div style="text-align: center;"> <p><b>LÍNGUA</b></p>  <p>26.13 Pretar (o máximo possível)    26.14 Retrar (o máximo possível durante dois segundos)    26.15 Pressionar de trás para frente com a língua 26.16 Enfurar a língua contra uma espátula e manter alguns segundos    26.17 Tubular a língua</p> <p><i>Aten: Movimentos circulares, gargalhar, bocejir e produzir sons do tipo "K" ou "G", e emitir os "Ti Ta Te" fortemente.</i></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>ÚVULA</b></p>  <p>26.24 Bocejar    26.25 Gargalhar</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>PALATO MOLE</b></p>  <p>26.26 Soprar    26.27 Soprar</p> <p><i>Aten: Emitir os vogais fortemente e com pontos cerrados, e emitir os vogais "a" e "ã".</i></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>MOBILIDADE LARÍNGEA</b></p>  <p>26.28 Soprar controlado com ponto cerrado    26.29 Bocejar    26.30 Pretar a língua rapidamente 26.31 Insufalar lentamente    26.32 Clicar a parte de língua que fica dentro da boca aberta e controlado de língua pendurada</p> <p><i>Aten: Emitir os sons graves de aspiração (que exemplo, "ah" ou "u"), executar movimentos mandibulares, emitir ruídos mandibulares, posar a base da língua para trás e emitir a vogal "u" com língua retrairada.</i></p> </div>
	<p><b>Estimulação sensitiva motora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variação de sabores;</li> <li>• Alteração do volume;</li> <li>• Estimulação térmica e tátil;</li> <li>• Massagem.</li> </ul>	
<p><b>Reeducação funcional respiratória</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de músculos respiratórios;</li> <li>• Técnicas de melhora de ventilação, do padrão respiratório e mecânica ventilatória;</li> <li>• Permeabilidade das vias aéreas.</li> <li>• Fortalecimento da musculatura respiratória;</li> <li>• Ensino da tosse e tosse dirigida.</li> </ul>	

<b>Estratégias compensatórias/facilitadoras da deglutição (a serem aplicadas durante a alimentação e/ou treinos de deglutição)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adaptação da consistência alimentar;</li><li>• Uso de espessante;</li><li>• Dieta adaptada (mole, pastosa, picada);</li><li>• Adaptação postural;</li><li>• Flexão cervical;</li><li>• Rotação cervical para o lado afetado;</li><li>• Flexão lateral para o lado são.</li></ul>	
<b>Higiene oral bidiária</b>		



**Apêndice III – Tabuleiro de treino motor e cognitivo**

