



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da
Mulher Submetida a Cirurgia da Mama em Contexto
de Cancro**

Rehabilitation Nurse in the Empowerment of Women Undergoing Breast
Surgery in the Context of Cancer

Inês das Neves Afonso



Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da
Mulher Submetida a Cirurgia da Mama em Contexto
de Cancro**

Rehabilitation Nurse in the Empowerment of Women Undergoing Breast
Surgery in the Context of Cancer

Inês das Neves Afonso

Orientadora: Professora Doutora Maria de Fátima Mendes
Marques

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela

Agradecimentos

À professora doutora Maria Fátima Marques, minha orientadora, pela estimulação cognitiva que me fez procurar sempre mais e melhor, pelo apoio, serenidade e por ter sempre a palavra certa de alento, obrigada é pouco.

Aos enfermeiros orientadores, por serem um exemplo, permitindo-me desenvolver enquanto pessoa, e enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, obrigada por toda a partilha de saberes.

Aos meus pais, irmãos e restante família, por estarem incondicionalmente ao meu lado, e por me transmitirem sempre a determinação e coragem necessárias para continuar, obrigada pelo que representam para mim.

Ao Cláudio, por todo o apoio, amor incondicional, e por ser sempre o meu porto seguro, que nunca me deixou desmoronar, obrigada por estares sempre lá.

Às minhas amigas, que tiveram sempre disponíveis, mesmo que mais distantes fisicamente, obrigada por continuarem ao meu lado.

A todos os meus colegas de curso, em especial a Amanda, por toda a amizade, partilha de experiências, e pela cumplicidade de percorrermos este percurso juntos, obrigada pelo companheirismo.

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA – *American Psychological Association*

AVD – Atividades de Vida Diária

CATR – Ciclo Ativo da Respiração

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

OLD – Oxigénio de Longa Duração

OSF – *Open Science Framework*

PCC – População, Conceito e Contexto

PEM – Programa de Estimulação Multissensorial

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RN – Recém-Nascido

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT – *Strenght, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TEF – Técnica de Expiração Forçada

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

VNI – Ventilação Não Invasiva

Resumo

O cancro da mama é o tipo de cancro com maior incidência, na mulher, em todo o mundo. A intervenção cirúrgica é o tratamento mais utilizado para o cancro de mama, porém, este pode levar ao surgimento de complicações a nível físico, tais como a diminuição da força muscular do membro superior do lado operado, alterações da funcionalidade, dor e linfedema, mas também a nível psicológico, com alteração da autoestima e autoimagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) atua no período peri-operatório, com vista à prevenção de complicações e maximização do potencial funcional da mulher, capacitando-a para a satisfação do autocuidado, uma das áreas prioritárias definidas pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Neste sentido, foi desenvolvida uma revisão *scoping*, dando resposta à questão de investigação: Qual o conhecimento disponível sobre a capacitação da mulher com cancro de mama submetida a cirurgia da mama?

Através da investigação foi possível perceber que as principais intervenções descritas, são ao nível de exercícios e ensinamentos peri-operatórios, desporto, terapias complementares e realidade virtual. O EEER possui competências específicas que lhe permitem atuar neste sentido, através de implementação de programas de reabilitação individualizados e personalizados às necessidades de cada mulher.

Tratando-se de um relatório de estágio, pretendeu-se também descrever e analisar criteriosamente as atividades desenvolvidas ao longo dos vários contextos de estágio, e de que forma contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (EE), específicas do EEER e direcionadas à temática abordada.

O referencial teórico utilizado foi a Teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem*, como suporte de uma prática centrada no cliente e também do presente relatório.

Palavras-chave: Mulheres; Cancro; Enfermagem em Reabilitação; Cirurgia da Mama

Abstract

Breast cancer is the most common type of cancer in women worldwide. Surgery is the most widely treatment for breast cancer, but it can lead to complications on physical level such as reduced muscle strength in the upper limb on the operated side, changes in function, pain and lymphoedema but also on a psychological level with changes in self-esteem and self-image.

The Rehabilitation Nurse care in the perioperative period to prevent complications and maximise a woman's functional potential, enabling her to enjoy self-care which is one of the priority areas defined by the Assembly of the Rehabilitation Nursing College.

In this sense, a scoping review was carried out to answer the research question: What knowledge is available on the empowerment of women with breast cancer who have undergone breast surgery?

The research revealed that the main interventions described are exercises and perioperative practices, sport, complementary therapies, and virtual reality. The Rehabilitation Nurse has specific skills which allow to act in this sense by implementing individualised rehabilitation programmes tailored to the needs of each woman.

Since it is an internship report, the aim was also to carefully describe and analyse the activities carried out throughout the various internship contexts, and how they contributed to the development of common skills to specialist nurses, specific to nurses in rehabilitation nursing and directed to the research subject matter.

The theoretical framework used was Dorothea Orem's Self-Care Theory, which supports client-centred practice and this report.

Key Words: Women; Cancer; Rehabilitation Nursing; Breast Surgery

Índice

Introdução	9
1. Capacitação da Mulher Com Cancro da Mama Submetida a Cirurgia	12
1.1. Abordagem metodológica.....	12
1.2. Contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da mulher submetida a cirurgia da mama	18
1.3. Contributos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.....	20
2. Descrição e Análise das Aprendizagens Realizadas ao Longo do Estágio.....	22
2.1. Competências desenvolvidas em contexto de internamento num serviço de neurocirurgia	23
2.2. Competências desenvolvidas em contexto de internamento num serviço de pneumologia	33
2.3. Competências desenvolvidas em contexto de cuidados intensivos e intermédios num serviço de neonatologia	43
2.4. Competências desenvolvidas em contexto de internamento numa unidade de média duração e reabilitação.....	46
2.5. Competências desenvolvidas em contexto de internamento num serviço de cirurgia: mulher com cancro de mama	49
3. Avaliação das Aprendizagens Desenvolvidas	56
4. Considerações Finais	60
Referências	62

Apêndices

Apêndice I – Relatório Final da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e em Comunidade

Apêndice II – Protocolo de pesquisa

Apêndice III – Fluxograma: identificação do *corpus* de análise da revisão *scoping*

Apêndice IV – Quadro: *corpus* da análise da amostra bibliográfica

Apêndice V – Folheto: Reabilitação Pré-cirúrgica

Introdução

A elaboração do presente trabalho, surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tem como propósito a reflexão acerca das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, e de que forma, as mesmas, contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEER, e competências ao nível dos descritores de Dublin¹, para a aquisição do grau de mestre.

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, que abrange um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, com foco na promoção do bem-estar e qualidade de vida, maximização do potencial funcional e promoção do autocuidado, atuando na pessoa com deficiência² ou com necessidades especiais³, ao longo de todas as suas fases do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Regulamento nº392/2019, 2019). Também Bampi et al. (2021), salientam o papel da reabilitação na prevenção, nomeadamente ao nível da intervenção educacional da pessoa, sendo este um processo dinâmico, para potenciar o funcionamento, não só físico, mas também mental, espiritual, social e económico.

O desenvolvimento de competências, aquando da prática clínica, enquanto futura EEER, teve início no segundo semestre, durante o estágio que decorreu no âmbito da UC Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto orto traumatológico, reumatológico e em comunidade, retratado no seu relatório específico (Apêndice I). Dando continuidade a esse processo de aprendizagem, segue-se o presente trabalho, que compreende a

¹ Os descritores de Dublin consistem em princípios reconhecidos e adotados pelo Quadro Europeu de Qualificações, que garantem a qualidade e comparabilidade das competências essenciais à atribuição do 2º ciclo do ensino superior (*European Commission*, 2018). Estes descritores referenciam as seguintes dimensões: “conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e aptidões para a aprendizagem” (Comissão Europeia, 2008, p.10).

² Pessoa que “por motivos de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresenta dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação dos fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com os demais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 6)

³ Pessoa que se encontra incapaz de executar de forma independente, atividades humanas básicas ou determinadas tarefas, por consequência de alterações físicas, mentais, cognitivas ou psicológicas, permanentes ou temporárias (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

análise das atividades desenvolvidas ao longo dos locais de estágio do 3º semestre. O estágio decorreu ao longo de 20 semanas, subdividindo-se, por contextos, nos seguintes campos de estágio: (1) contexto neurológico, serviço de neurocirurgia (sete semanas); (2) contexto cardiorrespiratório, serviço de pneumologia (sete semanas); (3) contexto pediátrico, serviço de neonatologia (duas semanas); (4) contexto de cuidados de convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) (duas semanas); e (5) contexto no âmbito da problemática em estudo, serviço de cirurgia (duas semanas).

O desenvolvimento das atividades, foi direcionado tendo em conta as linhas orientadoras preconizadas pela UC (ESEL, 2023), bem como, de acordo com os objetivos estabelecidos no Trabalho de Projeto.

O presente relatório pretende ainda aprofundar uma área da reabilitação específica, intitulado-se por isso da seguinte forma: **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Mulher Submetida a Cirurgia da Mama em Contexto de Cancro.**

A escolha do tema não foi linear, uma vez que não surgiu imediatamente no decorrer da minha prática. O interesse pela temática foi crescendo em mim progressivamente, na busca por uma área da reabilitação que despertasse particularmente a minha atenção. Sendo um tema tão pertinente, mas não abordado ao longo do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pensei que ao desenvolvê-lo, conseguiria aumentar os meus conhecimentos e desenvolvê-los para uma prática neste sentido.

Nos últimos anos, o cancro da mama tem tido um aumento da sua incidência. Em 2020, em Portugal, os dados revelam que surgiram 7 041 novos casos de cancro de mama, equivalendo a uma taxa de 26,4% de todos os tipos de cancro diagnosticados em mulheres (*International Agency for Research on Cancer, 2021*).

Sendo a cirurgia o tratamento de eleição para o cancro da mama, o EEER tem um papel crucial em todo o período peri-operatório, enquadrando-se numa das áreas de investigação prioritárias, preconizadas pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da capacitação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De forma a direcionar a minha prática para o desenvolvimento de competências ao nível de EE e EEER, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na pessoa com alterações sensoriomotoras, cardíacas neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências específicas de EEER, para a capacitação da mulher submetida a cirurgia da mama, em contexto de cancro.

Todo o meu percurso ao longo dos estágios, seguiu conceptualmente a Teoria do Défice de Autocuidado de *Dorothea Orem*, tendo esta sido um pilar para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, orientando a minha prática e contribuindo para a construção e organização do meu pensar e do meu agir, enquanto futura EEER.

Este relatório é constituído por um primeiro capítulo, em que é abordada a temática, dividindo-se em três subcapítulos, um acerca da abordagem metodológica, fundamentada a partir da realização de uma revisão *scoping*, o segundo subcapítulo que aborda o contributo da enfermagem de reabilitação na área, e o terceiro subcapítulo remete aos contributos da Teoria do Défice de Autocuidado, que me deu suporte ao longo do estágio.

Segue-se o segundo capítulo, onde é feita a descrição e análise das aprendizagens realizadas ao longo dos vários contextos de estágio. De seguida, no quarto capítulo, é apresentada a avaliação de todo o percurso formativo, e por último encontram-se as considerações finais e as referências utilizadas ao longo do relatório.

Em apêndice é apresentado o relatório de estágio realizado no semestre anterior, o protocolo de pesquisa (Apêndice II) utilizado na revisão *scoping*, o fluxograma (Apêndice III) e o quadro alusivo ao *corpus* de análise da amostra bibliográfica encontrada (Apêndice IV), bem como, um folheto informativo realizado ao longo do estágio.

A realização deste trabalho seguiu as linhas orientadoras do Guia Orientador da UC (ESEL, 2023), do Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da ESEL (Godinho, 2023) e foi referenciado de acordo com a normas *American Psychological Association* (APA) 7ª edição.

1. Capacitação da Mulher Com Cancro da Mama Submetida a Cirurgia

O presente capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos. O primeiro é relativo à abordagem metodológica realizado através de uma revisão *scoping* acerca da problemática em estudo. Segue-se o segundo subcapítulo, referente aos contributos da enfermagem de reabilitação na resolução dos problemas identificados na população alvo em questão. Por último, é feita uma breve abordagem sobre o modelo teórico que dá suporte à problemática e que serviu de apoio em toda a prática clínica.

1.1. Abordagem metodológica

O termo cancro, também conhecido como neoplasia ou tumor maligno, designa uma condição de doença, resultante da multiplicação anormal e descontrolada de células, podendo ocorrer em qualquer órgão ou tecido corporal. O diagnóstico de cancro, distingue-se pela localização onde tem origem a multiplicação celular, podendo estar restrito ou ocorrer a invasão de outros órgãos, resultando em metástases, uma das principais causas de morte, por cancro, em todo o mundo (*World Health Organization, 2022*).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cancro é das principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo, tendo o seu diagnóstico aumentado exponencialmente nas últimas duas décadas, passando de 10 milhões de casos no ano 2000, para 19,3 milhões no ano de 2020. As projeções apontam que estes números continuarão a aumentar, estando previsto um aumento em mais de 50% para 2040, comparativamente com os números registados em 2020 (*World Health Organization, 2021*).

Em Portugal, a taxa de incidência de cancro é das mais baixas dos países da União Europeia, no entanto, o cancro continua a ser a segunda principal causa de morte no país (*Organization for Economic Co-operation and Development, 2023*).

O cancro da mama, é o tipo de cancro com maior incidência, nas mulheres. A implementação de programas gratuitos de rastreio precoce, aumentaram os números de

peças diagnosticadas com a doença, porém, o seu diagnóstico precoce, refletiu-se num aumento da taxa de sobrevivência, ao fim de cinco anos (*Organization for Economic Co-operation and Development*, 2023).

De todos os câncros da mama diagnosticados, os estudos epidemiológicos indicam que, apenas 1% ocorre em homens (Registo Oncológico Nacional, 2023). Sendo esta uma percentagem irrisória, quando comparada com as taxas de incidência na mulher, o presente trabalho de investigação tem como população alvo, exclusivamente as mulheres.

Existem várias opções de tratamento para o cancro da mama, podendo os mesmos serem utilizados isoladamente ou como coadjuvantes. A tomada de decisão acerca do tratamento a seguir, deve depender de vários fatores, nomeadamente do estadio da doença, localização do tumor, comorbilidades associadas, entre outros fatores, devendo ser uma tomada de decisão conjunta entre a equipa interdisciplinar e a pessoa (Pinto et al., 2015).

A cirurgia surge como tratamento de eleição para o cancro da mama, uma vez que pode erradicar por completo as células cancerígenas, aumentando assim a taxa de sobrevivência. No entanto, podem daí advir alguns riscos/complicações, tanto a nível físico, nomeadamente com a diminuição da força muscular no membro superior homolateral à cirurgia, alteração da funcionalidade, dor, linfedema, podendo ainda levar a pessoa a sentir medo de mobilizar o membro, provocando conseqüentemente a sua incapacidade (Moller et al., 2019). Mas também a nível psicológico, com a alteração da autoestima e autoimagem, provocando inseguranças na mulher, que se não forem detetadas precocemente, podem levar a alterações psicológicas mais graves (Sena & Neves, 2019).

Com o intuito de aprofundar este campo de estudo, a abordagem metodológica utilizada, foi a realização de uma revisão sistemática da literatura, através de uma revisão *scoping* (Vilelas, 2022). A realização da revisão *scoping* permitiu mapear a informação publicada acerca da problemática, seguindo a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (Peter et al., 2020). Pretendeu-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual o conhecimento disponível sobre a capacitação da mulher com cancro de mama submetida a cirurgia da mama?

A presente revisão *scoping* foi registada devidamente na plataforma *online Open Science Framework (OSF)*, com o registo osf.io/5q69a.

Os termos de pesquisa seguiram a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto): (P) mulher com cancro de mama; (C) capacitação; (C) submetida a cirurgia da mama. A pesquisa foi feita no período temporal de março a abril de 2024, com recurso à plataforma eletrónica *EBSCOhost*, utilizando as bases de dados *CINALH Ultimate* e *MEDLINE Ultimate*, e recorrendo a literatura cinzenta, através do Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Foram utilizados para a pesquisa, os termos de indexação apropriados a cada base de dados e os operadores booleanos AND e OR.

Foram definidos como critérios de inclusão, os estudos que respondessem à mnemónica, em idioma português, francês, espanhol e inglês, presentes nas bases de dados *CINALH Ultimate*, *MEDLINE Ultimate* e RCAAP, através da pesquisa com recurso a equações de vocabulário controlado. Como critérios de exclusão, foram definidos, todos os estudos que abordassem a mulher submetida a cirurgia da mama, mas não por cancro, e os estudos em que a população não fosse a mulher adulta, e que fossem de outro idioma que não os considerados nos critérios de inclusão.

Para esta revisão *scoping*, foram considerados todos os artigos, em texto integral, com o limite temporal compreendido entre 2014 e 2024. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e remoção dos artigos duplicados, ficámos com uma amostra de 884 artigos. Seguiu-se a análise a partir da leitura dos títulos, resumos e posterior leitura dos artigos na íntegra, assim como é retratado no fluxograma em apêndice (Apêndice III). Desta forma, chegou-se a um total de vinte e sete artigos incluídos na revisão *scoping*, que foram sintetizados através da apreciação dessa amostra bibliográfica (Apêndice IV).

De forma a sistematizar a informação obtida através dos resultados dos artigos que permitem responder à questão de investigação, os mesmos foram extraídos e submetidos a análise de conteúdo temático, de acordo com Bardin (2016). Segundo a autora, a análise de conteúdo consiste num processo rigoroso e sistemático, que se realiza em três fases sequenciais: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016).

Através da pré-análise, precedeu-se à leitura fluente, escolha e organização dos documentos, chegando ao total de vinte e sete artigos incluídos, que integram o *corpus* de análise da presente revisão (Bardin, 2016).

Na segunda fase, exploração do material do *corpus* de análise, foi feita uma codificação, seguindo-se de uma categorização da amostra, chegando à identificação de quatro categorias: (1) exercícios e ensinamentos peri-operatórios⁴; (2) desporto⁵; (3) terapias complementares⁶; e (4) realidade virtual⁷. A categoria exercícios e ensinamentos peri-operatórios foi a mais representativa, com um total de dezassete artigos, seguindo-se a categoria desporto, com cinco artigos. A categoria terapias complementares foi identificada num total de quatro artigos, e por fim, a categoria menos representativa, realidade virtual, identificada em apenas um artigo.

Em relação à categoria mais representativa, exercícios e ensinamentos peri-operatórios, Casassola et al. (2020) realizaram uma revisão *scoping* com o intuito de demonstrar quais as intervenções mais utilizadas para reabilitar o membro superior homolateral à cirurgia, tendo identificado exercícios de alongamento, mobilização articular, neuro-estimulação e exercícios de fortalecimento muscular. Identificaram ainda a importância da terapia miofascial, da terapia convencional descongestiva, da terapia vibratória e da acupuntura, enquanto intervenções benéficas para a reabilitação do membro superior afetado.

Também Mathieu et al. (2022), realizaram uma revisão *scoping*, para identificar e descrever as intervenções utilizadas na reabilitação física peri-operatória, de mulheres a aguardar ou que já foram submetidas a mastectomia, tendo encontrado evidência da intervenção multimodal⁸, combinando exercícios de mobilização, educação para estilos

⁴ O período peri-operatório abrange os cuidados dirigidos à pessoa no pré- (antes), intra- (durante) e pós- (depois) operatório. Esta atuação ao longo de todo o período visa a prestação de cuidados mais adequados e de qualidade à pessoa submetida a intervenção cirúrgica (Mendes & Ferrito, 2021).

⁵ Desporto é caracterizado por “uma prática metódica de exercícios físicos efetuados pela pessoa em qualquer fase do ciclo de vida, provenientes de diferentes culturas, inserida em diferentes ambientes e vivendo experiências de saúde/doença, com a finalidade de conseguir vigor, agilidade, bem-estar e sucesso” (Magalhães, 2005, p.159)

⁶ Terapia complementar quando é quando uma determinada prática é utilizada em conjunto com o tratamento médico convencional (*National Center for Complementary and Integrative Health*, 2021).

⁷ Criação de um ambiente, com recurso à tecnologia, que relaciona o mundo real com o mundo virtual, nomeadamente obtido através de videojogos (Vaggetti et al., 2018)

⁸ A intervenção multimodal refere-se a uma modalidade terapêutica que combina uma abordagem convencional de cuidados de saúde (como por exemplo a reabilitação física), com uma abordagem complementar de saúde (como é o caso do ioga e da acupuntura). A sua aplicabilidade tem como intuito o cuidar da pessoa como um todo, em todas as suas dimensões (*National Center for Complementary and Integrative Health*, 2021).

de vida saudáveis, terapia manual e/ou drenagem linfática, como intervenções que melhoram a mobilidade do membro, e conseqüentemente a qualidade de vida.

Domingos et al. (2021), implementaram um programa de reabilitação que incluía 10 sessões, com exercícios de mobilização passiva gleno-umeral e escapulo-torácica, alongamento da cervical, exercícios ativos de flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/externa e exercícios resistidos com elásticos e/ou halteres de 0,5 e 1 quilogramas, dos membros superiores. Em cada exercício, eram realizadas três séries de 8 a 12 repetições. Enblom et al. (2017), por outro lado, implementaram um programa de exercícios aquáticos, revelando que a conveniência dos exercícios sem peso, facilmente modificados na água, não só trazem benefícios físicos, como há evidência de uma maior adesão ao programa, a longo prazo.

Um estudo qualitativo feito por Ibrahim et al. (2018), consiste na implementação de um projeto multidisciplinar, com a intervenção de terapeutas ocupacionais, enfermeiros e fisioterapeutas, com base em ensinamentos pré-operatórios, para diminuir a ansiedade destas mulheres e melhorar o seu conhecimento, reduzindo assim os riscos associados à cirurgia.

Aliando a reabilitação à prática desportiva, Berretta et al. (2022), através da entrevista a dois campeões olímpicos, adaptaram um programa de atividade física de esgrima e remo, para mulheres com cancro de mama, submetidas a cirurgia. Através desse programa de 12 semanas, combinando exercícios de força e aeróbicos, houve melhoria da dor, aumento da amplitude de movimento dos membros superiores e aumento da força muscular. Também Gavala-González et al. (2020) comprovaram o mesmo, tendo resultados ao nível da melhoria da aptidão física em geral, das 30 mulheres que participaram no seu estudo, sendo sujeitas a um programa de treino de remo.

A implementação de um programa de ioga também traz benefícios para a qualidade de vida das mulheres com cancro de mama, submetidas a cirurgia, com resultados ao nível da diminuição da fadiga, dispnéia e desconforto (dor, edema e sensibilidade) do membro superior do lado operado (Andysz et al., 2014).

Relativamente à categoria, terapias complementares, Lovelace et al. (2019) salientam a importância de uma intervenção holística nas sobreviventes de cancro da mama. Assim, associado à intervenção física, através de exercícios, os autores falam de

terapias complementares, com evidência a nível físico, emocional, mental, social, espiritual e ambiental. As terapias complementares abordadas, remetem a tratamento farmacológico homeopático e acupuntura. Apesar de serem intervenções não específicas para a enfermagem de reabilitação, é importante que seja feita uma avaliação holística das necessidades da mulher, e o seu devido reencaminhamento, para que as mesmas estejam dotadas de toda a informação para a tomada de decisão consciente acerca do melhor tratamento a seguir.

Igualmente as novas tecnologias, têm um lugar de destaque na reabilitação destas mulheres, havendo evidência de que os resultados da reabilitação através de *exergames*, aqui categorizado por realidade virtual, são semelhantes aos obtidos através da fisioterapia tradicional (Feyzioglu et al., 2020).

Dando resposta à questão de investigação, pode concluir-se que existem uma ampla diversidade de intervenções que contribuem para a capacitação da mulher com cancro de mama. Apesar de serem intervenções no âmbito da área de atuação do EEER, grande parte dos artigos do *corpus* de análise, são estudos feitos por outras especialidades, havendo apenas três relacionados com a especialidade em enfermagem de reabilitação.

As principais limitações desta revisão *scoping* relacionam-se essencialmente com o próprio método de recolha de dados subjacente a este tipo de investigação, uma vez que nas revisões *scoping* os critérios de inclusão/exclusão do material de revisão não têm em conta a qualidade dos estudos, mas a sua relevância (Vilelas, 2022). Outra das limitações identificadas, é ao nível das restrições temporais (2014-2024) e linguística (inglês, português, francês e espanhol) impostas, bem como, da inclusão apenas de artigos disponíveis em texto integral, podendo ter excluído fontes pertinentes para a investigação.

Indo ao encontro dos achados obtidos na revisão *scoping*, e com base em artigos da especialidade encontrados em literatura cinzenta, de seguida serão apresentados os contributos do EEER na capacitação da mulher submetida a cirurgia da mama, em contexto de cancro.

1.2. Contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da mulher submetida a cirurgia da mama

O processo de reabilitação deve ser pensado desde o planeamento do tipo de tratamento a seguir, pois o programa de reabilitação atua não só no tratamento das complicações, mas também na sua prevenção. A pré-reabilitação tem enfoque na preparação para o procedimento, prevenindo alterações relacionadas com o mesmo, através de medidas que visam melhorar a saúde e a capacidade funcional da pessoa. As evidências demonstram que a pré-reabilitação melhora os resultados pós-cirúrgicos e diminui o tempo de internamento (Reigle et al, 2017).

Após o tratamento cirúrgico, a mulher sofre algumas alterações que poderão ter impacto negativo na sua vida e na satisfação do seu autocuidado, nomeadamente, alterações a nível da força e mobilidade do membro superior homolateral à cirurgia, redução da amplitude do movimento, parestesias e até mesmo o linfedema (Keesing et al., 2018).

Perante isto, o EEER tem um papel importante, na implementação de programas de exercícios funcionais, maximizando o potencial funcional da pessoa e tornando-a, tanto quanto possível, independente na satisfação do autocuidado. A intervenção deve ser adaptada às necessidades de cada mulher, com vista à recuperação da amplitude do ombro, recuperação da força muscular, correção postural e prevenção de complicações, como a atrofia muscular, rigidez articular, contraturas, linfedema e dependência funcional (Muller et al., 2018).

Vários estudos comprovam o impacto da intervenção do EEER. Nomeadamente Merêncio e Ventura (2020) que através de um estudo qualitativo, concluíram que um programa de reabilitação individualizado contribui para a recuperação funcional e aceitação do estado de saúde. Também Rodrigues e Gomes (2021a), após implementação de um programa de reabilitação nestas mulheres, conseguiram uma melhoria na qualidade de vida, especificamente a nível emocional, cognitivo, social, da imagem corporal e perspetivas futuras, mas também na sintomatologia, com melhoria da fadiga, dor e efeitos sistémicos, tanto da mama como do membro superior.

Rodrigues e Gomes (2021b) estruturaram um programa de reabilitação, com base na evidência disponível, com o objetivo de capacitar a mulher para a participação ativa e informada no seu próprio processo de recuperação, promovendo a melhoria no autocuidado. O programa tem a duração de 3 meses, frequência diária, cerca de 45 minutos por sessão, englobando exercícios de mobilização cervical (flexão/hiperextensão; lateralização e rotação), mobilização escapulo-umeral (extensão/flexão, abdução/adução e elevação) e massagem do membro superior (Rodrigues & Gomes, 2021b)

Moller et al. (2019) realizaram um estudo em que identificam várias áreas de intervenção da reabilitação na mulher com cancro de mama, sendo as mais prevalentes, o exercício físico, seguindo-se do ioga, e apesar de menos frequente, o estudo faz referência à intervenção da reabilitação através da instrução acerca de terapias complementares existentes, com a conjugação da drenagem linfática para o tratamento do linfedema e exercícios psicossociais. Os resultados obtidos neste estudo, vão ao encontro dos achados da revisão *scoping* apresentada anteriormente.

Abrindo caminhos para além da reabilitação tradicional, Baldaia et al. (2023) realizaram uma revisão *scoping* para mapear a informação existente, sobre a utilização de *exergames*, na reabilitação das mulheres sujeitas a cirurgia da mama. Este estudo trouxe evidência que a implementação de programas de reabilitação, com recurso a *exergames*, no período peri-operatório, tem resultados superiores ou semelhantes à reabilitação tradicional, no que diz respeito à dor, funcionalidade do membro superior e amplitude de movimento do ombro, fadiga e qualidade de vida. Este estudo, evidenciou não só os benefícios dos *exergames* na componente funcional da mulher, mas também destaca que esta realidade pode ser facilitadora na reabilitação no domicílio, aumentando os níveis de adesão ao programa e proporcionando momentos de interação familiar. Os dados obtidos assemelham-se ao artigo encontrado na revisão *scoping*, que trouxe evidências acerca dos ganhos obtidos da reabilitação com recurso à realidade virtual (Feyzioglu et al., 2020).

Uma intervenção precoce por parte do EEER torna-se fundamental na redução de complicações pós-cirúrgicas, traduzindo-se na melhoria do grau de independência na

satisfação do autocuidado e conseqüentemente em maior qualidade de vida. Assim, deve apostar-se em ações de instruir e treinar, tanto quanto possível, desde o período pré-operatório, para que estas mulheres recuperem o mais rapidamente a sua condição anterior (Pão-Alvo, 2017).

1.3. Contributos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

A Enfermagem, enquanto disciplina da prática do cuidar, é orientada por teorias, que fundamentam e sistematizam o processo de enfermagem, sendo um alicerce fundamental para uma prática de cuidados de qualidade (Morais & Ribeiro, 2022).

Ao longo da prática, vamo-nos debruçando sobre as várias teorias existentes, adaptando o conhecimento que cada uma delas nos confere, às circunstâncias de cada processo de cuidar (Nascimento & Araújo, 2022). Todavia, segundo Martins et al. (2018), quando um EEER se identifica com um referencial teórico, normalmente é em todos os seus principais conceitos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente.

Neste sentido, o referencial teórico que sustenta este trabalho, e que serviu de suporte ao longo da minha prática de cuidados nos diversos contextos de estágio, foi a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem, de *Dorothea Orem*.

Segundo Orem (2001), a essência dos cuidados de enfermagem centra-se na pessoa e na sua promoção para o autocuidado. O autocuidado é definido como o conjunto de atividades que a pessoa deve realizar de forma a manter a sua própria saúde e bem-estar, visto como uma capacidade reguladora, com três características: universalidade, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001).

Esta teoria permite perceber as condições e incapacidades da pessoa para a realização de determinadas atividades, e de que forma a intervenção de enfermagem pode ser benéfica. A intervenção do EEER relaciona-se diretamente com esta premissa, uma vez que este, identifica as necessidades da pessoa, concebe, implementa e monitoriza planos especializados de intervenção, e a partir dos seus conhecimentos e experiências acrescidas, atua com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e proporcionar a máxima satisfação da pessoa (Regulamento nº392/2019, 2019).

A definição de autocuidado está intrinsecamente interligada com o conceito de capacitação, uma vez que a capacitação proporciona à pessoa o suporte necessário para desenvolver habilidades indispensáveis ao autocuidado. Capacitar é definido como “um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação” (Reis & Bule, 2017, p.57), englobando três domínios: cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2017).

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, de *Dorothea Orem*, integra três teorias que se interrelacionam: (1) Teoria do Autocuidado; (2) Teoria do Déficit de Autocuidado; e (3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

A Teoria do Autocuidado, descreve o termo autocuidado e a sua importância para a pessoa, a Teoria do Déficit de Autocuidado, refere que as pessoas nem sempre conseguem ser independentes no autocuidado, e de que forma a enfermagem tem um papel preponderante para colmatar esse déficit, e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve as relações estabelecidas entre a pessoa e o enfermeiro, para a satisfação do autocuidado (Orem, 2001).

Cuidar em enfermagem emerge da necessidade de suprimir uma situação de dependência, seja total, parcial ou até mesmo educacional, assegurando as atividades necessárias para que a pessoa mantenha o seu normal funcionamento (Petronilho et al., 2021). Deste modo, a Teoria de Sistemas de Enfermagem, pretende dar resposta aos requisitos do autocuidado, definindo três modos de atuação da enfermagem: (1) sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não se consegue envolver na satisfação do autocuidado, tornando-se totalmente dependente de outros para se manter viva; (2) sistema parcialmente compensatório, em que a pessoa consegue participar no seu processo de cuidados, no entanto não totalmente, tendo o enfermeiro o papel de instruir e auxiliar nas tarefas que a pessoa não consiga concretizar sozinha; e (3) sistema apoio/educação, em que a pessoa tem capacidades para realizar o autocuidado, no entanto, necessita de ser capacitada, através da educação (Orem, 2001).

Por tudo o que foi referido até aqui, esta teoria relaciona-se diretamente com a temática em estudo, uma vez que o EEER atua na mulher com cancro de mama, submetida a cirurgia, com vista à capacitação para a satisfação do autocuidado de forma independente.

2. Descrição e Análise das Aprendizagens Realizadas ao Longo do Estágio

A reflexão é uma prática essencial na aprendizagem profissional, permitindo a auto consciencialização e a integração de novos conhecimentos, inseridos na disciplina do cuidar (Peixoto & Peixoto, 2016).

Proporcionando a reflexão das experiências vivenciadas, ao longo do estágio realizei vários jornais de aprendizagem, através do questionamento reflexivo, essencial ao desenvolvimento de qualquer conhecimento (Lopes & Silva, 2016). A sua construção seguiu o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*⁹.

Neste capítulo, pretendo dar continuidade a esse processo reflexivo, fazendo uma análise crítica das atividades desenvolvidas e em que medida contribuíram para a aquisição do grau de mestre e especialista em enfermagem de reabilitação. A atribuição deste título pressupõe-se a aquisição de várias competências, nomeadamente ao nível dos descritores de Dublin (*European Commission, 2018*), referentes ao segundo ciclo de estudos; competências comuns do EE¹⁰ (Regulamento nº 140/2019, 2019); e competências específicas de EEER¹¹ (Regulamento nº 392/2019, 2019). Tendo em conta as competências referidas, e o projeto previamente definido, de forma a maximizar o seu desenvolvimento ao longo da prática clínica, foram delineados dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na pessoa com alterações sensoriomotoras, cardíacas, neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências específicas de EEER para a capacitação da mulher submetida a cirurgia da mama, em contexto de cancro.

⁹ Constituído por seis etapas sequenciais que orientam o pensamento reflexivo: (1) descrição; (2) sentimentos; (3) avaliação; (4) análise; (5) conclusão; e (6) plano de ação (Gibbs, 2013).

¹⁰ As competências comuns do EE integram os seguintes domínios: (A) responsabilidade profissional, ética e legal; (B) melhoria contínua da qualidade; (C) gestão dos cuidados; (D) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

¹¹ As competências específicas do EEER são: "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 da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania"; "J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa" (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 13566).

Partindo destes objetivos gerais, foram definidos objetivos específicos, que correspondem às competências a desenvolver enquanto EE e EEER, que se encontram explanados ao longo dos subcapítulos seguintes.

No decorrer dos estágios, o desenvolvimento de competências de mestre e especialista em reabilitação, foi um processo contínuo e gradual. Cada contexto de estágio contém as suas especificidades, e por isso tive a oportunidade de experienciar realidades bastante distintas, em que em todas elas desenvolvi competências, ajustadas às particularidades de cada contexto. Isto levou-me a optar por, neste relatório, fazer uma abordagem separada pelos vários contextos de estágio por onde passei.

Uma prática comum a todos os contextos, foi que a minha conduta seguiu o preconizado pela Ordem do Enfermeiros (2015), através do Código Deontológico, tendo em conta a individualidade da pessoa/família e a prestação de cuidados centrados (Oreof & Oyenike, 2018). Assim, desenvolvi competências no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Competência A) (Regulamento nº140/2019, 2019).

A minha intervenção enquanto futura EEER assentou na avaliação inicial da pessoa/família, identificação dos défices de autocuidado, criação de planos de reabilitação adaptados às necessidades identificadas, avaliação, e reestruturação dos planos, sempre que os resultados da avaliação assim o indicassem.

De seguida, serão apresentados os vários subcapítulos, por ordem cronológica com que decorreram os estágios. Em cada um deles, será realizada uma breve contextualização, seguindo-se a descrição das atividades desenvolvidas, com referência a situações concretas, que considero relevantes, e de que forma contribuíram para o desenvolvimento das competências pressupostas.

2.1. Competências desenvolvidas em contexto de internamento num serviço de neurocirurgia

O desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas, foi um dos objetivos comuns a que me propus.

Nesse sentido, o meu percurso de estágio, no âmbito da UC Estágio com Relatório, teve início em contexto hospitalar, num serviço com tipologia de internamento e intermédios de neurocirurgia. O serviço assenta os seus cuidados numa abordagem interdisciplinar, constituído por uma equipa diferenciada, que presta cuidados à pessoa com patologia do sistema nervoso central e periférico, passíveis de serem submetidos a intervenção cirúrgica (Vaz et al., 2017).

Considerando dois dos meus objetivos específicos: integrar a dinâmica de funcionamento das diferentes organizações, ao longo dos vários locais de estágio; e analisar a intervenção do EEER na organização do serviço; na primeira semana, foi-me dado a conhecer o serviço e a sua caracterização/ dinâmica, bem como, da equipa interdisciplinar que dele faz parte. Procurei consultar os protocolos, conhecer os projetos de reabilitação existentes, compreender o foco da intervenção dos EEER, os instrumentos de colheita de dados, método de avaliação e de registo mais utilizados. A partilha de experiências por parte da enfermeira orientadora também se tornou fundamental, direcionando a minha pesquisa e facilitando a minha integração na equipa e no serviço.

A equipa de enfermagem, integra nove EEER, incluindo a enfermeira gestora. Está preconizado no serviço que fique sempre um elemento escalado no turno da manhã, a prestar exclusivamente cuidados de especialista, e nos turnos da tarde/noite o EEER fica como chefe de equipa, acumulando funções de gestão, com cuidados especializados de reabilitação. De acordo com as competências do domínio da gestão de cuidados, o EEER deve garantir a qualidade de cuidados, adaptando a liderança e gestão de recursos aos diversos contextos (Competência C2) (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No decorrer do estágio, enquanto futura EEER e com um olhar em transformação, pude constatar que os EEER são elementos importantes inseridos na equipa interdisciplinar, assumindo papéis de liderança e tomada de decisão consciente, pelos conhecimentos específicos que possuem. Para além disto, têm um papel de instruir, ensinar, gerir e supervisionar, na equipa de enfermagem, os cuidados que assentam na sua área específica de intervenção (Regulamento nº392/2019, 2019). Assim, fui compreendendo na prática, o papel do EEER inserido na equipa, interrelacionando a justificação da sua atuação com a evidência disponível.

A enfermagem de reabilitação tem o propósito de recuperar e/ou maximizar a independência funcional da pessoa, em todos os seus aspectos de vida, sendo crucial que se inicie o mais precocemente possível (Araújo et al., 2021). A pessoa com lesão neurológica, maioritariamente, passa por um momento de transição súbito, de uma vida independente, para uma condição transitória ou permanente de dependência, na satisfação do autocuidado, tendo um grande impacto na condição psico emocional da pessoa/família, resultando em sentimentos negativos como o medo, ansiedade, tristeza e sensação de perda (Aragão et al., 2022). Neste âmbito, é importante intervir tendo em conta os requisitos de desvio de saúde definidos por Orem (2001), apoiando a pessoa e promovendo a sua adaptação a mudanças do estado de saúde.

Para uma prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa com alterações neurológicas, diferenciados e de qualidade, torna-se importante compreender os mecanismos fisiopatológicos associados. Deste modo, ao longo do estágio, procurei desenvolver os meus conhecimentos acerca das patologias mais frequentes apresentadas pelas pessoas a quem prestei cuidados, bem como, ao nível da análise e interpretação de exames complementares de diagnóstico, com o intuito de “alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente” (Competência D2) (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749).

Porém, o início do estágio constituiu um enorme desafio para mim, pela grande especificidade das patologias do foro neurológico com que fui confrontada, sendo uma realidade de prestação de cuidados diferenciados, para a qual tinha pouca experiência profissional, enquanto enfermeira de cuidados gerais. Considero que por esse motivo, demorei um pouco mais a integrar a dinâmica da prestação de cuidados de reabilitação. Neste sentido, procurei superar as minhas lacunas de conhecimento, conseguindo integrar o meu papel de estudante de enfermagem de reabilitação, procurando oportunidade de desenvolvimento de competências de EEER na prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas.

A avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que constituem limitações da atividade e incapacidade (Regulamento nº 392/2019, 2019), é uma das competências que o EEER deve ser detentor para uma correta e adequada avaliação neurológica (Menoita, 2012). Esta avaliação tem inúmeras especificidades, que podem

constituir um enorme desafio. Por exemplo, ao nível da avaliação dos campos visuais, podemos estar perante uma pessoa com uma diminuição prévia da acuidade visual, dificultando a avaliação desta componente. Ou quando estamos perante uma pessoa com alterações da linguagem, nomeadamente da compreensão, há componentes que não conseguimos avaliar, na medida em que, a pessoa pode não cumprir uma ordem, por apresentar uma limitação física, ou porque não compreende o que está a ser pedido. Isto são apenas dois exemplos, com que me deparei na prática, levando-me a aprofundar a entrevista com o cliente/ cuidador, de forma a saber a história clínica e de saúde prévia, fazendo o despiste entre novas alterações e alterações previamente existentes (Barbosa & Marcelino, 2022).

Sendo a avaliação neurológica tão complexa, e de forma a sistematizar este processo, levava sempre para junto do cliente, um documento com alguns tópicos chave, com base na avaliação neurológica de Menoita (2012). Esta metodologia serviu de fio condutor para o meu raciocínio e observação, aquando da avaliação à pessoa. Porém, é de ressaltar que esta avaliação não é linear, surgindo muitas vezes constrangimentos à sua concretização, nomeadamente por alterações do estado de consciência, transformando-se num desafio para a prática. Assim, pessoas que se encontrem agitadas, com desorientação em alguma das vertentes, não participativas nos cuidados, sonolentas ou até mesmo com alterações do défice de atenção, podem facilmente levar-nos a questionar a credibilidade do resultado obtidos. Neste caso, fazendo uma avaliação diferenciada, foram utilizados instrumentos de avaliação do estado mental, nomeadamente o *Mini Mental State Examination* (MMSE) e *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

Durante o estágio, elaborei um estudo de caso com o intuito de analisar e sistematizar a informação recolhida de uma situação específica, formulando um plano de reabilitação adaptado às necessidades da pessoa. A colheita de dados teve por base a observação, entrevista à pessoa/família, consulta de registos de enfermagem, processo clínico, diário médico e a consulta de exames complementares de diagnóstico. Daqui surgiu o primeiro desafio, pois o cliente apresentava uma alteração da linguagem (não fluente, não cumpria ordens simples, não nomeou, não repetiu), que dificultou a colheita de dados através da entrevista. Deste modo, enfatizo a importância da família na colheita de dados, na prestação de cuidados e na tomada de decisão.

O estudo de caso foi relativo ao Sr. J., previamente independente nas atividades de vida diárias (AVD), que recorreu ao serviço de urgência após diminuição da força muscular no hemicorpo direito, tendo-lhe sido diagnosticado uma lesão ocupando espaço no hemisfério esquerdo. Tanto a avaliação como a implementação do programa de reabilitação, foram iniciados no período pré-cirúrgico e retomados no pós-cirúrgico. Sendo que, em ambos os momentos as intervenções se encontravam essencialmente integradas no sistema totalmente e parcialmente compensatório (Orem, 2001), que tendo em conta a situação prévia, esta alteração do grau de dependência conferiam para o Sr. J. uma grande tristeza e comprometimento na aceitação do seu estado de saúde.

Este estudo de caso, foi o primeiro que elaborei no decorrer deste percurso formativo, tendo sido um enorme desafio, pois foi também a primeira vez que realizei uma avaliação neurológica completa, e daí adaptei a minha intervenção. Para ultrapassar este desafio, contei com o apoio da enfermeira orientadora e da professora, que me impulsionaram na procura pela melhor evidência, para a construção de um programa de reabilitação adaptado às necessidades da pessoa. Através da elaboração deste estudo de caso, sinto que atingi o meu objetivo: desenvolver o processo de enfermagem com base nas necessidades/incapacidades à pessoa com alterações sensoriomotoras, cardíacas, neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; e desenvolvi competências específicas do EEER, ao avaliar, conceber e implementar intervenções, bem como avaliar o resultado das mesmas (Competência J1.1, 1.2, 1.3 e 1.4) (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Promovendo a continuidade dos cuidados, tive a oportunidade de acompanhar o cliente do estudo de caso, ao longo de mais de três semanas, o que me proporcionou o desenvolvimento de competências ao nível da capacitação da pessoa com limitação da atividade (Competência J2) e maximização da funcionalidade, desenvolvendo capacidades na mesma (Competência J3) (Regulamento nº 392/2019, 2019). Desde o momento da avaliação inicial, até ao último dia da minha intervenção, foi notório a evolução do Sr. J., destacando-se ganhos em saúde ao nível da força muscular, equilíbrio corporal e da comunicação, com conseqüente melhoria do grau de dependência.

Ao longo do tempo que acompanhei o Sr. J., foram vários os desafios enfrentados, dias em que se encontrava totalmente motivado para participar nos cuidados, e outros

dias em que simplesmente não queria falar com ninguém. Desde o momento de admissão do Sr. J., em que foi feita uma primeira avaliação e estruturado um programa de intervenção, que o pude acompanhar ao longo do estágio. Assim, com o passar do tempo, tornei-me uma figura de referência para o Sr. J., e criámos uma relação de enfermeiro-cliente na qual me envolvi de tal forma, que foi difícil “desligar” no momento do término do meu estágio. Talvez o facto de ter sido o meu primeiro estudo de caso, me tenha feito envolver mais no contexto do Sr., mas por outro lado, o facto de o ver obter ganhos com as intervenções que lhe prestava, foi como se tivéssemos a fazer um percurso evolutivo juntos, e isto impactou bastante o meu percurso.

Até terminar o estágio, o Sr. J. ainda se encontrava internado, no entanto, a preparação para a alta iniciou-se desde o momento da admissão no serviço. O envolvimento da família na participação nos cuidados, aliado à articulação com a equipa de enfermagem, assistente social e equipa médica, proporcionou uma resposta apropriada às necessidades para um adequado cuidado transicional¹² e uma preparação para a alta mais precoce. Neste sentido, é importante dar resposta não apenas às necessidades biológicas da pessoa, mas também às psicossociais e familiares, através de uma prestação de cuidados centrados na pessoa/família, numa visão holística, com o envolvimento na tomada de decisão e parceria nos cuidados, para garantir a qualidade dos mesmos (Menezes et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

No contexto da prática clínica, é frequentemente abordado o conceito de planeamento para a alta. Este deve iniciar-se no momento da admissão, ou o mais precocemente possível, a fim de reduzir o tempo de internamento e os seus custos associados, reduzir os reinternamentos e assegurar a reintegração na comunidade (Lopes, 2017).

Desde a primeira avaliação ao Sr. J., procurei que a minha intervenção tivesse em conta a avaliação à família, condições socioeconómicas, habitacionais, recursos existentes na comunidade, perspetivando as necessidades futuras da pessoa e a sua reintegração na sociedade. Sendo uma pessoa previamente independente, a morar sozinho, com um emprego que era a sua fonte de sustento, muitas dúvidas e receio pelo

¹² Referente às ações que asseguram a continuidade de cuidados de saúde, na transferência dos clientes entre serviços de saúde ou contextos da prestação de cuidados (Menezes et al., 2018).

futuro eram transmitidas, tanto pelo cliente como pela sua mãe, que apesar de presente, não tinha condições para prestar cuidados ao filho, no domicílio. Na tentativa de dar resposta a algumas dessas dúvidas, e garantindo a continuidade de cuidados e a reinserção da pessoa na sociedade, eu em conjunto com a enfermeira orientadora, procedemos à sinalização para a equipa de gestão altas do hospital, com o intuito de referenciar a pessoa para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Neste sentido, mais uma vez enalteço o papel do EEER, sendo um profissional detentor de conhecimentos que lhe permitem colaborar na conceção de protocolos entre diferentes serviços de saúde e organizações (Competência J2.2.7) (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Não havendo a possibilidade/indicação para que as pessoas sejam admitidas na RNCCI, e tendo alta para casa, importa reforçar a importância da avaliação sociofamiliar e habitacional abordada anteriormente, intervindo junto da família e recursos existentes na comunidade, com vista à eliminação de barreiras arquitetónicas, emitindo pareceres sobre estruturas ou equipamentos sociais que melhorem a acessibilidade e a funcionalidade da pessoa, ao seu domicílio (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Para identificar as alterações/ necessidades das pessoas a quem prestei cuidados, utilizei instrumentos de avaliação válidos e científicos, pois só assim foi possível caracterizar com maior rigor, a condição em que cada pessoa se encontrava, e também perceber a sua evolução/regressão ao longo do tempo. As escalas mais utilizadas durante este estágio, validadas pela Ordem dos Enfermeiros (2016), foram a Escala de *Braden*, a Escala de *Morse*, a Escala de Equilíbrio de *Berg*, o Índice de *Barthel*; Escala de *Ashworth* modificada e Escala *Medical Research Council Muscle* (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Apenas a Escala de Equilíbrio de *Berg* e a Escala de *Ashworth* modificada me eram desconhecidas antes de começar o mestrado, pelo que em contexto de estágio, foi a primeira vez que as apliquei. As restantes já faziam parte da minha prática clínica, porém passei a entender a sua aplicabilidade de uma forma diferente. O mestrado deu uma sustentação teórica que me permite compreender o fundamento da aplicação de cada escala, a sua interpretação e a utilização dos dados que cada uma delas me transmite, para intervir de um modo mais direcionado e benéfico para a pessoa, com vista à obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Destaco o Índice de *Barthel*, por ser um instrumento de avaliação que utilizo diariamente na minha prática, porém a minha visão sobre este instrumento alterou-se, no sentido em que, se se alia diretamente com a satisfação do autocuidado, sendo uma referência essencial para direcionar o foco da intervenção, interrelacionando-se com a teórica que alicerça a minha prática.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2016), os instrumentos de avaliação são importantes para a continuidade de cuidados e dão suporte à tomada de decisão. A partir da sua aplicação é possível avaliar objetivamente a capacidade funcional e o potencial de reabilitação da pessoa, bem como monitorizar a sua evolução ao longo do tempo. A sua utilização permitiu-me desenvolver uma das competências específicas do EEER, que passa pela aplicação de escalas e instrumentos de medida para a recolha de informação pertinente (Competência J1.1) (Regulamento nº 392/2019, 2019).

De acordo com as competências do EE, de forma a dinamizar e desenvolver estratégias institucionais, que promovam a melhoria contínua da qualidade (Competência B) (Regulamento nº 140/2019, 2019), tive oportunidade de desenvolver um folheto intitulado “Reabilitação pré-cirúrgica” (Apêndice V), com ensinamentos sobre exercícios respiratórios, de mobilização músculo-esquelética e estilos de vida saudáveis, que se devem adquirir previamente à cirurgia, preparando e facilitando a recuperação pós-cirúrgica. O propósito da sua elaboração, foi colmatar uma lacuna que detetei, sendo uma área ainda pouco desenvolvida pelos EEER do serviço. Gonçalves e Groth (2019), fizeram uma revisão da literatura sobre a importância da pré-habilitação¹³ em grandes cirurgias, demonstrando evidência de que, quem é submetido a um programa quatro semanas antes da cirurgia, e continua no pós-cirúrgico, apresenta melhor capacidade funcional, do que quem apenas é submetido ao programa pós-cirúrgico. Os autores falam ainda que estes programas devem ser adaptados à individualidade e necessidade de cada pessoa, seguindo uma abordagem multifatorial e interdisciplinar, focando na componente não apenas física, mas também a nível nutricional e psicológica. Este foi um dos estudos que serviu de base na construção do folheto.

¹³ Mais frequentemente denominado de *prehabilitation*, consiste numa estratégia de intervenção multimodal, que deve ter início assim que se dá a decisão para realizar cirurgia. O objetivo passa por aumentar a capacidade física, melhorar o estado nutricional e o estado psicológico, repercutindo-se em benefícios na recuperação pós-cirúrgica (Boudreaux & Simmons, 2019).

O EEER, na procura por agir com vista à capacitação da pessoa para a sua independência no autocuidado, deve encontrar respostas de adaptação ao processo saúde/doença. Assim, no planeamento das intervenções integradas nos programas de reabilitação, é imprescindível o recurso a produtos de apoio¹⁴. Neste contexto, destaco a utilização de barras de apoio, superfícies de trabalho, tábuas de transferência, cadeiras de rodas e dispositivos de compensação para alimentação. Todos estes produtos de apoio existiam no serviço, permitindo a neuro-estimulação e o treino de AVD, maximizando o potencial funcional da pessoa. A prescrição de produtos de apoio é uma competência do EEER (Competência J 1.2.4) (Regulamento nº 392/2019, 2019). Com vista à tomada de decisão consciente, a Ordem dos Enfermeiros (2023) elaborou um guia orientador de boas práticas para a prescrição de produtos de apoio, que me auxiliou na prescrição dos produtos de apoio mais adequados às necessidades da pessoa, nomeadamente na preparação para a alta no domicílio.

O serviço dispõe ainda de uma vasta lista de recursos materiais, nomeadamente: espelho quadriculado, que utilizei sempre que intervimos na promoção do equilíbrio, com vista à correção postural; bastão, utilizado na reabilitação funcional respiratória; pedaleira, para reabilitação funcional e cardiovascular; e um carro com material para estimulação multissensorial (*IPad*, dispositivos táteis, caixa de aromaterapia, fibras óticas). Com isto destaco o investimento em materiais de apoio existentes no serviço, que sustentam uma prática de cuidados de reabilitação mais adequados às necessidades.

Os EEER do serviço têm alguns projetos desenvolvidos, nomeadamente um programa de estimulação multissensorial (PEM), destinado a pessoas com alterações graves do estado de consciência, que consiste no fornecimento de estímulos familiares à pessoa, tentando desencadear respostas comportamentais (Rodrigues & Varanda, 2019). Para a implementação deste projeto, havia no serviço, vários objetos que permitem a estimulação dos sentidos, nomeadamente óleos essenciais com diversos aromas (baunilha, café, mentol, lavanda), objetos com diferentes texturas e relevos, espátulas para estimulação gustativa, com vários sabores (limão, café, laranja) e a possibilidade de transmissão de músicas ou sons familiares, através do *IPad* existente. Pude constatar que

¹⁴ São quaisquer produtos, instrumentos, equipamentos técnicos utilizados por pessoas com alterações da funcionalidade, de forma compensar ou atenuar essa limitação, promovendo a independência e a reinserção social (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2021).

este projeto foi implementado numa fase em que o serviço tinha tipologia de cuidados intensivos, pelo que a população alvo apresentava alterações do estado de consciência mais severas. Assim, aquando do meu estágio, não pude implementar nem ver implementado o projeto, uma vez que naquele espaço temporal, não houve clientes internados com critérios de aplicabilidade. No entanto, achei enriquecedor ter conhecimento da existência do mesmo e dos seus resultados no serviço, deixando-me motivada ao ver o papel dos EEER na procura pela melhoria contínua da prestação de cuidados, envolvidos na criação de projetos tão importantes.

Os EEER têm ainda implementado no serviço, um projeto de orientação para a realidade, através da orientação espaço temporal, utilizando placas em todas as enfermarias a indicar o nome de serviço, e relógios digitais, com a indicação da hora, dia, mês, ano e dia da semana. Este projeto teve origem no serviço de Neurocirurgia, mas a intenção é estender para todos os serviços do hospital, na tentativa de trazer as pessoas para a realidade.

No serviço, havia ainda uma norma criada pelos EEER, para a avaliação da disfagia, integrando uma *check list* de avaliação indireta, só se progredindo para a avaliação direta da deglutição, caso a pessoa reunisse os critérios de segurança para tal. Ao longo do estágio, tive oportunidade de fazer esta avaliação em vários momentos, numa fase inicial com a ajuda da enfermeira orientadora, e posteriormente de forma autónoma. Isto permitiu-me o desenvolvimento de competência na intervenção à pessoa com alterações na alimentação. O meu desenvolvimento neste sentido, teve bastante impacto na minha prática profissional enquanto enfermeira generalista, pois muitas vezes não estava alerta a sinais indiretos demonstrados pelos clientes, não fazendo uma adequada avaliação da deglutição e podendo pôr por consequência, em risco a segurança da pessoa.

Durante o meu estágio, tive oportunidade de participar numa ação de sensibilização promovida pelos EEER do serviço, em parceria com a equipa médica e de fisioterapeutas, dedicada aos profissionais de saúde e utentes do hospital. Esta ação de sensibilização teve como intuito a promoção da saúde da coluna, alertando para potenciais riscos e capacitando para a aquisição de hábitos que podem prevenir/atenuar possíveis patologias. Com a minha participação nesta ação, sinto que pude estar mais perto dos profissionais de saúde e dos clientes do hospital e considero que me permitiu

desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade, sendo papel do EE a dinamização de estratégias institucionais na área da governação clínica (Competência B1), devendo garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (Competência B3) (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745). Realizei um jornal de aprendizagem sobre a minha participação neste dia, permitindo-me refletir acerca da importância destas iniciativas por parte das instituições para promover a segurança dos seus profissionais e também a sua motivação no local de trabalho. Por outro lado, permitiu a minha reflexão acerca da minha própria postura corporal ao longo do dia de trabalho, devendo ter um acréscimo de preocupação na aquisição de posturas corporais adequadas ao longo da prestação de cuidados, pois só garantindo a minha segurança, consigo prestar cuidados de qualidade.

O decorrer deste estágio não seguiu um percurso linear, sinto que numa fase inicial, face à minha inexperiência na prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas, senti que a minha integração na dinâmica do serviço foi mais morosa. No entanto, tentei transformar as dificuldades em oportunidades e sinto que tive um desenvolvimento crescente, tendo no final deste estágio atingindo os objetivos a que me propus e desenvolvido competências de EEER, na prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas.

2.2. Competências desenvolvidas em contexto de internamento num serviço de pneumologia

Dando continuidade ao percurso formativo de desenvolvimento de competências, o estágio que se seguiu foi em contexto cardiorrespiratório, num serviço de internamento de pneumologia.

Um dos objetivos específicos por mim delineados, transversal a todos os contextos, foi: integrar a dinâmica de funcionamento das diferentes organizações, ao longo dos vários locais de estágio. Nesse âmbito, na primeira semana conheci o serviço, a equipa interdisciplinar e os cuidados que prestam, bem como, qual o papel do EEER integrado na equipa.

O serviço tem um total de cinco EEER, entre os quais uma das enfermeiras que me orientou, que se encontra em horário fixo no turno da manhã, acumulando funções na

prestação de cuidados gerais, enquanto enfermeira especialista, e ainda está integrada em cargos de chefia, dando apoio direto à enfermeira gestora do serviço, e substituindo-a na sua ausência. Os restantes EEER, encontram-se na prestação direta de cuidados gerais, acumulando, sempre que possível, com funções na qualidade de EEER, a todas as pessoas com necessidade de reabilitação no serviço. Isto é uma prática frequentemente encontrada, devido aos défices de recursos humanos sentidos em muitos serviços. Porém, é um fator que pode comprometer os índices de segurança e qualidade dos cuidados, obrigando a uma crescente otimização na tomada de decisão por parte dos EEER, de forma a garantir os melhores cuidados tendo em conta os recursos disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Relativamente à equipa de enfermagem, destaco a forma positiva com que os enfermeiros me receberam, fazendo-me sentir como parte integrante da mesma e contribuindo favoravelmente para o meu processo de aprendizagem, permitindo-me desenvolver competências, ao liderar os processos de tomada de decisão dentro da especialidade (Competência A1.2) (Regulamento nº140/2019, 2019). Isto tornou-se bastante importante para mim, fazendo-me sentir mais confiante de mim mesma, por perceber que a minha opinião era tida em conta nas tomadas de decisão. Porém, também aumentou o meu sentido de responsabilidade, fazendo-me procurar a melhor evidência, para uma prática fundamentada, sendo detentora do melhor conhecimento a ser transmitido à equipa. Neste sentido, as duas enfermeiras orientadoras tiveram um papel fulcral, demonstrando total disponibilidade na transmissão de conhecimentos e estimulando o meu processo reflexivo.

Os EEER e restante equipa interdisciplinar, trabalham numa parceria de cuidados, na identificação das necessidades do cliente, após uma avaliação detalhada, para a implementação de um programa de reabilitação respiratório, que permita desenvolver o potencial da pessoa e promover a sua reintegração social. Desde logo, foi possível perceber que, neste serviço, é possível intervir em todas as competências específicas do EEER: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Competência J1); “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Competência J2); “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Competência J3) (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13566).

O serviço de pneumologia, presta cuidados à pessoa com alterações do foro respiratórias, com necessidade de cuidados ao nível do internamento. Pude constatar que a grande maioria das pessoas internadas, apresentavam doença respiratória crónica, com múltiplos reinternamentos, por frequentes agudizações patológicas. Deve evidenciar-se a intervenção do EEER, uma vez que tem um papel importante no que concerne ao diagnóstico precoce, intervindo na prevenção e tratamento dos problemas respiratórios, e contribuindo para a maximização da capacidade funcional, com vista à independência da pessoa, minimização da sintomatologia e aumento da participação social e qualidade de vida destas pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Os EEER devem focar a sua intervenção num sistema de ensino/educação, com vista otimização do seu estado de saúde, promoção da adequada gestão do seu próprio processo patológico e contribuindo assim para a diminuição de reinternamentos frequentes (Orem, 2001).

O EEER possui autonomia para iniciar e/ou suspender o plano de reabilitação instituído, sempre que achar necessário, sendo esta uma avaliação constante, uma vez que a pessoa com alterações respiratórias é tendencialmente instável, apresentando-se num momento capaz de cumprir o programa, e no momento seguinte com intolerância para o seu cumprimento. Isto deve-se à principal sintomatologia presente nestas pessoas, como a dispneia e/ou fadiga, que levam à intolerância à atividade, fazendo com a pessoa apresente uma limitação no desempenho das AVD (Gloeckl et al., 2022). Associado à intolerância à atividade, podem surgir alterações ao nível cardiovascular e músculo esquelético, entrando num ciclo vicioso de inatividade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Daqui retiro a importância de perceber quais as AVD que se encontram comprometidas na vida da pessoa, compreendendo o impacto da doença e intervindo na sua minimização (Machado et al., 2024).

Na implementação de programas de reabilitação ajustados às necessidades das pessoas, compreendi que o treino de AVD, nomeadamente cuidados de higiene e conforto, treino de marcha, entre outras atividades, devem ser realizados utilizando técnicas de conservação de energia, nomeadamente técnicas de reeducação funcional respiratória (RFR), intervalar momentos de maior esforço com momentos de repouso e criar estratégias na realização das AVD que lhe permitam rentabilizar a sua atividade (Alves & Grilo). Falando de um caso concreto, o banho é uma AVD que pode causar fadiga

à pessoa com patologia respiratória crónica, porém devem ser implementadas algumas estratégias, nomeadamente preparar antecipadamente o material necessário, tomar banho sentado e utilizar uma escova de cabo longo, que diminuem o dispêndio de energia ao longo da atividade, podendo rentabilizar a mesma para a realização de outras tarefas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Neste sentido, o EEER tem um papel essencial na atuação ao nível do sistema de apoio/educação, dando as ferramentas necessárias para que a pessoa ganhe independência no autocuidado (Orem, 2001).

Ao longo do estágio, dei conta da minha inexperiência face a alguns aspetos, nomeadamente ao nível da interpretação das imagens de radiografia e auscultação. Tornou-se importante trabalhar nestas lacunas teóricas e teórico-práticas, no sentido de prestar cuidados de reabilitação de qualidade.

Relativamente à interpretação da radiografia do tórax, foi necessário rever alguns conteúdos, nomeadamente aspetos técnicos a ter em conta (orientação; centralidade; intensidade da radiação; nível de inspiração; e tipo de incidência/posição do cliente), mas também alguns conceitos importantes (radiodensidade/ radiotransparência; diferenças de densidade; opacidades naturais/artificiais; morfologia/contornos; nível hidroaéreo) (Cordeiro et al., 2017). Para desenvolver esta capacidade de avaliação, antes de cada sessão de reabilitação, sempre que o cliente tinha realizado alguma radiografia de novo, era feita a sua leitura. Numa fase inicial, mesmo após a revisão de conceitos, senti bastante dificuldade em transpô-los para a prática, mas ao longo do tempo, com a ajuda das enfermeiras orientadoras, consegui aperfeiçoar a minha técnica de avaliação radiográfica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Também quanto à auscultação do tórax tive necessidade de fazer uma revisão teórica dos princípios desta avaliação, pontos principais de auscultação e ruídos adventícios mais frequentes em cada tipo de patologia. Paralelamente, sempre que prestei cuidados ao à pessoa com alteração respiratória, realizei a auscultação antes e após a intervenção, pedindo *feedback* de confirmação à enfermeira orientadora, permitindo-me o treino desta técnica. Tanto as imagens radiográficas como a auscultação, são dois métodos de avaliação de eleição na pessoa com alteração respiratória, pois permitem monitorizar a evolução e resposta às intervenções do EEER.

Ao nível dos instrumentos de avaliação, neste contexto, saliento a utilização da Escala de *Borg* Modificada, Teste de Marcha de 6 minutos, Escala da dispneia – *Medical Research Council* e o Teste de Avaliação da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A partir da aplicação das escalas, foi possível analisar o impacto da doença respiratória no dia-a-dia da pessoa, direcionando uma intervenção individualizada às necessidades de cada um. Até ao momento, nenhuma destas escalas fazia parte da minha prática clínica enquanto enfermeira generalista, assim foi a primeira vez que as apliquei na prática. No entanto, estando eu a prestar cuidados num serviço com alta prevalência de pessoas com patologias do foro respiratório, a Escala de *Borg* Modificada, foi uma das escalas que começou a fazer parte da minha prática, dando-me indicações importantes que podem influenciar a minha prática, nomeadamente na escolha pelo sistema de intervenção mais adequado a cada pessoa.

Destaco o momento em que realizei a avaliação inicial de uma Sr.^a de 81 anos, com antecedentes de DPOC sob Ventilação Não Invasiva (VNI) no período noturno, que foi internada com o diagnóstico de infeção respiratória global. Antes de iniciar a avaliação junto da cliente, observei a imagem radiológica do tórax, feita no momento da admissão, tendo verificado uma opacidade total à esquerda, conseqüente de atelectasia. Foi a primeira vez que observei uma atelectasia total, tendo-me causado algum espanto, e simultaneamente expectativa nos resultados da intervenção enquanto EEER. Seguiu-se a avaliação à cliente, consciente e orientada, com alteração funcional, fruto da intolerância à atividade sentida.

Inicialmente, foi estabelecido um programa de reabilitação, porém, assim que o mesmo foi implementado, desde logo foi visível a incapacidade da pessoa para o seu cumprimento, por apresentar uma pressão máxima inspiratória tão reduzida, que não era eficaz na limpeza das vias aéreas. Neste sentido, considero que a avaliação inicial não foi adequada, obrigando a um reajuste do programa de reabilitação definido, logo após o início da sua implementação. Após a reestruturação do programa, optou-se por, numa fase inicial, utilizar o *Cough Assist*®¹⁵, na tentativa de facilitar a mobilização de secreções.

¹⁵ O *Cough Assist*®, também denominado de insuflador/exsuflador mecânico, é um dispositivo que aplica uma pressão positiva na via aérea, seguida de uma mudança brusca para pressão negativa, simulando o mecanismo fisiológico da tosse. Está recomendado a pessoas cujo débito de pico da tosse é inferior a 160 litros por minuto (Coutinho et al., 2016; Direção-Geral da Saúde, 2011).

Posteriormente, alguns dias depois do início da intervenção, foi realizada nova radiografia, onde já se conseguia observar o pulmão esquerdo, sendo perfeitamente visível os ganhos adquiridos. Este caso concreto marcou-me, pelos ganhos tão visíveis que se obtiveram, com uma intervenção num sistema totalmente compensatório (Orem, 2001). Porém, o caso que descrevo também me permitiu refletir acerca da importância de uma correta avaliação à pessoa e da conceção de planos de intervenção adequados às suas necessidades, bem como a relevância de reajustar o plano, sempre que se justifique.

No serviço de pneumologia, pude desenvolver competências práticas ao nível da implementação de técnicas de RFR, técnicas de limpeza das vias aéreas, treino de AVD e treino cardiorrespiratório. A RFR integra um conjunto de técnicas de controlo respiratório, posicionamento e movimento cuja sua implementação traz múltiplas vantagens, entre as quais a diminuição dos dias de internamento e aumento da qualidade de vida (Jenkins et al., 2023).

Relativamente a técnicas de limpeza das vias aéreas, estas visam prevenir a retenção de secreções e promovem a sua remoção (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Estas técnicas podem ser convencionais, nomeadamente através da drenagem postural, manobras acessórias (percussão; vibração; compressão; vibro compressão), tosse assistida/dirigida, técnica de expiração forçada (TEF) e ciclo ativo da respiração (CATR), ou podem ser induzidas com recurso a dispositivos. No serviço, os dispositivos disponíveis eram o *Acapella*®, *Shaker*®, *Cough Assist*® e *Simeox*®. Sendo amplas as intervenções do EEER neste sentido, e tendo ao dispor vários dispositivos de apoio, importa não desfocar do objetivo principal da reabilitação respiratória, fazendo uma adequada avaliação à pessoa com necessidades reais e potenciais, e à sua capacidade de participar nos cuidados de forma implementar um programa de RFR adaptado, com objetivos concretos (*Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease, 2023*).

A aquisição de conhecimento novo acerca dos dispositivos existentes no mercado, é um requisito importante para a prática de cuidados de qualidade. Assim, tive oportunidade de implementar um programa de reabilitação com a utilização de um

dispositivo denominado *Simeox*®¹⁶. A sua utilização foi implementada numa cliente com o diagnóstico de fibrose quística, uma das doenças indicadas para a utilização de técnicas de limpeza das vias aéreas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Na procura por evidência acerca dos benefícios da utilização deste dispositivo, deparei-me com um estudo realizado a crianças com fibrose quística, com o intuito de avaliar os fins terapêuticos da utilização deste dispositivo, tendo resultado numa diminuição significativa da obstrução da via aérea proximal e um aumento da capacidade física, não tendo sido detetados efeitos adversos ao longo do estudo (Sands et al., 2023). Apesar deste estudo ter sido implementado em crianças, e a cliente a quem prestei cuidados ser adulta, a mesma reportou benefícios ao nível da capacidade de expetorar após a utilização do dispositivo. Não foi possível avaliar mais benefícios, pelo tempo reduzido do internamento.

Através do contacto e utilização com este dispositivo, tive oportunidade de alargar os meus conhecimentos e adquirir competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente “Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática clínica de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Competência D2.2.1) e “Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Competência D2.2.6) (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749).

Neste contexto da prática clínica, tive oportunidade de voltar a elaborar um estudo de caso. A elaboração deste tipo de trabalhos, permite analisar e compreender situações concretas da prática clínica, tornando-se num momento de aprendizagem que me permite ter um olhar mais atento sobre a pessoa/família, sua avaliação, e conceção de um plano de intervenção adaptado às necessidades identificadas. Neste caso, realizei o estudo de caso acerca de uma Sr.^a, de 54 anos, internada com o diagnóstico de insuficiência respiratória global crónica agudizada (sob Oxigénio de Longa Duração (OLD) no domicílio e VNI noturno), com múltiplos antecedentes pessoais, entre os quais um timoma estadio IV¹⁷ (com metastização pleural, pulmonar e pericárdica) e miastenia

¹⁶ *Simeox*® é um dispositivo que funciona através de um sistema de pressões variáveis, que gera oscilações na via aérea, ajudando na mobilização das secreções que se encontram acumuladas nos pulmões (Giovannetti et al., 2020).

¹⁷ Um timoma é uma neoplasia rara do timo (órgão linfático), com funções no sistema imunológico. Principais sintomas: dispneia, tosse, toracalgias, alterações na deglutição, perda de apetite, perda de peso e pode ainda levar ao desenvolvimento de doenças autoimunes, nomeadamente a miastenia gravis (*American Cancer Society*, 2017).

gravis¹⁸. Destaco estes dois antecedentes, por lhe conferirem um grau de dependência prévio, inserida num sistema parcialmente compensatório na satisfação do autocuidado (Orem, 2001). A escolha pela realização do estudo de caso acerca desta cliente, foi propositada, por se tratar de um caso bastante abrangente do ponto de vista da área de atuação do EEER reabilitação, tendo por isso sido bastante enriquecedor para mim.

Foi ainda possível atuar ao nível do cuidado transicional, simultaneamente com a equipa médica e assistente social do serviço, fazendo a referenciação da pessoa para a RNCCI, em tipologia de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a fim de garantir a continuidade dos cuidados no regresso a casa. Aquando do momento da alta, a cliente já tinha sido aceite na UCC, e foi feita uma nota de alta de enfermagem de reabilitação. O facto de já ter realizado estágio na comunidade, deu-me uma visão mais abrangente da importância da realização adequada deste documento, essencial para garantir a continuidade dos cuidados. A Direção-Geral da Saúde elaborou uma norma que permite otimizar a transmissão de informação entre os profissionais de saúde, na transição dos cuidados, assim a comunicação só é eficaz se abordar todos os conceitos integrados na técnica de ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*)¹⁹ (Direção-Geral da Saúde, 2017). Esta norma orientou a minha prática, nomeadamente na realização das cartas de alta ou reencaminhamento dos clientes para outro serviço/recurso da comunidade, assegurando uma comunicação eficaz e facilitando a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Gadea-Company et al., 2023).

O EEER desempenha um papel determinante na decisão para a alta clínica, no sentido em que, a equipa médica valida sempre se o cliente está preparado para o regresso ao domicílio, se compreendeu os ensinamentos e se tem capacidade para o cumprimento do regime terapêutico, nomeadamente ao nível da terapêutica inalatória, OLD e/ou VNI. Uma das enfermeiras que me orientou, aliado às competências de EEER, era perita²⁰ na área, demonstrando um conhecimento acrescido, tendo por isso um papel

¹⁸ Miastenia gravis é uma doença neuromuscular autoimune que interfere na transmissão do impulso nervoso para os músculos, resultando em diminuição da força muscular, inicialmente a nível palpebral e progressivamente com fraqueza generalizada (Gilhus et al, 2019).

¹⁹ A sigla ISBAR corresponde respetivamente a: identificação, situação, antecedentes, avaliação e recomendações. Através da utilização desta técnica no momento da preparação para a alta, otimizamos a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, promovendo o cuidado transicional (Direção-Geral da Saúde, 2017).

²⁰ Segundo Benner (2001), ser perito é um estágio avançado no desenvolvimento profissional em enfermagem, caracterizado por um elevado nível de competência e habilidade.

decisivo nas tomadas de decisão da equipa, enaltecendo o papel do EEER na prática clínica, pelos seus saberes e capacidade de liderança (Benner, 2001). A literatura aponta que a intervenção do EEER, pelas competências específicas que tem desenvolvidas, contribui para ganhos em saúde, porém deve desenvolver a sua atividade em sintonia com a restante equipa interdisciplinar, pois todos devem trabalhar com vista à obtenção de ganhos comuns (Pontes & Santos, 2017).

A intervenção no sistema de apoio/educação tem como finalidade capacitar a pessoa para o autocuidado (Orem, 2001), nomeadamente para a autogestão da doença, estruturando um programa individual e personalizado, que motive e envolva a pessoa para a adoção de comportamentos de adesão e promoção para a saúde. Ao longo do estágio, compreendi que no planeamento de um programa de intervenção de reabilitação, inicialmente é importante fazer uma avaliação do conhecimento que a pessoa possui, bem como se está receptiva a aprender e se tem capacidades para tal.

A administração da terapêutica inalatória é um caso concreto em que se deve validar o conhecimento que a pessoa tem acerca da sua administração, fazendo uma avaliação através da demonstração. A via inalatória é a via preferencial para a administração de fármacos em tratamentos respiratórios, porém, existem vários tipos de dispositivos presentes no mercado, cada um com a sua especificidade, sendo a sua correta utilização essencial para a maximização dos efeitos terapêuticos (Aguiar et al., 2017). Neste sentido é importante instruir e treinar o cliente, com vista à correta autogestão terapêutica no regresso a casa, prevenindo múltiplos internamentos por agudização da doença. A administração de terapêutica inalatória é uma frequente intervenção na minha prática de cuidados, porém a mudança de perspetiva enquanto futura EEER refletiu-se numa transição de um foco primário da administração de terapêutica, para um cuidado numa abordagem educacional e preventiva, centrada na capacitação da pessoa para gerir a sua própria saúde de forma eficaz (Varão & Saraiva, 2019).

Também é importante avaliar o padrão da ventilação da pessoa, uma vez que a mesma pode não ter a capacidade inspiratória suficiente para que se dê a deposição do fármaco na via aérea inferior. O fluxo ideal de inalação depende do dispositivo utilizado, sendo superior nos dispositivos inalatórios de pó seco (Aguiar et al., 2017). Dando um

exemplo concreto do estágio, prestei cuidados a uma cliente, que já realizava previamente ao internamento, terapêutica inalatória no domicílio, através de um dispositivo de pó seco. No entanto, a Sr.^a referia que não sentia o fármaco a entrar nas vias aéreas. Durante o internamento foi realizada a avaliação da capacidade inspiratória da cliente, através de um dispositivo de avaliação do pico de fluxo inspiratório, que dá a informação se o fluxo de ar mobilizado é suficiente para a correta administração de cada tipo de inalador. Os resultados demonstraram que a cliente não tinha capacidade ativar as partículas da cápsula do dispositivo de inaloterapia. Daqui retiro a importância não só de instruir e treinar, mas também de fazer uma avaliação prévia da capacidade da pessoa em cumprir determinada terapêutica. Neste caso, saliento a importância dos EEER fazerem a articulação com a equipa médica, da necessidade de otimização terapêutica, no sentido de contribuir para a adequada gestão ao regime terapêutico (Fonseca et al., 2018).

É essencial que o EEER a prestar cuidados em contexto cardiorrespiratório, seja detentor de conhecimento para uma prática baseada na evidência, nomeadamente acerca das especificidades dos fármacos inalatórios que se encontram no mercado, de forma a garantir a otimização do tratamento e conseqüentemente do controlo da doença respiratória (Varão & Saraiva, 2019). Desta forma, o EEER demonstra possuir conhecimento importante para uma prática especializada e para a prestação de cuidados seguros e competentes (Competência D2.3.1 e D2.3.2) (Regulamento nº140/2019, 2019).

Ao serem identificadas necessidades formativas no seio das equipas, o EE deve responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagem (Competência D2.1). Neste sentido, a EEER que me orientou, promoveu vários momentos de formação para a equipa ao longo do meu estágio, às quais tive oportunidade de estar presente, contribuindo para o meu desenvolvimento formativo. Assim, assisti a um total de quatro formações sobre: dispositivos de oxigénio disponíveis no domicílio (formação feita pela EEER); sobre um dispositivo inovador de aferição de oxigénio O₂ *Matic*® (formação feita pela empresa externa que comercializa o dispositivo); sobre VNI (formação feita por empresa externa que comercializa os dispositivos de VNI para o hospital); e por fim, uma formação sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Fatores de Risco e Tabagismo (formação feita por estudante de EEER). Estas foram oportunidades de excelência que me permitiam consolidar conhecimentos. Fiz também uma formação online sobre o dispositivo *Cough*

Assist®, agindo como “dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Competência D2.1.1) (Regulamento nº140/2019, 2019, P.4750).

A formação em serviço é essencial para o desenvolvimento contínuo dos profissionais e para a prestação de cuidados de qualidade. O EEER pelo conhecimento especializado que possui e pela procura de um sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, deve avaliar junto da sua equipa as lacunas/necessidades de conhecimento novo, desempenhando um papel fulcral na promoção da formação contínua, promovendo na sua equipa o desenvolvimento profissional e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018a)

Fazendo uma análise final, gostaria de referir que no decorrer deste estágio, fui progressivamente sentindo um à-vontade na prestação de cuidados de reabilitação, tendo-me sentido totalmente integrada na equipa, como se de um elemento novo me tratasse. Assim, destaco a diversidade de oportunidades e desafios que este contexto de estágio me proporcionou, que tentei aproveitar ao máximo, tendo atingido os objetivos a que me propus para o desenvolvimento de competências de EE e EEER.

2.3. Competências desenvolvidas em contexto de cuidados intensivos e intermédios num serviço de neonatologia

O mais recente programa formativo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, integra um ciclo de estudos, em que se preconiza que a componente clínica reúna determinados critérios, nomeadamente a realização de estágio em contextos específicos (Aviso nº 3915/2021, 2021). Neste âmbito, foi realizado um estágio de duas semanas, de observação participativa, em contexto pediátrico.

O objetivo preconizado pela UC para este estágio passa pelo desenvolvimento de competências específicas de enfermagem de reabilitação à criança/jovem/família com necessidades especiais (ESEL, 2023). Sendo um estágio de observação participativa, apenas foi possível desenvolver a competência “J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática dos cuidados” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13566).

O estágio em contexto pediátrico ocorreu num serviço de neonatologia, com tipologia de cuidados intensivos e intermédios neonatais. A neonatologia destina-se à prestação de cuidados diferenciados ao recém-nascido (RN) com necessidade de vigilância permanente e/ou suporte para manutenção das funções vitais, desde o nascimento, até aos 28 dias de vida (Monteiro, 2019).

Sendo a neonatologia uma realidade totalmente nova para mim, e pouco abordada ao longo do curso teórico, no início do meu estágio senti-me expectante, acerca da intervenção do EEER inserido na equipa. Tendo o EEER uma atuação ao longo de todo o ciclo vital, este estágio permitiu-me desenvolver competências específicas particulares da fase inicial de vida, permitindo-me um olhar diferenciado sobre as necessidades do RN e da sua família (Regulamento nº 392/2019, 2019).

O EEER incide a sua intervenção em cuidados centrados no desenvolvimento, vendo o RN e a sua família como uma díade, que se interrelacionam diretamente, sendo os sinais demonstrados por estes, os principais indicadores a ter em conta para uma intervenção de qualidade (Ferraz et al., 2022). Porém, a literatura indica-nos que os principais focos de atuação do EEER neste contexto, incidem na função respiratória, músculo-esquelética, sensorial e no ensino/educação parental, com vista à prevenção de complicações músculo-esqueléticas e à promoção do neuro desenvolvimento do prematuro (Souto, 2017).

O ambiente intrauterino é um ambiente seguro para o RN que lhe proporciona um posicionamento ideal para se sentir confortável (posição em flexão, ambiente contido, alinhamento corporal). O nascimento, é uma transição súbita do RN prematuro para a vida extrauterina, que acarreta uma desorganização para o bebé, necessitando de uma adaptação progressiva ao meio externo. Esta adaptação deve ser facilitada através dos cuidados prestados, controlando o ruído e luminosidade do meio envolvente, e proporcionando o adequado posicionamento do RN, favorável à sua autorregulação (Paiva, 2022).

O posicionamento terapêutico neonatal é essencial para o desenvolvimento do RN, trazendo benefícios ao nível da função pulmonar, otimizando a ventilação/perfusão e prevenindo atelectasias (Paiva, 2022). É também importante na prevenção de úlceras por pressão, alterações musculo esqueléticas e promoção do desenvolvimento neuro

sensorial e psicomotor (Paiva, 2022). O ensino aos pais acerca do posicionamento é primordial para que possam prestar cuidados de qualidade ao seu RN, alinhando-se com uma intervenção baseada no sistema apoio/ educação de Orem (2001), capacitando os pais para um cuidar que promova o desenvolvimento saudável do bebé.

A hospitalização em neonatologia é um momento de bastante ansiedade e incerteza para os pais, que ao longo da gestação foram criando laços e idealizando a vida +com aquele bebé, e de um momento para o outro se sentem na incerteza sobre o futuro (Sousa & Curado, 2020). Para minimizar o impacto do nascimento prematuro e do internamento em neonatologia, preconiza-se um cuidado centrado no RN e família, com tomada de decisão partilhada e envolvimento dos pais nos cuidados (Cruz et al., 2021). Uma vez que ao abrigo da Lei nº106/2009 (2009), é permitida a presença dos pais dos menores internados, ao longo de todo o dia, a política de cuidados assenta, sempre que possível, na premissa que os pais são os cuidadores primordiais para os seus filhos, minimizando a separação RN/família.

Considerando o nascimento prematuro como um requisito de desenvolvimento, cabe ao EEER intervir e capacitar os pais a terem um papel ativo no crescimento saudável do seu filho. Um estudo feito por Liu et al. (2021), pretendeu demonstrar os efeitos da reabilitação precoce no RN, tendo obtido resultados de melhoria a todos níveis, destacando-se o desmame precoce de oxigenioterapia, menor necessidade de sonda gástrica, diminuição dos dias de internamento e diminuição de complicações respiratórias.

Ao longo do meu estágio, acompanhei a EEER e participei na prestação de cuidados. Num dos momentos de aprendizagem, foi-nos atribuído um RN que se encontrava em incubadora. Desde logo me foi visível a diferenciação dos cuidados prestados pelo EEER, trazendo-lhe um olhar diferenciador sobre os mesmos, não só em “o que fazer”, mas principalmente “porque fazer” de determinada forma. Foi a primeira vez que tive contacto com um RN prematuro em incubadora, percecionando o desafio que é a prestação de cuidados a um ser tão pequeno e frágil. Enquanto futura EEER, permitiu-me percecionar a importância do olhar especializado para garantir a qualidade dos cuidados prestados, permitindo o neuro-desenvolvimento numa fase tão precoce de vida.

No decorrer do estágio, tive também oportunidade de prestar cuidados a uma RN termo, que ficou internada após complicações durante o parto, tendo sofrido uma lesão do plexo braquial à direita, e apresentando lesões medulares (de causa em estudo), com consequentes alterações ao nível da força muscular dos membros inferiores. Ainda não eram conhecidas as causas nem a extensão da lesão, no entanto a RN iniciou um programa de reabilitação ao longo do internamento, com vista ao seu desenvolvimento.

A realização deste estágio, permitiu-me aumentar o conhecimento sobre a diversidade de atuação do EEER, perceber o seu papel inserido na equipa de neonatologia, sendo um elemento dotado de conhecimento e competências especializadas, que lhe permitem atuar promovendo o neuro desenvolvimento do RN.

2.4. Competências desenvolvidas em contexto de internamento numa unidade de média duração e reabilitação

Os cuidados continuados integrados são unidades que prestam cuidados individualizados e humanizados, centrados na pessoa, com vista a maximizar o seu potencial funcional e a sua reintegração sociofamiliar (Decreto-Lei nº 136/2015, 2015). A UMDR é uma das tipologias disponíveis dos cuidados continuados integrados, com internamentos programados no período que pode ir de 30 dias, até ao máximo de 90 dias. Estas unidades destinam-se a pessoas que, após doença aguda, encontram-se clinicamente estáveis, no entanto ainda necessitam de cuidados de saúde que não são possíveis no domicílio, e apresentam alteração da funcionalidade, tendo um elevado potencial para a sua recuperação. A UMDR garante cuidados no âmbito da reabilitação funcional, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos periódicos, de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala, apoio psicossocial, convívio e lazer (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

A referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, deve ser feita pelos profissionais de saúde do hospital onde a pessoa se encontra internada, ou a partir das unidades de saúde familiares, sendo posteriormente avaliada por uma equipa que faz a triagem das admissões e tipologia mais adequada à necessidade dos

cuidados (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

A realização de estágio em UMDR ocorreu ao longo de duas semanas, sendo um estágio de observação participativa, com o objetivo de permitir o desenvolvimento de competências específicas do EEER, à pessoa/família com alterações motoras, sensoriais e cognitivas, em período de convalescença, com vista à minimização do impacto das alterações na sua vida (ESEL, 2023).

A UMDR onde realizei estágio, tem dois EEER, sendo que um deles é o enfermeiro gestor da unidade. O EEER inserido neste modelo de cuidados, desempenha um papel fulcral no seio da equipa interdisciplinar, determinantes na prestação de cuidados, na reabilitação, readaptação e reintegração das pessoas no seio socio familiar, potenciando o seu desenvolvimento (Jaime & Costa, 2021).

Pude constatar que as alterações mais frequentes nos utentes internados em UMDR são a nível sensoriomotor, neurológico e cognitivo, já tendo prestado cuidados a clientes com alterações deste foro em contextos anteriores, nomeadamente no serviço de neurocirurgia. Uma vez que foi o último estágio contemplado no plano de estudos, estava pressuposto que já tinham sido desenvolvidas competências em todos os domínios. Nesse sentido, a enfermeira orientadora optou por desde o início atribuir um cliente, focando a intervenção, de forma a fazer uma avaliação sistemática, conceber um plano de intervenção com vista à satisfação das necessidades identificadas e implementar as intervenções (Competência J1.1, J1.2 e J1.3) (Regulamento nº 392/2019, 2019). Sendo um estágio tão breve, não foi possível que os resultados esperados das minhas intervenções fossem atingíveis ao longo do meu estágio, porém o plano de intervenção foi realizado em parceria com a EEER orientadora, que deu continuidade à sua implementação.

Na UMDR é utilizado o modelo de intervenção por gestão de caso, ficando o cliente atribuído ao enfermeiro que lhe faz a admissão. O gestor de caso é responsável por acompanhar todo o processo, da admissão até à alta, sendo o elo de ligação entre a restante equipa e a família (Cruchinho, 2021). Constatei que, ao longo do internamento, vão sendo realizadas várias reuniões interdisciplinares em conjunto com o cliente alvo de cuidados e a sua família (uma realizada na admissão, uma após uma semana de

internamento e posteriormente, de duas em duas semanas, tentativamente, até ao momento da alta). Tive oportunidade de assistir a uma dessas reuniões, que aconteceu uma semana após a admissão do cliente, em que foi discutido entre todos quais as expectativas da pessoa e família para o internamento, a equipa sugeriu um plano de intervenção, respondendo às necessidades previamente avaliadas, e juntos chegaram à tomada de decisão partilhada acerca do programa a seguir. Esta tomada de decisão partilhada foi diferente das até então ocorridas ao longo dos outros contextos de estágio, uma vez que ao nível do internamento, a pessoa encontrando-se em fase aguda da doença, e apesar de se prestarem cuidados centrados, importa estabilizar clinicamente, sendo esta a prioridade antes qualquer outro tipo de intervenção. Em contexto de cuidados em UMDR, o cliente encontra-se estável e por isso o principal foco da intervenção passa por capacitar, promovendo os melhores resultados e satisfação do cliente, para isso importa fazer uma adequada avaliação da pessoa/família e estabelecer objetivos comuns, mantendo-os motivados no processo de recuperação para uma aquisição de melhores ganhos em saúde (Pires, 2016).

Desde o momento da admissão que é estabelecido o dia da alta, avaliando-se quais as principais necessidades para a reinserção na comunidade. O EEER tem um papel de relevo, contribuindo para uma avaliação adequada que permita aferir a tipologia mais adequada à situação clínica e quais as principais necessidades identificadas, favorecendo a gestão mais apropriada dos recursos e a otimização das intervenções (Jaime & Costa, 2021). Assim, o EEER em parceria com o assistente social, tem ainda a competência para identificar as barreiras arquitetónicas existente e trabalhar de forma a eliminá-las/minimizá-las (Competência J2.2.4, J2.2.5 e J2.2.6), bem como selecionar e prescrever os produtos de apoio necessários (Competência J1.2.4) (Regulamento nº 392/2019, 2019).

A realização deste estágio permitiu-me estar mais perto da pessoa inserido na sociedade e agir enquanto futura EEER, consolidando conhecimentos adquiridos ao longo dos contextos de estágio anteriores. Deste modo, considero ter sido um estágio que me permitiu ter consciência de mim, enquanto pessoa, enfermeira e futura EEER (Competência D1.1) (Regulamento nº 140/2019, 2019).

2.5. Competências desenvolvidas em contexto de internamento num serviço de cirurgia: mulher com cancro de mama

No âmbito da temática central deste relatório, tive oportunidade de realizar um estágio de observação participativa, num serviço de referência na área do cancro da mama. Não fazendo parte do plano de estudos, a concretização deste estágio constituiu um complemento de aprendizagem à minha formação académica, contribuindo para “conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Competência D2.2.6) (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4749).

Decorreu num serviço de internamento cirúrgico, criteriosamente escolhido, por se tratar de um serviço com intervenção por parte do EEER, à mulher com cancro da mama, submetida a intervenção cirúrgica, e por ter profissionais de referência na área, com publicações realizadas acerca da temática, sustentando a prática clínica em evidência científica atualizada (Competência D2.2) (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4749).

O estágio decorreu maioritariamente em contexto de internamento, porém tive também oportunidade de passar pelo contexto de ambulatório - consulta externa, permitindo-me o contacto com a mulher em diversos momentos do peri-operatório: pré-operatório, pós-operatório imediato e pós-operatório tardio.

Este estágio tornou-se um desafio pessoal, por tanto ambicionar desenvolver competências nesta área e por ter tido esta experiência de aprendizagem única. Ao longo do estágio, tentei rentabilizar todas “as oportunidades de aprendizagem, tomando iniciativa na análise de situações clínicas (Competência D2.3.3) (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4750).

De forma a direcionar o meu foco de aprendizagem, foram delineados previamente os seguintes objetivos específicos, adaptados ao período temporal de estágio:

- Identificar a dinâmica funcional e organizacional do serviço em questão, direcionada à mulher com cancro de mama;
- Analisar a intervenção do EEER à mulher com cancro de mama, no pré e pós-operatório;
- Avaliar as principais alterações sentidas pela mulher sujeita a cirurgia da mama;

- Analisar os programas de reabilitação instituídos à mulher sujeita a cirurgia da mama, e a sua relação com a satisfação no autocuidado;
- Identificar quais as estratégias utilizadas para promover o cuidado transicional;
- Desenvolver competências na capacitação para o autocuidado, da mulher sujeita a cirurgia da mama.

O serviço de cirurgia tem uma lotação de cinco EEER, estando quatro deles na prestação de cuidados diretos e o quinto elemento é enfermeiro gestor do serviço. O facto do enfermeiro gestor ser EEER torna-se uma mais-valia, pois aliado às competências acrescidas de enfermeiro gestor²¹, tem competências de EEER que lhe conferem uma visão mais abrangente do papel dos EEER integrado na equipa. Isto era visível na sua intervenção enquanto enfermeiro gestor, tornando-se um elemento propulsor na melhoria continua dos cuidados, promovendo a investigação e o desenvolvimento de projetos e atividades dentro da especialidade (Regulamento nº 392/2019, 2019).

De acordo com Hesbeen (2003), a missão primordial dos enfermeiros gestores é assegurar a motivação da sua equipa, promovendo a inovação e proporcionando melhores condições para exercer a profissão. Sendo um estágio complementar, o enfermeiro gestor teve uma atenção acrescida em reunir comigo no primeiro dia, inteirar-se dos meus objetivos e proporcionar-me todas as oportunidades de aprendizagem possíveis, indo ao encontro dos mesmos. Saliento a forma afável com que me recebeu, integrou e felicitou o meu interesse pela temática. Todos os EEER, em especial a enfermeira gestora do serviço e a enfermeira orientadora, foram elementos facilitadores para o meu processo de desenvolvimento formativo, através da partilha de experiências específicas nesta área, e proporcionando-me o máximo de momentos de aprendizagem.

Indo ao encontro do primeiro objetivo específico preconizado: identificar a dinâmica funcional e organizacional do serviço em questão, direcionada à mulher com cancro de mama; procurei saber quais os protocolos e projetos integrados dentro dos cuidados especializados. A equipa de reabilitação está envolvida num projeto direcionado à pessoa submetida a cirurgia colo retal, um programa com intervenção interdisciplinar, com o intuito de diminuir o *stress* cirúrgico, manter as funções no pós-operatório e

²¹ As competências do enfermeiro gestor integram, cumulativamente, as competências comuns e específicas adquiridas previamente, e incorporam um conjunto de competências que visam alcançar o enquadramento regulador para o exercício das mesmas (Regulamento nº101/2015, 2015).

promover a mobilização durante o processo peri-operatório. Apesar de ainda não existir nenhum programa de reabilitação estruturado, destinado à mulher com cancro de mama, foi-me transmitida a intenção da criação de uma consulta de enfermagem pré-cirúrgica para estas mulheres, podendo ser o início de uma intervenção estruturada na área.

Vários estudos enaltecem a importância da reabilitação precoce, nomeadamente Santana et al. (2018), que através de uma revisão sistemática trouxe evidência dos benefícios da intervenção da enfermagem ao longo de todo o percurso peri-operatório, contribuindo para a tomada de decisão ao longo do processo de reabilitação, que vai muito além do tratamento físico propriamente dito, mas transcende para uma ligação pessoa-enfermeiro, que proporciona a qualidade e cuidado integral. Ibrahim et al. (2018) corroboram estes achados, através da realização de um estudo qualitativo que pretendeu demonstrar os ganhos das sessões de ensinamentos pré-operatórios na diminuição da ansiedade e melhoria da recuperação, tendo observado que mais 80% da população em estudo consideram estas sessões úteis e recomendariam a outros.

Destacando um caso concreto da minha prática, prestei cuidados a uma mulher, submetida a mastectomia, com quem contactei desde o primeiro momento pós-cirúrgico. Após uma cirurgia, logo que a pessoa se encontra estável, deve realizar-se o levante precoce, com o intuito de prevenir complicações da inatividade, incentivar o autocuidado, treinar o equilíbrio e preparar para a marcha (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Assim, participei no primeiro levante, tendo a Sr.^a apresentado um episódio de hipotensão ortostática. Posteriormente, após realização de análises de controlo, a Sr.^a teve que realizar transfusão sanguínea. Toda esta sucessão de complicações pós cirúrgicas comprometeram a mobilização precoce, e por consequência tiveram um grande impacto na Sr.^a, tanto a nível físico como emocional, apresentando uma labilidade emocional e referindo por várias vezes “nunca pensei ficar assim tão incapacitada” (segundo informações colhidas). As principais alterações referidas pela mulher foram a sensação de dormência no local da ferida cirúrgica, fraqueza generalizada e alterações funcionais a nível do membro superior do lado operado.

Evidencio a importância de ter sido feita uma consulta pré cirúrgica de enfermagem, em que tivesse sido explicado o procedimento, possíveis complicações e o

que esperar no pós-cirúrgico, dando abertura à pessoa para exteriorizar os seus sentimentos, contribuindo para uma adequada gestão de expectativas da cliente, e assim diminuindo a sua ansiedade (Ibrahim et al., 2018). Neste caso em concreto, mais do que as complicações em si, o que causou maior impacto na Sr.^a, foi o facto de ter tomado a decisão de ser submetida a cirurgia, perspetivando que após a mesma, erradicaria a doença por completo e poderia retomar à sua vida normal, tendo-o verbalizador. Uma vez que o mesmo não aconteceu, vendo-se parcialmente dependente para o autocuidado (Orem, 2001), isto trouxe-lhe sentimentos de tristeza e medo pelo futuro, sentimentos esses evidenciados na literatura como frequentes nas mulheres diagnosticadas com cancro de mama (Ribeiro et al., 2020).

Esta foi a situação que mais me marcou, por ter acompanhado desde o primeiro momento pós-cirúrgico, tendo criado com a Sr.^a uma relação de proximidade e confiança, fazendo com que fosse considerada a profissional de referência para a própria, partilhando as suas preocupações pelas necessidades futuras. Os cuidados prestados à Sr.^a, focaram-se na componente emocional, educacional e funcional, pois de acordo com um estudo feito por Rodrigues e Gomes (2021a), um programa que englobe todas estas componentes, contribui para uma melhor qualidade de vida da pessoa. Neste sentido, o meu olhar enquanto futura EEER trouxe-me um conhecimento diferenciado, que deu suporte a uma prática complexa e especializada, intervindo com vista a tornar o momento pós cirúrgico mais tranquilo, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar o estado emocional (Gonçalves et al., 2017)

Numa primeira fase, a minha intervenção focou-se no sistema parcialmente compensatório, e posteriormente, num sistema de ensino/educação (Orem, 2001), dando todas as ferramentas à cliente para adquirir estratégias para a satisfação do autocuidado de forma independente.

A agenda cirúrgica programada para o período em que realizei o estágio, não foi favorável para o meu processo de aprendizagem, limitando a diversidade de oportunidades em estágio. Apesar disso, e sendo um fator incontornável, tentei tirar o máximo partido das oportunidades disponíveis e desenvolver competências não só a partir da prestação de cuidados diretos, mas também através da recolha de dados pertinentes junto dos EEER do serviço, tais como as principais alterações sentidas pelas

mulheres ao longo do internamento, intervenções do EEER e contributo das mesmas para a capacitação destas mulheres.

Desta forma, consegui averiguar que as principais intervenções por parte do EEER a estas mulheres, passam por reeducação funcional, através de mobilizações ativas e ativas e ativas-assistidas do membro superior homolateral à cirurgia, promoção da correção postural, com recurso a espelho, e promoção para o autocuidado. Facto que parece estar de acordo com os resultados obtidos na revisão *scoping*, pois a categoria mais representativa foi os exercícios e ensinamentos peri-operatórios, havendo por isso uma vasta evidência da importância da reabilitação funcional/motora na capacitação destas mulheres (Casassola et al., 2020; Domingos et al., 2021; Rodrigues et al., 2023). Saliento o estudo de Rodrigues et al. (2023), que pretendeu avaliar a eficácia de um programa de enfermagem de reabilitação na melhoria do desempenho do autocuidado, tendo obtido resultados favoráveis em todos os *scores* de avaliação do autocuidado, comprovando os benefícios da implementação de um programa de reabilitação estruturado, o mais precocemente possível (Rodrigues et al., 2023).

Com vista à redução do tempo de internamento, estas mulheres têm alta precocemente, sendo importante o seu reencaminhamento para promover a continuidade de cuidados. Neste sentido, são reencaminhadas para a consulta externa, porém só irão ser seguidas por medicina física e de reabilitação após retirarem drenos e a ferida cirúrgica estar cicatrizada. Scofano et al. (2020), destaca que a preparação para a alta deve ter início desde a admissão, com intervenção na educação contínua da pessoa e família, acerca dos principais sinais de alerta, mobilização precoce/ possíveis restrições de mobilidade, manuseamento de drenos/ferida cirúrgica, apoio emocional e reencaminhamento para serviços na comunidade. Ao longo do meu estágio, a preparação para a alta seguiu uma intervenção ao nível do sistema ensino/educação (Orem, 2001). Martínez et al. (2018) enaltece este tipo de intervenção, comprovando a sua eficácia na satisfação do autocuidado e na melhoria da qualidade de vida.

A nível psicológico, esta alteração do corpo provocada por uma cirurgia da mama, é sentida como uma mutilação de uma parte com tanto simbolismo para a mulher, tendo implicações na autoestima e autoimagem (Sendim, 2017). Na tentativa de atenuar o impacto desta cirurgia na imagem da mulher, foi exposto a estas mulheres algumas

alternativas caso não tenham sido submetidas a reconstrução imediata, existindo no serviço algum material de apoio, nomeadamente próteses externas feitas de materiais diversos, e de diferentes tamanhos, *soutien* que permite a adaptação destas próteses externas e fatos de banho adaptáveis. Estas alternativas podem ter um impacto positivo não só emocional, mas também físico, segundo Navarri-Ramos et al. (2023) comprovaram que a utilização de um *soutien* adequado traz benefícios ao nível da dor, alterações biomecânicas, humor e bem-estar, assim como facilita a realização de exercícios motores.

Na consulta externa de senologia, mesmo não havendo EEER, tive oportunidade de observar a intervenção dos enfermeiros peritos na área, e os cuidados prestados à mulher com cancro de mama, que vão de encontro ao que os autores consultados referem (Casassola et al., 2020; Lovelace et al., 2019). Desta forma, assisti à avaliação completa da cliente, a nível funcional, emocional e sociofamiliar, tentando dar suporte às principais necessidades identificadas (Rodrigues et al., 2023). Para além desta avaliação, também é feito o tratamento à ferida cirúrgica e/ou feridas crónicas, e são realizados procedimentos específicos, como a aspiração de seroma, biopsias mamárias, desbridamento cirúrgico, extração de drenos, o aumento de próteses expansoras, entre outros.

Pude constatar que, para além das consultas de enfermagem em sala de tratamento, não são realizadas consultas de enfermagem pré quimioterapia, pré radioterapia ou pré cirurgia, sendo uma preocupação da equipa, mas não tendo recursos humanos que o permitam fazer. Tendo tido uma experiência divergente nesta área, retratada no relatório semestre passado (Apêndice I), em que havia um acompanhamento da equipa de enfermagem ao longo de todo o processo de tratamento, senti que estas mulheres se pudessem sentir desamparadas, no momento em que lhes é dado um diagnóstico tão emocionalmente difícil de gerir. Através da informação mapeada na revisão *scoping*, evidenciou-se que o acompanhamento individualizado e holístico das mulheres com cancro de mama leva a melhorias no estado de saúde e qualidade de vida destas pessoas. Lovelace et al. (2019), salienta as intervenções não só funcional, mas também no que concerne às alterações dos estilos de vida (alimentação, sono, cuidados com a pele), no decorrer de todo o tratamento. Os mesmos autores referem que devem ser identificadas precocemente necessidades sociais, espirituais,

físicas e psicológicas para uma intervenção/reencaminhamento adequado à resolução dos problemas (Lovelace et al., 2019).

Na consulta externa de senologia existem alguns projetos na comunidade para a qual são reencaminhadas as mulheres que se encontrem interessadas. Neste sentido, existe um projeto realizado em conjunto entre os enfermeiros da comunidade e uma universidade de Lisboa, que visa promover a prática de exercício físico, adaptado às limitações de cada pessoa. Existe ainda um projeto pioneiro no hospital, de ioga restaurativa²², ainda numa fase inicial e por isso sem uma programação periódica, mas na qual tive oportunidade de participar numa das sessões. Os achados obtidos através da revisão *scoping*, enfatizam os benefícios da realização de ioga na reabilitação destas mulheres, nomeadamente Andys et al. (2014) que pretendeu determinar os efeitos do ioga na qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia da mama, tendo comprovado que estas mulheres tiveram uma melhoria da fadiga, dispneia e do desconforto sentido no membro superior do lado operado (dor, edema e sensibilidade).

Apesar da metodologia apresentada neste relatório ser uma revisão *scoping* acerca desta temática, a mesma só foi realizada posteriormente ao término do estágio. Porém, a realização do trabalho de projeto deu-me subsídios que me permitiram ir dotada de conhecimentos para o estágio e ter uma visão especializada perante estas mulheres. Uma vez que a execução deste relatório se sucedeu à realização da revisão *scoping*, foi possível fazer uma análise retrospectiva das intervenções realizadas ao longo da prática clínica, com base na evidência demonstrada pelo *corpus* de análise.

Assim, este estágio proporcionou-me uma oportunidade única, que tentei ao máximo aproveitar para desenvolver todas os objetivos específicos a que me propus, culminando no desenvolvimento do objetivo geral: desenvolver competências específicas de EEER, para a capacitação da mulher submetida a cirurgia da mama, em contexto de cancro.

²² Prática de ioga com realização de exercícios para aquisição de posturas repousantes e mantidas num período prolongado de tempo, de forma a permitir a libertação de tensões mentais e emocionais (Seglie, 2023)

3. Avaliação das Aprendizagens Desenvolvidas

A pertinência deste capítulo surge da necessidade de fazer uma avaliação das aprendizagens desenvolvidas, salientando a forma como foi implementado o projeto, ao longo do percurso de estágio. Neste sentido, foi utilizada a metodologia SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*)²³, permitindo a identificação das forças e fraquezas (fatores intrínsecos), e oportunidades e ameaças (fatores extrínsecos) (Namugenyi et al., 2019).

Começo por explorar as **strengths** (forças), fatores positivos intrínsecos, destacando a diversidade de oportunidade em contexto clínico, que me permitiram o desenvolvimento de competências enquanto futura EEER, nas suas diversas dimensões. Também a postura interessada e proactiva que fui demonstrando ter, maximizando todos os momentos de aprendizagem em ganhos para o meu desenvolvimento, foram aspetos que considero positivos, e que foram sendo enaltecidos ao longo das avaliações formativas.

Quando ingressei neste percurso para a aquisição do grau de mestre e especialista em enfermagem de reabilitação, mais do que o título, pretendi desenvolver conhecimentos e expandir a minha área de atuação enquanto enfermeira, especializando-me numa área de grande gosto pessoal. Nesse sentido, apesar de alguns obstáculos no percurso, nunca me desviei do meu objetivo primordial e considero ter tido força e motivação para aprender, desenvolver-me enquanto futura EEER e fazer sempre mais e melhor.

A elaboração do projeto e do relatório de estágio no âmbito da UC Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto orto traumatológico, reumatológico e em comunidade, que serviram de alicerce e complemento ao relatório final aqui representado, foram outro fator intrínseco que considero como positivo, por

²³ A metodologia SWOT é uma ferramenta frequentemente utilizada para fazer uma análise dos contextos operacionais, para facilitar o planeamento estratégico e a tomada de decisão, através da identificação das forças e fraquezas (ambiente interno) e oportunidades e ameaças (ambiente externo) (Namugenyi et al., 2019).

constituírem um elemento importante no percurso de aprendizagem, permitindo a reflexão e a operacionalização do processo formativo.

Relativamente às **weaknesses** (fraquezas) intrínsecas, identifico a minha inexperiência enquanto enfermeira generalista em contexto de neurocirurgia e neonatologia, condicionando numa fase inicial, a minha transição de papéis para a condição de estudando de enfermagem de reabilitação. Isto trouxe-me insegurança, por estar num ambiente novo e desconhecido para mim, tendo condicionando grandemente a minha integração inicial na equipa e no desenvolvimento de competências, exigindo um esforço acrescido da minha parte, na tentativa de colmatar essas lacunas.

Identifico também como uma fraqueza, o facto de, ao contrário do que tinha delineado no cronograma apresentado no projeto, não ter conseguido produzir o presente relatório no decorrer do estágio, condicionando o meu processo reflexivo. E ainda, não ter conseguido realizar a revisão *scoping* antes da realização do estágio complementar. Considero que isto foi reflexo da carga horária em contexto de estágio, simultaneamente com a exigência da profissão de enfermagem, e também por uma inadequada gestão de tempo, traduziu-se num desgaste não só físico, mas também emocional, que nem sempre me permitiram ter a *performance* por mim desejada.

Na tentativa de transformar estas fraquezas, julgo que ao longo do percurso fui conseguindo melhorá-las, arranjando estratégias de gestão de tempo, nomeadamente com o estabelecimento de prazos limite para a finalização de determinados trabalhos, para impor regras de cumprimento em mim própria. Relativamente à minha inexperiência profissional em certos contextos da prática, procurei transformá-los em oportunidades de aprendizagem não só profissional, mas também pessoal, através de estudo autónomo e contando com o apoio e conhecimento transmitido pelos enfermeiros orientadores.

Como **opportunities** (Oportunidades), fatores positivos extrínsecos, destaco a possibilidade de ter realizado um estágio complementar, direcionado para a minha temática, permitindo-me a aquisição de competências complementares à minha formação, numa área tão importante e pertinente para a reabilitação. A realização deste estágio só foi tornou possível, pelo apoio incansável da professora orientadora, que me

ajudou na procura pelo melhor contexto da prática clínica, direcionado para a temática, bem como, nos pedidos de autorização superior à direção da ESEL. Sendo uma temática muito específica, e não integrada diretamente no plano de estudos do mestrado em enfermagem de reabilitação, tornou-se um desafio de persistência, procurar desenvolver-me neste sentido. A realização deste estágio, foi uma oportunidade essencial para o desenvolvimento dos objetivos preconizados no trabalho de projeto, e toda a equipa interdisciplinar do serviço, foram elementos importantes no meu percurso, proporcionando-me o máximo de experiências possíveis, dentro do tempo e das oportunidades disponíveis.

Os enfermeiros que me orientaram longo dos vários contextos, foram também um fator positivo para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER, demonstrando toda a disponibilidade, apoio e partilha de conhecimentos, que enriqueceram o meu processo formativo e facilitaram a aquisição de competências.

A professora orientadora ganhou um papel de destaque, tendo sido essencial em todo o meu percurso desde o trabalho de projeto, estando presente em todos os momentos de estágio, nunca me deixando desamparada. Teve sempre a intervenção certa no momento certo, fazendo com que o questionamento fosse o meu principal aliado, transformando o processo reflexivo em desenvolvimento, mas nunca descorando a minha componente psico-emocional, intervindo nos momentos de maior desmotivação, lembrando-me do meu propósito.

Relativamente às **threats** (ameaças), que consistem nos fatores externos e negativos, relevo o facto dos enfermeiros orientadores, para além de EEER, terem que acumular outras funções e responsabilidades, nomeadamente de apoio à chefia do serviço. Este acumular de funções, levou a momentos de menor disponibilidade para a prestação de cuidados especializados, tendo implicações diretas no apoio que fui sentido. Destaco que nesses momentos, havia um esforço acrescido por parte dos EEER, para que eu não me sentisse sozinha, no entanto sinto que isso resultou numa sobrecarga para eles.

Os programas de reabilitação, são processos longos que exigem uma continuidade de cuidados por um período de tempo que permita ganhos em saúde na

pessoa. Nem sempre que prestei cuidados isto me foi possível, por não conseguir acompanhar o utente por um tempo suficiente, principalmente nos contextos de estágio com uma duração mais limitada.

De um ponto de vista geral, considero que no âmbito da temática em estudo, tive oportunidades únicas que me permitiram a aquisição de competências específicas, enriquecendo o meu processo formativo. Porém, sinto que muitos aspetos ficaram por aprofundar, nomeadamente a concretização de um programa de reabilitação para as mulheres com cancro de mama, submetida a cirurgia da mama. Considero que se tivesse realizado a revisão *scoping* anteriormente ao estágio, iria mais bem preparada, podendo ter sido uma mais-valia na minha prática. No entanto, sinto que a realização desta pesquisa pode servir de base para desenvolvimento de projetos futuros.

4. Considerações Finais

A realização deste relatório, procurou descrever, analisar e refletir o percurso de aquisição de competências, realizado ao longo do estágio. Durante o percurso académico, voltando a estar no papel de estudante, permitiu a minha transformação e desenvolvimento enquanto futura EEER. Foram momentos intensos e desafiantes, mas que permitiam a minha evolução, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

O EEER avalia as principais necessidades de cada pessoa e elabora/implementa programas com vista à maximização do potencial funcional da mesma, em todas as fases do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, seja em internamento, continuidade de cuidados, preparação para regresso a casa ou reintegração na comunidade (Regulamento nº393/2019, 2019).

A intervenção do EEER na mulher com cancro de mama, submetida a cirurgia, deve ocorrer em todo processo peri-operatório, atuando na resolução dos problemas reais e potenciais da pessoa, prevenindo complicações e capacitando para a autonomia na satisfação do autocuidado. A realização da revisão *scoping* tornou-se benéfico para aprofundar os meus conhecimentos, com base na melhor evidência disponível, numa área que tanto me cativa e simultaneamente é tão pertinente para a enfermagem de reabilitação. Permitiu-me ainda desenvolver competências de investigação, uma das componentes essenciais à aquisição do 2º ciclo de estudos.

A oportunidade de ter realizado dois estágios complementares direcionados à temática em estudo, em dois hospitais que prestam cuidados de referência na área do cancro da mama, foi um enorme desafio, e uma oportunidade única, que culminaram no desenvolvimento de competências nesta área específica, cativando-me a continuar a seguir este percurso.

Como projetos futuros, com vista a dar continuidade à revisão *scoping* realizada, pretendo fazer a sua publicação. Perspetivo também dar continuidade ao meu processo formativo, seguindo assim que possível para doutoramento, com esta mesma temática.

Relativamente a perspectivas de desenvolvimento no meu local de trabalho, de momento encontro-me em processo de término de contrato, pelo que meu futuro profissional ainda encontra indefinido.

Este relatório de estágio encerra uma etapa na minha vida, porém, é também o começo de uma nova fase, permitindo-me um olhar diferente sobre o mundo da enfermagem, com um modo de pensar e agir na visão de um EEER. Estou ciente que os contextos de cuidados, envolvidos nas problemáticas socioeconómicas e políticos da atualidade, nem sempre facilitarão a prática de competências especializada. Na obstante, é competência de cada um, fazer com os seus saberes especializados, o melhor na vida daqueles a quem prestamos cuidados.

Referências

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A. & Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapeutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), 9-26. https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf
- Alves, J. & Grilo, E. (2022). Reabilitação respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 67-76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>
- American Cancer Society. (2017, outubro 4). *What is thymus cancer?*. <https://www.cancer.org/cancer/types/thymus-cancer/about/what-is-thymus-cancer.html>
- Andysz, A., Merecz, D., Wójcik, A., Swiatkowska, B., Sierocka, K. & Najder, A. (2014). Effect of a 10-week yoga programme on the quality of life of women after breast cancer surgery. *Menopause Review*, 13(3), 186-193. <https://doi.org/10.5114/pm.2014.43823>
- Aragão, J. S., França, I. S. X., Coura, A. S., Pereira, A. B. R., Basílio, E. E. F., Silva, A. F. R. & Silva, F. M. F. (2022). Elementos da vulnerabilidade de adultos com deficiência após lesão neurológica: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(8), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31169>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 164-233). Lidel.
- Aviso nº 3915/2021 (2021). Programa formativo que integra o ciclo de estudos de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série (nº43 de 03-03-2021), 222-236. [62](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22028/aviso-</p></div><div data-bbox=)

n%C2%BA-39152021-di%C3%A1rio-da-rep%C3%BAblica-n%C2%BA-432021-
s%C3%A9rie-ii-de-2021-03-03.pdf

- Baldaia, C., Fernandes, C. & Ferreira, L. (2023). Exergames na reabilitação da pessoa mastectomizada: uma scoping review. *Revista Onco.News*, 47(e072), 1-13. <https://doi.org/10.31877/on.2023.47.03>
- Bampi, L., Rodrigues, M., Martins, M. & Schoeller, S. (2021). Fundamentos da Reabilitação. In S. D. Schoeller, M. M. Martins, F. Faleiros & N. Ramirez (Eds.), *Fundamentos da Reabilitação* (pp. 22-29). Thieme Revinter. https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=HbVFEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=enfermagem+de+reabilita%C3%A7%C3%A3o+intelig%C3%A2ncia+afetiva&ots=tt1Fzjt-yM&sig=m5a6mo_YCb42CW00pBQ3DoKiCH0#v=onepage&q&f=false
- Barbosa, H. & Marcelino, R. (2022). A família na reabilitação de pacientes pós traumatismo crânio encefálico: estudo de caso. *Revista Faculdades do Saber*, 8(16), 1640-1652. <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/issue/view/17>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (1ª edição). Almedina Brasil.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Berretta, M., Facchini, B., Garozzo, D., Necci, V. (2022). Adapted physical activity for breast cancer patients: shared considerations with two Olympic and world italian sports champions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 26(1), 5393-5398. https://doi.org/10.26355/eurrev_202208_29406
- Boudreaux, A. & Simmons, J. (2019). Prehabilitation and Optimization of Modifiable Patient Risk Factors: The Importance of Effective Preoperative Evaluation to Improve Surgical Outcomes. *AORN Journal*. 109 (4), 500-507. <http://10.1002/aorn.12646>
- Casassola, G., Gonçalves, G., Stallbaum, J., Pivetta, H. & Braz, M. (2020). Intervenções fisioterapêuticas utilizadas na reabilitação funcional do membro superior de mulheres pós-mastectomia, *Fisioterapia Brasil*, 21(1), 93-103. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i1.2786>

- Comissão Europeia. (2008). *Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida*. <https://europass.europa.eu/system/files/2020-05/EQF-Archives-PT.pdf>
- Cordeiro, M. C., Antunes, C. & Cysneiros, A. (2017). *Manual de radiografia do tórax para enfermeiro – do conceito à prática*. Lusodidacta.
- Coutinho, W. M., Dias, A. S. & Junior, L. A. F. (2016). A utilização do insuflador-exsuflador mecânico como técnica de higiene brônquica em pacientes críticos. *Fisioterapia Brasil*, 17(3), 293-303. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882484/a-utilizacao-do-insuflador-exsuflador-mecanico-como-tecnica-de_69EfHSZ.pdf
- Cruchinho, P. J. (2021). Efetividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revisão de literatura. In I. Souza (Ed.), *Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem* (pp. 89-99). Atena.
- Cruz, A. A., Prosdossimo, C. & Angelo, M. (2021). Nascimento prematuro e impacto na família. In M. A. M. Gaiva, E. C. Rodrigues, B. R. G. O. Toso & M. A. Mandetta (Eds.), *Cuidado Integral ao Recém-Nascido Pré-Termo e à Família* (pp. 53-67). Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras. <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x66310.x14624.pdf#page=53>
- Decreto-Lei n.º 136/2015. (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro. *Diário da República*, I Série (n.º145 de 28-07-2015), 5081-5091. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/07/14500/0508105091.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma n.º22/2011: Cuidados respiratórios domiciliários: prescrição de ventiloterapia e outros equipamentos*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/cuidados-respiratorios-domiciliarios_prescricao-de-ventiloterapia-e-outros-equipamentos.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

- Domingos, H. Y., Moreira, S. S., Alves, M. S., Oliveira, F. B., Cruz, C. B., Silva, M. D., Martins, A. S. & Bergamasco, M. T. (2021). Cinesioterapia para melhora da qualidade de vida pós cirurgia para câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*, 22(3), 385-397. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i3.4718>
- Enblom, A., Lindquist, H. & Bergmark, K. (2017). Participation in water-exercising long-term after breast cancer surgery: experiences of significant factors for continuing exercising as a part of cancer rehabilitation. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/ecc.12736>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). *Guia orientador da unidade curricular estágio com relatório*. ESEL.
- European Commission. (2018). *The framework for qualifications of the european higher education area (EHEA) - implementation handbook*. <https://www.ehea.info/Upload/BP2018.pdf>
- Ferraz, L., Fernandes, A. & Gameiro, M. (2022). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31(e20210235). <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235pt>
- Feyzioglu, O., Dinçer, S., Akan, A. & Algun, Z. (2020). Is xbox 360 kinect-based virtual reality training as effective as standard physiotherapy in patients undergoing breast cancer surgery? *Supportive Care in Cancer*, 28(1), 4295-4303. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05287-x>
- Fonseca, C., Correia, J., Redol, F. & Fernandes, C. (2018) Os Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging and Innovation*, 7 (1), 48-57. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24317/1/6-foro-respirat%C3%B3rio.pdf>
- Gadea-Company, P., Angulo, C. & Navarro, C. (2023). Impact of the implementation of identification-situation-background-assessment-recommendation (ISBAR) tool to

- improve quality and safety measure in a lithotripsy and endourological unit. *PLOS ONE*, 18(6), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286565>
- Gavala-González, J., Torres-Pérez & Fernández-García. (2021). Impacto f rowing training of quality of life and physical ativity levels in famale breast cancer sobrevivores. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 18(13), 5393-5397. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137188>.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing* (1ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons. <https://stephenp.net/wp-content/uploads/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Gilhus, N. E., Tzartos, S., Evoli, A., Palace, J. Burns, T. M. & Verschuuren, J. J. G. M. (2019). Myasthenia gravis. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(30), 1. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0079-y>
- Giovannetti, P., Morin, L. & Reynaud-Gaubert, M. (2020). Safety and efficacy of an innovative airway clearance device versus manual chest physiotherapy techniques for airway secretion clearance: a feasibility study. *European Journal of Respiratory Medicine*, 2(1), 132-137. <https://doi.org/10.31488/ejrm.107>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. GOLD Science Committee. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
- Gloeckl, R., Zwick, R., Furlinger, U., Jarosch, I., Schneeberger, T., Koczulla, A., Vonbank, K., Alexiou, C., Vogiatzis, I. & Spruit, M. (2022). Prescribing and adjusting exercise training in chronic respiratory diseases - expert-based practical recommendations. *Journal Pulmonology*, 29(1), 306-314. <http://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2022.09.004>
- Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referênciação*. ESEL
- Gonçalves, C. G. & Groth, A. K. (2019). Pré-habilitação: como preparar nossos pacientes para cirurgias abdominais eletivas de maior porte? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 46(5), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192267>

- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. (1 ed.). Lusociência.
- Ibrahim, M., Lau, G. J., Smirnow, N., Buono, A. T., Cooke, A., Gartshore, K., Loisel, C. G. & Johnson, K. (2018). A multidisciplinary preoperative teaching session for women awaiting breast cancer surgery: a quality improvement initiative. *Rehabilitation Process and Outcome*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.1177/1179572718790937>
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2021, maio 7). *Produtos de apoio*. <https://www.inr.pt/produtos-de-apoio>
- International Agency for Research on Cancer. (2021). *Source: globacan*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-factsheets.pdf>
- Jaime, M. A. & Costa, M. (2021). Enfermagem de reabilitação na equipa coordenadora local: desafios para além do cuidar. *Servir*, 2(1), 123-131. <http://doi.org/10.48492/servir0201.24733>
- Jenkins, A., Groenen, M., Vaes, A., Janssen, D., Wouters, E., Franssen, F. & Spruit, M. (2023). Baseline dependent minimally important differences for clinical outcomes of pulmonary rehabilitation in people with COPD. *Journal Pulmonology*, 30(1), 24-33. <http://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.06.004>
- Keesing, S., Rosenwax, L. & McNamara, B. (2018). The implications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. *Women's Health*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1745505718756381>
- Liu, Y., Li, Z., Zhong, Y., Zhao, Z., Deng, W., Chen, L., Liu, B., Du, T. & Zhang, Y. (2021). Early combined rehabilitation intervention to improve the short-term prognosis of premature infants. *BMC Pediatrics*, 21(269), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02727-8>
- Lopes, G. R. (2017). *A importância do planeamento de altas em idosos – um desafio para a política social*. [Dissertação para obtenção do grau de mestre em Política Social].

Repositório da Universidade de Lisboa.
[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14951/1/TESE%20FINAL%20GIL
DA%20%282%29.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14951/1/TESE%20FINAL%20GIL%20DA%20%282%29.pdf)

- Lopes, J. I. & Silva, J. H. M. (2016). o pensar reflexivo como objetivo do processo educativo na perspetiva de John Dewey. *Revista Opinião Filosófica*, 7(1), 286-302. <https://opiniaofilosofica.org/index.php/opiniaofilosofica/article/view/637/582>
- Lovelace, D. L., McDaniel, L. R. & Golden, D. (2019). Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(6), 713-724. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>
- Machado, B., Félix, A. & Ribeiro, C. (2024). Dispneia, atividade de vida diária e autocuidados na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 1-12. <http://doi.org/10.33194/rper.2024.27>
- Magalhães, M. M. A. (2005). Enfermagem no desporto: que formação? Que competências? Uma perspetiva. In A. G. Cruz & L. M. N. Oliveira (Eds.). *Saúde, desporto e enfermagem* (pp. 151-164). Formasau.
- Martínez, G., Martínez, M. & Raygoza, N. (2018). Nursing intervention in women who developed lymphedema after undergoing a modified radical mastectomy: a pre-experimental study. *Ecancer*, 12(827), 1-9. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.827>.
- Martins, M., Ribeiro, O. & Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42-48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Mathieu, J., Daneau, C., Lemeunier, N., Doyon, A., Marchand, A. & Descarreaux, M. (2022). Conservative intervention and clinical outcome measures used in the perioperative rehabilitation of breast cancer patients undergoing mastectomy: a scoping review. *BMC Women's Health*, 22(1), 1-36. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01927-3>

- Mendes, D. I. A. & Ferrito, C. R. C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V(8), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Menezes, T. M. O., Oliveira, A. L. B., Santos, L. B., Freitas, R. A., Pedreira, L. C. & Veras, S. M. C. B. (2018). Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl2), 307-315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Merêncio, K. & Ventura, M. (2020). Vivência da mulher mastectomizada: a enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(2), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19082>
- Moller, U., Beck, I., & Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment - a systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer*, 2-20. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5648-7>
- Monteiro, M. C. R. C. (2019). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido: Atuação do enfermeiro especialista na otimização do ambiente terapêutico*. [Relatório de estágio no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Escola Superior de Saúde de Setúbal]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28815/1/Relatorio_170531133.pdf
- Morais, T. C. P. & Ribeiro, M. C. (2022). Teorias, sistematização e processo de enfermagem: a busca pela cientificidade nas práticas assistenciais. In R. S. Neves, K. M. C. Reis, L. H. B. Fonseca, N. D. C. Félix & T. C. P. Moraes (Eds.), *Processo de Enfermagem: Método baseado em Teorias, Sistemas de Classificações e Casos Clínicos* (pp.19-28). IGM. https://editoraigm.com.br/wp-content/uploads/2022/05/Livro-Processos-de-Enfermagem-2022-978-65-80508-43-3-vs_digital.pdf#page=29
- Muller, E., Pereira, A., Zamberlan, C., & Ferreira, C. (2018). Contribuição da enfermagem na reabilitação da mulher com cancer de mama: revisão narrativa. *Disciplinarum Scientia*, 19(1), 255-265. <https://doi.org/10.37777/2510>

- Namugenyi, C., Nimmagadda, S. & Reiners, T. (2019). Design of a swot analysis model its evaluation in diverse digital business ecosystem contexts. *Procedia Computer Science*, 159(1), 1145-1154. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.09.283>
- Nascimento, S. S. & Araújo, P. L. (2022). Seleção e utilização de teorias de enfermagem no processo de enfermagem. In R. S. Neves, K. M. C. Reis, L. H. B. Fonseca, N. D. C. Félix & T. C. P. Moraes (Eds.), *Processo de Enfermagem: Método baseado em Teorias, Sistemas de Classificações e Casos Clínicos* (pp.29-44). IGM. https://editoraigm.com.br/wp-content/uploads/2022/05/Livro-Processos-de-Enfermagem-2022-978-65-80508-43-3-vs_digital.pdf#page=29
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2021). *Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name?*. <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
- Navarri-Ramos, I., Luna-Tomás, M., Paez-Maldonado, I., Tarrats-Velasco, L. & Vera-Pérez, S. (2023). El sujetador mamário como herramienta de salud en la mujer. *Matronas Profesión*, 23(3), 1-17. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cul&AN=161824311&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas práticas – cuidados à pessoa com alterações da mobilidade- posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Guia orientador de boa prática – reabilitação respiratória*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação n.º 02/2020*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19706/parecer-mceer-n%C2%BA-022020-presta%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-gerais-por-enfermeiros-especialistas-em-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.

[.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoi_o_v8_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoi_o_v8_ok.pdf)

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ed.). Mosby

Oreofe, A. & Oyenike, A. (2018). Transforming practice through nursing innovative patient centered care: standardized nursing languages. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1319-1322.

Organization for Economic Co-operation and Development. (2023). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023*. <https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>

Paiva, T. (2022). O posicionamento terapêutico neonatal. In H. P. S. farias (Ed.), *Os desafios das políticas sociais, inclusão e o trabalho em rede na promoção da qualidade de vida* (pp. 221-233). Epitaya. <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/354/245>

Pão-Alvo, I. (2017) A pessoa com cancro da mama. In C. M. Vieira & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 393-401). Lusodidacta.

- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (11), 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Peter, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. [10.11124/JBIES-20-00167](https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167)
- Petronilho, F., Pinheiro, E. & Machado, M. M. (2021). Transições, promoção de independência/autonomia no autocuidado e do papel do cuidador familiar. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 101-121). Lusodidacta.
- Pinto, D., Gouveia, P. & Cardoso, M. J. (2015). Tratamento cirúrgico do cancro da mama. In F. Cardoso (Ed.). *100 Perguntas chave no cancro da mama* (pp. 1-6). Permanyer.
- Pires, E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família*. [Dissertação de mestrado em enfermagem de saúde familiar]. Biblioteca digital. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/Pires_Eliana.pdf
- Pontes, M. M. & Santos, A. (2017) A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. M. Vieira & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 89-100). Lusodidacta.
- Registo Oncológico Nacional. (2023). *Registo oncológico nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, em 2020*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE, ed. Porto. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf>
- Regulamento nº 101/2015 (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. *Diário da República*, II Série (nº48 de 11-03-2015), 5948-5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, II Série (nº26 de 06-02-2019), 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série (nº85 de 03-05-2019), 13565–13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Reigle, B. S., Campbell, G. B. & Murphy, K. B. (2017). *Cancer rehabilitation and the role of the rehabilitation nurse*. Association of Rehabilitation Nurses
- Reis, G. & Bule, M. J. (2017). Capacitação e atividade de vida. In C. M. Vieira & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 57-65). Lusodidacta.
- Ribeiro, W., Cardoso, H., Costa, H., Veras, M., Coutinho, V. & Júnior, J. (2020). Câncer de mama: impacto e sentimentos na vida da mulher. *Revista Pró-Universus*, 11(1), 14-20. <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2238>
- Rodrigues, C. A. F. & Varanda, E. M. G. (2019). Aplicação de um programa de estimulação multissensorial a doentes com alterações severas do estado de consciência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 5-11. [10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4554](https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4554)
- Rodrigues, T. & Gomes, B. (2021a). Avaliação da qualidade de vida da mulher com cirurgia da mama após programa de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, V (1), 2182-2883. <https://doi.org/10.12707/>
- Rodrigues, T. & Gomes, B. (2021b). Programa de enfermagem de reabilitação à mulher submetida a cirurgia da mama. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp.620-625). Lidel.
- Rodrigues, T., Moreira, M. T., Lima, A., Fernandes, R. & Gomes, B. (2023). Contributions of a rehabilitation nursing program in the self-care of women undergoing breast surgery. *Nursing Reports*, 13(1), 913-922. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020080>

- Sands, D., Walicka-Serzysko, K., Milczewska, J., Postek, M., Jeneralska, N., Cichocka, A., Siedlecka, E., Borawska-Kowalczyk, U. & Morin, L. (2023). Efficacy of the simeox airway clearance technology in the homecare treatment of children with clinically stable cystic fibrosis: a randomized controlled trial. *Children*, 10(2), 1-14. <https://doi.org/10.3390/children10020204>
- Santana, C. C. C., Souza, J. R. S. & Viana, D. A. (2018). Análise das ações de enfermagem nas fases cirúrgicas da mastectomia: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 8(2), 67-82. 10.18816/r-bits.v8i2.15556
- Scofano, B., Lima, A., Silva, R., Penna, L., Andrade, K., & Pinheiro, A. (2020). Ações/plano de alta da enfermagem à mulher submetida à mastectomia. *Revista Nursing*, 23(263), 3736-3744. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3736-3744>
- Seglie, L. (2023, janeiro 27). Como praticar yoga restaurativa – guia completo para a prática e benefícios. *Arhanta Yoga Blog*. <https://www.arhantayoga.org/pt/como-fazer-yoga-restaurativa-beneficios-completos/>
- Sena, L. & Neves, M. G. C. (2019). Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres. *Ciências Saúde*, 30(1), 19-28. <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/367/305>
- Sendim, S. A. (2017). *Funcionalidade do membro superior, qualidade de vida de coping da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama*. [Relatório de Estágio/Trabalho de Projeto, Escola Superior de Saúde de Bragança]. Biblioteca digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14353>
- Sousa, F. M. & Curado, M. A. (2020). Fatpres preditores do stress parental nas unidades de neonatologia estudo de pré-validação da EASPUN. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 17-26. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45115/1/art.%20p%2017-26.pdf>
- Souto, N. (2017). Enfermagem de reabilitação em neonatologia. In C. M. Vieira & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 297-305). Lusodidacta.

- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2024). *Guia prático – rede nacional de cuidados continuados integrados*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Vaghetti, C. A. O., Vieira, K. L., Rigo, L. C., Pardo, E. R. & Costa, S. S. (2018). Exergames na educação física: aproximações com o currículo escolar. *Revista Didática Sistemática*, 20(2), 79-92. <https://periodicos.furg.br/redis/article/view/8529/6054>
- Varão, S. & Saraiva, C. (2019). Impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica – revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 41-48. [10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4572](https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4572)
- Vaz, R., Natário, A., Luiz, C. V., Carvalho, E., Oliveira, F., Maia, G., Cabral, J., Miguéns, J., Silveira, L., Sá, M. C., Resende, M. & Almeida, R. (2017). *Rede de referência hospitalar de neurocirurgia*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/RRH-Neurocirurgia-Para-CP-1.pdf>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. (3ª edição). Edições Sílabo.
- World Health Organization. (2021). *Cancer de mama agora forma mais comum de cancer: OMS tomando medidas*. <https://www.who.int/pt/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>
- World Health Organization. (2022). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>