

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA  
PORTUGUESA LISBOA  
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO

Inês Alexandra de Sá Antunes

**Um Olhar para o Caminho: a Intervenção do  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação nas Acessibilidades**

Setembro, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA  
PORTUGUESA LISBOA  
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Inês Alexandra de Sá Antunes

**Um Olhar para o Caminho: a Intervenção do  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação nas Acessibilidades**

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha  
Portuguesa – Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de  
Reabilitação

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

Setembro, 2024

“...crie um mundo mais inclusivo e equitativo para as pessoas...”<sup>1</sup>

## **Agradecimentos**

À minha filha, por ter aceitado os meus momentos de ausência e por todas as vezes que questionou se iria ter “nota 20”.

Ao Gonçalo por ter minimizado a minha ausência com a nossa filha, desdobrando-se em múltiplas tarefas.

Aos meus pais por serem avós a tempo inteiro e por todas as palavras de incentivo.

À minha avó Lourdes por ter confiado nas minhas competências, integrando na sua vida as minhas indicações e por ser um exemplo de ser humano.

À minha prima e comadre Sara por ter sido a minha consultora de escrita.

A todos os professores do corpo docente do I Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa pela partilha de conhecimento que conduziu à minha transformação pessoal e profissional. Um especial agradecimento à Professora Doutora Joana Marques pela sua excelente e motivadora orientação. A seu profissionalismo e dedicação são inspiradores.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente à Tânia, Bruno, Sara e Pedro por serem companheiros nesta caminhada, e no meio do caos optarem por rir invés de chorar.

Aos meus amigos Catarina, Ricardo, Susana, Manuel, Gerson, Nuno e Maya por serem meus consultores, motivadores e participantes quando abordamos a temática das pessoas com necessidades específicas

Ao Arquiteto Pedro pelas partilhas e por ter aceitado os desafios.

Um enorme agradecimento à Enfermeira Cláudia, às Enfermeiras Isabel, à Enfermeira Sofia pela orientação, partilha de conhecimentos, experiências, reflexões e pelo exemplo de profissionalismo que demonstraram.

A todos as pessoas e cuidadores que reabilitei, foram o motor deste crescimento pessoal e profissional.

Obrigada!

## **Resumo**

A Acessibilidade é um conceito amplo com várias dimensões, consiste na simplicidade de acesso e desfrute de ambientes, produtos e serviços por qualquer pessoa e em diferentes contextos. Promover a Acessibilidade é uma premissa para o pleno exercício de direitos de cidadania, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida. A eliminação das barreiras físicas e sociais promovem uma adaptação mais eficaz e integrada da pessoa na sociedade, fortalecendo os seus papéis e relações interpessoais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação analisa a problemática da funcionalidade da pessoa cuidada, da limitação, da atividade e da restrição à participação na sociedade, com vista ao desenvolvimento e à implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico proporcionando uma consciência social inclusiva.

Como objetivos gerais definiram-se desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas para o cuidado especializado à pessoa com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), ao longo do ciclo de vida, e à sua rede de suporte, dando especial importância à intervenção no âmbito da Acessibilidade e sensibilizar os enfermeiros nos locais de Estágio sobre a responsabilidade acrescida como agentes promotores de ambientes acessíveis. Assim, partindo da realização dos diagnósticos de situação, definiram-se objetivos e estruturaram-se atividades de forma a dar resposta às necessidades identificadas.

As atividades desenvolvidas adaptadas às necessidades identificadas em cada contexto de Estágio, aliadas à evidência científica atualizada e ao pensamento crítico e reflexivo, proporcionaram o desenvolvimento das competências mencionadas, bem como o respeito pela dignidade e pelos Direitos Humanos das pessoas, aspetos fundamentais para uma prática de Enfermagem Especializada de qualidade. Permitiram, igualmente, um desenvolvimento académico, contribuindo para um olhar atento ao caminho da excelência nos cuidados.

**Palavras-chave:** Acessibilidade, Pessoa com Deficiência, Inclusão Social, Enfermagem, Reabilitação.

## **Abstract**

Accessibility is a broad concept with several dimensions, consisting of easy access to environments, products and services by anyone in different contexts. Promoting accessibility is a prerequisite for the full exercise of citizenship rights, contributing to well-being and quality of life. The elimination of physical and social barriers promotes a more effective and integrative adaptation of the person in society, strengthening their roles and interpersonal relationships.

The Rehabilitation Nurse Specialist analyses the problem of the cared-for person's functionality, limitation, activity and restriction to participation in society, with a view to develop and implement autonomous and/or multidisciplinary actions in accordance with the social, political and economic framework, providing an inclusive social awareness.

The goals of this work were to develop scientific, technical, ethical and human skills for the specialized care of people and their support network in need of Rehabilitation Nursing care throughout the life, with special emphasis on intervention in the field of Accessibility and to raise awareness among nurses at the internship sites of their responsibility as agents promoting accessible environments. Thus, based on the diagnosis of the situation, objectives were defined, and activities were structured in order to respond to the identified needs.

The activities developed, were adapted to the needs identified in each internship context, combined with up-to-date scientific evidence and critical-reflective thinking, allowing the development of the competences as well as respect for people's dignity and human rights, fundamental aspects for quality specialized nursing practice, and also allowing for academic development, contributing to an attentive look at the path to excellence in care.

**Keywords:** Accessibility, People with Disabilities, Social Inclusion, Nursing, Rehabilitation

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

- ABVD – Atividades Básicas de Vida diária
- AIV – Atividades Instrumentais de Vida
- AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária
- ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- AVD – Atividades de Vida Diária
- CNUDPP – Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
- CI – Cuidador Informal
- CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CP – Cuidados Paliativos
- CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos
- DGS- Direção-Geral da Saúde
- DL – Decreto-Lei
- ECCEI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- EE – Enfermeiro Especialista
- EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- ESSCVP - Lisboa – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
- FC – Frequência Cardíaca
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INR - Instituto Nacional para a Reabilitação
- MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
- MIF - Medida de Independência Funcional
- NER- Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação
- LVM – Lesão Vertebro-Medular
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAOLPS – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> – Razão para avaliar a oxigenação sanguínea e a função pulmonar
- PC – Paralisia Cerebral
- PFR – Provas de Função Respiratória
- RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RFM – Reabilitação Funcional Motora

SC – Supervisora Clínica

SP – Supervisora Pedagógica

SpO2 – Saturações periféricas de Oxigénio

SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos

SRPD – Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

TA – Tensão Arterial

TNF – Tabela Nacional de Funcionalidade

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

% - Percentagem

## Índice

<b>I. Introdução .....</b>	<b>16</b>
<b>II. Enquadramento Teórico .....</b>	<b>18</b>
II.1. A Pessoa com mobilidade reduzida na sociedade.....	18
II.2. Acessibilidade: um direito de todos .....	19
II.3. A Inclusão da Pessoa com deficiência .....	20
II.4. Acessibilidade Arquitetónica: da necessidade à intervenção.....	23
II.5 Enfermagem e Acessibilidade arquitetónica.....	25
<b>III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre</b>	<b>29</b>
III.1. Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD).....	30
III.2. Unidade de Cuidados na Comunidade.....	38
III.3. Cuidados Paliativos: Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento ..	44
III.4. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED) .....	45
III.5. Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA) .....	47
III.6. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED) .....	56
III.7. Unidade de Cuidados na Comunidade.....	58
III.8. Competências desenvolvidas ao longo do Processo Formativo .....	62
<b>IV. Considerações Finais .....</b>	<b>64</b>
<b>V. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>66</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>81</b>
Apêndice A - Questionário para diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem do SRPD .....	82
Apêndice B – Respostas ao Questionário para diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem do SRPD.....	88
Apêndice C – Guia para a Acessibilidade Arquitetónica .....	94

Apêndice D – Plano de Sessão da Formação em serviço SRPD: “Acessibilidade Arquitetónica e a Enfermagem” .....	99
Apêndice E – Formação em serviço SRPD: “Acessibilidade Arquitetónica e a Enfermagem” .....	108
Apêndice F - Questionário de satisfação da Formação em serviço SRPD: “Acessibilidade Arquitetónica e a Enfermagem” .....	116
Apêndice G – Respostas ao Questionário de satisfação da Formação em serviço SRPD: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	119
Apêndice H – Plano de Sessão da Formação dirigida aos cuidadores das crianças/jovens internados no SPRD: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	122
Apêndice I – Sessão da Formação dirigida aos cuidadores das crianças/jovens internados no SPRD: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	125
Apêndice J – Questionário de satisfação da Formação dirigida aos cuidadores das crianças/jovens internados no SRPD: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	132
Apêndice K - Respostas ao Questionário de satisfação da Formação dirigida aos cuidadores das crianças/jovens internados no SRPD: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	135
Apêndice L – Cartaz para divulgação do Guia para a Acessibilidade Arquitetónica	138
Apêndice M – Panfleto: “Como usar o inalador pressurizado com câmara expansora” .....	140
Apêndice N – Panfleto: “Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida: como diminuir o gasto de energia” .....	142
Apêndice O - Questionário para diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem da UCC .....	144
Apêndice P – Respostas ao Questionário para diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem da UCC .....	149
Apêndice Q – Guia para a Acessibilidade Arquitetónica UCC .....	156
Apêndice R – Plano de Sessão da Formação em serviço UCC: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	165

Apêndice S – Formação em serviço UCC: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	168
Apêndice T – Questionário de satisfação da Formação em serviço UCC: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	178
Apêndice U - Respostas ao Questionário de satisfação da Formação em serviço UCC: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	181
Apêndice V – Cartaz para divulgação do “Guia para Acessibilidade Arquitetónica” .....	184
Apêndice W – Plano de Sessão da Formação em serviço SRPD: “Reabilitação e Cuidados Paliativos Pediátricos” .....	186
Apêndice X – Formação em serviço SRPD: “Reabilitação e Cuidados Paliativos Pediátricos” .....	189
Apêndice Y – Questionário de satisfação da Formação em serviço: “Reabilitação e Cuidados Paliativos Pediátricos” .....	199
Apêndice Z - Respostas ao Questionário de satisfação da Formação em serviço: “Reabilitação em Cuidados Paliativos Pediátricos” .....	202
Apêndice AA – Plano de Cuidados de ER UCIPED .....	205
Apêndice AB – Ciclo Reflexivo de Gibbs UCIPED .....	207
Apêndice AC – Questionário para diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem do SRA e do Departamento de AVD .....	213
Apêndice AD – Respostas ao Questionário para diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem do SRA .....	220
Apêndice AE – Guia para Acessibilidade Arquitetónica com novas informações ..	228
Apêndice AF - Plano de Sessão da Formação para pessoas internadas no SRA: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	239
Apêndice AG - Formação para pessoas internadas no SRA: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	241
Apêndice AH - Questionário de satisfação da Formação para pessoas internadas no SRA: “Acessibilidade Arquitetónica” .....	249

Apêndice AI - Respostas ao Questionário de satisfação da Formação para pessoas internadas no SRA: “Acessibilidade Arquitetônica” .....	252
Apêndice AJ – Plano de Sessão da Formação em serviço SRA: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	255
Apêndice AK – Formação em serviço SRA: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	258
Apêndice AL - Questionário de satisfação da Formação em serviço SRA: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	269
Apêndice AM - Respostas ao Questionário de satisfação da Formação em serviço SRA: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	272
Apêndice AN - Respostas ao Questionário para diagnóstico de situação à Equipe de Enfermagem do Departamento AVD .....	275
Apêndice AO – Plano de Sessão da Formação em serviço Departamento de AVD: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	282
Apêndice AP – Formação em serviço Departamento de AVD: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	285
Apêndice AQ – Questionário de satisfação da Formação em serviço do Departamento de AVD: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	296
Apêndice AR – Respostas ao questionário de satisfação da formação em serviço do Departamento de AVD: “Um Olhar para o caminho: A intervenção do Enfermeiro na Acessibilidade” .....	299
Apêndice AS – Vídeo de sensibilização para a temática das Acessibilidades e divulgação do Guia.....	302
Apêndice AT – Planos de Cuidados de ER UCIPED.....	306
Apêndice AU – Plano de Sessão da Formação em serviço UCIPED “Posicionamento vs Terapêutica de Posição” .....	323
Apêndice AV – Formação em serviço UCIPED: “Posicionamento vs Terapêutica de Posição” .....	326

Apêndice AW - Questionário de satisfação da Formação em serviço UCIPED: “Posicionamento vs Terapêutica de Posição” .....	339
Apêndice AX – Respostas ao Questionário de satisfação da Formação em serviço UCIPED: “Posicionamento vs Terapêutica de Posição” .....	342
Apêndice AY – Planos de Cuidados de ER ECCI.....	345
Apêndice AZ – Relatório da Atividade - “Dia das Acessibilidades: Sensibilizar para construir uma sociedade mais inclusiva” .....	352
Apêndice BA – Vídeo convite para o Dia das Acessibilidades.....	356
Apêndice BB – Estampagem das T-shirts para o Dia das Acessibilidades .....	360
Apêndice BC – Cartões com mensagem para serem distribuídas ao longo do percurso do Dia das Acessibilidades .....	362
Apêndice BD - Plano de Sessão da Formação para ajudantes familiares: “Cuidar a Pessoa com Alteração da Mobilidade – Princípios de posicionamento e transferência, mecânica corporal e LMERT” .....	364
Apêndice BE - Formação para ajudantes familiares: “Cuidar a Pessoa com Alteração da Mobilidade – Princípios de posicionamento e transferência, mecânica corporal e LMERT” .....	367
Apêndice BF – Plano de Sessão da Formação para alunos do 4ºano do ensino básico: “Educação Postural em Saúde Escolar” .....	385
Apêndice BG – Formação para alunos do 4ºano do ensino básico: “Educação Postural em Saúde Escolar” .....	388
Apêndice BH – Ebook para ajudantes familiares: “Princípios de posicionamentos e transferências” .....	395
Apêndice BI – Vídeo de sensibilização para a temática das Acessibilidades e divulgação do Guia.....	409
Apêndice BJ – Resumo da Revisão Scoping.....	413
Apêndice BK – Análise SWOT.....	416
<b>Anexos.....</b>	<b>418</b>

Anexo 1 – Certificados de formador sobre a temática “Mecânica corporal, Posicionamentos e Transferências” .....	419
Anexo 2 – Certificados de formador sobre a temática “Educação Postural em Saúde Escolar” .....	421
Anexo 3 – Questionário de satisfação da sessão de formação “Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências” .....	423
Anexo 4 – Respostas ao Questionário de satisfação da sessão de formação “Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências” .....	427
Anexo 5 – Certificado do Curso “Doenças Respiratórias Infância” .....	430
Anexo 6 – Certificado do Curso “Acessibilidade e Inclusão” .....	432
Anexo 7 – Certificado Seminário “VI Seminário GTAEDES – Diversidade e Desenho Universal: Equidade e Justiça no Ensino” .....	434
Anexo 8 – Certificado Seminário “Inclusão em Movimento: Desporto Adaptado e Atividade Física para Todos” .....	436
Anexo 9 – Certificado de participação nas Jornadas Internacionais CMRA 2024 “Avanços tecnológicos e organizacionais ao serviço dos resultados em reabilitação” .....	438
Anexo 10 – Certificado de participação no Workshop “Adaptação das Instalações Sanitárias – O Papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Capacitação do Utente/Cuidador” .....	440
Anexo 11 - Certificado de integração na Comissão Organizadora do “1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem” .....	442
Anexo 12 – Certificado de participação como moderadora da Conferência “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com o Utente Submetido a Cirurgia Cardíaca e Torácica” .....	444
Anexo 13 – Certificado de participação como moderadora da Conferência “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Infeção com MNT em programa de Reabilitação no Hospital de Dia” .....	446

Anexo 14 – Certificado de participação como oradora no Painel “Impacto das Vulnerabilidades no Contexto da Saúde” integrado no “I Seminário de Saúde da Família e Comunidade” .....	448
---	-----

## I. Introdução

No âmbito das unidades curriculares, Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (ESSCVP-Lisboa), foi proposto a elaboração de um Relatório de Estágio. A sua realização prioriza a necessidade de refletir sobre a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção da Acessibilidade, com ênfase na dimensão arquitetónica. No decorrer dos Estágios ambicionou-se desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas para o cuidado especializado à pessoa com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) e a sua rede de suporte, ao longo do ciclo da vida, dando especial importância à intervenção no âmbito da Acessibilidade. Procurou-se, ainda, sensibilizar os enfermeiros nos locais de Estágio sobre a responsabilidade acrescida como agentes promotores de ambientes acessíveis.

Relativamente à metodologia, procurou-se que fosse sistemática, organizada e objetiva<sup>1,2</sup>. Foi realizada uma pesquisa inicial na base de dados MEDLINE a fim de identificar os artigos existentes sobre a temática e posterior análise dos títulos, resumos e descritores. Foram utilizados como descritores DeCS/MesH: *accessibility, barriers environmental, disable persons, mobility limitation, social inclusion, social integration, nurs\*, rehabilitation*. Posteriormente, procedeu-se à pesquisa nas seguintes bases: MEDLINE Complete, CINHALL Complete e Nursing & Allied Health Collection: comprehensive via EBSCO-Host e SiELO e RCAAP via Google Académico. Também se realizou pesquisa noutras fontes sobre direitos humanos e legislação.

Atualmente, a Acessibilidade é uma área de grande importância a nível global, estando registado em diversos documentos a urgência em intervir nesta dimensão<sup>4-10</sup>. A Acessibilidade arquitetónica refere-se a todos nós, mas principalmente às pessoas com deficiência motora. No ano de 2021, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), 10,9% da população residente em Portugal com cinco ou mais anos tinha pelos menos uma incapacidade<sup>11</sup>. Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) calculou que 15% da população mundial vivia com alguma deficiência<sup>4</sup>. Em 2022, 27% da população da União Europeia com mais de 16 anos apresentava algum tipo de deficiência<sup>12</sup>.

Para as pessoas manterem estilos de vida saudáveis e se manterem ativas é fundamental que a Acessibilidade do meio esteja ajustada às suas funcionalidades<sup>4</sup>. Assegurar a Acessibilidade de qualquer pessoa, independentemente da sua condição é

uma obrigação de todos, sem qualquer exceção. O EEER tem na sua área de intervenção especializada a integração e a inclusão social das pessoas com deficiência. Torna-se imprescindível o conhecimento sobre as diversas dimensões da Acessibilidade na comunidade, devendo intervir de forma a promover a inclusão e contribuindo para a construção de uma sociedade não discriminatória<sup>13</sup>. Em 2019, segundo um estudo do Eurobarómetro, 52% das pessoas com deficiência revelaram sentir-se discriminadas devido à sua condição<sup>12</sup>. A Lei nº 46/2006, de 28 de agosto, proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e de existência de risco agravado de saúde, na qual se enquadra a falta de Acessibilidade<sup>14</sup>. Das queixas recebidas pelo Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), 44% são sobre Acessibilidades<sup>15</sup>.

O EEER tem como competência específica: “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, tendo esta o descritivo de “analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visa a uma consciência social inclusiva” e unidade de competência J2.2. “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”<sup>16p.4</sup>. A teoria de Enfermagem que norteou este percurso formativo foi o Modelo de Adaptação de Calista Roy, que avalia a pessoa como um sistema com a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente, onde a capacidade de resposta às mudanças revela o nível de adaptação, procurando o mais elevado nível de bem-estar, através da reintegração humana e ambiental<sup>17</sup>.

Para a construção deste trabalho optou-se por, no enquadramento, se desenvolver o contexto da pessoa com mobilidade reduzida, o conceito de Acessibilidade e do direito à acessibilidade com ênfase na Acessibilidade arquitetónica, assim como, o papel do EEER neste âmbito. De seguida, mencionou-se o percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre em ER e, mostrando a análise crítica e reflexiva da trajetória percorrida, a aquisição de competências relacionando-as com os objetivos, atividades e domínios de competências. Por fim, são apresentadas as considerações finais e as referências bibliográficas. Os trabalhos foram desenvolvidos com base em diagnósticos de situação realizados aos longo dos Estágios sendo apresentados nos apêndices e nos anexos os certificados de participação em eventos científicos.

As normas de referenciação de Vancouver e as orientações do “Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos” da ESSCVP – Lisboa são respeitadas neste Relatório.

## **II. Enquadramento Teórico**

A sensibilização para a problemática da Acessibilidade, com ênfase na arquitetura, foi a temática estudada nos contextos de Estágio mais longos, com a finalidade de aprofundar conhecimento e potenciar a reflexão crítica da responsabilidade e da intervenção do Enfermeiro, especialmente do EEER nesta área.

Neste capítulo serão abordados os principais temas e conceitos que suportam os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do percurso, sendo estes: A pessoa com mobilidade reduzida na sociedade, Acessibilidade como um direito de todos, A Inclusão da pessoa com deficiência, Acessibilidade arquitetónica da necessidade à intervenção e A Enfermagem e a Acessibilidade arquitetónica.

### **II.1. A Pessoa com mobilidade reduzida na sociedade**

No dia-a-dia o ser humano executa um variadíssimo conjunto de atividades de forma a satisfazer as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Realiza-as sem se aperceber da importância da mobilidade sem obstáculos para suprimir as suas necessidades, mas quando se depara com a restrição da sua mobilidade é levado a refletir sobre importância da mesma<sup>18</sup>. A mobilidade permite que a pessoa se desloque de forma livre no seu quotidiano, contribuindo para o bem-estar e sendo, por isso, um indicador de qualidade de vida<sup>18</sup>.

O grupo de pessoas com mobilidade reduzida é composto por pessoas que enfrentam dificuldades ou limitações na capacidade de se moverem de forma independente e/ou segura. Este grupo inclui: pessoas com deficiência motora, pessoas com incapacidades temporárias, pessoas grávidas, pessoas com carrinho de criança, pessoas obesas, pessoas com deficiência visual, pessoas com auxiliar de marcha, pessoas em cadeira de rodas, pessoas idosas e pessoas com doenças crónicas que limitam a mobilidade. Este grupo é diverso e inclui pessoas com diferentes níveis e tipos de mobilidade reduzida o que sublinha a importância de ambientes acessíveis<sup>4-6,8</sup>.

Segundo a Convenção das Nações Unidas sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CNUDPD) são incluídos neste grupo as pessoas que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que no confronto com as várias barreiras sociais e físicas podem comprometer a sua plena participação na sociedade em condições de igualdade com os demais<sup>5,19</sup>. Na Europa muitas das pessoas com deficiência não têm as mesmas oportunidades de vida que as outras pessoas, pois vários aspetos na

sociedade não lhes são acessíveis. O princípio 17 do Pilar Europeu dos Direitos Sociais salienta que as pessoas com deficiência têm direito a serviços e ambientes adaptados às suas necessidades<sup>19</sup>. As principais iniciativas na área da deficiência da União Europeia (UE) são: legislação europeia sobre acessibilidade de produtos e serviços, regulamentação sobre os direitos dos passageiros com mobilidade reduzida nos meios de transporte, acessibilidade nos sítios *web* e das aplicações móveis de organismos do setor público, normas de acessibilidade a nível da UE, projeto-piloto do cartão europeu de pessoa com deficiência, cartão europeu de estacionamento para pessoas com deficiência e o quadro de acompanhamento<sup>19</sup>. A Acessibilidade contribui para os direitos das pessoas com deficiência, mas também para os de todos nós.

## **II.2. Acessibilidade: um direito de todos**

A Acessibilidade consiste na “facilidade de acesso e de uso de ambientes, produtos e serviços por qualquer pessoa e em diferentes contextos. Envolve o Design Universal, oferta de um leque variado de produtos e serviços que cubram as necessidades de diferentes populações (incluindo produtos e serviços de apoio), adaptação, meios alternativos de informação, comunicação, mobilidade e manipulação”<sup>20p.3</sup>.

A Acessibilidade compreende assim tanto as estruturas físicas como os domínios da interação social e pode ser caracterizada como o cumprimento das diretrizes de eliminação de todas as barreiras sociais<sup>21-23</sup>. É um conceito amplo com diversas dimensões, entre elas atitudinal, metodológica, instrumental, comunicacional, programática e arquitetónica<sup>21</sup>. A introdução do desenho universal ou desenho para todos permitiu estender o conceito de Acessibilidade a toda a população que, anteriormente, era apenas aludido a pessoas com deficiência. Este conceito é invisível e intuitivo e responde às necessidades de todos, e em qualquer fase da vida<sup>21-23</sup>. Responder à diversidade humana é o grande desafio quando nos debruçamos sobre a Acessibilidade, sendo pré-requisitos para o progresso a criação de uma cultura de Acessibilidade e a aplicação das leis<sup>4,21-24</sup>.

O Artigo 9º da CNUDPD anuncia que os Estados Partes têm a obrigatoriedade de implementar medidas que possibilitem às pessoas com deficiência viverem de forma independente todos os aspetos da vida, em condições de igualdade com os demais, através da identificação e eliminação de obstáculos e barreiras à Acessibilidade nos mais diversos contextos<sup>25</sup>. O seu artigo 20º exige que o Estado assegure que as mesmas tenham independência na sua mobilidade, de uma forma e num momento da sua escolha<sup>25</sup>.

Promover a Acessibilidade é uma premissa para o pleno exercício de direitos e deveres de cidadania consagrados na Constituição da República Portuguesa e tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos através dos ganhos de funcionalidade, de integração, do reforço dos laços sociais e da participação cívica<sup>26</sup>. Fomentando a autonomia e a independência desconstruem-se preconceitos e erguem-se práticas inclusivas para todos, principalmente para pessoas com deficiência<sup>21</sup>. A Acessibilidade é vantajosa para todas as pessoas, para a comunidade e para o Estado na medida em que assegura o exercício pleno de cidadania e de participação ativa nos diversos domínios de atividade social, garante a integração em condições de igualdade de oportunidades de uma maior percentagem de cidadãos, favorece as condições de segurança e de conforto dos espaços e serviços e diminui os custos de uma vida mais autónoma e independente para todos<sup>4,21-23,27-29</sup>. Em Portugal existe uma grande percentagem de edifícios, espaços e instalações que não cumprem as mínimas exigências de Acessibilidade<sup>15</sup>, colocando restrição à participação de alguns cidadãos<sup>21,27,30</sup>.

A Acessibilidade é um elemento facilitador dos direitos, da igualdade e da autonomia<sup>22,23-29,31</sup>. O ER “analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem uma consciência social inclusiva”<sup>16p.6</sup>. Assim a Acessibilidade torna-se um pilar central para a inclusão social e concretização dos direitos humanos, tendo o EEER um papel-chave na materialização destas atividades.

### **II.3. A Inclusão da Pessoa com deficiência**

O respeito pela igualdade de direitos exige: a maturidade afetiva e emocional, o sentido de responsabilidade e o querer estabelecer relações sociais com consideração pela dignidade do outro<sup>32</sup>. É imprescindível ter em conta que todos dão contributos e têm as mesmas necessidades humanas básicas<sup>32</sup>. A OMS identifica a participação em atividades sociais e comunitárias como um direito fundamental<sup>33</sup>, no entanto, as pessoas com deficiência têm menos oportunidades de participar em atividades sociais e comunitárias<sup>4,34</sup>.

O ano de 2003 foi distinguido como o “Ano Europeu das Pessoas com Deficiência” e teve como objetivos: destacar a existência de barreiras e a discriminação sofrida por este grupo e perspetivar a necessidade de melhorar as suas condições de vida<sup>32</sup>. Estas

nomeações são notáveis na medida em que a OMS anuncia que cerca de 15% da população mundial é portadora de algum tipo de deficiência<sup>4,32</sup>.

A deficiência é um conceito em crescimento, heterogéneo, complexo, pode ser física e/ou mental/cognitiva, visível ou invisível, com impacto na matriz pessoal na realização de Atividades de Vida Diárias (AVD)<sup>5</sup>. A CNUDPD define deficiência como “um conceito em evolução e que resulta da interação entre pessoas com incapacidades e barreiras comportamentais e ambientais que impedem a sua participação plena e efetiva na sociedade em condições de igualdade com as outras pessoas”<sup>20p.194</sup>.

O enquadramento jurídico português das pessoas com deficiência assenta na CNUDPD que redirecionou os Decreto-Lei (DL) nº71/2009 e DL nº72/2009 e motivou a criação do plano “Ação para a Deficiência 2006-2015” do Conselho da Europa e a “Estratégia para os Direitos das Pessoas com Deficiência 2021-2030”. Estas diretrizes anunciam a responsabilidade que a sociedade tem para minimizar os efeitos das incapacidades, através da promoção e apoio a estilos de vida ativos e saudáveis, da criação de ambientes seguros, da garantia de cuidados de saúde com qualidade com o objetivo de melhorar a qualidade de vida<sup>32,35</sup>.

A Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência refere: “(...)pessoa com deficiência é aquela que, por motivos de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas”<sup>20p.194</sup>. Este conceito, apesar da sua dimensão, carece de informação científica, não existe unanimidade nas definições e o escasso conhecimento sobre prevalência, distribuição e tendências dificulta as comparações internacionais<sup>4,32</sup>. Relativamente à classificação, é possível categorizar em vários domínios: motor (alteração da mobilidade), sensorial (alteração da visão e/ou audição), intelectual (alteração da capacidade mental, comunicacional, autocuidado e no relacionamento social), psíquica (alterações do estado de consciência, da percepção, da atenção, do emocional e do comportamento), orgânica (alteração da estrutura e função dos órgãos) e multidimensional<sup>32</sup>.

No seu percurso evolutivo, a deficiência começou por ser descrita pelo modelo médico, passou pelo modelo social e hoje deve ser observada à luz do modelo biopsicossocial: uma vez que resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Foca-se na pessoa, família/pessoas significativas, comunidade e Estado em

interação com os fatores pessoais e ambientais. Promove uma abordagem holística de prevenção e reabilitação, desenvolvendo-se na articulação entre as instituições e a comunidade. Neste modelo o poder/controlo é das pessoas com deficiência, dos profissionais envolvidos, da família e do Estado; a cultura é a inclusão e participação social<sup>21</sup>.

Ao longo deste percurso formativo, na inúmera pesquisa aprofundada que foi realizada em diferentes bases de dados, em documentos de importância nacional e mundial e em instituições que abordam diferentes contextos, foram encontrados vários conceitos que se referem à pessoa com deficiência. Após uma análise pessoal, julga-se importante considerar também o conceito ‘pessoas com necessidades específicas’.

A reflexão sobre os conceitos encontrados e a importância da comunicação para todos, especialmente para as pessoas com necessidades específicas, evidencia como a terminologia escolhida pode influenciar a percepção e a interação social. Ao selecionar a descrição reconhece-se a centralidade da comunicação no desenvolvimento de ambientes inclusivos. A comunicação é vitalizadora para qualquer pessoa, pois permite a expressão de sentimentos, vontades, desejos, necessidades e opiniões em relação ao meio e na interação com o outro, num processo de *feedback* comunicativo<sup>32,36</sup>. Como processo permite a troca de informação, organizado por três fases: codificação ou formulação, transmissão, decodificação ou compreensão entre dois ou mais intervenientes e pode acontecer de diversas formas (oralidade, escrita, linguagem gestual e linguagem pictográfica/simbólica)<sup>32,36</sup>. Este processo facilita a inclusão social.

A comunicação inclusiva é eficaz na medida em que se constrói de forma respeitosa, precisa e acessível a todas as pessoas, dando espaço à contribuição de todos pelas suas diversas perspetivas, exibindo a diversidade e a pluralidade presentes na sociedade<sup>33</sup>. Desta forma “evita os estereótipos e as referências irrelevantes a particularidades dos indivíduos, e reconhece as qualidades positivas de todas as pessoas”<sup>37p.7</sup>. Tem como princípios: respeito pela dignidade, igualdade e equidade, não discriminação, respeito pela diversidade, reconhecimento e desafio de estereótipos, integração, evita trivialização e subordinação, evita o falso neutro, promove a Acessibilidade e a inclusão<sup>32,36</sup>. A plena inclusão das pessoas com necessidades específicas exige o aumento da sua atividade na esfera pública<sup>22</sup>. Esta é uma dimensão dos objetivos de desenvolvimento sustentável: reduzir as desigualdades, da Agenda 2030 das Nações Unidas<sup>29,34</sup>.

Os profissionais de saúde e, principalmente os EEER pela sua proximidade com as pessoas com necessidades específicas, ao comunicarem necessitam de proceder a uma avaliação holística do perfil da pessoa, e do seu nível de literacia em saúde para adaptar o discurso a uma forma eficaz de comunicar. Devem usar estratégias como a repetição dos conceitos de forma lenta e audível, permitindo à pessoa acompanhar e reter com maior facilidade a informação transmitida<sup>32</sup>. A formação dos profissionais de saúde é fundamental para o aumento do conhecimento e desenvolvimento de competências de intervenção inclusiva, a par da capacidade e atributos pessoais, de forma a promover o aumento da literacia em saúde e consequentemente a qualidade de vida das pessoas<sup>32</sup>.

O aumento de literacia empodera as pessoas permitindo-lhes reivindicar os seus direitos de forma mais assertiva e eficaz quando confrontadas com falta de Acessibilidade nos mais diversos contextos.

#### **II.4. Acessibilidade Arquitetónica: da necessidade à intervenção**

As pessoas com necessidades específicas, principalmente com incapacidade motora, enfrentam graves problemas na sua inclusão social quando confrontadas com falta de Acessibilidade nos espaços públicos e privados. Torna-se, assim, crucial adaptar o ambiente, de forma a facilitar a livre circulação de qualquer pessoa, independentemente da sua condição<sup>22,23,29</sup>.

As normas técnicas a aplicar estão regulamentadas no DL n.º163/2006, de 8 de agosto<sup>38</sup>. Após esta implementação, foram promulgados distintos DL e uma Resolução de Conselho de Ministros a fim de fiscalizar e criar comissões e equipas técnicas de promoção de acessibilidade (DL n.º125/2017, de 4 de outubro)<sup>39</sup>, implementar medidas relacionadas com a habitação (DL n.º95/2019, de 18 de julho)<sup>40</sup> e medidas de cooperação com o INR para a implementação, acompanhamento e fiscalização, assim como, garantir o seguimento do programa do Governo na área das Acessibilidades (Conselho de Ministros n.º4/2020, de 5 de fevereiro)<sup>41</sup>.

As normas técnicas dos DL são subjetivas e pouco consistentes devido aos diferentes constrangimentos contextuais que surgem nos diversos lugares, descrevendo, principalmente, os aspetos do espaço necessário e da inclinação máxima das estruturas<sup>23</sup>. Apesar de ter proporcionado uma melhoria na Acessibilidade arquitetónica geral, continua a ser insatisfatória para uma grande parte das pessoas com alterações motoras<sup>23,29</sup>.

A Acessibilidade é frequentemente considerada uma subcategoria do Desenho Universal, uma vez que se trata de proporcionar a todas as pessoas a oportunidade de participar na sociedade e na interação social, tal como retrata o mesmo<sup>23</sup>. Esta pode ser definida como a relação entre as capacidades pessoais e as exigências ambientais, ocorrendo a inacessibilidade quando as capacidades individuais são inferiores às exigências ambientais<sup>23</sup>. Desta forma conclui-se que é o meio que determina a extensão da incapacidade, tonando as pessoas incapazes de participar no mesmo.

As características do meio acessível devem respeitar a funcionalidade de qualquer pessoa, sendo fundamental a eliminação de todas as barreiras arquitetónicas. Estas apresentam-se de várias formas, mas é na sociedade que têm maior expressividade, uma vez que só são identificadas e vivenciadas pelas pessoas com necessidades específicas e da sua rede de suporte<sup>21,22,29,42,43</sup>. A inacessibilidade criada pelas várias barreiras, quer físicas, quer não físicas, existentes na sociedade é uma questão cumulativa, na medida em que existem várias dimensões e continuam a ser um desafio que necessita de ser resolvido<sup>22,23,29,43</sup>.

As barreiras arquitetónicas podem ser eliminadas através das sinergias de vários intervenientes. Nos últimos anos as questões de acesso das pessoas com necessidades específicas a edifícios e ambientes públicos tornaram-se uma parte importante da agenda política, com muitas autoridades locais a implementarem estratégias para a construção de ambientes acessíveis. As autarquias têm uma posição privilegiada na promoção da Acessibilidade, tanto em matérias de fiscalização do cumprimento das diretrizes legais como através do desenvolvimento local estratégico, devendo procurar respostas inovadoras adaptadas às necessidades da diversidade dos seus cidadãos<sup>21,34</sup>.

É essencial que as pessoas com necessidades específicas e as organizações de defesa dos seus direitos sejam ativamente envolvidas nos processos de tomada de decisão, participando na construção de políticas e programas. O lema “Nada sobre nós, sem nós”, recorda a necessidade desta reflexão<sup>44</sup>. Assim, deve-se compreender o que as pessoas com necessidades específicas querem, em vez de se perceber o que precisam, e isto não se encontra escrito na legislação, mas é um princípio essencial para encontrar as soluções mais adequadas à Acessibilidade<sup>42</sup>.

Vários estudos apontam que as barreiras arquitetónicas mais comuns nos espaços públicos são: a dificuldade de acesso a rampas e rampas mal construídas, ausência de estacionamento para pessoas com necessidades específicas, dimensão e design das portas, corredores estreitos, falta de espaços de manobra, casas de banho com limitação na sua

acessibilidade, largura e condições dos passeios, passarelas sem rebaixamento do lancel, mobiliário urbano desorganizado, superfícies irregulares, declives acentuados, elevadores com sistema de fechar as portas rápido e/ou avaria dos mesmos, rede de transportes públicos com vários problemas de acessibilidade<sup>22,23,29,34,43,45,46</sup>.

Reforçando o já mencionado, os fatores ambientais são o ambiente social, físico e atitudinal onde a pessoa vive o seu dia-a-dia. Neste domínio, o fator ambiente físico ou barreiras arquitetónicas é o mais identificado nos estudos como o que impede o envolvimento das pessoas com deficiência na vida social, pois limitam a sua funcionalidade e aumentam a sua incapacidade<sup>22,23,29,34,46</sup>. Promover o contacto social é crucial para mudar os comportamentos em relação à deficiência e reduzir as barreiras atitudinais e arquitetónicas<sup>22,29,34</sup>. Nesta partilha serão exibidas as necessidades e as dificuldades das pessoas com necessidades específicas e como a sociedade irá, de forma natural, procurar responder às restrições à sua participação. Ambientes acessíveis potencializam a capacidade das pessoas com necessidades específicas participarem ativamente na sociedade<sup>22,23,34,46,47</sup>.

## **II.5 Enfermagem e Acessibilidade arquitetónica**

No quadro metaparadigmático que estrutura a disciplina de Enfermagem, a Pessoa é um dos quatro conceitos centrais, sendo um agente intencional dos percursos de saúde-doença emoldurado nos seus três processos: intencional (mecanismos de decisão intencionais e relacionados com fatores cognitivos e atitudinais que se constroem nas relações sociais e na interação cultural com o ambiente onde a pessoa se inclui e desempenha o seu papel); não intencional (fatores não controláveis intencionalmente e sem controle imediato, por exemplo, fatores fisiológicos) e processos de interação com o ambiente (ligados ao contexto, com influência nos processos intencionais, cujo o controlo ultrapassa a capacidade de autodomínio do desenvolvimento, sendo dominados pela forma como o ambiente o afeta, nomeadamente, os elementos económicos, sociais, comunitários, financeiros e estruturais)<sup>48</sup>.

O ambiente é também um dos quatro conceitos metaparadigmáticos da ciência de Enfermagem<sup>48</sup>. Assim, debruçando-se sobre este quadro, o Enfermeiro toma decisões clínicas centradas na Pessoa e nos seus três tipos de processos, quase sempre indissociados, organizando os dados recolhidos para construir diagnósticos de Enfermagem. O foco do enfermeiro deve compreender tanto os fatores associados à doença como os fatores da comunidade, ligando os determinantes de saúde com os

determinantes sociais. Assim, irão interagir, relacionar-se entre si e influenciar-se: os determinantes estilos de vida (alimentação, atividade física, consumos de substâncias, comportamentos sexuais e comportamentos compulsivos) associam-se com os processos intencionais, os determinantes de saúde biológicos (idade, história genética) relacionam-se com os processos não intencionais e os determinantes sociais e económicos (pobreza, emprego e exclusão social), os determinantes ambientais (habitação, qualidade do ar, qualidade da água e ambiente social) e os determinantes de acessibilidade (educação, saúde, serviços sociais, transportes, etc) relacionam-se com os processos de interação da pessoa com o ambiente<sup>48</sup>.

Em 2008, a OMS apresentou quatro recomendações, das quais se destaca: “potenciar a melhoria das condições de vida no dia a dia das pessoas”. Sugere para isso a melhoria em saúde nos vários contextos de vivência das pessoas, intensificando a participação comunitária e promovendo as condições ambientais, fortalecendo o acesso às condições educacionais e laborais, e salvaguardando a importância da proteção social ao longo do ciclo de vida, principalmente dos grupos de maior vulnerabilidade<sup>48p.8</sup>.

Esta relação entre os determinantes em saúde e os processos do conceito metaparadigmático Pessoa permite ao Enfermeiro elaborar diagnósticos de enfermagem com vista a desenvolver um serviço de saúde universal<sup>48</sup>.

A Enfermagem, como profissão do cuidar, trabalha com uma grande proximidade da população tendo uma responsabilidade acrescida na luta por medidas inclusivas na comunidade. São muitas as barreiras que existem e urge a mudança, os enfermeiros e especialmente os EEER devem advogar nestas matérias<sup>28,30,49-51</sup>.

O EEER nos seus cuidados especializados com recurso a técnicas e tecnologias específicas de reabilitação atua junto da pessoa e da sua rede de suporte, recorrendo a estratégias de *coping*, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na integração familiar e comunitária, favorecendo o direito à dignidade e à qualidade de vida<sup>16,49,52</sup>, com base no Modelo de Cuidados Centrados na Família e no Modelo de Parceria de Cuidados<sup>53,54</sup>. Possui um *core* de conhecimentos e mobiliza-os para planear, implementar e monitorizar planos de ER que visam maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa, ampliando o bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade de vida<sup>13</sup>. Estudos revelam, como exemplo, que é muito importante o treino de capacitação do uso de cadeira de rodas em diferentes ambientes, pois irá facilitar a mobilidade das pessoas com necessidades específicas na sociedade<sup>22,34</sup>. Das oito categorias e enunciados

descritivos no Regulamento dos Padrões de Qualidade, salienta-se a promoção da inclusão social<sup>13</sup>.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) anuncia que “A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.”<sup>16p.1</sup>. A adaptação da pessoa depende da influência dos estímulos a que é sujeita. Calista Roy destaca a adaptação como um processo fundamental da Enfermagem. No âmbito da ER esta teoria pode ser aplicada para perceber como a pessoa se adapta às mudanças causadas pelas suas condições de saúde limitadoras<sup>17</sup>. A Acessibilidade é fundamental na promoção da adaptação e na qualidade dos cuidados de Enfermagem. Ambientes acessíveis facilitam a participação ativa das pessoas na sociedade e promovem uma adaptação mais eficaz<sup>22,34</sup>. Portanto, integrar a Teoria de Roy na ER implica identificar as mudanças adaptativas necessárias para enfrentar as necessidades específicas. O Modelo de Adaptação de Roy descreve a pessoa como um sistema adaptável com mecanismos de resistência reguladores e cognitivos que atuam para manter a adaptação relativamente aos quatro aspetos adaptáveis: pessoa, modo, ambiente e saúde<sup>17</sup>. Os estímulos do ambiente interno e externo da pessoa ativam mecanismos de resistência e produzem respostas comportamentais relativas aos modos: fisiológico, de autoconceito, de função na vida real e de interdependência<sup>17</sup>. Estas respostas são adaptáveis e promovem a integridade holística da pessoa, ou pelo contrário, ineficazes e não contribuem para os objetivos da pessoa. Ao promover a adaptação, a Enfermagem contribui para a saúde da pessoa e para a sua qualidade de vida<sup>17</sup>.

A melhoria das Acessibilidades nos diversos ambientes contribui para otimizar o processo adaptativo, promovendo uma reabilitação mais efetiva. Ao estudar o processo interativo entre os fatores individuais e os fatores ambientais, a pessoa com necessidades específicas é alvo de uma abordagem multidimensional classificável pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS datada de 2004. A utilização deste instrumento científico permite ao EEER obter informação consistente e comparável internacionalmente sobre a experiência de saúde, incapacidade e funcionalidade da pessoa alvo de cuidados especializados<sup>56</sup>. A CIF é um quadro que descreve as “interações dinâmicas entre o estado de saúde de uma pessoa, fatores ambientais e fatores sociais”<sup>47</sup>, podendo ser utilizada para identificar os principais problemas que devem ser abordados no programa de reabilitação e para orientar o estudo

dos produtos de apoio<sup>29</sup>. Em 2010, o Ministério da Saúde delegou à Direção-Geral da Saúde (DGS) a elaboração da Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF) baseada na CIF<sup>57</sup>. O objetivo da TNF é: “quantificar a funcionalidade de forma consistente e rápida, através de uma nomenclatura/referencial comum, baseada especificamente nas componentes da CIF: Atividades e Participação com identificação dos Fatores Ambientais que influenciam de forma positiva ou negativa as Atividades e Participação”<sup>57p.4,5</sup>. O recurso a este instrumento de classificação permite ao EEER quantificar o grau de funcionalidade das pessoas com doença crónica, incapacidade ou invalidez e medir os ganhos em saúde durante e após a implementação do programa de reabilitação<sup>57</sup>.

Para a concretização das suas competências especializadas, o EEER realiza, implementa e avalia planos e programas especializados, objetivando a qualidade de vida, a reintegração e a participação da pessoa na sociedade<sup>16</sup>.

Os objetivos da intervenção na área da reabilitação no âmbito da Acessibilidade são: proporcionar aos decisores políticos e às partes interessadas educação e sensibilização para Acessibilidade em espaços públicos; capacitar as pessoas com necessidades específicas para o uso das cadeiras de rodas em diferentes ambientes e empoderá-los para participar ativamente na sociedade e fazer o seu *follow up*, e instruir os cuidadores, rede de contato das pessoas com necessidades específicas e público em geral sobre medidas promotoras de Acessibilidade nos espaços públicos<sup>22,46</sup>.

O EEER analisa, também, a problemática da deficiência, a limitação da atividade e a restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e a implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico, visando uma consciência social inclusiva<sup>49</sup>. Deste modo, assume um papel de destaque na identificação de incumprimentos em matérias de Acessibilidades e de intervenção para a resolução da irregularidade, elaborando pareceres técnico-científicos fundamentados sobre as estruturas<sup>52,58</sup>. Os EEER e as autarquias, sendo ambos intervenientes na construção de ambientes inclusivos, devem unir forças na promoção da saúde e da Acessibilidade arquitetónica<sup>49</sup>.

Após o desenvolvimento do enquadramento concetual dos conceitos principais, será exposto o percurso de desenvolvimento das competências comuns, específicas em ER de mestre.

### III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

Neste capítulo encontra-se a descrição e análise crítica e reflexiva da trajetória do percurso formativo, numa articulação constante com as competências do EE, EEER e de Mestre. Os diferentes contextos de Estágio serão descritos nos próximos subcapítulos, sendo que, em cada um serão explanados os objetivos e as atividades realizadas, em interligação com as Competências Comuns do EE, as Específicas do EEER e de as Mestre. Este processo exigiu uma estrutura de pensamento constante que respeita as diretrizes mestres de um plano de ação consistente, científico e produtor de cuidados seguros na seguinte sequência: Identificar; Planear; Conceber; Executar; Avaliar<sup>59</sup>. O modelo de Calista Roy veio também suportar esta metodologia, sublinhando que o processo de Enfermagem encara a pessoa como um sistema adaptável e é composto por seis passos: avaliação do comportamento, avaliação do estímulo, diagnóstico de Enfermagem, estabelecimento do objetivo, intervenção e avaliação<sup>17</sup>.

Os Estágios permitiram através da socialização profissional, que assume um papel fundamental no processo educativo e formativo, a consolidação do saber teórico aplicado na prática de ER<sup>59</sup>. A competência é um processo dinâmico, interativo e engloba conhecimento, compreensão e julgamento<sup>59,60</sup>. O EEER necessita de mobilizar os seus conhecimentos e qualidades para resolver os problemas que identifica<sup>59,60</sup>.

Em todos os contextos, e transversal a todos os objetivos, procurou-se o desenvolvimento das seguintes Competências Comuns de EE, definidas pela OE: A1 - “Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade”, A2 - “Garante a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, B3.1 - “ Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, C1 - “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas”, D1- “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e D2 - “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”<sup>61</sup>. Ao longo da descrição dos Estágios serão destacadas outras competências desenvolvidas em cada atividade realizada. Nos contextos de Estágio mais longos, considerou-se fundamental elaborar um questionário, para realizar o diagnóstico de situação em relação à pertinência da problemática em estudo. O questionário foi aplicado às equipas de Enfermagem, com aprovação das Enfermeiras chefe, após validação das Supervisoras Clínicas (SC) e Supervisora Pedagógica (SP). Os resultados dos

questionários foram apresentados às equipas, promovendo a reflexão e elaboração de materiais de informação, educação e comunicação adaptadas à realidade de cada serviço (equipa de Enfermagem e pessoas internadas e os seus cuidadores).

Também promoveram o desenvolvimento de Competências de Mestre uma vez que se procurou: “desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” e “promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”<sup>62</sup>.

### **III.1. Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD)**

O primeiro contexto de Estágio decorreu num Centro de Reabilitação, concretamente num SRPD situado em Lisboa. Neste serviço são prestados cuidados especializados e diferenciados na área da reabilitação pediátrica e desenvolvimento, em regime de internamento, consulta externa e tratamento ambulatorio, à população em idade pediátrica (0 aos 18 anos, mas poderá prolongar-se aos 21 anos, no caso de enquadramento cognitivo que não tenha permitido a transição para a idade adulta<sup>63,64</sup>), provenientes da área de influência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), ilhas e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). O objetivo da equipa de enfermagem do SRPD é promover a autonomia da criança/jovem e da sua família, a sua dignidade e autoestima, os seus direitos de cidadania, bem como o seu envolvimento no processo de reabilitação, assegurando os cuidados em enfermagem gerais e de reabilitação de forma a garantir os seus legítimos direitos e a satisfazer com qualidade as suas reais necessidades e expectativas<sup>65</sup>.

A equipa de Enfermagem é constituída por 14 enfermeiros: uma Enfermeira Chefe, dois Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), sete Enfermeiros em ER, um Enfermeiro com Especialidade em Saúde Mental e quatro Enfermeiros de cuidados gerais. Os registos de evolução e instrumentos de avaliação são escritos em folhas modelo. No ano 2023, a etiologia das condições clínicas com maior incidência foram a Paralisia Cerebral (PC) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguido da Lesão Encefálica (não traumática) e Lesão Vertebro-Medular (LVM).

Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos específicos e as atividades:

**Objetivo 1 – Aprofundar conhecimentos teórico-práticos das intervenções especializadas do EEER, com ênfase na inclusão social potencializada pela Acessibilidade, da criança/jovem com necessidades específicas.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Observação e participação nos treinos de AVD e AIV;
- Observação das estratégias adotadas pelo EEER na capacitação da criança/jovem e seus cuidadores no confronto com as barreiras arquitetônicas;
- Identificação dos produtos de apoio facilitadores da Acessibilidade adequados aos problemas diagnosticados;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação e às entrevistas informais com os cuidadores;

De um modo geral, a observação da prática diária dos EEER no cuidar a criança/jovem e dos seus cuidadores, de forma a maximizar a sua funcionalidade, permitiu a identificação das estratégias adotadas que facilitam o processo de superação das barreiras arquitetônicas presentes no dia-a-dia.

O envolvimento dos cuidadores nos cuidados, premissa basilar do Modelo de Parceria de Cuidados e dos Cuidados Centrados na Família<sup>53,54,66</sup> na promoção da Acessibilidade, possibilitaram a realização de uma recolha de dados completa no que refere à inclusão da criança/jovem no seu seio social<sup>67,68</sup>. Desta forma, estruturou-se a intervenção de acordo com a realidade apresentada, permitindo ganhos na dinâmica do dia-a-dia familiar, comprovados pelos sentimentos partilhados nas conversas informais com os cuidadores. Esta avaliação era realizada no início da semana, depois da criança/jovem e os seus cuidadores passarem o fim-de-semana em casa e terem o confronto com a sua realidade. Este momento é de extrema importância pois permite ao longo do internamento reajustar o plano de cuidados, de forma a potenciar a organização/gestão familiar, através de uma relação de parceria com os Enfermeiros, onde existe espaço para a negociação e a partilha de responsabilização na tomada de decisão. Tais fatores diminuem o stress parental e promovem a capacitação e empoderamento dos pais nos cuidados à sua criança/jovem<sup>51</sup>. Para estabelecer esta relação de parceria contribuindo para a literacia em saúde, o EEER recorre a várias estratégias de comunicação e motivação que enriquecem os ensinamentos<sup>60,61</sup>.

A família é o suporte da criança/jovem, permitindo a continuidade do seu processo de reabilitação na vida diária. Assim, o EEER tem um papel fundamental na adaptação do ambiente familiar para a reintegração após o internamento<sup>17,66,67</sup>. Para atingir este

preósito foram solicitadas fotografias das divisões do domicílio para, em conjunto, serem negociadas estratégias de promoção da Acessibilidade, respeitando as preferências da família, mas consciencializando para a criação de um ambiente seguro, que minimize o risco de ocorrência de acidentes, procurando desta forma criar as melhores condições para o regresso à rotina diária no pós alta. Citando Calista Roy, “A arte e a ciência clínicas da enfermagem segundo o Modelo de Adaptação de Roy relacionam-se com o conhecimento básico de adaptação das pessoas para compreenderem as pessoas em situações de saúde e doença e descobrirem formas de intensificar a adaptação”<sup>17p.501</sup>.

Durante o Estágio houve a oportunidade de observar os comportamentos da criança/jovem no confronto direto com algumas barreiras arquitetónicas, mas num ambiente muito controlado, e posteriormente, intervir na sua capacitação. Destas intervenções destaca-se a capacitação no manuseamento da cadeira de rodas nos percursos dentro do serviço e o treino e uso de produtos de apoio nas instalações sanitárias que potencializam o ambiente para a Acessibilidade, sem exigir alterações mais estruturais das divisões. A evolução da funcionalidade das crianças foi avaliada com recurso à Medida de Independência Funcional (MIF), tendo-se verificado alterações do score para graus de funcionalidade maiores, traduzindo ganhos na respetiva dimensão.

As atividades descritas possibilitaram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1.4. “Avalia os resultados das intervenções implementadas”, J2.1. “Elabora e implementa programas de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida” e J2.2: “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”<sup>16</sup>.

**Objetivo 2- Cuidar a criança/jovem e dos seus cuidadores, na perspetiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, num internamento pediátrico.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados de ER à criança/jovem e seus cuidadores;
- Instrução da criança/jovem e seus cuidadores sobre a utilização dos produtos de apoio selecionados;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação.

A intervenção do EEER é centrada na criança e nos seus cuidadores, com os objetivos de prevenir, capacitar e reabilitar<sup>69</sup>. O desafio maior prendeu-se com a diversidade dos graus de incapacidade e a necessidade em adequar a intervenção ao estadio de desenvolvimento da criança/jovem. Trabalhar com crianças é algo imprevisível e

complexo. O vasto core de conhecimento da ER, enriquecido com a permanente atualização científica, permite prestar cuidados especializados visando a promoção da saúde, prevenção de complicações e progressão na funcionalidade, tendo em consideração as diferentes fases do ciclo de vida da pessoa alvo dos seus cuidados<sup>69</sup>. Responde-se ao objetivo através da colaboração e realização de intervenções de ER, desenvolvimento de competências de comunicação e interação, recorrendo a técnicas adequadas às faixas etárias, maturidade e cultura. Destaca-se o desenvolvimento das seguintes atividades: realização de avaliações iniciais e aplicação de instrumentos de avaliação (escalas utilizadas no contexto: MIF, Escala de Braden, Escala de Braden Q, Escala de Morse e Escala de Humpty Dumpty), elaboração e implementação de planos de cuidados de ER individualizados e refletidos com os pares. As Escalas são aplicadas nas primeiras 24 horas após a admissão da criança/jovem e no decorrer do internamento são reavaliadas de acordo com a sua especificidade e o *score* obtido na avaliação anterior. Os instrumentos de avaliação permitem uma melhor compreensão das necessidades da criança/jovem e do seu estado de saúde, assim como a monitorização da evolução ao longo do tempo, a elaboração de planos de cuidados de ER, a uniformização dos cuidados e, ainda, a quantificação e evidência dos ganhos em saúde<sup>70</sup>. Outra função destes instrumentos é a capacidade de gerar dados epidemiológicos<sup>70</sup>. Assim, permitem avaliar a eficácia das intervenções de Enfermagem em relação aos objetivos definidos. Calista Roy integra a avaliação como o quinto passo do processo de Enfermagem, onde são realizadas listas dos estímulos que afetam o comportamento, bem como as consequências das alterações dos estímulos e a probabilidade do acontecimento<sup>17</sup>.

Inicialmente procedeu-se à análise dos processos clínicos e consulta dos manuais do serviço. No decorrer do Estágio realizaram-se:

- Reabilitação Funcional Respiratória (RFR): realizaram-se sessões a duas crianças da mesma idade, com alterações do desenvolvimento muito diferentes, uma delas com muitas alterações anatómicas e com presença de dispositivo de gastrostomia percutânea endoscópica. Houve a necessidade de recorrer a estratégias modificadas do programa de RFR, tanto para adesão comportamental, como pela intolerância aos posicionamentos clássicos. Antes das sessões, as crianças foram avaliadas (estado de consciência, sinais vitais, características do padrão respiratório) quanto aos sinais e sintomas alterados, e ambas apresentavam: ligeira polipneia, tiragem infra-costal, roncocal e sibilância à auscultação pulmonar e secreções mucopurulental, tosse pouco eficaz, ligeiro adejo nasal e as saturações periféricas de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) estavam estáveis, entre

os 95% e 98%. Procedeu-se à realização de RFR, com incidência na limpeza das vias aéreas e, após a sessão, houve melhoria dos quadros com murmúrio vesicular à auscultação pulmonar, vias aéreas superiores limpas e arejadas e SpO2 entre 98 e 100%.

- Reabilitação Funcional Motora (RFM): mobilizações passivas, mobilizações ativas (ativa livre, ativa assistida, ativa resistida) a crianças e jovem com quadros de tetraplegia, paraplegia, hemiplegia e poliartrite. Das várias sessões efetuadas, destacam-se as mobilizações em banho de imersão e os seus resultados imediatos a nível da resposta motora nos padrões espásticos. Salienta-se, também, os treinos de motricidade fina, tendo-se utilizado materiais de uso quotidiano que foram selecionados e organizados de forma didática e atrativa, permitindo realizar os treinos num ambiente de brincadeira, onde se estimula a motricidade e concomitantemente a estimulação cognitiva. Ainda se concretizou treinos de força e treinos de escadas, bem como treino de equilíbrio.

Estas duas áreas de intervenção permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e J3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”<sup>16</sup>.

- Treinos de AVD: compreendem dois grupos: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) ou de cuidado pessoal e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias<sup>71</sup>. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) considerou seis treinos que fazem parte da ABVD: treino de higiene pessoal, de controlo da eliminação vesical e intestinal, de vestuário, de alimentação, de locomoção e de transferência<sup>72</sup>. Realizaram-se treinos de higiene pessoal, de vestuário, de alimentação, de locomoção, de transferências e eliminação a uma criança com tetraparésia e um jovem com hemiplegia. Os treinos são realizados de acordo com os objetivos estabelecidos no plano de cuidados e respeitam a tolerância da criança/jovem, pois há que ter muita atenção ao sentimento de frustração, uma vez que durante esta atividade há demasiado confronto com a incapacidade. A MIF é aplicada a crianças com idade igual ou superior a oito anos. A primeira avaliação é realizada durante as 24 horas após a admissão e permite identificar o grau de funcionalidade, através da avaliação do desempenho da criança/jovem e a necessidade dos cuidados que carece para realizar um conjunto de atividades motoras e cognitivas que a vida diária exige, para além de monitorizar os ganhos de funcionalidade, a eficácia das estratégias utilizadas durante os treinos bem como prevenir complicações e evitar incapacidades, garantido a qualidade e a segurança dos cuidados<sup>73</sup>. Os treinos de AVD

desafiam os enfermeiros a vários níveis, não só pelas diferentes abordagens e técnicas, mas também pela capacidade de resistir à tentação de substituir a pessoa durante o treino. Houve, ainda, a oportunidade de observar e participar na dinâmica do departamento de AVD do local de Estágio, onde o EEER realiza treinos de AVD individuais a várias pessoas. Estas intervenções permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e J2.1. “Elabora e implementa programas de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”<sup>16</sup>.

- Conheceram-se e utilizaram-se vários produtos de apoio, detalhadamente: talas de barbas, talas pneumáticas, talas tibiotársicas, tábuas de transferência, *standing-frame* móbil e fixo, vários modelos de cadeiras de rodas, cadeiras de banho, cadeiras de posicionamento, macas banheiras, maca rodada, plano inclinado dorsal, faca de Nelson, bolsa palmar, rebordo de prato, engrossador de cabo, escova de cabo longo. Este conhecimento permitiu o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1.2.4. “Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)”<sup>16</sup>.

- Houve ainda oportunidade de realizar dois acolhimentos ao serviço, uma preparação de alta e três observações de casos clínicos em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, o que permitiu desenvolver Competências Comuns de EE: C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”, C2.1. “otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”<sup>61</sup>.

- Observou-se a administração de toxina botulínica a uma criança com paralisia cerebral a condicionar um quadro de tetraparésia espástica. A toxina botulínica é um bloqueador neuromuscular utilizado para ajudar a tratar a espasticidade muscular, sendo injetada em doses controladas com base no peso da criança em músculos específicos, habitualmente músculos flexores, de forma a enfraquecê-los e reduzir a espasticidade, aliviar a dor, melhorar a função motora, facilitar o uso de ortóteses e prevenir deformidades articulares secundárias à espasticidade<sup>74-76</sup>. O início do efeito dá-se entre as 48 a 72 horas após administração, mas ao fim de 12 semanas vai diminuindo. Os resultados benéficos desta terapêutica são otimizados e prolongados quando associados a programas intensos de reabilitação. As crianças com paralisia cerebral após a administração deste fármaco apresentam melhor desempenho motor nos treinos de AVD e AIV, assim como nos treinos motores<sup>74-76</sup>. Pelo exposto conclui-se que o EEER após

administração da toxina botulínica tem ao seu dispor uma panóplia de cuidados de ER contribuindo para a eficácia da terapêutica e conseqüente maximização da funcionalidade da criança através da intensificação dos treinos motores e uso de produtos de ortóteses a fim de diminuir as deformidades. A eficácia de todo o tratamento é quantificada com recurso à Escala de Ashworth modificada. Desenvolveu-se Competências Específicas de ER: J3.2.1. “monitoriza a implementação de programas concebidos”<sup>16</sup>.

- Reflexão sobre o uso de terapia por aerossol vs inaladores. Procedeu-se a pesquisa científica sobre uso de anticolinérgicos para o tratamento da sialorreia nas crianças com paralisia cerebral, discutida com a SC e Enfermeira Chefe que apresentaram à equipa médica que integrou na sua prática. Desenvolveram-se Competências Comuns do EE: D2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”<sup>61</sup>.

A população em idade pediátrica é um desafio aos programas de reabilitação, na medida que a sua adesão é conquistada, sobretudo com recurso à brincadeira terapêutica a par da identificação de janelas de oportunidade para a intervenção<sup>77,78</sup>. O EEER além dos seus conhecimentos técnicos e científicos, precisa de ter uma formação humana que lhe permita chegar à criança e conseqüentemente aos seus cuidadores, evidenciando o valor de cada conquista e facilitando a aceitação da incapacidade. Esta aceitação é crucial no processo de reabilitação e é fomentada com a demonstração do potencial individual da criança<sup>79</sup>.

Houve a oportunidade de assistir e participar numa sessão sobre inclusão desenvolvida pelo Núcleo Recreativo do local de Estágio, onde antigos utentes partilharam o seu testemunho com os atuais utentes. Muito se falou sobre a Acessibilidade e as dificuldades sentidas, bem como das estratégias adotadas para contornar as barreiras, onde se destaca o desconhecimento do saber onde notificar a falta de acessibilidade.

**Objetivo 3 - Sensibilizar a equipa de Enfermagem sobre a importância da Acessibilidade, com ênfase na arquitetura.**

Atividades:

- Realização de um questionário à equipa de Enfermagem;
- Elaboração de um Guia sobre a Acessibilidade Arquitetónica;
- Realização de uma formação em serviço sobre as Acessibilidades;
- Realização de uma sessão de formação para cuidadores sobre Acessibilidades;

Numa fase inicial considerou-se pertinente construir um questionário a fim de avaliar a pertinência da temática para a Equipa de Enfermagem, auscultando as suas necessidades e interesses. O questionário (Apêndice A) foi revisto pela SP, SC e Enfermeira Chefe do

serviço. Após aprovação do questionário foi enviado para a Equipa de Enfermagem em formato *Google forms*, pela SC, responderam 85,7% (25% enfermeiros generalistas; 75% EE: 88,9% EEER e 11,1% EESIP). Da análise das respostas (Apêndice B) conclui-se que ninguém da equipa possui formação específica na área das Acessibilidades, embora abordem na sua prática vários temas relacionados com a Acessibilidade.

Após o diagnóstico de situação desenvolveu-se um Guia para a Acessibilidade Arquitetónica (Apêndice C), tendo por base as respostas obtidas no questionário dirigido aos enfermeiros, sobre as maiores dificuldades mencionadas pelas crianças/jovens e pelos seus cuidadores. Ao longo da sua construção consultaram-se várias pessoas, a saber: SP, SC, Enfermeira Chefe, assistente social, pessoas com mobilidade reduzida, arquiteto responsável pelo departamento da Acessibilidade de uma autarquia e INR. Este Guia tem um questionário de satisfação no final, a sua consulta é realizada através da leitura de um código QR que permite que seja dinâmico e evolutivo ao longo do tempo, estando numa plataforma online de design e comunicação visual, permitindo a sua edição pela equipa dinamizadora das Acessibilidades do local de Estágio. O Guia foi apresentado pela SC ao Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação (NER) da instituição e aos vários Enfermeiros Chefes pela Enfermeira Chefe, havendo a proposta para ser elaborado um Guia transversal a todos os serviços.

Primeiramente realizou-se uma formação em serviço, em regime híbrido, isto é presencial e online, e secundariamente nas passagens de turno, tendo abrangido 64,3% da equipa de Enfermagem. A formação (Apêndice D e E) potencializou a discussão em equipa sobre a temática e a mesma demonstrou muito interesse. Foi apresentado o Guia e discutida a utilidade do mesmo que passou a estar disponível em formato de papel e digital. Está a ser registado pela equipa de Enfermagem a sua entrega e avaliada a pertinência em conjunto com as famílias. Foi aplicado um questionário de satisfação (Apêndice F), que foi respondido por todos os participantes. Da análise (Apêndice G), 100% das expectativas foram cumpridas relativamente à formação, em que 91,7% totalmente satisfeita (o), e 8,3% muito satisfeita (o). Em relação à pertinência da sessão: 91,7% está totalmente satisfeita (o), e 8,3% muito satisfeita (o) Nos comentários e sugestões destacam-se as seguintes frases: “sessão totalmente inovadora com temas e propostas nunca exploradas na equipa” e “formação completa e com guia que completa a formação e bastante útil para distribuir aos utentes”.

Realizou-se também uma formação (Apêndice H e I) dirigida os cuidadores das crianças/jovens internados no SRPD. No dia da formação dividiu-se os cuidadores em

dois grupos, o primeiro grupo foi individual para o pai de um jovem que estava no internamento há menos tempo. Este cuidador não conseguiu responder ao questionário porque o seu dispositivo móvel não permitia a leitura do código QR. Da reflexão feita em conjunto realça-se a afirmação “foi importante, principalmente saber onde tenho de ir quando não há Acessibilidade”. O segundo grupo foi composto três cuidadores, no início associaram a Acessibilidade ao acesso aos edifícios e às instalações sanitárias, desconheciam a lei e quando confrontados com falta de Acessibilidade referiram entrar em conflito com os estabelecimentos. Após a sessão apenas um respondeu ao questionário (Apêndice J). Foram unânimes a considerarem a formação como muito importante, tendo um afirmado “agora ninguém me pára a notificar a falta de acessibilidade” (Apêndice K).

A importância da realização destas três atividades (Guia e sessões de formação) para a equipa de Enfermagem foi quantificada nas respostas ao questionário (Apêndice B): 88,9% muito importante e 11,1% importante. E permitiram o desenvolvimento das seguintes Competências Comuns de EE: A2.1. “Promove a proteção dos direitos humanos”, C2.2.5. “Usa processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” e D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”<sup>61</sup>. Acresce também nestas atividades o desenvolvimento das Competências de Mestre: “...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma pró-ativa em equipas e projetos;” e “a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”<sup>62</sup>.

#### **Objetivo 4 – Contribuir para a continuidade da promoção da Acessibilidade Arquitetónicas.**

Atividade: Realização de um Cartaz de sensibilização para a temática das Acessibilidades e divulgação do Guia;

Para a divulgação do Guia na instituição e sensibilização para a temática elaborou-se um Cartaz (Apêndice L) que foi colocado em pontos estratégicos no serviço. Este Cartaz tem um código QR que encaminha a pessoa para a leitura do Guia. Tendo permitido o desenvolvimento de competências alinhadas com as Competências Comuns de EE: B2.2.4. “Agiliza a elaboração de guias orientadores de boas práticas”<sup>61</sup>.

### **III.2. Unidade de Cuidados na Comunidade**

O Estágio em contexto de comunidade ocorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Lisboa. Esta UCC é uma unidade elementar, com autonomia

organizacional e técnica, em cooperação com outras unidades da Unidade Local de Saúde (ULS). Presta cuidados de saúde e apoio social em contexto domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional e/ou doença que exija vigilância periódica. Também tem intervenção na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de estratégias que apoiem respostas da comunidade. Para dar respostas a estas áreas de intervenção existem os vários departamentos com atividades específicas.

O Estágio decorreu no departamento da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que tem como objetivo principal garantir a prestação de cuidados continuados por uma equipa multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros (quatro EE, dos quais dois EEER), assistente social, psicólogo e nutricionista, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas carece de vigilância e cuidados de uma equipa de saúde. O sistema de informação utilizado é o SClínico.

Desta forma, os objetivos específicos e as atividades para o contexto de estágio foram:

**Objetivo 1 – Aprofundar conhecimentos teórico-práticos das intervenções especializadas do EEER, com ênfase na inclusão social potencializada pela Acessibilidade, da pessoa com necessidade de cuidados de ER.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Observação das estratégias adotadas pelo EEER na capacitação da pessoa e dos seus cuidadores para o confronto com as barreiras arquitetónicas;
- Identificação dos produtos de apoio facilitadores da Acessibilidade no domicílio adequados aos problemas diagnosticados;
- Instrução da pessoa e dos seus cuidadores sobre as estratégias e produtos de apoio selecionados;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação.

A observação da prática diária dos EEER no contexto comunitário, no cuidar a pessoa e os seus cuidadores, de forma a maximizar a sua funcionalidade permitiu a identificação das estratégias adotadas para superar as barreiras arquitetónicas.

O envolvimento dos cuidadores na promoção da Acessibilidade, premissa basilar do Modelo de Parceria de Cuidados e dos Cuidados Centrados na Família, possibilitaram a aceitação de ajustes no mobiliário e na sua organização. O sucesso desta intervenção está na capacidade do EEER em demonstrar a necessidade de mudança, respeitando o valor

sentimental que a família tem aos seus objetos. De acordo com a Teoria de Calista Roy, os cuidados de enfermagem olham a pessoa no seu todo e procuram torná-la capaz na totalidade das suas dimensões<sup>17</sup>. Realizou-se uma pesquisa científica sobre a segurança no ambiente domiciliário para diminuir o risco de queda.

Durante o Estágio houve a oportunidade de observar o confronto direto com barreiras arquitetônicas e intervir na capacitação para ultrapassá-las. São exemplos: a mudança do mobiliário no quarto, utilização de cadeira giratória na banheira, remoção de tapetes e realização de treino de marcha no exterior do domicílio. Na rua encontraram-se passeios estreitos e em más condições, piso irregular, mobiliário urbano, tendo-se durante o trajeto instruído a pessoa a ultrapassar as barreiras em segurança.

A evolução da funcionalidade e do grau de dependência da pessoa foram avaliados com recurso à MIF e ao Índice de Barthel, tendo-se verificado alterações do score para graus de funcionalidade maior e graus de dependência menores.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1.4. “Avalia os resultados das intervenções implementadas”, J2.1. “Elabora e implementa programas de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida” e J2.2: “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”<sup>16</sup>.

**Objetivo 2- Cuidar a pessoa e os seus cuidadores, na perspetiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, em contexto domiciliário.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados de ER à pessoa e aos seus cuidadores;
- Realização de panfletos para reforço dos ensinios;
- Instrução da pessoa e dos seus cuidadores sobre a utilização dos produtos de apoio selecionados;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação.

O objetivo foi respondido através da colaboração na realização de intervenções de ER e do desenvolvimento de competências de comunicação e interação com a pessoa e os seus cuidadores. Ao entrar no domicílio de quem carece de cuidados de ER, existem várias dimensões alvo de avaliação, tendo o EEER de mobilizar as suas competências de intervenção, com especial atenção e cuidado, pois está no ambiente familiar da pessoa.

No contexto específico da ER destaca-se o desenvolvimento de habilidades em realizar avaliações iniciais, em elaborar e implementar planos de cuidados de ER

individualizados e refletidos com a SC. Neste contexto foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Índice de Barthel, Escala de Morse, Escala de Zaritt, Tabela Nacional de Funcionalidade, Escala de Borg modificada, Escala de Avaliação da Força Muscular. No decorrer do Estágio realizaram-se:

- RFR: realizaram-se sessões a uma pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica, antes das sessões procedeu-se a avaliação dos sinais vitais, auscultação pulmonar e aplicação da Escala de Borg Modificada. A pessoa não apresentava qualquer sinal de descompensação da sua doença de base, contudo carecia de otimização do seu padrão respiratório a fim de ganhar maior tolerância às exigências das AVD e AIV. Na última sessão realizada, a pessoa referiu melhoria do cansaço ao fim do dia e noites com sono mais reparador. Tais sinais evidenciaram uma diminuição da dispneia durante as AVD e AIV, tendo o mesmo sido quantificado através do recurso à Escala Modificada de Borg. Também foi instruído para seleccionar uma única pontuação, a que melhor traduzisse o grau da sua dispneia, tendo existido uma evolução da percepção de esforço de sete (percepção de esforço moderado-intenso) para quatro (percepção de esforço para leve). Foram também realizados ensinamentos sobre a técnica de inaloterapia e poupança de energia na realização das AVD e AIV, tendo sido elaborados dois panfletos no seguimento destas áreas de intervenção (apêndice M e N). Estas intervenções permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e J3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”<sup>16</sup> e de Competências Comuns de EE, no domínio das unidades de competência: C1.2. “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”<sup>61</sup>.

- RFM: mobilizações passivas, mobilizações ativas resistidas, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treinos de marcha, treinos de escadas com pessoas amputadas de um membro inferior, com hemiparesia e status pós fratura do colo do fémur. O exercício de ER em contexto comunitário desafia o EEER a encontrar no domicílio locais seguros para a realização das atividades, bem como a utilização de utensílios domiciliários para incrementar resistência e força ao treino, são exemplos: sacos de arroz e garrafas de água. Estas intervenções permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e J3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”<sup>16</sup>.

- Identificou-se disfagia numa pessoa, tendo-se realizado a instrução para os

cuidados a ter na consistência da alimentação, uso de espessante, importância de comer sentado e permanecer sentado após a refeição, e ainda se sugeriu a aquisição de um copo de disfagia. Desenvolveram-se Competências Específicas de ER: J1.1.7 “Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização de AVD`s” e J1.2.4. “Seleciona e prescreve produtos de apoio”<sup>16</sup>.

- Aconselhou-se o uso de produtos de apoio e reencaminhou-se a pessoa e a sua família para a possibilidade de empréstimo de produtos de apoio nas instituições da comunidade. Desenvolveram-se Competências Específicas de ER dos critérios de avaliação: J1.2.4. “Seleciona e prescreve produtos de apoio” e J2.1.3. “Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivo de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”<sup>16</sup>.

- Realizaram-se primeiras visitas domiciliárias, aquando da admissão da pessoa na ECCI, e visitas de continuidade de cuidados, bem como visitas no âmbito do estatuto do Cuidador Informal (CI). Estas últimas são direcionadas para o cuidador e não para a pessoa cuidada, em conjunto com uma assistente social e têm como objetivo avaliar as dificuldades sentidas nos cuidados e o grau de sobrecarga do cuidador com recurso à Escala de Zarit. Nas duas visitas realizadas, ambas as cuidadoras apresentaram níveis de sobrecarga intensa. Perante estes resultados, as CI foram aconselhadas a procurar atividades de lazer e questionou-se o interesse e vontade de recorrer à utilização de internamento da pessoa cuidada para descanso do cuidador, tendo sido ainda dadas sugestões para otimizar a dinâmica dos cuidados. Desenvolveu-se Competências Comuns de EE: C1.1 “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e C2.1 “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”<sup>61</sup>.

A SC acumula funções de EEER e de coordenação de equipa o que foi uma mais valia na identificação das funções de gestão, concretamente: a articulação com a Equipa de Coordenação Local na gestão das pessoas internados na ECCI, elo de ligação entre a ECCI e as Equipas de Gestão de Altas hospitalares e equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários, gestão da equipa de ECCI, substituição da coordenadora da UCC nas suas ausências, referência e elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: C2.1 “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e C2.2.4. “Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências”<sup>61</sup>.

### **Objetivo 3 - Sensibilizar a equipa de Enfermagem sobre a importância da Acessibilidade, com ênfase na Arquitetónica.**

#### Atividades:

- Realização de um questionário à equipa de Enfermagem;
- Elaboração de um Guia sobre a Acessibilidade arquitetónica;
- Realização de uma formação sobre as Acessibilidades para profissionais de saúde.

Inicialmente considerou-se importante realizar um questionário a fim de avaliar a pertinência da temática para a equipa de Enfermagem. O questionário (Apêndice O) foi validado pela SP e SC, e após validação das duas partes, foi enviado a toda a equipa de enfermagem em formato *Google forms*, e via e-mail através da SC. Responderam ao questionário 88,9% dos enfermeiros (25% enfermeiros de cuidados gerais; 75% EE, dos quais 33,3% EEER). Da análise das respostas (Apêndice P) percebeu-se que nenhum elemento da equipa possui formação específica na área das Acessibilidades, embora abordem na sua prática vários temas relacionados com a mesma. À pergunta “Existe algum projeto no serviço sobre a integração social da pessoa com mobilidade condicionada?” 100% da amostra referiu que não.

Após o diagnóstico de situação desenvolveu-se um Guia para a Acessibilidade Arquitetónica (Apêndice Q) e uma formação em serviço (Apêndice R e S), tendo em conta as respostas ao questionário.

Para a avaliação do Guia e da formação foi realizado um questionário de satisfação (Apêndice T), acedido por código QR. Das 17 pessoas presentes (100% da equipa da UCC, dois estudantes da licenciatura em Enfermagem e dois elementos da equipa de saúde da Junta de Freguesia), 12 responderam ao questionário. Nas respostas (apêndice U) verifica-se que 91,7% referiu sentir-se muito satisfeito em relação à sessão; e 83,3% muito satisfeito quanto à sua pertinência. Todas as pessoas revelaram ter as suas expectativas cumpridas. No final da sessão, em momento de reflexão, duas enfermeiras, com grupos em redes sociais dos locais onde residem, pediram permissão para divulgarem o Guia, tendo sido evidenciado a responsabilidade de notificação.

A importância da realização destas duas atividades para a equipa de Enfermagem foi quantificada no questionário aplicado anteriormente (Apêndice P), tendo os resultados mostrado que: 87,5% considera ser muito importante e 12,5% importante a elaboração do Guia; 75% muito importante e 25% importante a realização da sessão de formação. Estas atividades permitiram o desenvolvimento das seguintes Competências Comuns de EE: A2.1. “Promove a proteção dos direitos humanos”, C2.2.5. “Usa processos de mudança

para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” e D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”<sup>61</sup>. Acresce também o desenvolvimento das Competências de Mestre: “...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos;” e “a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”<sup>62</sup>.

#### **Objetivo 4 – Contribuir para a continuidade da promoção das Acessibilidade arquitetónica.**

Atividade: Realização de um Cartaz de sensibilização para a temática das Acessibilidades e divulgação do Guia;

Para divulgação do Guia e sensibilização para a problemática elaborou-se um Cartaz (Apêndice V) que será colocado nas salas de espera da UCC. Este Cartaz tem um código QR que encaminha a pessoa para a leitura do Guia. Esta atividade possibilitou o desenvolvimento de competências alinhadas com as Competências Comuns de EE: B2.2.4. “Agiliza a elaboração de guias orientadores de boas práticas”<sup>61</sup>.

Neste período ficou planeada mais uma atividade de forma a dar continuidade ao desenvolvimento da temática. Esta atividade será o “Dia das Acessibilidades”, sendo apresentada à posteriori no Relatório, no subcapítulo III.6.

### **III.3. Cuidados Paliativos: Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento**

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) são um direito básico humano para todas as crianças que vivem com necessidades paliativas. Os Cuidados Paliativos (CP) são rigorosos, interligam a ciência e o humanismo, dão resposta aos problemas da doença prolongada, incurável e progressiva, e visam: melhorar a qualidade de vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, envolvendo os familiares numa abordagem holística<sup>80,81</sup>. Por outro lado a Reabilitação é mais do que uma disciplina, é um espírito particular, o do interesse pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis<sup>82</sup>. Assim concorda-se que “Os Cuidados Paliativos têm a ver com a qualidade de vida e incluem a reabilitação. Eles procuram auxiliar os doentes a atingirem e obterem o seu potencial máximo, físico, psicológico, social e espiritualmente, por muito limitados que se tenham tornado em resultado da progressão da doença”<sup>81p.166</sup>.

A Reabilitação em CPP tem como objetivos: reduzir complicações, manter autonomia e promover conforto<sup>80,81</sup>. A ação do EEER nesta abordagem é ativa, eficaz e diferenciadora no controlo dos sintomas, colocando ao serviço da pessoa em situação de

CP e sua família, as suas competências específicas. Atua de forma específica, dirigida e controlada a nível da dor, espasticidade, obstipação, agitação e demais sinais<sup>61,80,81,83-87</sup>.

**Objetivo 1- Desenvolver competências de reflexão sobre a intervenção do EEER, no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos.**

Atividade: Realização de uma formação em serviço: “Reabilitação em Cuidados Paliativos Pediátricos”.

Voltou-se ao contexto de Estágio descrito no III.1, mas na vertente de CP. No primeiro contato, em conversas informais com cinco enfermeiros da equipa de Enfermagem, procurou-se identificar as crianças em situação de CP e definir quais os critérios e cuidados prestados. A Enfermeira Chefe facilmente identificou casos clínicos compatíveis, enquanto os restantes quatro elementos tiveram alguma dificuldade na identificação. Destas conversas, identificou-se a necessidade de esclarecer conceitos de CP e reabilitação. Para tal realizou-se uma pesquisa científica e elaborou-se uma formação (Apêndice W e X) em conjunto com a Enfermeira Chefe do serviço. No fim da formação, que foi assistida presencialmente por três pessoas e uma pessoa via Teams, duas pessoas responderam ao questionário de satisfação (Apêndice Y). Salientam-se os seguintes resultados (Apêndice Z): 100% dos participantes afirmou ficar muito satisfeito em relação à sessão e pertinência da mesma e 100% refere que as expectativas foram cumpridas. Apresenta-se uma frase que corrobora os resultados obtidos: “considerarei extremamente pertinente esta formação, tanto pelos conteúdos como pela partilha de experiências”. Assim, fica claro que o objetivo: Desenvolver competências de reflexão sobre a intervenção do EEER, no âmbito dos CPP foi atingindo, permitindo o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”<sup>61</sup>.

#### **III.4. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED)**

A vertente de pediatria deste módulo do currículo académico decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED) de um hospital central de Lisboa. Esta unidade recebe pessoas em idade pediátrica de todo o país em situação de grande vulnerabilidade clínica, por doença aguda, crónica agudizada, traumatológica ou cirúrgica, de todas as especialidades médicas. A UCIPED é composta por três salas, oito postos, todos de nível de cuidados intensivos. A equipa é formada por 29 enfermeiros, dos quais uma EEER e nove EESIP e um EE em médico-cirúrgica: doente crítico. O método de trabalho é o individual pelos enfermeiros da prática direta de cuidados. O

EEER fica responsável por executar intervenções de ER às crianças com necessidade e critérios para tal. O sistema informático utilizado para os registos de enfermagem é Picis. Este contexto foi muito complexo, sensível e exigente, sobretudo na vertente emocional, tendo sido bastante enriquecedor do ponto de vista da aprendizagem técnico-científica. A carga horária deste contexto foi apenas de 36 horas, optando-se por definir só um objetivo.

**Objetivo 1- Cuidar a pessoa em idade pediátrica e os seus cuidadores, na perspetiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, numa unidade de cuidados intensivos.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados na área da ER às pessoas em idade pediátrica e aos seus, em contexto de unidade de cuidados intensivos;
- Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs sobre uma situação vivenciada.

Habitualmente os internamentos neste serviço são de curta duração, dado que as crianças são transferidas para o serviço de internamento assim que as condições clínicas não careçam de vigilância intensiva.

O objetivo foi atingido através da observação e colaboração na realização de intervenções de ER, a duas crianças em situação crítica. Esta realidade permitiu o desenvolvimento de competências específicas da ER no âmbito da RFR e RFM, em conjunto com a identificação das janelas de oportunidade de estabilidade hemodinâmica para realizar as intervenções de reabilitação em segurança<sup>88</sup>. Esta assenta na vigilância da reserva cardiovascular e respiratória e na identificação dos critérios de agravamento que limitam o decorrer da sessão de reabilitação, são eles: Frequência Cardíaca (FC) em repouso superior a 60% da FC máxima para a idade, aumento ou diminuição de 20% nos valores de Tensão Arterial (TA), relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferior a 200, SpO<sub>2</sub> inferiores a 90% com oxigenoterapia, dispneia severa, dor torácica ou cansaço extremo e pedido da pessoa para interromper a sessão<sup>88</sup>.

A mobilização precoce em cuidados intensivos é fundamental para o prognóstico da pessoa, contudo é primordial respeitar os critérios de segurança a fim de determinar o risco/benefício da intervenção<sup>88-90</sup>. As intervenções em dias diferentes, com duas crianças com diagnósticos e estadios de desenvolvimento distintos são apresentas no Apêndice AA. Com os pais desenvolveram-se competências de comunicação e de promoção da parceria de cuidados, premissa basilar do Modelo de Parceria de Cuidados e dos Cuidados

Centrados na Família. Foi verbalizado pelos pais de uma das crianças cuidada um sentimento de utilidade quando se sentem envolvidos nos cuidados.

Durante o processo de aprendizagem procurou-se ser responsável e pró-ativa, tendo-se realizado reflexões em conjunto com a SC. Optou-se por elaborar uma reflexão segundo o Ciclo de Gibbs (Apêndice AB) a partir de uma das situações vivenciadas.

As experiências vividas neste contexto permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”<sup>16</sup>.

### **III.5. Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA)**

O contexto de Estágio decorreu num Centro de Reabilitação, concretamente num Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA), situado no distrito de Lisboa, onde são prestados cuidados especializados e diferenciados na área da reabilitação, em regime de internamento, provenientes da área de influência da ARSLVT, ilhas e PALOPS.

A equipa de Enfermagem é constituída por 22 enfermeiros: uma Enfermeira Chefe, 11 EEER e 11 Enfermeiros de cuidados gerais. Os registos de Enfermagem são escritos em folhas modelo. O serviço tem 32 unidades de internamento. As condições clínicas mais prevalentes são as lesões vertebro-medulares e os acidentes vasculares cerebrais.

Assim, definiram-se os seguintes objetivos específicos e as atividades para este Estágio:

**Objetivo 1 – Aprofundar conhecimentos teórico-práticos das intervenções do EEER, com ênfase na inclusão social potencializada pela Acessibilidade, da pessoa com necessidade de cuidados de ER.**

#### Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Observação e participação nos treinos de AVD e AIV;
- Observação das estratégias adotadas pelo EEER na capacitação da pessoa e dos seus cuidadores para o confronto com as barreiras arquitetónicas;
- Identificação dos produtos de apoio facilitadores da Acessibilidade adequados aos problemas diagnosticados;
- Instrução da pessoa e dos seus cuidadores sobre as estratégias e produtos de apoio promotores da Acessibilidade;
- Comunicação com uma autarquia local.

De um modo geral, a observação da prática diária dos EEER no cuidar a pessoa de forma a maximizar a sua funcionalidade permitiu a identificação das estratégias adotadas que facilitam o confronto com as barreiras arquitetónicas. As pessoas são instruídas e treinadas para ultrapassarem os obstáculos mais comuns de forma segura, dos quais se destacam: inclinações, degraus, orientação da cadeira de rodas ao entrar e sair em espaços e alcance ao mobiliário que não permite a aproximação da cadeira de rodas na sua base.

Os produtos de apoio são selecionados de acordo com as necessidades da pessoa e as características do ambiente onde vive descritas pela mesma e pelos seus cuidadores. As maiores dificuldades mencionadas pelas pessoas internadas e pelos enfermeiros foram referentes ao acesso ao domicílio e dentro do mesmo a divisão da casa de banho. Para superar a inacessibilidade na casa de banho, principalmente da zona de banho, são apresentadas e testadas as várias alternativas: cadeira de banho, banco de banho, tábua de banho e cadeira giratória. Também existe a possibilidade de empréstimo destes produtos de apoio nas idas a casa para avaliar a sua eficiência. Após a seleção do produto de apoio é realizada a instrução do seu uso e muitas vezes é necessário recorrer concomitantemente a barras de apoio para minimizar o risco de acidentes e otimizar a segurança do ambiente.

Nos primeiros dias de Estágio, após ser apresentada a temática em estudo à SC, foi apresentada a situação social de uma pessoa com LVM, que se deslocava em cadeira de rodas manual. Cumpria o segundo internamento de reabilitação e entre os dois internamentos não conseguia sair para o exterior da sua habitação devido à inacessibilidade do acesso à mesma. Esta restrição à participação da pessoa já tinha sido analisada por duas empresas, não tendo sido encontrada qualquer solução. Assim, foram contactadas mais duas empresas pela autora, uma delas após estudar várias hipóteses conseguiu encontrar uma solução, que responde às necessidades apresentadas. A pessoa ainda aguardava o atestado de incapacidade multiusos, a conclusão do estudo dos produtos de apoio e posterior solicitação ao Instituto da Segurança Social para a aquisição dos mesmos. Assim, procedeu-se à elaboração de um email à Câmara Municipal, a solicitar apoio financeiro para a realização da Acessibilidade ao domicílio, o qual teve resposta positiva. Esta intervenção permitiu encontrar uma solução para o problema da Acessibilidade ao domicílio, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa. Segundo Calista Roy, o ambiente compreende todas as condições, circunstâncias e influências que abrangem e influenciam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa<sup>17</sup>.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1.4. “Avalia os resultados das intervenções implementadas”, J2.1. “Elabora e

implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida" e J2.2: "Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social"<sup>16</sup>.

**Objetivo 2- Cuidar da pessoa e os seus cuidadores, na perspetiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, num internamento de adultos.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados de ER à pessoa e aos seus cuidadores;
- Instrução da pessoa e dos seus cuidadores sobre a utilização de produtos de apoio selecionados;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação.

O objetivo foi respondido através da colaboração e realização de intervenções de ER e do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER. Destaca-se o desenvolvimento das seguintes atividades: realização de avaliações iniciais, elaboração e implementação de planos de cuidados de ER individualizados e aplicação de instrumentos de avaliação (escalas utilizadas no contexto: MIF, Escala de Braden, Escala de Morse, Research Council Scale, Escala Avançada de Equilíbrio de Berg, Escala de Ashworth, Escala American Spinal Injury Association - ASIA, Escala de Borg Modificada, Escala numérica da Dor). As Escalas são aplicadas aquando da admissão da pessoa e no decorrer do internamento são reavaliadas de acordo com a sua especificidade e o *score* obtido na avaliação anterior. Estes instrumentos norteiam o pensamento crítico possibilitando a elaboração de diagnósticos de Enfermagem, assim como a monitorização, a evolução e a uniformização dos cuidados, facultando a quantificação e evidência dos resultados<sup>70</sup>.

Inicialmente procedeu-se à análise dos processos clínicos e consulta dos manuais do serviço. No decorrer do Estágio realizaram-se:

- RFR: realizaram-se sessões a uma pessoa com tetraplegia e a uma pessoa com hemiparesia, ambos tinham uma traqueostomia. Antes das sessões foi realizada a avaliação dos sinais e sintomas, embora a auscultação pulmonar não tivesse alterações, SpO2 estáveis (superiores a 96%), a hipersecreção e tosse persistente nos dois casos causavam desconforto e interferiam com o bem-estar e autoimagem. Ambos foram instruídos com os objetivos de: melhorar a reexpansão e a ventilação pulmonar (treinados para realizarem momentos de consciencialização de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação diafragmática e costal) e melhorar a limpeza das vias aéreas (treinados para realizarem tosse dirigida e assistida e

drenagem postural)<sup>91,92</sup>. Após as intervenções houve melhoria dos quadros com limpeza da via aérea e diminuição do esforço inspiratório, ambos referiram a sensação de melhoria e identificaram a importância da aprendizagem. A técnica da inaloterapia foi otimizada uma vez que foi identificada a falha na ativação do inalador. A família também foi instruída sobre os cuidados com o dispositivo médico.

- RFM: mobilizações passivas, mobilizações ativas (ativas livres, ativas assistidas e ativas resistidas), atividades e exercícios terapêuticos (rolar e levantar, ponte, treino de equilíbrio, treino de flexibilidade, preparação para a posição ortostática com recurso ao plano inclinado e treino de marcha com auxiliares de marcha) a pessoas com quadros de tetraplegia, paraplegia e hemiplegia, com graus de espasticidade e força muscular diferentes. O tônus muscular foi avaliado com recurso à Escala de Ashworth Modificada, a força muscular através da Escala de Força Muscular e o equilíbrio funcional estático e dinâmico através da Escala Avançada de Equilíbrio de Berg. As intervenções específicas de ER perante pessoas com o diagnóstico de espasticidade são: executar exercícios musculares e articulares passivos, ativo-assistidos; analisar a relação entre os exercícios e o tônus muscular; instruir, treinar e estimular exercícios musculares e articulares; posicionar em padrão anti-espástico e instruir, treinar e incentivar o posicionamento em padrão anti-espástico, quer no leito quer na cadeira de rodas<sup>93</sup>. Em alguns casos específicos utilizaram-se talas pneumáticas, antes de se proceder à mobilização dos membros, principalmente os superiores, tendo-se verificado que contribuem para a inibição da espasticidade, aquisição dos padrões de movimento normais, redução do edema, prevenção de contraturas, redução gradual de deformidades provocadas por contraturas e estimulação proprioceptiva<sup>93,94</sup>. Após a sua aplicação, durante um período de 30 minutos, o membro ficava menos espástico o que facilitava as mobilizações e conforto da pessoa. O fortalecimento muscular tem como objetivo aumentar a força, a massa e a resistência muscular, sendo um dos focos da ER. Incorporar nos programas de ER o treino de força muscular visa aumentar a funcionalidade da pessoa na execução das AVD e AIV<sup>95,96</sup>. Utilizaram-se pesos e elásticos para incrementar resistência aos exercícios. O treino de equilíbrio deve ser realizado de forma gradual, começando com mobilizações, progredindo com a execução de atividades terapêuticas (rolar, levantar, ponte, treino de equilíbrio sentado e de pé estático e dinâmico) que visem a recuperação de uma postura adequada do corpo até a aquisição da posição ereta<sup>97</sup>.

- Treinos de AVD: realizaram-se treinos de higiene pessoal, de controlo da

eliminação vesical e intestinal, de vestuário, de alimentação, de locomoção e de transferência a pessoas com quadros de hemiplegia/hemiparesia direita e esquerda, tetraplegia e paraplegia. Os treinos são realizados de acordo com os objetivos estabelecidos no plano de cuidados e respeitam a tolerância da pessoa. Durante estas intervenções a pessoa está em confronto direto com a sua incapacidade, expondo-a a um risco elevado de sentimento de frustração, o EEER tem de ter especial atenção para minimizar o efeito negativo deste sentimento. A escala MIF permite identificar o grau de funcionalidade, monitorizar os ganhos de funcionalidade, a eficácia das estratégias utilizadas durante os treinos, bem como prevenir complicações e evitar incapacidades, garantido a qualidade e a segurança dos cuidados<sup>73</sup>. Os treinos de AVD desafiam os enfermeiros a vários níveis, não só pelas diferentes abordagens e técnicas, mas também pela capacidade de resistir à tentação de substituir a pessoa durante o treino.

Estas três áreas de intervenção permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e J3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”<sup>16</sup>.

- Conheceram-se e utilizaram-se vários produtos de apoio, nomeadamente: talas de barbas, talas pneumáticas, tábuas de transferência, standing-frame elétrico, vários modelos de cadeiras de rodas, cadeiras de banho, cadeiras de posicionamento, macas banheiras, plano inclinado dorsal, bolsa palmar, rebordo de prato, engrossador de cabo. Treinou-se o uso dos produtos de apoio selecionados e promoveu-se a funcionalidade e a máxima independência com a utilização dos mesmos. Este conhecimento permitiu o desenvolvimento de Competências Específicas da ER: J1.2.4. “Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação”<sup>16</sup>.

- Houve também oportunidade de realizar acolhimentos ao serviço, preparações de alta e observação de casos clínicos em conjunto com toda a equipa multidisciplinar. Esta equipa de reabilitação é formada por vários profissionais com diferentes especialidades, que trabalham alicerçados na complementaridade das suas diferentes responsabilidades<sup>82</sup>. Desenvolveram-se Competências Comuns de EE: C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”, C2.1. “otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”<sup>61</sup>.

- Observou-se uma consulta médica, durante a qual foi administrada toxina botulínica a uma pessoa com quadro de tetraparésia, em que o padrão de marcha era prejudicado pelo padrão espástico dos músculos flexores, aumentando o risco de queda.

A pessoa foi instruída sobre os efeitos e semi-vida da terapêutica, foi reforçada a importância de intensificar as sessões de reabilitação e a atividade física.

- Observou-se a dinâmica do Laboratório de Marcha: onde se realiza a observação e análise biomecânica da marcha permitindo a descrição e compreensão do fenómeno. O relatório deste exame complementar de diagnóstico possibilita o desenvolvimento de programas de reabilitação direcionados para os problemas identificados na descrição espacial, temporal, cinemática e dinâmica da marcha<sup>98</sup>.

- Observaram-se Provas de Função Respiratória (PFR): compreendem uma série de testes realizados para avaliar a capacidade e a eficiência pulmonar, contribuindo para o diagnóstico, estadiamento e tratamento das doenças pulmonares<sup>99,100</sup>. Os resultados da PFR fornecem dados específicos sobre as capacidades e limitações respiratórias da pessoa, permitindo planejar um programa de reabilitação que vise melhorar a capacidade pulmonar, a qualidade de vida e a prevenção de complicações, bem como monitorizar a evolução da doença e avaliar a eficácia das intervenções de EEER, permitindo o seu ajuste em caso de necessidade<sup>99,100</sup>.

- Observou-se um estudo urodinâmico: este exame permite clarificar os sintomas das diferentes patologias que podem afetar o sistema urinário. Existem 4 tipos de estudos urodinâmicos concretamente: urofluxometria, estudo urodinâmico miccional, estudo urodinâmico de enchimento e vídeo urodinâmico<sup>101</sup>. Os resultados destes estudos permitem ao EEER diversificar as suas intervenções indo de encontro à especificidade das pessoas com alterações neurogénicas da bexiga. A associação entre a disfunção neurogénica da bexiga e a baixa qualidade de vida não é linear. Estudos mostram que esta relação varia de acordo com a técnica de esvaziamento usada<sup>102,103</sup>. É, por isso, importante que o EEER tenha a capacidade de avaliar a urodinâmica da bexiga e a ligação com a fisiopatologia de forma a prescrever a técnica com mais impacto na qualidade de vida.

- Realizaram-se três turnos no Departamento AVD. Neste departamento os EEER são peritos na orientação sobre as Acessibilidades no interior do domicílio e realizam os treinos de AVD de acordo com os objetivos traçados em conjunto. Fisicamente, o espaço deste serviço está organizado de forma a mimetizar algumas divisões da casa, sendo a maior preocupação referida pelas pessoas, a divisão da casa de banho. Na avaliação inicial, os EEER solicitam a descrição das características do domicílio e ao longo das sessões pedem fotografias das divisões, as plantas da casa, algumas medições dos espaços e explicam sobre a forma como calcular as medidas que irão orientar a tomada de decisão em relação à seleção dos produtos de apoio que poderão ser

aconselhados, treinados e emprestados. Caso haja necessidade e disponibilidade para a realização de obras no domicílio, os EEER estudam em conjunto com a pessoa e os seus cuidadores as soluções mais adequadas. Assim, foi fácil concluir que o EEER conhecendo a extensão da incapacidade da pessoa e intervindo de forma a maximizar a sua funcionalidade ao longo do programa de reabilitação, deverá ser um dos consultores para orientar as modificações de acordo com as necessidades de adaptação, o que permitiu o desenvolvimento da Competência Específica de ER: J2. “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania”<sup>16</sup>.

### **Objetivo 3 - Sensibilizar a equipa de Enfermagem e pessoas internadas sobre a importância da Acessibilidade, com ênfase na arquitetónica.**

#### Atividades:

- Realização de um questionário à equipa de Enfermagem;
- Reflexão sobre o Guia em conjunto com um grupo de três EEER;
- Adaptação do Guia sobre a Acessibilidade Arquitetónica elaborado incorporando novas informações;
- Realização de duas formações sobre a Acessibilidade para Enfermeiros;
- Realização de uma formação sobre as Acessibilidades para as pessoas internadas;

À semelhança do que foi realizado nos Estágios anteriores, considerou-se pertinente aplicar novamente o questionário a fim de avaliar a pertinência da temática para a Equipa de Enfermagem, auscultando as suas necessidades e interesses. O questionário (Apêndice AC) foi revisto pela SP e SC. Após a sua aprovação, o mesmo foi enviado para a Equipa de Enfermagem do SRA em formato *Google forms*, pela SC. Responderam ao questionário 73,68% da equipa, dos quais 50% enfermeiros de cuidados gerais e 50% EEER. Da análise estatística das respostas (Apêndice AD) conclui-se que ninguém da equipa possui formação específica na área das Acessibilidades, embora abordem na sua prática vários temas relacionados com a Acessibilidade e barreiras arquitetónicas. À pergunta “Existe algum projeto sobre a reintegração da pessoa com mobilidade condicionada?” 92,9% referiu que não e 7,1% que sim. Foi apresentado à SC esta divergência de respostas, que referiu que o NER constituiu um grupo de trabalho para as Acessibilidades. Este grupo foi formado após a SC do primeiro contexto de Estágio ter abordado a temática numa reunião do núcleo depois de sensibilizada para a mesma.

Após o diagnóstico de situação realizaram-se pequenas alterações ao Guia para a Acessibilidade Arquitetónica (Apêndice AE), tendo por base as sugestões apresentadas pelo grupo de EEER selecionado pela SC, que realizou uma reflexão sobre o mesmo.

A formação sobre Acessibilidades para pessoas internadas (Apêndice AF e AG), foi realizada em vários dias e de forma individual, ou em pequenos grupos de duas/três pessoas, o que permitiu a individualização e adaptação da linguagem. Ao questionário de satisfação (Apêndice AH), responderam sete pessoas no total, mas a formação abrangeu 19 participantes. No final as pessoas referiram que a mesma tinha sido muito importante, pois conhecer as leis é fundamental para reivindicar os direitos (Apêndice AI).

A formação em serviço (Apêndice AJ e AK), aconteceu num único dia e em regime presencial, tendo abrangido 42,1% da equipa de Enfermagem. Seis dos oito enfermeiros responderam ao questionário de satisfação (Apêndice AM). A formação potencializou a discussão em equipa sobre a temática, tendo sido apresentado o Guia e discutido a sua utilidade. Da análise das respostas ao questionário de satisfação, 100% dos participantes referem terem sido cumpridas as expectativas relativas à formação, sendo que 83,3% ficaram totalmente satisfeita (o), e 16,7% muito satisfeita (o). Em relação à pertinência da sessão: 83,3% ficou totalmente satisfeita (o), e 16,7% muito satisfeita (o). Nos comentários e sugestões destaca-se a seguinte frase: “Achei pertinente abordar o tema das acessibilidades e perceber até que ponto o nosso papel é fundamental”.

O mesmo questionário para diagnóstico de situação (Apêndice AC) foi aplicado à Equipa de Enfermagem do Departamento AVD, tendo sido difundido através da Enfermeira Chefe via e-mail, responderam 77,77% dos elementos, todos EEER. Da análise estatística das respostas (Apêndice AN) conclui-se que 71,4% refere não possuir formação específica na área das Acessibilidades e 28,6% refere ter. Contudo, à pergunta quais as formações mencionaram os anos de experiência e a especialidade de ER.

Após o diagnóstico de situação realizou-se a formação em serviço (Apêndice AO e AP). Esta aconteceu num único dia e em regime presencial, tendo alcançado 77,77% da equipa de Enfermagem. Todos os EEER presentes (100%) responderam ao questionário de satisfação da sessão de formação (Apêndice AQ). Da análise das respostas ao questionário de satisfação (Apêndice AR), 100% dos participantes referem que as suas expectativas foram cumpridas relativamente à formação, sendo que 85,7% considerou ficar totalmente satisfeita (o) e 14,3% muito satisfeita (o). Todos os participantes (100%) afirmam que esta formação foi pertinente. Nos comentários e sugestões destacam-se as seguintes frases: “É um tema que merece contínua atualização”; “Veio avivar esta

temática e a minha perspectiva quanto à acessibilidade na via pública por exemplo”; “Esta formação permite refletir sobre a importância do papel do enfermeiro e especialmente do enfermeiro de reabilitação na sociedade, quer no domicílio, quer na comunidade, dotando e orientando a Pessoa para a sua inclusão, autonomia e segurança. Parabéns”.

A importância da realização destas três atividades (Guia e Sessões de Formação) fica demonstrada nas respostas aos questionários (Apêndices AD e AN). No que respeita à formação centrada nos enfermeiros, 57,1% dos Enfermeiros do SRA consideraram muito importante, 42,9% importante, sendo que 100% dos Enfermeiros do Departamento AVD a consideraram muito importante. Dos enfermeiros do SRA 85,7% consideraram muito importante e 14,3% importante a formação para as pessoas internadas, assim como a totalidade (100%) dos Enfermeiros do Departamento AVD. Finalmente em relação ao Guia, 78,6% dos Enfermeiros do SRA e 100 % dos Enfermeiros do Departamento de AVD consideraram-no muito importante. As atividades realizadas para o cumprimento deste objetivo permitiram o desenvolvimento das seguintes Competências Comuns de EE: A2.1. “Promove a proteção dos direitos humanos”, C2.2.5. “Usa processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” e D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”<sup>61</sup>. Acresce também nestas atividades o desenvolvimento das Competências de Mestre: “...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos;” e “a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”<sup>62</sup>.

#### **Objetivo 4 – Contribuir para a continuidade da promoção da Acessibilidade Arquitetónica.**

Atividade: Realização de um vídeo de sensibilização para a temática das Acessibilidades e divulgação do Guia;

Para a divulgação do Guia na instituição e sensibilização para a temática elaborou-se um vídeo (Apêndice AS) que poderá ser utilizado nos televisores nas salas de espera e corredores da instituição, no fim dos mesmo é disponibilizado um código QR que permite aceder ao Guia. A importância do desenvolvimento desta atividade é comprovada pelos resultados obtidos no questionário: 64,3% dos Enfermeiros do SRA (Apêndice AD) e 100% dos Enfermeiros do Departamento AVD (Apêndice AN) responderam ser muito importante a elaboração do vídeo. A realização deste vídeo de sensibilização permitiu o desenvolvimento de competências alinhadas com as competências Comuns de EE: B2.2.4. “Agiliza a elaboração de guias orientadores de boas práticas”<sup>61</sup>.

### **III.6. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED)**

Este Estágio teve lugar na mesma unidade de cuidados intensivos pediátrica do contexto descrito no ponto III.4, mas com uma carga horária mais alargada, permitindo o desenvolvimento de competências nesta área com maior profundidade e consolidação.

**Objetivo 1- Cuidar a pessoa, em idade pediátrica e os seus cuidadores, na perspetiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, numa unidade de cuidados intensivos.**

#### Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados na área da ER à criança/jovem e aos seus cuidadores, em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Como já foi referido no subcapítulo III.4, habitualmente a durabilidade do internamento na UCIPED é curta. Atualmente, os internamentos nas unidades de cuidados intensivos além de assegurarem a sobrevivência das pessoas, também procuram minimizar as potenciais sequelas funcionais associadas a este tipo de internamento<sup>88-90</sup>. Nesta linha de pensamento, o EEER conquista um papel fundamental na equipa multidisciplinar, uma vez que intervém de forma que “maximiza a funcionalidade devolvendo as capacidades da pessoa”<sup>16</sup>. O objetivo traçado foi respondido através da colaboração na realização de intervenções de ER a várias crianças a quem houve oportunidade de prestar cuidados. Após a passagem de ocorrências de Enfermagem, o plano de intervenção era delineado em conjunto com SC e posteriormente planeado, com os enfermeiros responsáveis pela criança, o momento mais oportuno para a intervenção.

Ao longo do Estágio, a principal intervenção de ER foi no domínio da RFR uma vez que a patologia respiratória se apresentou como o principal fator de necessidade de internamento na unidade. A RFR compreende um conjunto de técnicas não invasivas, sem efeitos secundários nefastos, e atua sobre os fenómenos mecânicos da ventilação, tendo como objetivo melhorar as trocas gasosas e sintomatologia respiratória<sup>91</sup>. Antes de se iniciar a RFR procedeu-se à avaliação da criança, nomeadamente no que se refere, aos sinais vitais e exame físico objetivo e subjetivo, a fim de identificar os critérios de segurança (já descritos no subcapítulo III.4). Reunidos os critérios de segurança clínica para progredir no programa, avalia-se a disponibilidade da criança para colaborar, se esta recusar, devem-se desenvolver estratégias em conjunto com os seus cuidadores que promovam a sua adesão. Como já referido neste Relatório no subcapítulo III.1, os

cuidadores são simultaneamente parceiros e alvo de cuidados. Neste caso, com esta parceria e com recurso à brincadeira terapêutica procura-se o consentimento e colaboração da criança. Estando reunidas as condições mencionadas anteriormente dá-se continuidade à RFR, interveio-se com 10 crianças com alterações do sistema respiratório provocadas por condições: infecciosa, traumatológica, neuromuscular e cirúrgica. Algumas das várias intervenções realizadas são apresentadas no Apêndice AT.

A reabilitação e a mobilização precoce em cuidados intensivos são fundamentais para o prognóstico da pessoa, na medida que diminui as complicações da imobilidade provocada pela gravidade da situação clínica crítica e da terapêutica vasopressora, sedativa e curarizante. Esta imobilidade poderá conduzir à Fraqueza Muscular Associada aos Cuidados Intensivos (FMACI) presente em 80% das pessoas em situação crítica<sup>88-90,104</sup>. O descondicionamento físico e cardiorrespiratório da pessoa em situação crítica carece de intervenção no âmbito da RFM, logo após estabilização hemodinâmica e respiratória e de acordo com indicação clínica. A RFM inicia-se com posicionamento terapêutico, manipulação de tónus muscular e mobilizações passivas, progredindo para mobilizações assistidas, mobilizações resistidas, treino cardiorrespiratório, levante e locomoção, visando a máxima funcionalidade motora<sup>88,104</sup>. A realização de RFM à semelhança da RFR, começa com a identificação dos critérios de segurança e com o consentimento da criança e dos seus cuidadores, envolvendo-os nas intervenções. No modelo de adaptação de Calista Roy a oxigenação, a atividade e o repouso integram as cinco necessidades básicas pertencentes à integridade fisiológica<sup>17</sup>. O modo fisiológico depende da forma como a pessoa responde fisicamente aos estímulos do ambiente<sup>17</sup>.

Assim, desenvolveram-se Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e J3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”<sup>16</sup>.

## **Objetivo 2 – Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a Terapêutica de Posição.**

Atividade: Realização de uma formação em serviço intitulada: “Posicionamento vs Terapêutica de Posição”.

Em reflexão com a SC sobre os posicionamentos das crianças e jovens realizados pelos Enfermeiros, foi identificada a necessidade de sensibilizar os mesmos para a importância da terapêutica de posição e as suas características a fim de evitar as complicações associadas à imobilidade. A formação foi realizada em modo presencial e

abrangeu 30% da equipa de Enfermagem. Esta formação em serviço foi elaborada com o objetivo de promover a mudança na intervenção dos Enfermeiros através da renovação de conhecimentos com base científica e atual, numa mudança de paradigma.

A divulgação da formação foi realizada através do plano de sessão (Apêndice AU) disponibilizado na sala de enfermagem. Durante a formação (Apêndice AV) existiram vários momentos de reflexão, destaca-se a preocupação do posicionamento dos membros inferiores em constante flexão e a sua consequência a nível do encurtamento muscular e dos tendões. A avaliação da formação foi realizada através de um questionário de satisfação (Apêndice AW) ao qual responderam 77,77% dos Enfermeiros presentes, dos quais 71,4% eram Enfermeiros de cuidados gerais e 28,6% EE (50% EEER; 50% ESIP). Na apreciação global da formação (Apêndice AX) quanto ao grau de satisfação, 57,1% mostraram-se totalmente satisfeitos e 42,9% muito satisfeitos. Relativamente ao grau de satisfação quanto à pertinência da formação 85,7% ficaram totalmente satisfeitos. Transcreve-se o seguinte comentário: “formação importante, adequada aos cuidados à criança em situação crítica e que deixa suporte físico para futura referência”. A realização desta atividade permitiu o desenvolvimento de Competências Comuns de EE, D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”<sup>61</sup>.

### **III.7. Unidade de Cuidados na Comunidade**

Este Estágio decorreu na mesma UCC do contexto descrito no III.2, o que permitiu dar continuidade às atividades iniciadas no primeiro contacto. Os objetivos específicos e as atividades para o contexto foram:

**Objetivo 1- Cuidar a pessoa e os seus cuidadores, no seu domicílio, na perspetiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados de ER à pessoa e aos seus cuidadores;
- Instrução da pessoa e dos seus cuidadores sobre a utilização dos produtos de apoio selecionados;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação.

O domicílio é o melhor lugar para avaliar e elaborar diagnósticos das necessidades da pessoa, pois encontra-se em confronto direto com a sua realidade diária, permitindo assim ao EEER planear a sua intervenção com um elevado grau de adaptação às necessidades levantadas <sup>105,106</sup>. Calista Roy promove a compreensão da dinâmica de intervenção do

EEER na comunidade, na medida em que auxilia a pessoa com incapacidade a adaptar-se à sua realidade de vida<sup>17</sup>. Ao longo do Estágio realizaram-se avaliações iniciais de três pessoas e desenvolveram-se planos de cuidados em função das necessidades e dos objetivos individuais identificados, e avaliados no final. Estes estão apresentados no Apêndice AY. Estas intervenções permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, J2 “Capacita a pessoa com deficiência, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e J3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”<sup>16</sup>.

A equipa procurou aconselhamento para situações específicas de falta de Acessibilidade, tendo-se analisado possíveis soluções para serem apresentadas e selecionadas de acordo com a preferência dos envolvidos. Participou-se numa reunião da equipa multidisciplinar da ECCI, onde foi possível identificar o papel de liderança do EEER. O que permitiu o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: C2.1 “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e C2.2.4. “Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências”<sup>61</sup>.

## **Objetivo 2 - Sensibilizar os parceiros da comunidade e população sobre a importância da Acessibilidade, com ênfase na arquitetónica.**

### Atividades:

- Reflexão com a SC e Enfermeira coordenadora da UCC
- Realização de uma reunião com parceiros da comunidade;
- Preparação do Dia de sensibilização sobre a problemática das Acessibilidades em conjunto com os parceiros da comunidade;
- Concretização do Dia das Acessibilidades: “Sensibilizar para construir uma sociedade mais inclusiva”.

Como foi referido no subcapítulo III.2, este objetivo surge na sequência da sensibilização da equipa de saúde sobre a importância da Acessibilidade, com ênfase na Acessibilidade arquitetónica, e da continuidade da promoção da problemática. Da reflexão com a SC e a Enfermeira coordenadora da UCC identificou-se a necessidade de trabalhar a problemática com parceiros da comunidade com responsabilidade e interesse sobre a mesma. Na reunião com os parceiros da comunidade, após a apresentação da temática e da atividade pretendida, foi evidente o interesse, reforçado pelo envolvimento e pelas sugestões apresentadas. A descrição da atividade “Dia das Acessibilidades –

Sensibilizar para construir uma sociedade mais inclusiva” encontra-se no Apêndice AZ. O convite para a participação na atividade foi realizado através de um vídeo (Apêndice BA) enviado via email. Para criar impacto visual no dia da atividade procedeu-se à estampagem de t-shirts (Apêndice BB), e elaboraram-se cartões (Apêndice BC) com mensagens de sensibilização para serem distribuídos durante o percurso. O EEER em contexto comunitário visa a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica onde atua, expressa através dos ganhos em saúde referidos no relatório anual da UCC<sup>105</sup>. A UCC pela sua proximidade com a comunidade, facilmente, articula com as várias infraestruturas da sua área geográfica<sup>105</sup>. Os cuidados de saúde primários otimizam a sua resposta de políticas de promoção e proteção de saúde ao longo da vida dos cidadãos, sobretudo os pertencentes aos grupos mais vulneráveis<sup>105</sup>.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento das seguintes Competências Comuns de EE: A2.1. “Promove a proteção dos direitos humanos”, C2.2.5. “Usa processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” e D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”<sup>61</sup>. Acresce também nestas atividades o desenvolvimento das Competências de Mestre: “...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos”<sup>62</sup>.

### **Objetivo 3 – Colaborar nos projetos da UCC na área da ER**

#### Atividades:

- Auscultação dos projetos da UCC;
- Realização de duas formações para ajudantes familiares;
- Elaboração de um *e-book* para ajudantes familiares;
- Reunião informal com a Enfermeira de Saúde Escolar;
- Realização de formação com alunos do 4º ano do primeiro ciclo;
- Participação em atividades do grupo de segurança da comunidade;

Inicialmente reuniu-se com a SC com a finalidade de identificar os projetos em desenvolvimento. Considerou-se pertinente a realização de duas formações na área da ER, uma para as ajudantes familiares dos serviços de apoio domiciliário da freguesia que aborda os cuidados à pessoa com alteração da mobilidade (Apêndice BD e BE), e outra com alunos do 4ºano do ensino básico das escolas da freguesia que alude à educação postural em saúde escolar (Apêndice BF e BG). Estas formações foram elaboradas de acordo com as necessidades identificadas pelas enfermeiras da UCC que trabalham diretamente com a população alvo, estando os certificados nos anexos 1 e 2.

As formações direcionadas às ajudantes familiares foram certificadas pela UCC, tendo participado no total das duas sessões 20 participantes e no final foi aplicado um questionário de satisfação da UCC (anexo 3), ao qual responderam 100% das formandas. Na apreciação global das respostas ao questionário (anexo 4), pode-se verificar que 100% das participantes responderam que o tema foi adequado às atuais necessidades profissionais e que a totalidade referiu que a formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos e recomendariam a sessão a outros colegas. Destacam-se os seguintes comentários: “Porque a formação foi muito boa. Aprendemos muitas coisas” e “adorei, não tenho termo de comparação, porque esta formação de posicionamentos e transferências tão profunda foi a primeira. Obrigada.”. No final da formação, as ajudantes familiares solicitaram material de apoio sobre a temática abordada. Para facilitar o uso considerou-se útil realizar um *e-book*, com base em evidência científica, com as maiores dificuldades das ajudantes sobre os princípios de posicionamentos e transferências. Na construção do mesmo, a informação foi apresentada com uma descrição detalhada e acessível, utilizando imagens de forma a facilitar a aprendizagem (Apêndice BH).

As formações direcionadas aos alunos do 4º ano foram realizadas na sala de aula, tendo os alunos sido muito participativos durante as mesmas. A importância desta formação nesta faixa etária prende-se com o facto de que nesta fase do desenvolvimento da criança existe uma transição no ciclo de estudos, a qual irá exigir que os alunos transportem, diariamente, mochilas com mais material escolar. Os alunos compreenderam bem os conceitos relacionados com hábitos posturais saudáveis e transporte correto da mochila, partilhando que iam ensinar os pais sobre o que tinham aprendido, pois ouviam os pais referirem dores nas costas. Analisando o comportamento dos alunos e após reflexão com as professoras, Enfermeira da saúde escolar e SC concluiu-se que esta atividade teve um impacto muito positivo na instrução dos alunos.

No âmbito deste Estágio, acompanhou-se ainda duas atividades do grupo de segurança da comunidade. Estas atividades lúdico-pedagógicas decorreram em dois jardins públicos da freguesia e visaram: fomentar o trabalho em equipa entre crianças, jovens e idosos (equipas mistas), aumentar o contacto com a natureza, reforçar relações de confiança, aumentar a partilha entre os participantes e o grupo organizador, contribuindo para a redução do isolamento dos idosos e redução de comportamentos de risco nos mais jovens. O EEER tem a responsabilidade de identificar situações de risco, como a do risco de queda, nomeadamente devido ao uso de calçado inadequado para a atividade e barreiras arquitectónicas nos jardins públicos tendo sido alertados os

participantes para o uso de calçado confortável e adaptado ao pé (preferencialmente ténis) e as barreiras foram notificadas através das plataformas digitais.

No âmbito de ação da UCC, o EEER também tem a responsabilidade de intervir junto dos grupos da comunidade, tendo sido esta dimensão muito explorada durante o Estágio. No seu modelo de adaptação, Calista Roy apresenta aspetos interpessoais e do ambiente social enquadrados numa vertente comunitária<sup>17</sup>. Estas atividades permitiram o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: B2.2. “Planeia programas de melhoria contínua”, C1.2. “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” e D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”<sup>61</sup>. E de Competências Específicas de ER, no âmbito da unidade de competência: J2.2. “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”<sup>16</sup>.

#### **Objetivo 4 – Contribuir para a continuidade da promoção da Acessibilidade Arquitetónica.**

Atividade: Realização de um vídeo de sensibilização para a temática das Acessibilidades e divulgação do Guia.

A SC solicitou a realização de um vídeo (apêndice BI) de sensibilização para a problemática das Acessibilidades, pois tinha sido partilhado o vídeo realizado no contexto descrito no subcapítulo III.5. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: B2.2.4. “Agiliza a elaboração de guias orientadores de boas práticas”<sup>61</sup>.

### **III.8. Competências desenvolvidas ao longo do Processo Formativo**

Paralelamente à componente prática foi desenvolvido um percurso de investigação, em conjunto com dois investigadores, realizou-se uma Revisão Scoping (Apêndice BJ) intitulada: Intervenções do EEER na Capacitação do Cuidador Informal. Este estudo contribuiu para uma relação terapêutica com os cuidadores das pessoas que foram reabilitadas ao longo dos Estágios. Equitativamente possibilitou o desenvolvimento de competências de Mestre, na medida que a possibilidade da sua partilha numa revista de ER irá “Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos” e “Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”<sup>62</sup>.

Procurou-se o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade através das reflexões feitas em conjunto com a SP e a SC, e ainda da partilha com outros enfermeiros dos locais de Estágio, do local de trabalho e colegas de mestrado (**D1**<sup>61</sup>). Também se investiu na autoformação através da pesquisa científica e da realização de cursos

certificados, nomeadamente: “Doenças Respiratórias na Infância” (anexo 5), “Acessibilidade e Inclusão” (anexo 6). Assistiu-se a dois seminários: “VI Seminário GTAEDES – Diversidade e Desenho Universal: Equidade e Justiça no Ensino” (anexo 7) e “Inclusão em Movimento: Desporto Adaptado e Atividade Física para Todos” (anexo 8), às Jornadas Internacionais CMRA 2024 sob o tema “Avanços tecnológicos e organizacionais ao serviço dos resultados em reabilitação” (anexo 9) e a um *Workshop* “Adaptação das Instalações Sanitárias – O Papel do Enfermeiros Especialista de Reabilitação na Capacitação do utente/cuidado” (anexo 10). Integrou-se a Comissão Organizadora do 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP-Lisboa (anexo11). Realizou-se a moderação de duas das Conferências: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com o Utente Submetido a Cirurgia Cardíaca e Torácica” (anexo 12) e “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Infeção com MNT em Programa de Reabilitação no Hospital de Dia” (anexo 13). No contexto da formação contínua, participou numa oração no Painel “Impacto das Vulnerabilidades no Contexto da Saúde” integrado no 1º Seminário de Saúde da Família e Comunidade na Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches – Instituto Politécnico da Lusofonia (anexo14). **(B1, D1, D2<sup>61</sup>)**.

Numa outra vertente, reuniu-se com a Divisão do Plano de Acessibilidade Pedonal da Câmara Municipal de Lisboa tendo-se iniciado um protocolo de colaboração com a ESSCVP-Lisboa para a realização de estudos de investigação sobre a diversidade do peão e a sua mobilidade na cidade. Contactou-se também o INR, o qual propôs que este Relatório fosse submetido ao prémio das ciências sociais e humanas do instituto **(B2<sup>61</sup>)**.

No decorrer deste percurso, surgiu um convite para integrar o grupo de Acessibilidades do NER da instituição onde se trabalha, tendo-se iniciado um estudo sobre a importância que os enfermeiros da instituição dão à Acessibilidade durante a sua prestação de cuidados. Através deste núcleo surgiu outro convite para integrar o grupo de Integração de Cuidados, que é composto por NER de várias instituições de saúde, com o objetivo de trabalhar a Acessibilidade dentro das instituições e na comunidade, assim como outras temáticas da ER. Neste contexto, foi iniciada a parceria com uma autarquia para colaborar em vários projetos na área do comércio inclusivo, habitação, acessibilidade nos parques e nos bairros, oficina social, transporte adaptado, formação a profissionais de educação e voluntários sobre cuidados a pessoas com necessidades específicas **(B2, C1, C2<sup>13</sup>)**.

#### **IV. Considerações Finais**

A elaboração deste Relatório permitiu refletir de forma profunda e sistemática sobre a importância da intervenção do EEER e compreender a relevância de um cuidado especializado e a sua impactante contribuição para a qualidade de vida das pessoas.

A aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos permitiu a consolidação de habilidades profissionais avançadas, a par com a valorização de uma abordagem holística centrada na pessoa e na sua rede de suporte. Este período formativo foi também uma oportunidade para reforçar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ética e humanas, bem como o respeito pela dignidade e pelos Direitos Humanos das pessoas, aspetos fundamentais para uma prática de ER de qualidade. O pensamento crítico sobre a prática do EEER foi norteado pelo referencial teórico de Calista Roy e pelo Modelo de Cuidados Centrado na Família fundamentais para uma abordagem holística, individualizada e que atenda às necessidades específicas de cada pessoa cuidada.

Um dos objetivos centrais foi a intervenção no âmbito das Acessibilidades, tendo permitido a estruturação de um pensamento mais aprofundado sobre a temática. Reconhecer e eliminar barreiras físicas e sociais é essencial para garantir que todas as pessoas possam usufruir de um acesso equitativo aos serviços e recursos da comunidade. A avaliação das barreiras arquitetónicas aos olhos do EEER não se extingue na identificação e verificação do cumprimento do DL n.º 163/2006, vai mais além e é imprescindível a elaboração de pareceres técnico-científicos fundamentados. O EEER deve procurar a integração no trabalho das comissões autárquicas, pois o seu saber em relação à diversidade e funcionalidade das pessoas é aprofundado. A sua proximidade com a pessoa e com a comunidade coloca-o em posição de destaque na promoção de campanhas anti-estigmas. Os enfermeiros advogam as pessoas que cuidam e a sua rede de suporte, desde as fases mais precoces da sua alteração de saúde até à sua integração na sociedade, devendo antecipar as necessidades de intervenção no exercício da cidadania e garantir a qualidade de vida. Para poder demonstrar os resultados deve recorrer a instrumentos de avaliação, sendo a TNF o instrumento adaptado à população portuguesa.

Ao longo dos Estágios, o desenvolvimento da temática das Acessibilidades permitiu sensibilizar os enfermeiros, dos contextos mais longos, para a responsabilidade acrescida que têm como agentes promotores da Acessibilidade.

Terminado este percurso, considerou-se fundamental realizar uma análise de SWOT, que sistematizasse uma reflexão aprofundada das forças, oportunidades, fraqueza e

ameaças que surgiram ao longo de cada etapa de aprendizagem (Apêndice BK). Esta análise possibilitou refletir profundamente sobre o percurso e delinear um programa de ação para dar continuidade ao desenvolvimento da temática.

A Acessibilidade é um pilar da inclusão, se não existirem condições de acesso nas diversas dimensões, tudo o resto não irá acontecer. Como explana a Teoria de Calista Roy, o ambiente interfere na extensão da incapacidade da pessoa. Existem muitas oportunidades de melhoria, se acautelarmos a Acessibilidade estamos a preparar o futuro.

Ao olhar para o percurso realizado existe um sentimento de privilégio por tudo o que foi vivenciado e aprendido, tendo sido uma experiência enriquecedora e transformadora, contribuindo significativamente para a formação de um EEER mais competente, empático e consciente das suas responsabilidades. O conhecimento e as experiências adquiridas serão certamente a base de uma prática profissional de excelência.

Durante o desenvolvimento deste Relatório, foram identificadas algumas limitações. Primeiramente, a disponibilidade de dados e estudos específicos sobre a intervenção do EEER na promoção da Acessibilidade mostrou-se limitada, o que dificultou a análise comparativa e a fundamentação teórica mais aprofundada. Outra limitação foi a dificuldade em obter autorização por parte do departamento de comunicação das instituições para a divulgação dos materiais educativos elaborados em tempo útil para observar a sua eficácia. Esta dificuldade evidencia a necessidade de existir um alinhamento mais eficiente entre os profissionais de saúde e o departamento de comunicação de forma a garantir uma divulgação mais ágil e impactante dos recursos educativos. Acrescenta-se ainda que a percentagem de respostas aos questionários para diagnóstico de situação em alguns contextos pode não refletir totalmente a realidade do momento, influenciando a análise dos resultados e o desenvolvimento das atividades.

Futuramente, pretende-se dar continuidade ao desenvolvimento da sensibilização sobre a temática, desenvolver estudos de investigação com os NER sobre a Acessibilidade, partindo de dentro das organizações de saúde e caminhando na sociedade com os parceiros da comunidade. Deseja-se que os resultados destes estudos sejam comunicados em eventos científicos na área da reabilitação. Num futuro muito próximo irá iniciar-se um Mestrado em Estudos da Deficiência e Direitos Humanos.

Em modo conclusivo deixa-se como sugestão aos EEER procurarem a inclusão das pessoas a quem prestam cuidados de ER através da criação de ambientes acessíveis na esfera de interação social preferencial de cada pessoa, alargando a sua intervenção aos parceiros da comunidade.

## V. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros Madeira. 3 Dez | Dia Internacional da Pessoa com Deficiência [Internet]. Funchal: Ordem dos Enfermeiros Madeira; 2020 dez 03 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/madeira/not%C3%ADcias/conteudos/3dez-dia-internacional-da-pessoa-com-deficiencia/>
2. Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo; 509p.
3. Néné M, Sequeira C. Investigação em Enfermagem: teoria e prática. 1.ª ed. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2022. 295p.
4. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre a Deficiência [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo; 2012 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf)
5. Ministério Público Portugal. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [Internet]. Lisboa: Gabinete de Documentação e Direito Comparado; 2006 dez 03 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: [https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas\\_deficiencia\\_convencao\\_sobre\\_direitos\\_pessoas\\_com\\_deficiencia.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf)
6. Comissão Europeia. União da Igualdade: Estratégia sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2021-2030 [Internet]. Bruxelas: Comissão Europeia; 2021 Mar 03 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=COM:2021:101:FIN#PP4Contents>
7. Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril. (1976). Diário da República: I Série, n.º 86 Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/1976-502635>

8. Instituto Nacional para a Reabilitação. Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025 [Internet]. [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://www.inr.pt/documents/11309/284924/ENIPD.pdf>
9. Lei n.º38/2023, de 2 de agosto (2023). Diário da República: I Série, n.º 149 Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/08/14900/0000300113.pdf>
10. XXIII Governo da República Portuguesa. Programa do XXIII Governo Constitucional 2022-2026 [Internet]. [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/gc23/programa-do-governo-xviii/programa-do-governo-xviii-pdf.aspx?v=«mlkvi»=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>
11. Instituto Nacional de Estatística. Censos - O que nos dizem os Censos sobre as dificuldades sentidas pela população com incapacidades 2021 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P; 2022 [citado 2024 set 15]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=66200373&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66200373&PUBLICACOESmodo=2)
12. European Council. Disability in the EU: facts and figures. Bruxelas: Council of the European Union [Internet]. 2024 Mar 04 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/en/infographics/disability-eu-facts-figures/>
13. Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015) Diário da República: II Série, n.º 119. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
14. Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto. (2006). Diário da República: I Série n.º 165/2006. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-156233888-174595356>
15. Pinto P, Bento S, Pinto T, Neca P. Pessoas com Deficiência em Portugal: Indicadores de Direitos Humanos 2023 [Internet] Lisboa: ISCSP – Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas; 2023 Dez [citado 2024 Set 15]. Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/1GWbFaUIt0wuOXVoKo5tFAxhDsZWzA1pc/view>

16. Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019) Diário da República II Série, n.º 85. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
17. Roy, C.; Andrews, H., Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy. 1ª Ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.520p.
18. Carinhas M, Eusébio A, Carvalho L, Lopes T, Braga R. Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade: posicionamentos, transferências e treino de deambulação [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013 Dez [citado 2024 Set 15]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
19. Comissão Europeia. Proteção Social e Inclusão Social. Bruxelas: Comissão Europeia; 2024 Jun 27 [citado 2024 set 15]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=pt>
20. Guerreiro, D. Dicionário de Conceitos, Nomes e Fontes para a Inclusão - Humanizar a Vida em Cidadania e no Prazer Solidário de Existir. 2.ª ed. Almada: Edlars – Educocomunicação e Vida; 2018. 6720p.
21. Pereira R, Martins M, Machado W. Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In: Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2021. p. 430-449.
22. Santoso T. Accessibility barriers of wheelchair users in public spaces. Magna Scientia Advanced Research and Reviews [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 15]. 08(01): 92-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30574/msarr.2023.8.1.0077>
23. Tseng C. Wheelchair User Accessibility and Street Design Analysis in Karangahape , Auckland, New Zeland, School of Archicecture and Planning,

- University of Aucland, New Zeland. ResearchGate [Internet]. 2019 [citado 2024 set 15]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/343670144>
24. Salvador A. Manual para Pessoas com Deficiência Motora - Associação Salvador [Internet]. 8ª ed. Lisboa; 2023 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://associacaosalvador.com/projeto/manual-para-pessoas-com-deficiencia-motora>
  25. Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho. (2009). Diário da República: I série n.º 146/2009. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/56-2009-493187>
  26. Constituição da República Portuguesa. Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto. Diário da República I-A série n.º 155/2005. Disponível [em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729)
  27. Teles P. Guia das Acessibilidades e Mobilidade para Todos – Instituto Nacional para a Reabilitação [Internet]. Porto: Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência; 2007 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://www.inr.pt/documents/11309/59516/Acessibilidade+e+mobilidade+para+todos/69ec738b-10a8-40e0-9370-e6aa9d8cf395>
  28. Ribeiro L, Silva P, Gois S, Grilo E, & Reis G. Enfermagem de Reabilitação e a Acessibilidade da Pessoa com Incapacidade. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento [Internet]. 2017 [citado 2024 Set 15]; 3(1) 756-766. Disponível em: [https://doi.org/10.24902/R.RIASE.2017.3\(1\).823](https://doi.org/10.24902/R.RIASE.2017.3(1).823)
  29. Rouvier T, Louessard A, Simonetti E, Hybois S, Bascou J, Pontonnier C, Pillet H, Sauret C. Manual wheelchair biomechanics while overcoming various environmental barriers: A systematic review. PLoS ONE [Internet]. 2022 [citado 2024 Set 15]; 17 (6). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269657>

30. Demitto M, Furlan M, Mai L, Marcon, S. Percepção do cuidador domiciliar de pessoas com paralisia cerebral sobre barreiras arquitetônicas e acessibilidade. CiêncCuid.Saúde [Internet]. 2011 [citado 2024 Set 15] 9(4). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/CIENCCUIDSAUDE.V9I4.13811>
31. Comissão Europeia. Pacto Ecológico. Bruxelas: União Europeia; 2019 Dez 11 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A52019DC0640>
32. Almeida C, Fragoeiro I. Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas 1ª ed. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. 2023. 298p.
33. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: um quadro político. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS; 2005 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7685/envelhecimento\\_ativo.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7685/envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1&isAllowed=)
34. Smith E, Sakakibara B, Miller W. A review of facts influencing participation in social and community activities for wheelchair users. Taylor&Francis online [Internet]. 2014 [citado 2024 Set 15]; 11(5). Disponível em: <https://doi.org/10.3109/17483107.2014.989420>
35. Comissão Europeia. União da Igualdade: Estratégia sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2021-2030 [Internet]. Bruxelas: Comissão Europeia; 2021 Mar 03 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=COM:2021:101:FIN#PP4Contents>
36. Lopes M, Aguiar P. Manual de Comunicação Inclusiva na Investigação [Internet]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2023 Dez 15 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.48552/5xwp-p874>
37. Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 17 Objetivos para transformar o nosso mundo [Internet]. Bruxelas: ONU Portugal; 2024 [citado

- 2024 Set 15]. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>
38. DL n.º 163/2006, de 08 de agosto. (2006). Diário da República: I Série, n.º 152/2006. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/163-2006-538624>
39. Decreto-Lei n.º 125/2017, de 4 de outubro. (2017). Diário da República: I Série, n.º 192/2017. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/125-2017-108244274>
40. Decreto-Lei n.º 95/2019, de 18 de julho. (2019). Diário da República: I Série, n.º 136/2019. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/07/13600/0003500045.pdf>
41. Conselho de Ministros n.º 4/2020, de 5 fevereiro. (2020). Diário da República: I Série, n.º 25/2020. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/4-2020-128865461>
42. Page T, Thorsteinsson G. An Inclusive Design Study of Wheelchair Users in the Built Environment. *Journal of Engineering and Architecture* [Internet]. 2018 [citado 2024 Set 15]; 6(1). Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.11815/1841>
43. Velho R. Transport accessibility for wheelchair users: A qualitative analysis of inclusion and health. *International Journal of Transportation Science and Technology* [Internet]. 2019 [citado 2024 Set 15]; 8(2): 103-115. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijtst.2018.04.005>
44. Baseggio C. “Nada sobre nós, sem nós”: a autodeterminação da pessoa com deficiência e o papel do assistente social sob égide dos direitos humanos. *Repositório das Universidades Lusíadas* [Internet]. 2021 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.34628/tekd-7r21>

45. Wibawa B, Kurnia W. Evaluation of Accessibility with Wheelchairs Approach for Educational Buildings. Atlantis Press [Internet]. 2019 [citado 2024 Set 15]; 417: 206-2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2991/assehr.k.200318.040>
46. Torkia C, Reid D, Korner-Bitensky, Kairy D, Rushton P, Demers L, Archambault P. Power wheelchair driving challenges in the community: a users` perspective. Taylor & Francis Online [Internet]. 2015 [citado 2024 Set 15]; 10 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.3109/17483107.2014.898159>.
47. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: [cifl final CTP.pmd \(who.int\)](http://cifl.finalCTP.pmd(who.int))
48. Melo P. Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. 1ª ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda; 2020.156 p.
49. Pereira R, Martins M, Gomes B, Aguilera J, Santos J. A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [Internet]. 2018 [citado 2024 Set 15]; 1(2): 66–72. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/RPER.2018.V1.N2.02.4538>
50. Silva C, Oliveira F, Ribeiro M, Prazeres V, M., Olga, Ribeiro O. Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da acessibilidade. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [Internet]. 2019 [citado 2024 Set 15]; 2(2): 20–26. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/RPER.2019.V1.N2.02.4561>
51. Duchene P. Estilo de Vida e Laser. In: Hoeman S. Enfermagem de Reabilitação, 4.ª ed. Loures: Lusodidata: Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 2008. p. 619-627.
52. França IS, Pagliuca LM. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da

- USP [Internet]. 2009 [citado 2024 Set 15]; 43(1): 178–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100023>
53. Frade JM, Henriques CM, Frade MF. A Integração da família nos cuidados de Enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2021 [citado 2024 Set 15]; 5(7): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20158>
54. Kuo DZ, Houtrow A, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future direction in pediatric health care. *Matern Child Health J* [Internet]. 2012 [citado 2024 Set 15]; 16 (2): 297-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
55. Tomey A, Alligood M. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda.; 2004. 750p.
56. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005 [citado 2024 Set 15]; 8 (2): 187–193. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
57. Freitas M. Norma n.º 001/2019. 2019. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2019 Jan 25. Disponível em: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/implementacao-da-tabela-nacional-de-funcionalidade-no-adulto-e-idoso\\_2019.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/implementacao-da-tabela-nacional-de-funcionalidade-no-adulto-e-idoso_2019.pdf)
58. Silva CS, Martins MM, Pereira RS, Pacheco MN, Carvalho AE, Machado WC. Acessibilidade dos edifícios destinados à prática de desporto nas pessoas com deficiência - intervenção dos/as enfermeiros/as especialistas em reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* [Internet]. 2019 [citado 2024 Set 15]; 2(2): 27–32. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/RPER.2019.V1.N2.02.4568>

59. Santos L. O Processo de Reabilitação. In: Marques-Vieira C, Sousa L; Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Sintra: Sabooks Editora;2023. p. 15-23.
60. Barata L. Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In: Marques-Vieira C, Sousa L; Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Sintra: Sabooks Editora; 2023. p.123-136.
61. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26/2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
62. Regulamento n.º 705/2021 da Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa-Lisboa. Diário da República: II Série, n.º 144/2021. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
63. Despacho 9871/2010 do Ministério da Saúde. (2010). Diário da República, II Série, n.º 112/2010. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9871-2010-3131193>
64. Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 133/2018. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
65. Equipa multiprofissional de reabilitação do Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. Reabilitação Pediátrica: Agente promotor da inclusão social no CMRA. Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Cidade Solidária: Inclusão Social e Coesão. Julho 2010. p. 100-107.
66. França A, Sousa S, Castelhana P. Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Criança\Adolescente. In Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2021. p.96-116

67. Nelas J, Melo E, Reis G, Apóstolo J, Carvalho L, Silva L. Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 dez [citado 2024 Set 15]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedepositiva_vf.pdf)
68. Gutenbrunner C, Stievano A, Nugraha B, Stewart D, Catton H. Nursing – a core element of rehabilitation. *Internacional Nursing Review* [Internet]. 2021[citado 2024 Set 15]; 69(1): 13-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12661>
69. Ribeiro O, Faria A, Ventura J. Processos de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificação e sistemas de informação. In Ribeiro O. *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2021. p. 58-66
70. Gardona RG, Barbosa DA. Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 2024 Set 15]; 71(04): 1815-6. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>
71. Vigia C, Ferreira C, Sousa L. Treinos de Atividades de Vida Diária In: Marques-Vieira C, Sousa L; *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Sintra: Sabooks Editora; 2023. p. 351-363
72. Parecer n.º 12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. 2010 set 18. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
73. Ordem dos Enfermeiros. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. 2016 [citado 2024 Set 15]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

74. Melo K, Coelho J, Miranda T, Medonça R, Santana W. Uso da Toxina Botulínica no Tratamento em Crianças com Paralisia Cerebral. Id on Line [Internet]. 2020 [citado em 2024 Set 15]; 14(51): 537-541. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i51.2618>
75. Borges K, Vital C, Borges K, Souza E, Oliveira-Filho A, Campesatto E, Santos G. Uso da toxina botulínica tipo A no tratamento da espasticidade em crianças com paralisia cerebral: revisão sistemática. Ver. Bras. Neurol [Internet]. 2022 [citado 2024 Set 15]; 58(4): 5-12. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1413785/rbn-58-4-1-toxina-botulinica-na-espasticidade.pdf>
76. Dorf S, Fonseca A, Sztajn bok F, Oliveira T, Bastistella L. O Estado da arte em aplicação de toxina botulínica em crianças com paralisia cerebral: uma revisão integrativa. Ver. Paul. Pediatr [Internet]. 2024 [citado 2024 Set 15]; 42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2023093>
77. Sossela CR, Sager F. A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. Revista Da SBPH [Internet]. 2017 [citado 2024 Set 15]; 20(1): 17–31. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
78. Gaio G, Chiavon S, Brum C, Zuge S, Santos E. dos. Brinquedo terapêutico como tecnologia de cuidado para crianças que vivenciam doenças respiratórias em unidade de internação hospitalar: scoping review. BJHR [Internet] 2022 [citado 2024 Set 15]; 5(2), 6497–6511. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-221>
79. Rosa D. Renascer em Alcoitão: Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. Cadernos Solidários Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2013. 219p.
80. Santos A, Pêla J. Reabilitação da Pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. In: Marques-Vieira C, Sousa L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Sintra: Sabooks Editora; 2023. p 605-618.

81. Costa A, Othero, M. Reabilitação em Cuidados Paliativos. Loures: Lusodidacta; 2014. 381p.
82. Heesben, W. A Reabilitação: criar novos caminhos. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2003. 166p.
83. Jesen W, Bialy L, Ketels, G, Baumann, F, Bokemeyer C, Oechsle K. Physical exercise and therapy in terminal ill cancer patients: a retrospective feasibility analysis. Support Care Cancer [Internet]. 2014 [citado 2024 Set 15]; 22: 1261-1268. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2080-4>
84. Javier N, Montagnin M. Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient. Journal of Palliative Medicine [Internet]. 2011 [citado 2024 Set 15]; 14(5): 638-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0125>.
85. Padgett L, Ashere A, Cheville MD. The Intersection of Rehabilitation and Palliative Care: Patients with Advanced Cancer in the Inpatient Rehabilitation Setting. Rehab Nursing Journal [Internet]. 2018 [citado 2024 Set 15]; 43(4): 219-228. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000171>
86. Brassil M, Cheville A, Zheng J, Smith S, Tolchin D, Wittry S, Jones C, Chernack B. Top Ten Tips Care Clinicians Should Know About Physical Medicine and Rehabilitation. Journal of Palliative Medicine [Internet]. 2019 [citado 2024 Set 15]; 23(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0440>
87. Javeir N, Montagnini M. The Role of Palliative Rehabilitation in Serious Illness. Journal of Palliative Medicine [Internet]. 2018 [citado 2024 Set 15]; 21(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0541>
88. Bartolomeu R, Rodrigues P. Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação crítica. In: Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2021. p.336-362
89. Prazeres V, Ribeiro C, Marques G. Visualização de Contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos. Revista Portuguesa de

97. Limão R, Martins R. Efetividade de programas de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2021 [citado 2024 Set 15]; 5(8): 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20205>
98. Perry J, Burnfield JM. *Análise da Marcha: Marcha Normal e Patológica*. 2ª Ed. Lisboa: Manole; 2010. 552p.
99. Bagulho A, Morais A, Ferreira A. *Pneumologia Fundamental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2020; 680p.
100. Gronkiewicz C, Coover L. Reabilitação Respiratória e Pulmonar. In: Hoeman S. *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta; 2011. p. 319-350
101. Rocha C, Redol F. Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações de Eliminação Vesical e Intestina. In: Marques-Vieira C, Sousa L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Sintra: Sabooks Editora; 2023. p. 271-279
102. Adriaansen J, Asbeck F, Tepper M, Faber W, Visser-Meily J, Kort L, Post M. Bladder-emptying methods, neurogenic lower urinary tract dysfunction and impact on quality of life in people with long-term spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine* [Internet]. 2017 [citado 2024 Set 15]; 40(1): 43-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1179/2045772315y.0000000056>
103. Yasami S, Khadem M, Safaei G, Latifi S, Koushki D, Ghazwin M. The association between bladder-emptying methods and health-related quality of life among Iranian individuals with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine* [Internet]. 2017 [citado 2024 Set 15]; 40(5): 530–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10790268.2016.1173320>
104. Lourenço M, Ferreira O, Baixinho C. *Terapêutica de Posição: contributo para um cuidado de saúde seguro*. 1ª Ed. Loures: Lusodidacta; 2016. 427p.

105. Oliveira C, Couto G, Silva R. Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. Livro Amarelo – O domicílio é o melhor lugar para reabilitar. In: Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2021. p.654-669
  
106. Boylan L, Buchanan L. Reabilitação de Base Comunitária. In: Hoeman S. Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. Loures: Lusodidacta; 2011. p. 187-200