

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

Sara Maria Simões Porto

**Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação à  
Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

Setembro 2024

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

Sara Maria Simões Porto

## **Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientador: Professora Teresa Silveira

Setembro 2024

## **Agradecimentos**

Antes demais gostaria de agradecer a todos os que de uma forma direta ou indireta me ajudaram a concretizar esta etapa da vida.

Em primeiro lugar, queria agradecer à Professora Teresa Silveira, pela sua inteira disponibilidade e partilha de conhecimentos, que em muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Quero agradecer ainda às minhas colegas e amigas Catarina Valentim, Carla Machado, Cláudia Ramos, Lucélia Andrade e Sara Fernandes, por todo o apoio, pelo carinho, pela disponibilidade, pela presença em todos os momentos ao longo destes último meses. Com elas tudo se tornou mais fácil.

Agradeço ainda a todos os meus supervisores clínicos, que me acolheram e que com toda a dedicação e profissionalismo me ensinaram e orientaram.

Por último, mas não em último, um agradecimento muito especial à minha família pelo carinho, pela incondicionalidade com que sempre me apoiaram. Sem eles não teria sido possível.

## Resumo

O contínuo incremento da atividade cirúrgica em Portugal, de 7% em 2022, surge no sentido de dar resposta às necessidades da população envelhecida e com incidência crescente de doença oncológica.

A cirurgia abdominal consiste num ato médico de grande impacto, capaz de transformações profundas, físicas e psicológicas, na vida da pessoa. As complicações pós-operatórias interferem negativamente na recuperação funcional, sendo as pulmonares as mais desafiantes para a saúde.

A teoria das transições de Afaf Meleis foi o referencial teórico que norteou este relatório. A problemática deste centrou-se na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, que visassem otimizar a capacidade funcional da pessoa submetida a cirurgia abdominal, ao longo do período peri-operatório. Como contributo realizou-se uma revisão *scoping* sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação na mobilização precoce.

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, dotado de competências específicas, capaz de cuidar da pessoa, ao longo de todo o seu ciclo de vida, transitoriamente incapacitada, a implementação estruturada e precoce de um programa de reabilitação, que contemple exercícios de reeducação funcional respiratória e motora, centrados tanto em intervenções terapêuticas como preventivas, com a finalidade de garantir a manutenção ou recuperação funcional e prevenir complicações pós-operatórias, promovendo ganhos em saúde como, incremento da independência, da autonomia, reduzindo o tempo de internamento, promovendo a qualidade de vida.

A elaboração deste relatório permitiu uma análise reflexiva, descrevendo e fundamentando, as intervenções implementadas no decorrer dos ensinamentos clínicos que conduziram ao desenvolvimento das competências comuns e específicas em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Cirurgia abdominal; Intervenções de Enfermagem.

## **Abstract**

The continuous increase in surgical activity in Portugal, of 7% in 2022, appears to respond to the needs of the aging population and with an increasing incidence of oncological disease.

Abdominal surgery consists of a medical procedure with great impact, capable of profound physical and psychological transformations in a person's life. Postoperative complications negatively interfere with functional recovery, with pulmonary complications being the most challenging for health.

Afaf Meleis' theory of transitions was the theoretical framework that guided this report.

This problem focused on identifying Rehabilitation Nursing interventions, which aimed to optimize the functional capacity of the person undergoing abdominal surgery, throughout the peri-operative period. As a contribution, a scoping review was carried out on rehabilitation nurse intervention in early mobilization.

The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, endowed with specific skills, capable of caring for the person, throughout their entire life cycle, who is temporarily disabled, is responsible for the structured and early implementation of a rehabilitation program, which includes exercises respiratory and motor functional re-education, focused on both therapeutic and preventive interventions, with the purpose of guaranteeing functional maintenance or recovery and preventing postoperative complications, promoting health gains such as increasing independence, autonomy, reducing hospitalization time , promoting quality of life.

The preparation of this report allowed a reflective analysis, describing and justifying the interventions implemented during clinical teaching that led to the development of common and specific skills in Rehabilitation Nursing.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Abdominal surgery; Nursing Interventions.

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ARISCAT	<i>Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia</i>
AVD	Atividades de Vida Diárias
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR	Medicina Física e Reabilitação
MRC	<i>Medical Research Council</i>
PTA	Prótese Total da Anca
PTJ	Prótese Total do Joelho
RFM	Reabilitação Funcional Motora
RFR	Reabilitação Funcional Respiratória
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RR	Reabilitação Respiratória
Rx	Radiografia
UC	Unidade de Convalescença
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
URR	Unidade de Reabilitação Respiratória

## Índice

<b>I. Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>II. Enquadramento Teórico .....</b>	<b>11</b>
<b>IV. Desenvolvimento de Competências.....</b>	<b>16</b>
<b>IV. 1. Unidade de Reabilitação Respiratória.....</b>	<b>17</b>
<b>IV. 2. Equipa Cuidados Continuados Integrados .....</b>	<b>27</b>
<b>IV. 3. Serviço de Medicina Física e Reabilitação .....</b>	<b>33</b>
<b>IV. 4. Serviço de Internamento de Ortopedia .....</b>	<b>40</b>
<b>IV. 5. Equipa de Coordenação Local .....</b>	<b>45</b>
<b>IV. 6. Competências de Mestre .....</b>	<b>53</b>
<b>VI. Considerações Finais.....</b>	<b>55</b>
<b>VII. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>58</b>

### Apêndices

**Apêndice A - Questões Orientadoras de Diagnóstico de Situação**

**Apêndice B – Respostas Orientadoras de Diagnóstico de Situação**

**Apêndice C – Folheto sobre: Capacitação Funcional da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal no Período Pré-operatório**

**Apêndice D – Grelha de Observação**

**Apêndice E – Plano de Cuidados RR à Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

**Apêndice F – Reflexão Crítica sobre : O papel do EEER da Prestação de Cuidados em Contexto de Cuidados Paliativos**

**Apêndice G – Folheto sobre: Mobilidade da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

**Apêndice H – Reflexão Crítica sobre : O Papel do EEER na Prestação de Cuidados à Criança com Doença Crónica**

**Apêndice I – Estudo de Caso de Enfermagem de Reabilitação em Neurologia**

**Apêndice J – Disreflexia Autonómica**

**Apêndice K – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Ortopneumatologia**

**Apêndice L – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na ECL 79**

**Apêndice M – Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Mobilização Precoce da Pessoa em Contexto de UCI: Revisão Scoping**

**Anexos**

**Anexo I – Certificado de Presença no 3º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação**

## I. Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa. O propósito consiste na análise da temática dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia, destacando o percurso desenvolvido no decorrer dos ensinamentos clínicos que permitiu a aquisição das competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A problemática deste relatório emerge da realidade vivenciada em contexto profissional, na qual a exigência de cuidados de enfermagem de reabilitação se torna premente, com o intuito de promover a qualidade de vida e o bem-estar ao crescente número de pessoas com patologia oncológica com necessidade de tratamento cirúrgico, particularmente no que concerne à cirurgia abdominal.

O envelhecimento populacional, evidente a nível mundial, representa um grande desafio para os cuidados de saúde, uma vez que se encontra diretamente relacionado com o número de novos casos de neoplasias (1,2). Em Portugal, a incidência da doença oncológica está abaixo da média da União Europeia, porém, o impacto da mesma na população torna-se preocupante, já em 2020 se previa cerca de 58 000 novos casos com um impacto de 30 000 mortes (3).

No sentido de dar resposta à necessidade da população e, assim, reduzir a lista de espera para cirurgia eletiva (uma das abordagens da doença oncológica) houve um incremento da atividade cirúrgica em Portugal, de 18,2% entre 2020/2021 (4). Este perfil manteve-se crescente em 2022, com um total de 1,1 milhões de cirurgias, ou seja 7 % mais do que no ano anterior, sendo a especialidade de Cirurgia Geral a terceira com mais intervenções (10,7 mil cirurgias) (5).

Secundário ao número crescente de cirurgias e simultaneamente a um aumento do índice de envelhecimento populacional, com maior prevalência de comorbilidade, torna-se crucial a presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER),

ao longo do período peri-operatório, visto ser o profissional de saúde dotado de competências específicas capaz de cuidar da pessoa, ao longo de todo o seu ciclo de vida, transitoriamente incapacitada, a recuperar a sua capacidade funcional e a promover a qualidade de vida (6,7).

Assim, este relatório pretende demonstrar um conjunto de intervenções de enfermagem de reabilitação que visam otimizar a capacidade funcional, motora e respiratória, da pessoa no período peri-operatório, a fim de reduzir o risco adicional de complicações cirúrgicas pós-operatórias e, simultaneamente, promover a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa submetida a cirurgia abdominal. A pertinência desta intervenção vai ao encontro das necessidades de investigação de carácter muito prioritário determinadas pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, evidenciando as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora e na função respiratória (8).

O objetivo geral deste relatório consiste em descrever e fundamentar as intervenções implementadas no decorrer dos ensinamentos clínicos que conduziram ao desenvolvimento das competências comuns e específicas em Enfermagem de Reabilitação (ER).

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos essenciais. O primeiro capítulo, o enquadramento teórico, contextualiza a temática e desenvolve os principais conceitos para a implementação deste relatório, recorrendo à evidência científica. Segue-se o segundo capítulo, o desenvolvimento de competências, subdividido por contexto clínico, no qual se apresenta, sumariamente, o local de estágio, o caminho traçado para o diagnóstico de situação, bem como se descreve, de forma fundamentada, tendo em vista a evidência científica, as atividades desenvolvidas e os seus critérios de avaliação, no sentido de alcançar os objetivos gerais e específicos de cada contexto clínico. Por fim, no último capítulo, destacam-se as considerações finais.

## II. Enquadramento Teórico

A cirurgia abdominal representa o ato cirúrgico que permite diagnosticar, corrigir ou tratar lesões ou doenças presentes nos órgãos da cavidade abdominal (9). Consiste num ato médico de grande impacto, capaz de causar transformações profundas na vida da pessoa, com repercussões significativas a nível físico e psicológico (10,11). A enfermagem de reabilitação enquanto especialidade visa, em colaboração com a pessoa, maximizar o seu potencial funcional, a sua independência e autoestima, ganhando desta forma, uma importância extrema neste momento crítico de transição (7).

As complicações pós-operatórias correspondem a qualquer tipo de disfunção, ocorrida no período pós-cirúrgico, associadas a uma doença ou alteração clínica relevante, com impacto negativo na recuperação da pessoa (12). As mais comuns, na pessoa submetida a cirurgia abdominal, abrangem a distensão abdominal, a trombose venosa profunda, as bridas intestinais (9,13), e as alterações pulmonares, nomeadamente atelectasia (12,14), infeção (9,12,13) pneumonia (12), derrame pleural (15), broncospasmo (12), hipoventilação (12) e falência respiratória (12). Contudo, as complicações pulmonares são citadas, pela maioria dos autores, como as mais prevalentes, em especial na cirurgia abdominal alta com uma prevalência entre 17% a 88% (12), e são também as mais desafiantes para a saúde, pelo impacto que apresentam na morbilidade, na mortalidade, no aumento do tempo de internamento (10) e nos custos em saúde (2,12,14,16–19). Conduzem como consequências alterações na dinâmica respiratória da pessoa, sendo observável uma redução da capacidade funcional residual e do funcionamento normal dos músculos respiratórios, em especial o diafragma (16), culminando na diminuição da capacidade vital, do volume corrente, do reflexo de tosse e da depuração mucociliar (16,19).

Existem importantes fatores, amplamente estudados, identificados e citados em diversos artigos, que incrementam o risco de complicações pulmonares pós-operatórias, encontrando-se em alguns artigos categorizados em fatores de risco intrínsecos, associados à pessoa e às suas comorbilidades, e cirúrgicos, relacionados com o procedimento cirúrgico (10,12,15,17,19–22). Devido ao impacto importante que estas

complicações apresentam, em especial na população mais vulnerável, foram desenvolvidas escalas preditivas do risco de desenvolvimento de complicações pulmonares no pós-operatório, após cirurgia abdominal, nomeadamente, a *Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia* (ARISCAT) (17,23) .

Neste sentido, compete ao EEER, detentor de um elevado nível de conhecimentos e experiência, estruturar um programa de reabilitação, que contemple exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e de Reeducação Funcional Motora (RFM) (10,12,19), englobando tanto intervenções terapêuticas, com a finalidade de garantir a manutenção ou recuperação das capacidades funcionais, como intervenções preventivas, focadas nos fatores de risco, com o intuito de prevenir complicações pós-operatórias (7), promovendo a recuperação pós-operatória e a qualidade de vida da pessoa.

Por forma a conseguir implementar um programa de reabilitação eficiente, este deverá iniciar-se o mais precocemente possível, garantindo a adesão da pessoa (15). Neste sentido, a intervenção do EEER deve ter início no primeiro contacto com a pessoa, ainda no período pré-operatório, e prolongar-se no período pós-operatório, até ao momento da alta (19,24).

O período pré-operatório é vivenciado pela pessoa como um momento de ansiedade, angústia, medo e receios. A otimização do seu estado emocional torna-se essencial para todo o processo de recuperação e adesão aos cuidados (11). Envolver a pessoa e a família no ensino pré-operatório adquire um papel de destaque com a finalidade de tranquilizá-la, esclarecendo medos e receios, através do fornecimento de informações dirigidas às suas necessidades. Concomitantemente, o EEER deve ter o cuidado de envolver a pessoa no seu processo de recuperação, ensinando-a, instruindo-a e treinando-a sobre técnicas de RFR e RFM a incorporar no período pós-operatório, a fim de consciencializá-la para os benefícios do cumprimento do programa, nomeadamente a redução do risco de complicações respiratórias e motoras e aceleração da recuperação funcional (15).

Ainda neste período, o conceito de pré-habilitação ganha relevo, relacionando-se com o processo de otimização da capacidade funcional e das reservas fisiológicas da pessoa, com o objetivo de melhorar o desempenho funcional pós-operatório. Relaciona-se simultaneamente com a prevenção e correção de alguns fatores de risco suscetíveis de complicações pós-operatórias. A sua implementação tem ganhos evidenciados na redução

de complicações e na aceleração da recuperação cirúrgica (2,25). As *guidelines* do protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) corroboram o supracitado, destacando *itens* chave a serem implementados no período pré-operatório, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, principalmente, à pessoa com elevado risco cirúrgico (24). Assim, o EEER fazendo uso dos seus conhecimentos e competências deve direcionar o plano de reabilitação tendo como foco a otimização de fatores de risco, identificados na avaliação inicial, que possam comprometer a capacidade funcional da pessoa no pós-operatório.

O período pós-operatório deve dar continuidade aos cuidados iniciados no pré-operatório. Contudo, o EEER deverá efetuar uma nova avaliação com a finalidade de ajustar o plano de intervenções ao estado clínico e funcional atual da pessoa (15).

A intervenção do EEER no período pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal, deve ser iniciado o mais precocemente possível, pelos ganhos significativos apresentados no controlo da dor, na melhoria da oxigenação, na redução dos níveis de ansiedade e na redução das complicações pós-operatórias (10).

Deve incluir intervenções de RFR que visem a otimização da função respiratória, através de exercícios que melhorem a ventilação e oxigenação, a reexpansão pulmonar, a limpeza das vias aéreas e o fortalecimento dos músculos inspiratórios, com a finalidade de reduzir os riscos de complicações pulmonares pós-operatórias, melhorar capacidade funcional e a qualidade de vida (15,19,26,27). Tais como, as técnicas de posição de descanso e relaxamento (reduzir a tensão muscular e promover o relaxamento); a consciencialização e controlo dos tempos respiratórios; reeducação abdomino-diafragmática e costal (reduzir o risco de atelectasia e infeções); a tosse com contenção da sutura; uso de dispositivos respiratórios.

O espirómetro de incentivo, consiste num dispositivo respiratório, utilizado com a finalidade de estimular inspirações profundas e lentas, promovendo inspirações máximas, com benefícios ao nível do recrutamento alveolar, reduzindo o risco de atelectasia, da reexpansão pulmonar (28) e desempenho dos músculos inspiratórios (19). Devido ao seu benefício estudo recomendam a sua utilização de forma consistente, ao longo de todo o período peri-operatório, com a finalidade de reduzir o risco de complicações pulmonares pós-operatórias (18).

Os dispositivos de treino dos músculos inspiratórios são dispositivos respiratórios que favorecem o desempenho dos músculos respiratórios, nomeadamente o diafragma, igualmente recomendado na prevenção do risco de complicações pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia abdominal (16).

Assim como, incluir intervenções de RFM que priorizem a maximização da função motora, prevenindo o descondicionamento físico secundário à imobilidade, tais como a mobilização no leito, o levante precoce, a deambulação e o exercício físico (15,19), reduzindo o risco de *delírium*, de fraqueza muscular, de íleos e anorexia, de hipotensão ortostática e de trombose venosa (9,13,26,29).

Neste sentido, a mobilização precoce da pessoa submetida a cirurgia abdominal consiste no ponto-chave para a reabilitação pós-operatória (9,13,29–31), encontrando-se incluído nas *guidelines* do protocolo ERAS como fortemente recomendada apesar da escassa evidência científica (26,32). Esta intervenção deve ser iniciada o mais cedo possível, quer nas unidades de cuidados intensivos quer nos serviços de internamento cirúrgico, após estabilidade clínica e respeitados os critérios de segurança (9), devido aos ganhos apresentados ao nível da recuperação funcional (9) e prevenção de complicações (30) tanto respiratórias (31) como motoras (26,32).

O tratamento cirúrgico consiste num momento de transição, frequentemente percecionado como negativo e angustiante, durante o qual a pessoa vivencia mudanças únicas em diversos aspetos da sua vida relacional, vendo por vezes alterados os seus papéis e a sua capacidade funcional existente até então (11). Segundo, Afaf Meleis, a transição caracteriza-se por ser um processo contínuo de mudança presente em vários momentos da vida de uma pessoa e, concomitantemente, perceciona-se como um processo psicológico, de reorganização interior, no qual a pessoa inicialmente se adapta à mudança e depois incorpora-a (33). Neste seguimento, considera-se processo de transição saúde-doença o mais prevalente, não excluindo a existência de outros, na pessoa submetida a um ato cirúrgico, na medida em que existe uma rutura no seu estado de saúde, levando a situações de incapacidade, potencialmente, transitórias (doença), que implica uma reorganização e adaptação da mesma. O EEER deve envolver-se no processo de transição vivenciado pela pessoa, por forma a atuar como facilitador. Neste sentido, deve identificar quais os fatores facilitadores ou inibidores do processo, nomeadamente pessoais, comunitários e sociais, intervindo em concordância (28).

Deste modo, segundo o referencial teórico de Afaf Meleis, a teoria das transições, dá suporte às intervenções do presente relatório, pois compete ao EEER, em articulação com a pessoa, ajudá-la a vivenciar o processo de transição saúde-doença de forma mais saudável, com o intuito terapêutico de alcançar a saúde e o bem-estar (33). Além do mais, vai ao encontro das competências específicas do EEER, cuja missão passa por maximizar as capacidades funcionais da pessoa, com limitação funcional, vítima de doença súbita ou crónica, por forma a potencializar a qualidade vida (6,7).

#### IV. Desenvolvimento de Competências

Conciliar a prática clínica com o processo de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem torna-se fulcral, visto tratar-se de um momento único e privilegiado, para a aquisição e aperfeiçoamento do conhecimento. Por um lado, pelas situações complexas e de grande diversidade vivenciadas e por outro, pelos momentos de reflexão crítica e de interação entre aluno, enfermeiro-orientador e professor (34). Neste sentido, com a finalidade de desenvolver competências comuns, específicas e de mestre, enquanto futura EEER, foram efetuados diversos estágios em diferentes contextos, bem como foi desenvolvida uma revisão *scoping*.

Neste capítulo, pretendo descrever os diversos locais de estágio bem como o percurso realizado para efetuar o diagnóstico de situação em cada local e, subsequente, o processo de desenvolvimento de competências, onde se discrimina ainda os objetivos gerais e específicos de cada local, com posterior análise crítica das atividades efetuadas tendo em consideração a evidência científica, assim como a aquisição de competências.

No primeiro módulo de estágio pretende-se que o enfermeiro desenvolva e aperfeiçoe os seus conhecimentos na área da reabilitação cardio-respiratória adquirindo assim novas competências enquanto EEER. Neste sentido, foram realizados quatro estágios em diferentes contextos, nomeadamente hospitalar, cuidados paliativos, comunidade e pediatria.

No segundo módulo de estágio pretende-se que o enfermeiro desenvolva e aperfeiçoe os seus conhecimentos na área da reabilitação à pessoa com patologia do foro neurológico, ortotraumatológico tal como, à pessoa inserida na comunidade, a fim de adquirir novas competências enquanto EEER, tendo sido realizados três estágios em diferentes contextos.

De forma transversal a todos os contextos definiu-se como objetivo específico: integrar a unidade de cuidados e conhecer a dinâmica organizacional, estrutural e funcional da instituição.

Com a finalidade de cumprir o objetivo, a primeira atividade efetuada relacionou-se com a observação da dinâmica funcional e organizacional do serviço, pelo que durante os primeiros dias foi possível acompanhar o enfermeiro-orientador durante a prestação de cuidados. Posteriormente, estabeleceu-se como segunda atividade, a realização da consulta de documentos e protocolos, pelo que foram consultados a maioria dos processos e protocolos essenciais ao exercício profissional, ao longo da primeira semana de estágio. O cumprimento desta atividade permitiu, por um lado, alargar o conhecimento sobre a dinâmica do serviço, por outro, assegurar uma prática profissional enquanto EEER, respeitando os princípios éticos e legais da instituição.

A implementação de uma prática profissional orientada segundo princípios éticos e legais, tornou-se preocupação transversal a todos os contextos. Como tal, as intervenções enquanto EEER respeitaram o primado do ser humano, priorizando o interesse e o bem-estar deste sobre o interesse da sociedade ou da ciência (35), assim como as obrigações profissionais e regras de conduta (35), pelo que as intervenções desenvolvidas e descritas neste relatório, incluindo as referentes à área de investigação, foram suportadas tendo em vista as normas e obrigações da profissão, e as regras de conduta, presentes quer no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) quer no Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros. Desta forma, foram assegurados, os princípios do dever de informação (artigo 105º do CDE), tendo sido prestados cuidados após consentimento livre e esclarecido da pessoa, da defesa da liberdade e da dignidade humana (n.º1 do artigo 99.º do CDE) , do direito à vida (artigo 103º do CDE), bem como do dever de sigilo (artigo 106º do CDE), preservando sempre a confidencialidade dos dados e o anonimato, através da ocultação e alteração das informações pessoais (36).

#### **IV. 1. Unidade de Reabilitação Respiratória**

O primeiro e o segundo campo de estágio direcionados à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação cardio-respiratória à pessoa adulta em contexto hospitalar e em cuidados paliativos, foram efetuados no período compreendido entre 4.12.2023 e

26.01.2024, na Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) num Hospital Central na zona de Lisboa.

Trata-se de um serviço que presta cuidados diferenciados na área da reabilitação respiratória (RR) a uma grande variedade de pessoas com diferentes patologias e graus de complexidade. Este serviço é composto por quatro unidades distintas e independentes, nas quais os cuidados são assegurados por EEER. No hospital de dia de asma e de fibrose quística, o EEER assegura a consulta de enfermagem realizando momentos de ensino, instrução e treino sobre gestão do regime terapêutico com foco em terapêutica inalatória e biológica específica, assim como por sessões de RFR a pessoas com fibrose quística. A URR de ambulatório e intra-hospitalar prestam cuidados de RFR à pessoa com alterações funcionais respiratórias. A primeira acolhe pessoas encaminhadas através da consulta externa, a segunda presta cuidados a pessoas internadas nos diferentes serviços do hospital. Em ambas as unidades, o EEER estrutura um programa de reabilitação individualizado, abrangendo a avaliação, o planeamento, a execução e, sempre que possível, a monitorização e a reavaliação.

Tendo em consideração que, frequentemente, os cuidados RR prestados neste serviço, se destinam a pessoas com doenças crónicas ou oncológicas acompanhadas por equipas de cuidados paliativos, torna-se pertinente incorporar o segundo contexto clínico, direcionado à prestação de cuidados de RR à pessoa em cuidados paliativos, neste mesmo local de estágio.

#### **IV. 1. 1. Diagnóstico de situação**

Este campo de estágio foi percecionado desde o início como bastante enriquecedor. Por um lado, trata-se de uma das maiores unidades de reabilitação respiratória de Lisboa que presta cuidados especializados às pessoas com doença respiratória crónica exacerbada, sendo que por outro, presta cuidados às pessoas internadas com alterações respiratórias agudas, sobretudo ao serviço de medicina e ao serviço de cirurgia geral. Conseguir integrar neste relatório o saber teórico-prático dos EEER, que diariamente prestam cuidados de reabilitação, à pessoa com alteração funcional (respiratória e motor), em

especial às pessoas internadas no serviço de cirurgia geral, tornou-se uma mais-valia. Neste sentido, numa primeira fase foi realizada a divulgação do projeto à enfermeira orientadora e, de forma construtiva, foram debatidas ideias sobre a temática. Desta abordagem sobressaiu a premente necessidade de incrementar a qualidade dos cuidados de reabilitação respiratória à pessoa submetida a cirurgia abdominal, no período pré-operatório, através da elaboração de um folheto orientador. A realização de exercícios de reabilitação motora e respiratória neste período é visto como essencial para potencializar a capacidade funcional da pessoa, no sentido de melhorar e acelerar o processo de recuperação pós-operatória (37). Por conseguinte, a criação e a implementação deste folheto representa um elevado contributo, tanto para o processo de recuperação funcional da pessoa como também para o enriquecimento do serviço e deste projeto.

Com a finalidade de orientar e, simultaneamente, enriquecer este folheto, tendo em vista as reais necessidades vivenciadas pelos EEER na prestação de cuidados de reabilitação respiratória à pessoa submetida a cirurgia abdominal na fase pré-operatória, realizaram-se, de forma informal, algumas questões aos EEER desta unidade (Apêndice A).

#### **IV. 1. 2. Aquisição de competências**

O primeiro campo de estágio efetuado na URR, tinha como objetivo geral: desenvolver competências enquanto EEER, na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de reabilitação respiratória. Com a finalidade de dar resposta ao objetivo geral foram desenvolvidos três objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico: promover a capacitação da pessoa submetida a cirurgia abdominal, contemplava a realização de três atividades interligadas.

A primeira atividade relacionava-se com a realização de um diagnóstico de situação aos EEER do serviço, através de conversa informal, sobre as principais limitações ou dificuldades, percecionadas pelos mesmos, na implementação de um programa de reabilitação respiratória à pessoa submetida a cirurgia abdominal. Sendo o seu critério de avaliação: elabora um diagnóstico de situação identificando as principais necessidades da

pessoa submetida a cirurgia abdominal, durante a implementação do programa de reabilitação respiratória.

Neste sentido, primeiramente, foi efetuado um diagnóstico de situação no serviço com o intuito de perceber quais as principais limitações ou dificuldades vivenciadas pelos EEER, na implementação de um programa de reabilitação respiratória à pessoa submetida a cirurgia abdominal, efetuando-se duas questões, de forma informal, a três EEER sobre a temática em análise (Apêndice B).

A primeira questão objetivava a identificação das intervenções que os EEER consideravam essenciais incorporar num programa de RR à pessoa submetida a cirurgia abdominal, no período pré-operatório. Em resposta à questão, as intervenções identificadas pelos três EEER relacionaram-se com o ensino, a instrução e o treino de técnicas de descanso e de relaxamento, de controlo dos tempos respiratórios, de tosse (dirigida, assistida e *huffing*) com contenção da sutura bem como com exercícios de reeducação abdomino-diafragmática. Posteriormente, dois dos três EEER destacaram ainda a importância da educação para a saúde, com ensinamentos dirigidos ao controlo da dor, posicionamentos no leito e mobilizações. Foram ainda elencadas como intervenções importantes, mas respondidas de forma singular pelos EEER: estabelecer uma relação de confiança; avaliar fatores de risco; ensinar sobre os tipos de anestesia e cirurgia, focando a explicação no que poderá encontrar, como o caso de sondas, suturas, drenos, etc.; ensinar, instruir e treinar exercícios de reeducação costal global e seletivo, bem como utilização de dispositivos como espirómetro de incentivo; ensinar sobre técnicas de conservação de energia e correção postural.

A segunda questão pretendia identificar quais as maiores dificuldades sentidas pela pessoa submetida a cirurgia abdominal na adesão ao programa de reabilitação, no período pós-operatório. Dos resultados obtidos, todos os EEER destacaram a dor como a maior dificuldade na implementação do mesmo. Posteriormente, o medo em tossir e mobilizar-se. Adicionalmente, foi referido por duas pessoas a importância dos ensinamentos no pré-operatório com a finalidade de controlar as dificuldades.

Interligando-se com a atividade anterior, a segunda atividade prendia-se com a elaboração de um folheto que contemplasse as necessidades previamente identificadas, sendo o seu critério de avaliação: elabora um folheto.

Assim, fazendo uso dos resultados anteriores e após conversas informais com a enfermeira-orientadora, nas quais se identificou o período pré-operatório como o mais preponderante para a capacitação da pessoa submetida a cirurgia abdominal, foi elaborado um folheto tendo por base as necessidades identificadas pelos EEER bem como o conhecimento científico sobre a capacitação funcional tanto respiratória como motora, da pessoa submetida a cirurgia abdominal, no período pré-operatório. Assim, o folheto é composto por dez capítulos diferentes, o primeiro focado no controlo da dor, visto ser considerado o pilar crucial para a implementação do programa de RR (15,17,19,38), o segundo dirigido à contenção da sutura abdominal (39), focando a sua importância ao longo de todo o processo de recuperação. Seguidamente, identificam-se exercícios de RFR (15,18,19,28), nomeadamente exercícios de controlo e dissociação de tempos respiratórios, de reeducação abdomino-diafragmática, de reeducação costal global, técnica de tosse com contenção sutura (39) e *huffing* (19,40) e utilização de espirómetro de incentivo (12,15,16,18,28). Posteriormente, apresentam-se exercícios de RFM (28,30,40–43) como mobilizações ativas, que deve iniciar de forma precoce, a técnica de posicionamento e levante, culminando com algumas recomendações gerais (Apêndice C).

Incorporar a prática baseada em evidência permite ao enfermeiro suportar a sua tomada de decisão através da utilização, de forma articulada, da evidência científica, da experiência profissional, das características da pessoa e do contexto (44). Neste sentido, a articulação da primeira atividade com a pesquisa desenvolvida neste projeto possibilitou a estruturação do folheto representado na segunda atividade. Com o intuito de promover a continuidade dos cuidados realizou-se, de forma informal, a divulgação do mesmo no serviço.

A capacitação consiste num processo de aquisição de conhecimentos, de habilidades e de recursos necessários para que a pessoa consiga fazer face à nova condição de vida, empoderando-a na tomada de decisão de forma autónoma (45).

Neste sentido, o processo de capacitação torna-se fundamental para o processo de transição saúde-doença. Por um lado, integrando a pessoa no seu processo de transição, consciencializando-a sobre a sua condição de saúde e as mudanças que lhe são inerentes. Por outro, providenciando ferramentas para enfrentar os desafios diário presentes nas transições.

Assim, todas as atividades desenvolvidas culminaram na elaboração de um folheto com exercícios essenciais para promover a capacitação da pessoa no período pré-operatório, com influência, subsequentemente, no processo de recuperação funcional no período pós-operatório. O folheto contribui ainda para a consciencialização do período pós-operatório e para a incorporação de estratégias facilitadoras dar resposta aos desafios do pós-operatório, atenuando as experiências vivenciadas neste período e, por conseguinte, fomentando o processo de transição saúde-doença.

A última atividade pretendia a divulgação do projeto no serviço, tendo sido enumerado como critério de avaliação: realiza uma sessão informal para partilha de conhecimento.

A divulgação do folheto não foi realizada de forma formal no serviço, tendo sido apenas partilhado o mesmo com a enfermeira orientadora e a enfermeira coordenadora, ficando para posterior aprovação.

De forma interligada, as três atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências enquanto EEER. Assim, aperfeiçoaram-se competências comuns no domínio da melhoria da melhoria contínua da qualidade, assegurando, enquanto EEER a mobilização de conhecimentos e habilidades referentes aos cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia abdominal, bem como promovendo a sua incorporação, no sentido de assegurar a melhoria contínua da qualidade (46). Adicionalmente possibilitaram o desenvolvimento de competências específicas relacionadas com a identificação das necessidades de intervenção das pessoas submetidas a cirurgia abdominal, no sentido de otimizar e reeducar a função a nível motor, respiratório e da realização de AVD, e ainda através da demonstração de conhecimentos tendo em vista a melhor evidência científica sobre as funções respiratória e motora (7).

O programa de ER de sucesso, centra-se em três componentes essenciais, nomeadamente a multidisciplinaridade, envolvendo diferentes e diversas áreas do conhecimento, a individualidade, sendo essencial uma avaliação personalizada dirigida às necessidades da pessoa, e os fatores físicos e sociais, implicando uma abordagem holística da pessoa, focando-se na avaliação, análise e resolução de problemas físicos, psicológicos, emocionais e sociais (19). Desta forma, os programas de RR devem integrar diferentes componentes, sendo os mesmos RFR, treino de exercício, educação e intervenção nutricional e suporte psicossocial. O EEER, “concebe, implementa e monitoriza planos

de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (7, p.1). Como tal, o segundo objetivo específico tinha como finalidade prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações agudas ou crónicas, do foro respiratório. Para atingir este objetivo foram elencadas duas atividades.

A primeira atividade consistiu na colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados especializados à pessoa com necessidades de reabilitação respiratória, tendo sido destacados dois critérios de avaliação, o primeiro: participa na prestação de cuidados a pelo menos duas pessoas por semana com patologia respiratória; o segundo: elabora uma grelha de observação do tipo *check list* sobre as principais intervenções do EEER no processo de capacitação funcional da pessoa submetida a cirurgia abdominal no período pós-operatório. Todas as atividades foram cumpridas.

No decorrer do estágio houve a oportunidade de implementar e acompanhar vários programas de RR. Tendo em consideração a individualidade de cada pessoa, os programas abrangeram exercícios de RFR, treino motor, educacional e de suporte psicossocial. Os planos de RR direcionaram-se, maioritariamente, à pessoa com doença respiratória crónica exacerbada, nomeadamente asma, DPCO e bronquiectasia, e à pessoa com doença respiratória aguda, sendo as necessidades de internamento mais frequentes relacionadas com derrame pleural, atelectasia e pneumonia.

A avaliação consiste numa das competências do EEER, sendo crucial para compreender o estado de saúde da pessoa, a fim de estruturar, de forma individualizada, o plano de RR (19). A avaliação funcional da pessoa é tanto subjetiva, através de entrevista dirigida à mesma, como objetiva, relacionada com o exame físico e os meios complementares de diagnóstico e de terapêutica (MCDT) (15). A utilização de instrumentos de avaliação uniformizados, tornam-se facilita este processo na medida em que por um lado descrevem de forma mais clara o estado de saúde da pessoa, como por outro facilitam a documentação e a continuidade aos cuidados especializados (47). A avaliação funcional ao longo deste estágio foi utilizada, numa fase inicial, para efetuar o diagnóstico de necessidades e, à posteriori, para monitorizar e reformular o programa de reabilitação. A avaliação funcional respiratória foi o foco *major* deste contexto, pelo que me permitiu aperfeiçoar os conhecimentos e competências em diversos aspetos, nomeadamente a interpretação de MCDT, como radiografia (Rx) e tomografia computadorizada (TAC) ao

tórax, a auscultação pulmonar, a inspeção e a palpação torácica, bem como a utilização de alguns instrumentos de recolha de dados específicos, tais como a escala de *Borg* modificada e a escala de força *Medical Research Council* (MRC).

De forma a enriquecer a intervenção, foi desenvolvida uma grelha de observação do tipo *check-list* sobre as intervenções do EEER no processo de capacitação funcional da pessoa submetida a cirurgia abdominal no período pós-operatório (Apêndice D).

Ainda com o intuito de cumprir o objetivo específico, foi delineada como segunda atividade a participação na avaliação, planeamento, execução, monitorização e reformulação de um programa de reabilitação individualizado dirigido à pessoa submetida a cirurgia abdominal, que tinha como critérios de avaliação: elabora um plano de cuidados. Considera-se o objetivo cumprido.

O plano de cuidados é um instrumento incorporado na prática de cuidados de enfermagem, com influência evidente na qualidade da prestação de cuidados (48). Consiste num instrumento estruturado facilitador da tomada de decisão, sendo assim uma ferramenta transversal à prestação de cuidados em enfermagem. Este deve ser estruturado tendo em consideração o diagnóstico de problemas reais ou potenciais, identificados na avaliação funcional da pessoa, seguindo, posteriormente, as diversas fases desde o planeamento, à implementação, monitorização e reformulação do conjunto de intervenções específica de ER, concebidas tendo em vista a resolução das necessidades prévias. O plano de cuidados contempla assim um conjunto individual e detalhado de intervenções de ER tendo em vista a capacitação funcional e a prevenção de complicações, incrementando a qualidade de vida da pessoa, a reintegração e a participação social (28).

Os processos de enfermagem devem ser concebidos fazendo uso de uma linguagem padronizada e universal, pelas suas vantagens na integração da informação clínica da pessoa nas bases de dados em saúde, na simplificação do acesso, na extração e análise de dados, bem como na divulgação do conhecimento na área de enfermagem (28,48). Assim, o plano de cuidados apresentado foi desenvolvido com recurso ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, que incorpora linguagem CIPE.

Devido à organização do serviço, o acompanhamento do programa de RR à pessoa submetida a cirurgia abdominal não foi regular, pelo que não foi possível monitorizar, reformular e avaliar os ganhos em saúde do plano de cuidado implementado. Contudo, foi possível compreender quais as necessidades mais prementes desta população.

O plano de cuidados apresentado em apêndice (Apêndice E), reflete os cuidados de ER prestados a uma pessoa com o diagnóstico recente de derrame pleural, após realização de um *sleeve* gástrico complicado de fístula entérica. Os cuidados prestados iniciaram-se através de uma avaliação de ER completa e dirigida à identificação de problemas reais, fatores facilitadores e dificultadores, com a finalidade de elaborar um programa de RR individualizado, promotor da recuperação funcional e da qualidade de vida. Neste sentido, as intervenções de EEER objetivaram o controlo da dor, a recuperação funcional, com foco na melhoria do padrão respiratório e na manutenção e recuperação da força muscular, assim como a readaptação à nova condição de saúde, através de estratégias de reeducação para o esforço.

Tal como evidenciado na literatura, a dor é um fator de risco que eleva a prevalência de complicações pós-operatórias (15,17,19,38). Assim, controlar a dor e todo o desconforto multifatorial apresentado pela pessoa no pós-operatório torna-se fulcral. Neste sentido, corroborando os resultados dos questionários aplicados aos EEER, o controlo da dor revelou-se como a intervenção chave para o sucesso do programa de RR, apresentado. A dor pleurítica e abdominal, não controlada, limitou em algumas situações o processo de adesão ao programa de RR. Deste modo, foram promovidos ensinamentos sobre técnicas promotoras do alívio da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, enfatizando a necessidade do cumprimento das mesmas, a fim de poder obter-se ganhos em saúde.

A implementação deste programa de RR, dirigido tanto à aquisição de conhecimentos, com o esclarecimento de dúvidas e de receios, identificados como fatores dificultadores, como a capacitação para a realização de atividades planeadas, através da instrução e de treino de exercícios de RFR e RFM, permitiu o empoderamento, a tomada de decisão do Sr. I. e subsequentemente, a sua adesão ao programa de RR, tendo o mesmo sido realizado gradualmente, de forma autónoma, consistente e consciente. Como tal, podemos concluir que a intervenção de EEER focada na aquisição de conhecimentos e na capacitação, contribuíram para a consciencialização do Sr. I. sobre o seu estado de saúde e a mudança

naturalmente necessária, bem como para poder capacitá-lo na gestão da nova condição de vida, para que o processo de transição saúde-doença, pudesse dar-se de uma forma mais saudável e consistente.

Neste sentido, podemos concluir que intervenção do EEER focada na aquisição de conhecimentos e na capacitação, contribuíram para a consciencialização do Sr. I., nomeadamente, sobre o seu estado de saúde e a mudança daí inerente, bem como para o seu progressivo e consistente empoderamento da sua nova condição e gestão de vida, no sentido de em última instância, conseguir alcançar uma transição saúde-doença mais serena e saudável.

Assim, o cumprimento destas duas atividades fez transparecer a importância que este campo de estágio representou no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas enquanto EEER, tendo sido possível ir ao encontro das três competências específicas. Iniciando-se pela avaliação funcional a nível motor, respiratório, recorrendo ao uso de diversas escalas para orientar a identificação de necessidades e subsequentes focos de intervenção, sustentando a tomada de decisão. Seguidamente, procedeu-se à elaboração de planos de cuidados dirigidos às necessidades evidenciadas, incorporando e implementando intervenções relacionadas com o processo de capacitação, bem como intervenções dinâmicas, mais focadas no âmbito da reeducação funcional respiratória e motora, promovendo a maximização da funcionalidade. Utilizou-se diferentes recursos facilitadores do processo de transição (7).

O terceiro objetivo específico: identificar as intervenções do EEER nos cuidados à pessoa em cuidados paliativos, tinha como atividade a participação na prestação de cuidados especializados à pessoa em contexto paliativo. O critério de avaliação desta atividade compreendeu: elabora uma reflexão segundo o ciclo de *Gibbs*. (Apêndice F).

Este objetivo específico foi alcançado, visto ter sido efetuada uma reflexão crítica, segundo o ciclo de *Gibbs*, sobre a intervenção do EEER na prestação de cuidados à pessoa em contexto de cuidados paliativos. A reflexão crítica torna-se importante para o desenvolvimento individual uma vez que requer uma estruturação mental e uma consciencialização sobre a experiência vivenciada, permitindo a clarificação da realidade, a sensibilização e a criação de estratégias para situações futuras (49).

Neste sentido, todo este processo reflexivo foi fundamental para criar uma nova percepção sobre a extensão e a crucial intervenção do EEER nos cuidados à pessoa em situação paliativa. Deste forma, concluiu-se que a intervenção do EEER deve ter início precoce (50), contemplando uma prestação de cuidados de reabilitação holísticos, tendo em vista as necessidades físicas, emocionais e sociais, envolvendo tanto a pessoa como a família, bem como ser focada nas reais necessidades sentidas e vivenciadas pela pessoa, naquele momento de vida (51,52). As intervenções de RR, são consideradas como uma linha de tratamento não farmacológico importante para controlar o sofrimento (53). Deve visar a maximização da funcionalidade da pessoa, proporcionando dignidade e autonomia, minimizando os sintomas promotores de sofrimento, incluindo estratégias de apoio emocional e psicossocial à pessoa e à família, com a finalidade de garantir o bem-estar e a qualidade de vida de todos (28,50,52).

Tendo em vista a temática do relatório e considerando que a cirurgia abdominal se caracteriza por ser uma das linhas de tratamento para pessoas com diagnóstico de doença oncológica, e uma vez que o acompanhamento deve ser efetuado o mais precocemente possível, partilhar conhecimentos e estratégias que poderão ser mobilizadas ao longo de todo o processo de transição saúde-doença, torna-se uma mais valia, no sentido de permitir uma harmonização das experiências vivenciadas ao longo das diferentes etapas do processo, contribuindo para a promoção da qualidade de vida.

A realização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas enquanto EEER, permitindo identificar fatores facilitadores e inibidores, no contexto de vida da pessoa, que interferem com a independência na realização das AVD, assim como avaliar os aspetos psicossociais que comprometem os processos adaptativos e de transição saúde-doença. Foi igualmente possível compreender o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa (7).

#### **IV. 2. Equipa Cuidados Continuados Integrados**

Com o intuito de desenvolver competências específicas, na prestação de cuidados de RR à pessoa inserida na comunidade e à criança/família, o terceiro e quarto campo de estágio,

foram efetuadas na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Lisboa, no período compreendido entre 29.01.2024 e 19.02.2024.

A ECCI incorpora uma equipa multidisciplinar, composta por três enfermeiros, sendo dois EEER e um enfermeiro especialista em saúde mental, médicos de Medicina Geral e Familiar, um psicólogo e duas assistentes sociais. A equipa é responsável pela prestação de cuidados de saúde primários e de apoio social à pessoa que não requer internamento hospitalar, mas que, conseqüente à sua condição de vida, apresenta-se incapaz de se deslocar de forma independente ao centro de saúde. Tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde domiciliários a pessoas com dependência funcional, doença terminal ou em situação de convalescença, assegurando cuidados médicos e de enfermagem de natureza preventiva, curativa, paliativa e de reabilitação. Maioritariamente, os EEER são responsáveis por dar continuidade ao processo de reabilitação iniciado em ambiente hospitalar e, concomitantemente, por assegurar a recuperação funcional, a adaptação à nova condição de vida e à reinserção social da pessoa. A prestação de cuidados da ECCI não se cinge unicamente à pessoa adulta, tendo a seu cuidado três crianças com doenças crónicas, acompanhadas pelos cuidados paliativos, onde os EEER desempenham um papel essencial de acompanhamento e de reabilitação funcional da criança e da família. Como tal, foi desenvolvido neste campo de estágio a prestação de cuidados de reabilitação cardiorrespiratória em contexto comunitário tanto ao adulto como à criança.

#### **IV. 2. 1. Diagnóstico de situação**

O encaminhamento da pessoa para recuperação funcional motora ou respiratória após uma cirurgia abdominal é, segundo a enfermeira-orientadora, algo pouco comum neste serviço. Pelo que a divulgação deste projeto e, particularmente, a realização de um folheto promotor da recuperação funcional da pessoa submetida a cirurgia abdominal no regresso a casa foi visto, tanto pela enfermeira coordenadora como pela enfermeira-orientadora, como uma oportunidade de enriquecimento para o serviço. Através de conversas informais com os EEER, foram identificadas as necessidades de maior relevância a incluir no folheto, a fim de direcioná-lo à realidade vivenciada na comunidade.

#### **IV. 2. 2. Aquisição de competências**

O segundo campo de estágio efetuado na ECCI, tinha como objetivo geral: desenvolver competências enquanto EEER, no âmbito da capacitação da pessoa com limitação de atividade em contexto comunitário. Com o intuito de dar resposta ao objetivo geral foram desenvolvidos três objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico: promover a capacitação da pessoa submetida a cirurgia abdominal no regresso ao domicílio, contemplava a realização de três atividades, encontrando-se todas interligadas.

A primeira atividade relacionava-se com a realização de um diagnóstico de situação aos EEER do serviço, através de conversas informais, sobre as principais limitações ou dificuldades, percecionadas pelos mesmos, na implementação de um programa de reabilitação respiratória à pessoa submetida a cirurgia abdominal. Definiu-se para esta atividade o seguinte critério de avaliação: elabora um diagnóstico de situação permitindo o levantamento das necessidades da pessoa submetida a cirurgia abdominal no regresso ao domicílio.

Inicialmente, através de conversas informais com a equipa, evidenciou-se a premente necessidade em aprofundar o conhecimento na área da capacitação da pessoa submetida a cirurgia abdominal no regresso ao domicílio. Segundo o enfermeiro supervisor, a grande maioria das necessidades correlacionam-se com a recuperação funcional, dirigida especificamente à RFM.

Interligando-se com a atividade anterior, esta atividade previa a elaboração de um folheto que contemplasse as necessidades previamente identificadas, sendo o seu critério de avaliação: elabora um folheto.

O folheto elaborado foi dirigido às necessidades evidenciadas pelo enfermeiro supervisor e coordenador e às encontradas na evidência científica. Fazia referência inicial à importância do controlo respiratório. Em seguida, direcionava para exercícios de RFM (28,30,40–43), nos quais se introduziam técnicas de mobilização no leito com contenção da sutura, exercícios promotores da recuperação funcional no leito e em ortostatismo,

bem como a importância da realização de caminhadas. O folheto terminava ainda com algumas recomendações gerais sobre o pegar em pesos, a importância da contenção da ferida operatória abdominal nas diferentes atividades do cotidiano e, por fim, na gestão do esforço e da dor durante o exercício (Apêndice G).

A última atividade pretendia a divulgação do projeto no serviço, tendo sido enumerado como critério de avaliação: realiza uma sessão informal para partilha de conhecimento.

Esta última atividade foi efetuada no último dia de estágio, tendo sido feita a divulgação do folheto na reunião multidisciplinar semanal, com *feedback* positivo de todos os elementos. Neste sentido, o primeiro objetivo específico foi atingido com sucesso.

Os folhetos elaborados apresentam-se como uma ferramenta importante para o processo de capacitação da pessoa, sendo um complemento ao ensino, à instrução e ao treino de exercícios de RFM, essenciais para a recuperação funcional, a reintegração e a participação social, garantindo a qualidade de vida. Assim como, contribui para a melhoria da prestação de cuidados através da promoção do conhecimento na equipa de ECCI.

As três atividades contribuíram, simultaneamente, para o desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto EEER, sendo sobreponíveis às adquiridas e mencionadas no estágio anterior.

O segundo objetivo específico: prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações agudas ou crónicas, do foro respiratório, tinha como atividade prevista a colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados especializados à pessoa com limitação de atividade, tendo sido destacado como critérios de avaliação: participa na prestação de cuidados a pelo menos duas pessoas por semana com limitação da atividade, em contexto domiciliário.

A concretização deste objetivo específico foi alcançada, uma vez que tive a oportunidade de elaborar, implementar e avaliar um programa de reabilitação, nomeadamente treino de AVD, a pelo menos duas pessoas por semana, em contexto de reabilitação domiciliária, incluindo uma pessoa em período de recuperação após cirurgia abdominal.

O desafio do EEER integrado na ECCI consiste em compreender os processos de transição saúde-doença e as necessidades da pessoa, família ou cuidador. O mesmo deve desenvolver intervenções na perspectiva de promover a recuperação e o bem-estar bem como no sentido de empoderá-los e capacitá-los a lidar com a nova condição de vida (28). Durante a prestação de cuidados evidenciou-se o importante papel que o EEER, em ECCI, desempenha no sentido de conseguir assegurar os cuidados transicionais entre o hospital e o domicílio. Estes cuidados referem-se a um conjunto de intervenções que permitem garantir a continuidade dos cuidados de saúde entre os diferentes níveis de cuidados (54). Em ECCI, o EEER é responsável por, juntamente com a assistente social, efetuar uma visita domiciliária, no espaço de tempo mais célere possível, após a transferência do hospital para o domicílio. A primeira visita caracteriza-se como fundamental para o sucesso do processo de recuperação e torna-se assim facilitadora do processo de transição saúde-doença.

Nas visitas iniciais observadas, o EEER é responsável por fazer uma avaliação holística das necessidades da pessoa, avaliando aspetos físicos, psicológicos e sociais, tanto da pessoa como do prestador de cuidados, recorrendo ao uso de instrumentos de recolha de dados, nomeadamente, a escala de *Borg* modificada, de força MRC, de *Zarit*. Após esta avaliação são delineados objetivos e elaborado um plano de reabilitação e treino de AVD, em conjunto com a pessoa e o prestador de cuidados, a fim de responder às necessidades e desejos dos mesmos. Ao longo da implementação do plano, vários são os momentos de partilha de conhecimento, de instrução e de treino a ambas, de forma a capacitá-los e empoderá-los na tomada de decisão de futuros desafios em saúde.

Todo este processo vivenciado e experienciado na ECCI, transparece o envolvimento fulcral do EEER como facilitador e simplificador do processo de transição saúde-doença. O EEER nesta equipa encontra-se inserido no processo de transição saúde-doença, com a finalidade de identificar quais os fatores pessoais, comunitários e sociais, facilitadores e inibidores do processo, para poder intervir em conformidade com os mesmos, tal como preconiza Meleis na sua teoria. Adicionalmente, o EEER desempenha um papel crucial na consciencialização da pessoa e da família para a nova condição de vida, através de momentos de capacitação. Segundo Meleis a consciencialização é essencial pois só pode existir envolvimento da pessoa no seu processo de recuperação, se esta estiver presente (28).

No decorrer do estágio, foram prestados cuidados a duas pessoas num programa de reabilitação após cirurgia abdominal. Apesar de apresentarem graus de dependência diferentes, o foco major de reabilitação prendia-se com a recuperação funcional motora. Deste modo, o plano de reabilitação elaborado teve como intervenções de reabilitação: o fortalecimento muscular, através da realização de exercícios músculo-articulares passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos; o treino de equilíbrio em pé; o treino de marcha com dispositivo auxiliar (andarilho); o treino de autocuidados com contenção da ferida operatória e o ensino sobre reeducação ao esforço.

Este local de estágio tornou-se enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional, visto ter conseguido implementar todas as etapas do processo de reabilitação, apesar de não ter sido de forma completa a todas as pessoas, devido à curta duração do mesmo.

Assim, o cumprimento desta atividade relevou-se crucial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências específicas enquanto EEER, conseguindo ir ao encontro dos três domínios de competências. Inicialmente através da avaliação funcional a nível motor, respiratório e de autocuidado, recorrendo ao uso de escalas diversas fundamentais para conseguir determinar as necessidades e focos de intervenção, assegurando uma tomada de decisão adequada. Posteriormente, procedeu-se à elaboração de planos de cuidados dirigidos às necessidades evidenciadas, incorporando e implementando intervenções relacionadas com o processo de capacitação, tanto da pessoa como do prestador de cuidados, bem como intervenções dinâmicas, mais focadas no âmbito da maximização da funcionalidade, através de treino motor e treino de AVD, utilizando diferentes recursos facilitadores do processo de transição, terminando, sempre que possível, com a monitorização e reformulação das terapêuticas de enfermagem implementadas (7).

O terceiro objetivo específico: identificar as intervenções do EEER nos cuidados à pessoa em contexto pediátrico, tinha como atividade a participação na prestação de cuidados especializados à pessoa em contexto pediátrico. O critério de avaliação desta atividade compreendeu: elabora uma reflexão segundo o ciclo de *Gibbs*.

Este objetivo específico foi alcançado, visto ter sido efetuada uma reflexão crítica, segundo o ciclo de *Gibbs*, sobre o papel do EEER na prestação de cuidados à criança e à família com doença crónica (Apêndice H). O processo reflexivo tornou-se fundamental

para pensar criticamente sobre os principais cuidados de reabilitação prestados à criança, tendo facilitado a identificação de alguns aspetos menos positivos assim como estratégias de resolução das mesmas em situações futuras. Possibilitou ainda a aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados do EEER à criança e à família com doença crónica e ver o papel do EEER como elemento crucial e facilitador do processo de transição saúde-doença (28,45,55). Ressalvam-se como conclusões major deste processo reflexivo a crucial importância da díade criança e família, incorporando na prestação cuidados de reabilitação o processo de capacitação da família, com o intuito de empoderar a mesma para a avaliação, a tomada de decisão e para a prestação de cuidados de saúde adequados e seguros no quotidiano (28,45,56), assim como assegurar que a criança e a família se encontram integradas numa equipa multidisciplinar, por forma a garantir a prestação de cuidados de saúde mais diversa e especializada ao longo do desenvolvimento da mesma. Traduz-se como igualmente premente lembrar que a criança com paralisia cerebral deve ser acompanhada por um EEER, no sentido de assegurar a prestação de cuidados de reabilitação, individualizados e adaptados aos diferentes estadios de desenvolvimento, promovendo a recuperação funcional, prevenindo e atuando precocemente em situações de exacerbação, fomentando a adaptação à nova condição de vida, e incrementando assim a qualidade de vida de ambos (57,58).

As competências, comuns e específicas, desenvolvidas com a realização desta atividade sobrepõem-se às mencionadas no estágio anterior.

### **IV. 3. Serviço de Medicina Física e Reabilitação**

O primeiro estágio do Modulo II, cuja finalidade consistia no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências enquanto EEER na área neurológica, realizou-se no serviço de internamento de Medicina Física e Reabilitação (MFR), num Hospital Central na zona de Lisboa, no período compreendido entre 03.03.2024 e 12.04.2024.

Esta unidade é composta por uma equipa multidisciplinar alargada, que engloba enfermeiros generalistas e especialistas, cerca de um terço com funções de especialista

em reabilitação, médicos especialistas em fisioterapia, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e psicólogos.

No momento de admissão no serviço, a pessoa é avaliada pelo médico fisiatra que identifica as necessidades de tratamento e articula com as restantes especialidades nomeadamente fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional, com a finalidade de abranger diferentes áreas de intervenção essenciais para a maximização do processo de reabilitação da pessoa. Simultaneamente, o EEER realiza também uma avaliação com o intuito de delinear um plano de reabilitação individualizado, que posteriormente é divulgado a todos os elementos da equipa de enfermagem.

As pessoas internadas neste serviço apresentam a necessidade de cuidados de reabilitação intensiva, de forma a promover a sua capacidade funcional e a obter ganhos ao nível da autonomia e da independência. Assim, as mesmas, realizam sessões de fisioterapia bi-diária, à exceção do fim-de-semana, bem como efetuam diariamente sessões de terapia ocupacional e/ou terapia da fala, de acordo com as necessidades demonstradas. Adicionalmente, diariamente, o EEER presta cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os diagnósticos, das pessoas internadas neste serviço, com maior incidência relacionam-se com doenças do foro neurológico nomeadamente acidente vascular cerebral, lesões medulares e doenças neuromusculares. Em menor número são ainda internadas pessoas com incapacidade funcional secundária a internamentos prolongados.

#### **IV. 3. 1. Diagnóstico de situação**

Após uma conversa informal com a enfermeira orientadora, delineou-se como pertinente para este percurso a elaboração de um estudo de caso, cujo grande contributo consiste na realização de uma avaliação neurológica completa e na aplicação de instrumentos de recolha de dados essenciais para documentação e monitorização dos cuidados prestados pelo EEER, bem como a identificação dos seus ganhos em saúde.

#### **V. 3. 2. Aquisição de competências**

O terceiro campo de estágio efetuado no serviço de MFR, tinha como objetivo geral: desenvolver competências enquanto EEER, no âmbito da capacitação funcional da pessoa com alterações neurológicas. Com o intuito de dar resposta ao objetivo geral foram elencados dois objetivos específicos.

Para o primeiro objetivo específico: prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade por alterações do foro neurológico, foram delineadas três atividades específicas com três critérios de avaliação correspondentes, que foram cumpridos, pelo que o objetivo foi superado.

A primeira atividade consistiu na colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados especializados à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade por alterações do foro neurológico, sendo determinado como critério de avaliação: participa na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pelo menos três pessoas com alterações do foro neurológico, no decorrer do estágio.

Devido à organização do serviço, tornou-se possível prestar cuidados de reabilitação, de forma planeada e individualizada, a três pessoas com diferentes patologias do foro neurológico. Inicialmente, participou-se no acolhimento e avaliação neurológica de uma pessoa com indicação para realização de um programa de reabilitação intensiva, após ter sido submetido a exéreses de lesão ocupante de espaço frontal direito. Seguidamente, houve a oportunidade de acompanhar este caso durante duas semanas, pelo que foi possível planear e implementar um programa de reabilitação dirigido às necessidades identificadas na avaliação inicial. Posteriormente, foram prestados cuidados de reabilitação a uma pessoa com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico, do território da artéria cerebral média esquerda, durante três semanas. Nos últimos dias de estágio, foram prestados cuidados de ER a uma pessoa com lesão medular incompleta, após discectomia cervical, tendo sido incorporada na avaliação a aplicação da escala *ASIA*, fundamental para caracterizar o tipo de lesão e identificar as limitações funcionais, de modo a poder adequar-se o programa de reabilitação. As oportunidades acima mencionadas possibilitaram aperfeiçoar a avaliação da pessoa enquanto EEER, bem como desenvolver programas de reabilitação tendo em consideração diferentes necessidades, tornando este estágio bastante enriquecedor e completo.

O exame neurológico, realizado na avaliação inicial, consiste numa das etapas cruciais de um programa de reabilitação, possibilitando o diagnóstico das necessidades da pessoa e que se compreenda as alterações cognitivas da mesma, de forma a individualizar o programa de reabilitação. Esta etapa tem um impacto direto no sucesso do programa de reabilitação implementado uma vez que possibilita a adaptação da abordagem às limitações existentes, facilitando a aprendizagem e a aquisição de novas competências (59).

Incluir o exame neurológico na avaliação inicial de uma pessoa submetida a cirurgia abdominal, torna-se igualmente relevante. Os métodos anestésicos e analgésicos utilizados e investigados com a finalidade de controlar a dor no pós-operatório são diversos. Os mesmos, utilizam diferentes vias neurológicas, centrais ou periféricas, que permitem bloquear temporariamente a percepção neurológica do estímulo doloroso (38). Assim, a avaliação neurológica realizada pelo EEER à pessoa submetida a cirurgia abdominal no período pós-operatório torna-se essencial pois fornece informação valiosa sobre o estado neurológico da pessoa, despistando possíveis complicações neurológicas, bem como auxilia na implementação de um programa de reabilitação mais individualizado.

A segunda atividade objetivava a identificação dos instrumentos de recolha de dados mais utilizados na avaliação da pessoa com alterações do foro neurológico e a terceira a participação na avaliação, planeamento, execução, monitorização e reformulação de um programa de reabilitação individualizado dirigido à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade. Ambas as atividades tinham como critério de avaliação a elaboração de um estudo de caso. Considera-se cumprido o objetivo.

Os estudos de caso em enfermagem visam aprofundar os conhecimentos na área da saúde, divulgando, de forma descritiva e reflexiva, as estratégias que melhor contribuem para a melhoria da prestação de cuidados, após análise dos problemas reais ou potenciais e das necessidades de um indivíduo, família ou comunidade, tornando-se fundamental suportar a tomada de decisão em enfermagem (60). Adicionalmente é percebida como um contributo na promoção do conhecimento e do crescimento da profissão (61).

Destaca-se neste estudo de caso a realização de intervenções de EEER fundamentais para o processo de recuperação funcional da pessoa, após diagnóstico de AVC isquémico no

território da artéria cerebral média esquerda. Inicialmente, procedeu-se à avaliação detalhada da pessoa, com a finalidade de identificar os problemas reais ou potenciais, assim como os fatores facilitadores e inibidores do processo de transição saúde-doença, essenciais para orientar o programa de reabilitação. Neste sentido, efetuou-se um plano de cuidados com foco no fortalecimento muscular para aumento da funcionalidade do hemicorpo direito, na re aquisição de equilíbrio em ortostatismo e potencial progressão para re aquisição de marcha, no controlo do tónus muscular, na maximização da independência na realização das AVD. Foram incorporadas intervenções específicas de ER, nomeadamente exercícios de mobilizações passiva, em padrão anti-espástico ao nível dos segmentos do hemicorpo afetado, de auto-mobilização dos membros superiores, bem como de rolamentos, de carga no cotovelo e de ponte terapêutica, no leito. Posteriormente, foram implementados exercícios de treino de equilíbrio, de marcha e de AVD. O programa de reabilitação implementado obteve ganhos em saúde significativos, ao nível da força muscular, equilíbrio e realização de AVD, que foram quantificados e documentados através de recurso a diferentes escalas de avaliação. Identificar a família como elemento facilitador do processo de transição saúde-doença, assim como integra-la na prestação de cuidados, foi visto como fulcral para alcançar ganhos funcionais, bem como contribuiu para a melhoria da qualidade de vida tanto da família como da própria pessoa (Apêndice I).

A realização deste estudo de caso tornou-se crucial para conseguir aprofundar, refletir e sistematizar os conhecimentos e competências adquiridas, enquanto EEER na prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas. Adicionalmente, considera-se transversalmente relevante para qualquer contexto clínico, uma vez que permitiu conhecer e aplicar diferentes tipos de instrumentos de recolha de dados importantes para a elaboração, documentação e monitorização de um programa de reabilitação, assim como executar uma avaliação neurológica detalhada.

Ambas as atividades efetuadas para dar resposta ao objetivo específico foram cruciais para aperfeiçoar grande parte das competências específicas atribuídas ao enfermeiro de reabilitação. Desde a avaliação funcional a nível motor, sensorial, cognitivo, respiratório, e do autocuidado, recorrendo à utilização de escalas diversas para identificar as de necessidades da pessoa e os subsequentes focos de intervenção, suportando assim a tomada de decisão. Posteriormente procedeu-se à elaboração de planos de cuidados

dirigidos às necessidades identificadas, incorporando e implementando intervenções relacionadas com a transmissão de conhecimento e aprendizagem de competências (capacitação), bem como intervenções dinâmicas, no âmbito da reeducação funcional e da maximização da funcionalidade, através de treino motor, utilizando diferentes recursos facilitadores do processo de transição, terminando, sempre que possível, com a monitorização e reformulação das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas (7).

O segundo objetivo específico consistiu em promover a mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa com limitação da atividade por alterações do foro neurológico. Para este objetivo específico foi delineada como atividade: capacitação da pessoa ou prestador de cuidados, sobre cuidados seguros no regresso ao domicílio, com um critério de avaliação, sendo o mesmo: participa na capacitação de, no mínimo, duas pessoas ou prestadores de cuidados, sobre cuidados seguros no regresso ao domicílio. Considera-se que o critério de avaliação foi cumprido com sucesso.

Capacitar a pessoa ou o prestador de cuidados implica que as intervenções do EEER tenham como foco a partilha de conhecimento, através do ensino, e a aprendizagem de capacidade, através da instrução e treino, objetivando o empoderamento, a tomada de decisão e a ação, de forma que se sintam capazes de ultrapassar os desafios inerentes à sua nova condição de vida (45). Neste sentido, torna-se competência do EEER capacitar a pessoa com limitação da atividade, no contexto de alterações neurológicas, e o prestador de cuidados, com vista a promover a qualidade de vida e facilitar o processo de transição saúde-doença.

Desta forma, durante a prestação de cuidados tornou-se oportuno participar no projeto interno do serviço, que contemplava diferentes momentos de capacitação do prestador de cuidados com o intuito de empoderá-lo a lidar com a nova condição de saúde da pessoa, num ambiente favorável à aprendizagem. Este projeto é integrado o mais precocemente possível, de forma a agilizar o processo de transição saúde-doença, assim como garantir a prestação de cuidados adequados e seguros, na transição para o domicílio, algo que é proporcionado à pessoa ainda durante o internamento. Assim, planearam-se sessões de ensino sobre prevenção do risco de queda e intervenções dirigidas à instrução e ao treino de marcha e de subir e descer escadas. Em todas as sessões avaliou-se o conhecimento sobre a temática bem como as condições do domicílio para dirigir o ensino às mesmas.

Quanto ao ensino sobre prevenção do risco de queda partilharam-se informações sobre medidas preventivas, tendo em consideração fatores de risco físicos, ambientais e psicológicos, nomeadamente os cuidados a ter em caso de queda. Nas sessões de capacitação realizadas sobre o treino de marcha e de subir e descer escadas foram, inicialmente, realizadas instruções sobre estratégias adequadas para ajudar o seu familiar a executar as atividades, de forma segura, seguindo-se alguns minutos de treino. No final apurou-se alguma apreensão quanto ao retornar a casa, que foi sendo colmatada através de sessões de treino efetuadas no período de visita. A ida a casa foi efetuada de forma adequada e segura, com impacto positivo na satisfação, na confiança e no bem-estar, tendo sido reiterado por ambos a vontade de regressar na próxima oportunidade.

Independentemente da natureza da transição, as vivências experienciadas ao longo do processo são complexas, pelo que a consciencialização deve ser o foco prioritário de intervenção do EEER (28). Neste sentido, a atividade desenvolvida foi fundamental para que o prestador de cuidados compreendesse a situação clínica e as mudanças inerentes, permitindo avaliar o grau de consciencialização do mesmo. Assim, a implementação precoce deste projeto de capacitação torna-se essencial para promover uma transição mais tranquila e saudável. Neste processo específico de transição saúde-doença, foi possível identificar como fator facilitador o apoio do prestador de cuidados e como fator dificultador o desconhecimento e a subsequente apreensão. Em condordância com os fatores identificados, implementaram-se diferentes terapêuticas de enfermagem, anteriormente descritas, com sucesso, tendo sido apurado como padrão de resposta positivos o aumento da confiança do prestador de cuidados, bem como o sentir-se parte integrante neste processo.

Ainda neste contexto clínico foi possível participar no processo de capacitação de uma pessoa com lesão medular com nível neurológico acima de T6. O mesmo objetivava a transmissão de conhecimentos e a aquisição de competências tendo em vista a disreflexia autonómica, um quadro clínico de início súbito, desencadeado pela presença de um estímulo nocivo, que quando não diagnosticado ou tratado atempadamente, resulta em risco de vida, nomeadamente AVC, convulsões e morte (62–64). Neste sentido, a intervenção do EEER tinha por finalidade, inicialmente, avaliar o conhecimento da pessoa e, posteriormente, empoderá-la e capacitá-la sobre a temática, promovendo uma ação segura e atempada em caso de necessidade e, conseqüentemente contribuir para a

vivência do processo de transição saúde-doença de forma mais saudável e segura. Neste sentido, foi criado um documento captativo e perceptível, de fácil leitura (Apêndice J).

Deste forma, considera-se que a atividade desenvolvida consistiu numa mais-valia, transversal a qualquer contexto clínico, sendo igualmente fulcral para a aquisição de competências enquanto EEER. Neste sentido, foi possível ir ao encontro da competência específica que compreendem a capacitação da pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação à reinserção social e exercício da cidadania. Desenvolveram-se competências no âmbito do planeamento e execução de programas de treino de AVD, com a finalidade de adaptação à nova condição de vida, fomentando a autonomia, a independência e a qualidade de vida. Realizaram-se intervenções dirigidas ao ensino do prestador de cuidados sobre técnicas e tecnologias específicas de autocuidado, assim como treino direcionado às suas necessidades. Avaliaram-se as condições ambientais, como as barreiras arquitetónicas no domicílio, intervindo no sentido de as eliminar ou alterar de forma adaptada à situação clínica, reduzindo assim a ocorrência de eventos adversos e promovendo um ambiente seguro (7).

#### **IV. 4. Serviço de Internamento de Ortopedia**

O quarto campo de estágio tinha como finalidade desenvolver e aperfeiçoar as competências enquanto EEER na prestação de cuidados em contexto ortotraumatológico, foi efetuado num serviço de internamento de Ortopedia, num Hospital Central na zona de Lisboa, no período compreendido entre 15.04.2024 e 17.05.2024.

Na sua maioria, este serviço, presta cuidados a pessoas submetidas a cirurgia eletiva do foro ortopédico. No entanto, esporadicamente, recebe também pessoas do foro ortotraumatológico, encaminhadas pelo Serviço de Urgência. É constituído por uma equipa alargada, composta tanto por enfermeiros generalistas como por especialistas, sendo destacado um elemento especialista em ER para a prestação de cuidados exclusivos de reabilitação no turno da manhã e no turno da tarde.

Ao nível da cirurgia eletiva destacam-se as artroplastias da anca e do joelho (prótese total da anca - PTA e prótese total do joelho - PTJ) como sendo as cirurgias mais frequentes, apesar de existirem pessoas esporadicamente internadas para correção cirúrgica de patologia do ombro. A prestação de cuidados de reabilitação, no turno da manhã, é efetuada em parceria com os fisioterapeutas do serviço sendo, no turno da tarde, assegurada exclusivamente pelo EEER. A grande área de atuação do EEER prende-se com a reabilitação motora precoce da pessoa submetida a PTA e PTJ, cujo tempo de internamento em média ronda três a quatro dias.

#### **IV. 4. 1. Diagnóstico de situação**

Nos primeiros dias de estágio, tal como definido no plano de atividades, foi divulgado o projeto individual ao enfermeiro supervisor clínico, que após discussão e reflexão sobre a temática achou pertinente a elaboração de um plano de cuidados, tendo em vista o programa de reabilitação motora desenvolvido no serviço.

#### **IV. 4. 2. Aquisição de competências**

Este quarto campo de estágio efetuado no serviço de Ortopedia, tinha como objetivo geral: desenvolver competências enquanto EEER no âmbito da capacitação funcional da pessoa com alterações do foro ortotraumatológico. Com o intuito de dar resposta ao objetivo geral foi delineado como objetivo específico: prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade submetida a cirurgia ortopédica.

Com a finalidade de alcançar o objetivo específico anterior foram realizadas duas atividades. A primeira atividade: colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados especializados à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade submetida a cirurgia ortopédica, que tinha como critério de avaliação: participa na

prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, a pelo menos três pessoas por semana, submetidas a cirurgia ortopédica.

Esta atividade foi alcançada na medida em que ao longo das semanas, em colaboração com o enfermeiro orientador, foi possível prestar cuidados de reabilitação a mais de três pessoas submetidas a cirurgia ortopédica. A grande maioria das intervenções de ER foram dirigidas à pessoa submetida a artroplastia da anca e do joelho, com ênfase nos cuidados de reabilitação no período pós-operatório. Foi possível participar na implementação de programas de reabilitação com priorização de intervenções de ER dirigidas à educação (ensino) e à capacitação (instrução e treino) funcional. Os programas de reabilitação tinham como foco de atenção, tal como contemplado na evidência científica, a mobilização precoce, pelo que o levante era efetuado às 24 e às 48 horas (65,66), após a confirmação radiológica da colocação da prótese e por indicação clínica, assim como, um plano inicial de RFM, com exercícios de contração isométrica (abdominais, glúteos, quadríceps e abdutores) e de mobilização passiva do membro inferior operado, de acordo com o grau de tolerância da pessoa (65,67). Posteriormente realizaram-se exercícios de treino de equilíbrio, de transferências, de andar com auxiliar de marcha e de AVD (66–68). Ainda nesta fase eram promovidos momentos de ensino sobre controlo da dor (65,67,69) e prevenção de complicações pós-operatórias, com especial atenção aos movimentos anti luxantes. A progressão no programa de reabilitação tinha em atenção o estado clínico da pessoa bem como o grau de tolerância e participação, sendo o objetivo major a capacitação funcional, a readaptação e a participação social com vista a incrementar a qualidade de vida.

Esta prática clínica permitiu intervir, enquanto EEER, em diferentes fases do processo de recuperação funcional da pessoa submetida a cirurgia ortopédica, no período pós-operatório. A consciencialização das distintas fases do processo de reabilitação e dos resultados espetáveis para cada uma foi importante, para estabelecer planos de cuidados que preveem intervenções e resultados realistas, assim como, para identificar e ponderar a existência de possíveis problemas na evolução espetável da pessoa. Neste seguimento, e articulando com o projeto desenvolvido que diz respeito às intervenções do EEER à pessoa submetida a cirurgia abdominal, torna-se importante ressaltar que o mesmo se caracteriza igualmente, por um processo de reabilitação, com fases distintas, pelo que conhecê-las tornar-se-á crucial para facilitar o processo de transição saúde-doença.

A segunda atividade: a participação na avaliação, planejamento, execução, monitorização e reformulação de um programa de reabilitação individualizado, dirigido à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade, no período pós-operatório de cirurgia ortopédica. Apresentava como critério de avaliação: elabora de um plano de cuidado de ER.

O plano de cuidados desenvolvido foi concebido tendo em consideração a evidência científica, desde a avaliação específica do EEER e o subsequente diagnóstico de problemas potenciais e reais o planejamento detalhado de intervenções de ER, com identificação dos resultados esperados assim como, o tempo previsível para a obtenção dos mesmos e, por fim, a implementação das intervenções delineadas. Não foi possível efetuar a monitorização e a reformulação do mesmo, pela impossibilidade de fazer uma nova reavaliação, devido ao curto tempo de internamento. Adicionalmente, o plano de cuidados apresentado foi desenvolvido com recurso ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, que incorpora linguagem CIPE.

Esta atividade foi superada, visto ter sido desenvolvido um plano de cuidados dirigido à pessoa submetida a artroplastia da anca. Derivado ao curto tempo de internamento, este plano de cuidados é referente apenas ao trabalho desenvolvido com a pessoa, no segundo dia de pós-operatório, pelo que não foi incorporada a monitorização e a reformulação das intervenções de ER (Apêndice K).

O plano de cuidados visou a implementação de um conjunto de intervenções específicas enquanto EEER, tendo em vista o seu processo de recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida. Priorizou uma abordagem que integrasse tanto aspetos físicos, nomeadamente exercícios de RFM, como aspetos psicológicos através da implementação de estratégias motivacionais, promovendo a participação da pessoa no seu próprio processo de recuperação.

Ressalva-se como ganhos obtidos, o trabalho desenvolvido com a pessoa, ensinando, instruindo e treinando competências individuais, com o intuito de empoderá-la, capacitá-la e consciencializá-la do seu papel crucial, enquanto elemento promotor da continuidade do sucesso do plano de reabilitação e facilitador do seu processo de transição saúde-doença. Considera-se ainda importante o trabalho efetuado com a pessoa, no sentido do

controle a dor, intervindo ao nível da dor física, do conforto e da satisfação pessoal, contribuindo, deste modo, para a maximização do seu processo de recuperação e incrementação da qualidade de vida.

Considero que a elaboração estruturada, planeada e detalhada das intervenções de enfermagem de reabilitação, foram cruciais para conseguir suportar a tomada de decisão, tendo em vista a melhor prestação de cuidados, influenciando positivamente o processo de transição saúde-doença, vivenciado pela pessoa no período de recuperação pós-operatória.

Tendo em vista o trabalho realizado, nas duas atividades, considera-se terem sido acrescidas competências comuns de especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Agregar a evidência científica atual à prática enquanto especialista na área de reabilitação esteve patenteada ao longo do percurso, efetivando uma prestação, adequada e segura, em cuidados de reabilitação. O plano de cuidados apresentado surgiu como uma oportunidade de aprendizagem, permitindo analisar, de forma crítica, a situação vivenciada (46).

Igualmente alcançadas foram as competências de especialista, visto terem sido prestados cuidados especializados à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade com necessidades especiais, a fim de maximizar a sua capacidade funcional, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação social. Neste sentido, foram aperfeiçoadas competências no que diz respeito à avaliação funcional (excetuando a sexualidade) e subsequente diagnóstico de problemas reais e potenciais, estruturando as necessidades de intervenção de forma hierarquizada. Foram ainda concebidos e implementados planos de intervenção, bem como identificados os seus resultados espectáveis, orientados para promover e reeducar as funcionalidades alteradas. Os planos incluíram, maioritariamente programas RFM, treino de marcha e treino de AVD. Foram desenvolvidas estratégias adaptadas às necessidades, tal como identificadas barreiras, que comprometessem a mobilidade e a participação social, pelo que foram incorporadas ajudas técnica mais adequadas. Estiveram sempre presentes intervenções direcionadas ao ensino, instrução e treino, com a finalidade de assegurar a continuidade de cuidados, bem como a transição e a adaptação à nova condição de saúde (7).

Como atividade complementar, no decorrer do período de realização deste campo de estágio, foi possível assistir ao 3º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação. Um congresso onde foram partilhadas diversos projetos efetuados no âmbito da reabilitação respiratória em Portugal. Integrado no congresso, foi possível assistir a um *workshop* sobre a prova de marcha de seis minutos, um instrumento que permite avaliar, documentar e monitorizar a capacidade funcional submáxima da pessoa, frequentemente utilizado em pessoas com patologia respiratória ou cardíaca (Anexo A).

#### **IV. 5. Equipa de Coordenação Local**

O último local de estágio objetivava o desenvolvimento de competências enquanto futura EEER na prestação de cuidados em contexto comunitário, desenvolvido na Equipa de Coordenação Local (ECL) da zona de Lisboa e Vale do Tejo, no período compreendido entre 20.05.2024 e 26.07.2024.

A ECL é uma equipa multidisciplinar constituída por elementos da área da saúde, no mínimo um médico, um enfermeiro especialista em reabilitação, comunitária ou médico-cirúrgica, e um elemento da área social, pelo menos um técnico superior. A ECL representa o terceiro nível de coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo responsável pela articulação com a Equipa de Coordenação Regional da respetiva região e com as diversas entidades da sua área geográfica nomeadamente equipas de referenciação, Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A ECL detém ainda a responsabilidade de avaliar os pedidos de ingresso na RNCCI das pessoas cuja morada preferencial corresponda à sua região de coordenação. Preconiza-se que a avaliação seja multidisciplinar, englobando o foro social e da saúde, de forma a identificar as necessidades de cuidados e alocar a pessoa à tipologia de cuidados da rede mais adequada. Nesta fase, o EEER apresenta um papel de extrema relevância, no que diz respeito à avaliação da capacidade funcional e do potencial de reabilitação, auxiliando na interpretação e esclarecimento de instrumentos de recolha de dados, bem como na

pertinência do plano individual de intervenção, favorecendo assim o adequado percurso da pessoa na RNCCI e, subsequentemente, a obtenção de ganhos funcionais.

A ECL é ainda responsável por acompanhar e garantir a qualidade dos cuidados prestados pelas UCCI e ECCI da sua área, assegurando momentos de auditoria e reuniões de discussão de casos.

#### **IV. 5. 1. Diagnóstico de situação**

Na ECL, desenvolver e aperfeiçoar as competências, enquanto EEER, consistiu numa oportunidade não contemplada no início deste projeto, pelo que se tornou essencial a realização de momentos de discussão e reflexão, com o supervisor clínico, com o intuito de compreender o papel do EEER na mesma.

O EEER na ECL não presta cuidados diretos à pessoa com necessidades especiais. Contudo, desempenha um papel crucial na fase de transição de cuidados entre os cuidados hospitalares e os cuidados saúde primários. As competências especializadas do EEER na avaliação funcional, na identificação das necessidades de cuidados de reabilitação e na avaliação do potencial de reabilitação, para posterior encaminhamento para a tipologia da RNCCI mais adequada, detêm um impacto direto na continuidade do processo de reabilitação, na aquisição de ganhos funcionais e na promoção da qualidade de vida. Assim, fazendo uso do seu papel de avaliador e consultor na equipa multidisciplinar, com o intuito de melhorar o processo de avaliação funcional e o subsequente correto encaminhamento na RNCCI, principalmente em situações de ausência do EEER, foi sugerido pelo supervisor clínico a criação de um documento de consulta rápida, de acesso a todos os elementos da equipa, com os instrumentos de recolha de dados mais utilizados nas avaliações de saúde (médica, enfermagem ou fisioterapia).

Considerando o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento da população, bem como a necessidade de cuidados continuados após eventos agudos, nomeadamente as intervenções cirúrgicas, torna-se cada vez mais importante o correto encaminhamento da pessoa para as unidades ou equipas especializadas da RNCCI, de forma a recuperar ou manter a funcionalidade, a autonomia

e a qualidade de vida após a alta hospitalar (70,71). Uma vez que os cuidados de reabilitação não cessam no momento da alta hospitalar, torna-se crucial encaminhar a pessoa, de forma a garantir a continuidade destes cuidados. Assim, conhecer a RNCCI, a sua missão, as diferentes respostas de cuidados existentes, as suas características de cuidados, os critérios de referência bem como o percurso efetuado desde a referência até à alocação numa das equipas, traduziu-se como fundamental para o presente projeto, pelo que, por sugestão da enfermeira supervisora e da coordenadora, foi elaborado um documento sobre o funcionamento da RNCCI com fluxogramas de consulta rápida.

#### **IV. 5. 2. Aquisição de competências**

Este quinto local de estágio, realizado na ECL, apresentava como objetivo geral desenvolver competências enquanto EEER no âmbito da integração e do acompanhamento da pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). De forma a dar resposta ao objetivo geral desenvolveram-se dois objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico elencado, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados na ECL, encontra-se diretamente relacionado com os resultados obtidos no diagnóstico de situação efetuado nas primeiras semanas de estágio. Para atingir este objetivo foram realizadas três atividades, cujos critérios de avaliação foram alcançados.

A primeira atividade contemplava a realização de um diagnóstico de situação aos EEER do serviço, através de uma conversa informal sobre quais as principais limitações ou dificuldades sentidas pela equipa multidisciplinar, e de que forma poderia contribuir para a sua melhoria. Neste sentido, estabeleceu-se como critério de avaliação: elabora um diagnóstico de situação, identificando as necessidades evidenciadas pela equipa multidisciplinar, tendo sido alcançado com sucesso. Tal como supracitado, o enfermeiro supervisor identificou como pertinente a realização de um documento de consulta que contemplasse os instrumentos de recolha de dados mais frequentemente nos diversos momentos de avaliação multidisciplinar. Adicionalmente, a enfermeira coordenadora

sugeriu a realização de um instrumento que facilitasse o encaminhamento correto da pessoa para a tipologia da RNCCI mais adequada.

Assim, estabeleceu-se como segunda atividade, a elaboração de um documento orientador com as necessidades identificadas no ponto anterior, cujo critério de avaliação se definiu por: elabora um documento que dê resposta às necessidades evidenciadas pela equipa multidisciplinar. Considera-se que o objetivo desta atividade foi atingido. Foi efetuado um documento único, com um primeiro capítulo intitulado “uma breve revisão sobre a RNCCI”, que descreve, de forma simples e sucinta, o percurso da pessoa na RNCCI, desde a proposta de referenciação para ingresso até à sua alocação, complementado com fluxogramas facilitadores da interpretação dos procedimentos mais importantes, dos quais se destaca o fluxograma referente ao momento da avaliação e alocação da pessoa à tipologia mais adequada às suas necessidades. Posteriormente, foi elaborado um capítulo com o objetivo de evidenciar o papel do EEER na ECL, visto ter sido um dos principais contributos desta prática clínica para o este percurso. Por fim, foi realizado um último capítulo com os instrumentos de recolha de dados mais relevantes e frequentemente utilizados nos momentos de avaliação. Este capítulo originou cartões de consulta rápida disponíveis no serviço para facilitar a análise das situações (Apêndice L).

Por fim, a última atividade desenvolvida consistiu na divulgação do documento junto da equipa multidisciplinar, tendo como critério de avaliação: realiza uma sessão informal para divulgação do documento e partilha de conhecimento. Considera-se esta atividade cumprida. Na última semana de estágio, tive ainda a oportunidade de realizar uma reunião informal, tendo obtido *feedback* verbal positivo por parte da equipa.

O trabalho desenvolvido para alcançar este objetivo específico tornou-se bastante enriquecedor para o percurso enquanto EEER. Por um lado, foi sintetizado e estruturado os conhecimentos adquiridos, ao longo das semanas de estágio, num documento simples e de consulta rápida, com instrumentos facilitadores e promotores do eficaz percurso da pessoa na RNCCI. Por outro lado, desenvolveram-se competências comuns do enfermeiro especialista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Inicialmente com o diagnóstico de situação foi possível identificar défices do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Posteriormente todas as outras atividades realizadas, permitiram suportar a prática clínica em evidência científica, atuando como dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no

contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde e, concomitantemente, contribuindo para a renovação do conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (46).

O segundo objetivo específico, assegurar a continuidade dos cuidados de saúde à pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade, enquanto EEER na ECL, foi atingido com sucesso, na medida em que foram cumpridos os critérios de avaliação delineados para as duas atividades específicas elencadas.

A primeira atividade apresentava como propósito a participação, enquanto EEER, nos diferentes momentos de avaliação multidisciplinar da pessoa com incapacidade ou limitação da sua atividade, sendo o critério de avaliação: participa nos três diferentes momentos de avaliação multidisciplinar: propostas de referenciação para ingresso, reavaliação das propostas de referenciação e avaliação da prorrogação do tempo de internamento.

De forma a alcançar o objetivo específico proposto, tornou-se fulcral, primeiramente, conhecer o funcionamento da RNCCI, bem como reconhecer as funções da ECL, em particular o papel do EEER na mesma (Apêndice L).

A ECL, onde foi efetuado estágio, dá resposta às propostas de referenciação para ingresso na RNCCI geral, participando no processo de avaliação dos pedidos cuja proposta de tipologia para ingresso na rede abrangem as Unidades de Convalescença (UC), as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), as Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e as Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Todas estas tipologias prestam um conjunto de cuidados específicos, contudo existem três aspetos diferenciadores entre tipologias, importantes para o correto encaminhamento na RNCCI. O primeiro aspeto diferenciador relaciona-se com a capacidade de assegurar a prestação de cuidados necessários no domicílio, permitindo diferenciar a alocação nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) ou em ECCI. O segundo aspeto prende-se com a identificação da necessidade de cuidados de reabilitação funcional, funcional intensiva ou de manutenção, bem como com o tempo previsível de recuperação ou aquisição de ganhos funcionais previstos (70,71). Assim, tendo em vista as considerações supracitadas, a presença do EEER em todos os processos de avaliação torna-se essencial, visto ser o profissional com competências específicas para avaliar a

funcionalidade, interpretar os diferentes instrumentos de recolha de dados utilizados nas avaliações clínicas e esclarecer sobre qual o potencial de reabilitação da pessoa, assegurando tanto a alocação da pessoa na tipologia mais adequada (72), como o eficaz funcionamento da RNCCI.

Neste sentido, apesar do EEER na ECL não prestar cuidados diretos à pessoa, detém uma função crucial enquanto avaliador e consultor na equipa, favorecendo o correto encaminhamento da pessoa na RNCCI e, conseqüentemente, potencializando os ganhos funcionais e de qualidade de vida da mesma. Assim, integrar a ECL e participar em 216 momentos de avaliação distintos nomeadamente 137 primeiras avaliações de proposta de referenciação, 53 reavaliações e 26 pedidos de prorrogação em UMDR, permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar competências além da prestação de cuidados diretos, fomentando a análise, o pensamento crítico e a tomada de decisão enquanto EEER. Os momentos de avaliação realizados são suportados nas avaliações descritivas efetuadas por diversos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais, de diferentes áreas como Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia ou Medicina Interna, que empregam na sua avaliação instrumentos de avaliação uniformizados, com o intuito de transmitir de forma clara o estado de saúde da pessoa (47), o que tornou necessário aprofundar o conhecimento sobre os diferentes instrumentos de recolha de dados relevantes para efetuar uma avaliação exímia como EEER, bem como mobilizar os diversos conhecimentos adquiridos ao longo dos restantes estágios. Assim, ao longo deste estágio, foi possível utilizar vários instrumentos de recolha de dados, essenciais para suportar a minha tomada de decisão enquanto EEER na equipa multidisciplinar, particularmente no que concerne a avaliação da funcionalidade, a identificação de necessidades da pessoa e a avaliação do potencial de reabilitação. Simultaneamente, foi gradualmente possível responsabilizar-me pela área de intervenção enquanto EEER na ECL, especialmente no que concerne a execução de funções de consultoria técnico-científica na minha área de intervenção, promovendo momentos de discussão, reflexão crítica e tomada de decisão.

A atividade supracitada permitiu desenvolver competências comuns como enfermeira especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na medida em que, nos diversos momentos de avaliação, foi possível realizar tomadas de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicos em vigor. As tomadas de decisão efetuadas, em equipa multidisciplinar, foram suportadas no juízo baseado no

conhecimento e experiência, construídas em equipa, sendo selecionadas as respostas mais apropriadas, tendo em vista o leque de opções existentes. Progressivamente, com o decorrer das semanas, tornou-se possível liderar os processos de tomada de decisão ética na área de reabilitação, por ter contribuído na recolha de informação para análise dos fundamentos das tomadas de decisão suscitando, conseqüentemente, a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. Foram igualmente desenvolvidas competências no domínio da gestão de cuidados, no que diz respeito à otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, uma vez que, em colaboração com a enfermeira supervisora, foi disponibilizada assessoria à equipa não especialista na área de reabilitação, bem como colaboração nas tomadas de decisão em saúde (46).

As competências específicas do EEER, desenvolvidas nesta atividade, relacionam-se com a capacidade de avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam a limitação da atividade e a incapacidade da pessoa, em particular no que diz respeito à avaliação do risco de alteração da funcionalidade; de recolher informação pertinente e utilização de escalas e instrumentos de medida; de avaliar o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa, com ênfase na funcionalidade e na autonomia (7).

Com o intuito de responder de forma completa ao primeiro objetivo específico proposto, tornou-se fundamental compreender e participar na maioria das atividades desenvolvidas pelo EEER na ECL. Assim, definiu-se uma segunda atividade específica, dirigida à observação do papel do EEER no acompanhamento das diferentes tipologias existentes na RNCCI, com o seguinte critério de avaliação: participa enquanto EEER no acompanhamento das diferentes tipologias da RNCCI, incluindo, pelo menos, dois momentos de aplicação da grelha de acompanhamento à unidade.

O Enfermeiro especialista na ECL, para além das funções supracitadas enquanto avaliador e consultor, exerce simultaneamente um papel preponderante na articulação e coordenação dos recursos (UCCI e ECCI) da sua área geográfica (70). Compete-lhe o acompanhamento e supervisão das UCCI, realizando reuniões mensais de discussão de casos, bem como momentos de auditoria trimestrais, aplicando uma grelha de avaliação, intitulada de grelha de acompanhamento à unidade, com a finalidade de assegurar o cumprimento dos contratos e a utilização adequada dos recursos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados na RNCCI (70,72).

No decorrer deste estágio, tive a oportunidade de participar em momentos de acompanhamento às UCCI (UMDR e ULDM), com o intuito de avaliar aspetos referentes à organização, ao funcionamento e à prestação de cuidados. Assim, com o objetivo de recolher informação criteriosa para a obtenção de resultados fidedignos, procedi à realização de três métodos diferentes de recolha de dados (73). Em primeiro lugar, a consulta de documentos, procedendo à auditoria de dois processos de forma aleatória, tanto na plataforma da RNCCI, como em processo físico, com o intuito de avaliar o cumprimento dos requisitos preconizados pela RCCNI, que visam a prestação de cuidados continuados, com reavaliação multidisciplinar periódica, e integrados, envolvendo no plano individual de intervenção tanto a pessoa como o familiar ou o cuidador informal (73). De seguida, foi realizada a observação direta da unidade, dando ênfase às condições físicas, aos recursos humanos e à prestação de cuidados e, concomitantemente, foram realizadas entrevistas informais individuais e em grupo, tanto aos profissionais de saúde como aos utentes da instituição. No final, teve lugar um momento reflexivo e de partilha de resultados, onde a perspetiva especializada dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar foram essenciais para assegurar a missão e os princípios da RNCCI que compreendem a reabilitação, a readaptação e a reinserção social, a provisão e a manutenção de conforto e de qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (70). Considero que esta experiência se traduziu como crucial para integrar a teoria do funcionamento da RNCCI com a realidade vivenciada nas unidades da mesma, identificando assim, oportunidades de melhoria para assegurar a prestação de cuidados de qualidade.

Neste sentido, colaborar com a ECL nos momentos de acompanhamento às unidades, revelou-se uma mais-valia no que diz respeito ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas enquanto EEER. Assim, desenvolveram-se competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, pela colaboração em atividades na área da qualidade com outras instituições, pelo uso de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade, pela utilização de instrumentos adequados à avaliação da prestação de cuidados, bem como pela participação em auditorias clínicas. No momento final da partilha de resultados e divulgação de sugestões de melhoria, foi possível desenvolver competências relacionadas com a identificação de oportunidades de melhoria (46). No que concerne as competências específicas, foram realizados momentos de observação das condições físicas e arquitetónicas, com o intuito

de melhorar a mobilidade e a segurança da pessoa com limitação da sua atividade, pelo que foram desenvolvidas competências relacionadas com a promoção de ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade e a identificação de barreiras arquitetónicas (7).

Considero que foi uma mais-valia terminar o desenvolvimento de competências enquanto EEER, na prestação de cuidados integrados na ECL, visto ser uma equipa da RNCCI com um papel preponderante na continuidade de cuidados, funcionando como promotor da transição saúde-doença, da pessoa em situação de dependência. No caso particular da pessoa submetida a cirurgia abdominal, a grande necessidade de cuidados após a alta hospitalar, torna-se crucial compreender o funcionamento da RNCCI, bem como assegurar o encaminhamento para a tipologia de cuidados mais adequado às suas necessidades.

#### **IV. 6. Competências de Mestre**

A obtenção do grau de mestre pressupõe que a pessoa apresente conhecimentos desenvolvidos e aprofundados, assim como capacidades de compreensão diferenciadas, fundamentais para o desenvolvimento de estudos de investigação. Exige ainda que a pessoa seja capaz de mobilizar estes conhecimentos, de forma a enfrentar situações novas e complexas, desenvolvendo soluções e juízos, refletindo sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais, bem como ser capaz de transmitir conclusões de forma clara e precisa. Prevê-se, simultaneamente, a aquisição de competências essenciais para manter a aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma (74).

Neste sentido, considera-se que todo o percurso se tornou fundamental para a aquisição de competências de mestre uma vez que, tal como descrito no decorrer deste relatório, desenvolveram-se e aprofundaram-se, nos diferentes contextos, os conhecimentos adquiridos na especialidade de ER, bem como a capacidade de reflexão crítica, suportando tomadas de decisão com diferentes graus de complexidade. Adicionalmente, com a finalidade de enriquecer o projeto e, concomitantemente, contribuir para aquisição de novas competências de mestre, realizou-se uma revisão *scoping* segundo

as orientações de *Joanna Briggs Institute* (JBI), cujo resultado permitiu identificar a intervenção do ER na mobilização precoce da pessoa em contexto de UCI (Apêndice M).

Em suma, considera-se que todas as atividades desenvolvidas e relatadas demonstraram o percurso gradual de aquisição de competências de mestre, cruciais para dar continuidade às aprendizagens, de forma autónoma, ao longo da vida.

## VI. Considerações Finais

O presente relatório reflete o longo percurso de aprendizagens, gradualmente adquiridas, que tiveram como finalidade desenvolver competências comuns e específicas, bem como de mestre, na área de Enfermagem de Reabilitação, e assim fazer cumprir o objetivo geral proposto inicialmente. Neste sentido, descreveram-se, detalhadamente, de forma crítica e reflexiva, tendo por base a evidência científica e a teoria das transições de Afaf Meleis, as intervenções de ER realizadas nos diferentes contextos de estágio, tendo sido salientadas, concomitantemente, as competências desenvolvidas e os ganhos em saúde obtidos.

Ao longo deste percurso, valorizou-se o cumprimento da dimensão ética e deontológica da profissão, tendo sido respeitados, no decorrer do exercício profissional, determinados princípios fundamentais como a procura de cuidados humanizados, a defesa da dignidade humana, o direito à vida e à igualdade e o dever de informar e de sigilo, preservando a confidencialidade dos dados e o anonimato, através da ocultação e alteração das informações pessoais. Privilegiou-se igualmente a dimensão da melhoria contínua e da aprendizagem profissional, desenvolvendo nos diferentes contextos clínicos uma prática baseada em evidência científica, contribuindo para uma tomada de decisão segura, para a melhoria do autoconhecimento e da assertividade, assim como, através da partilha de conhecimento, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Tornou-se ainda crucial para o desenvolvimento de competências, enquanto EEER, o percurso de aprendizagem em diferentes contextos clínicos, permitindo planejar intervenções de ER distintas e adaptadas às necessidades da pessoa em diferentes fases do ciclo de vida, bem como direcionadas a diferentes patologias clínicas, agindo sempre como elemento facilitador do processo de transição, com a finalidade de maximizar a capacidade funcional e promover a qualidade de vida. Neste sentido, com o intuito de espelhar as intervenções desenvolvidas como EEER e salientar os ganhos em saúde obtidos, elaborou-se para cada contexto de estágio, de forma estruturada e fundamentada, com recurso à evidência científica, a exposição de um momento de aprendizagem, através da elaboração de um plano de cuidados ou de um estudo de caso. A realização desta atividade, contribuiu para o aperfeiçoamento da prática reflexiva e, simultaneamente,

para alcançar as diferentes unidades de competências de especialista em ER, nomeadamente a avaliação funcional com recurso a instrumentos de recolha de dados, o diagnóstico de problemas reais ou potenciais, o planeamento e a execução de planos de treino específicos e, sempre que exequível, a monitorização e a reformulação dos mesmos.

Destaca-se simultaneamente como enriquecedor, para a aquisição de competências de mestre, todo o percurso de investigação realizado, com a finalidade de cumprir o objetivo secundário deste relatório, relacionado com a identificação das intervenções de ER autónomas, que visassem otimizar a capacidade funcional da pessoa submetida a cirurgia abdominal. A revisão da literatura corroborou a pertinência desta temática, salientando o incremento da atividade cirúrgica a nível nacional, nomeadamente a cirurgia abdominal, como resposta às necessidades crescentes da população, cada vez mais envelhecida, com maior prevalência de comorbilidades, exigindo cuidados de saúde diferenciados, no sentido de minimizar o risco de complicações pós-operatórias. A investigação efetuada, complementada com os resultados da revisão *scoping*, enfatiza, simultaneamente, a importância da intervenção precoce do EEER, desde o período pré-operatório ao pós-operatório, direcionada à maximização da capacidade funcional, através de intervenções de RFR e RFM, cruciais e facilitadoras do processo de transição saúde-doença e, subsequentemente, promotoras da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia abdominal.

Conciliar a evidência científica com a realidade desafiante vivenciada pelo EEER, no decorrer da sua prática, caracteriza-se como fundamental para o enriquecimento da prestação de cuidados e, conseqüentemente, para o processo de aquisição de competências de ER. Assim, sempre que exequível, implementaram-se intervenções de ER dirigidas à otimização da capacidade funcional da pessoa submetida a cirurgia abdominal, tendo por base uma prática baseada em evidência. Neste sentido, ao longo do percurso de aquisição de competências, desenvolveram-se atividades relacionadas com o processo de capacitação da pessoa submetida a cirurgia abdominal, tanto no período pré como pós-operatório, assim como foram prestados cuidados de ER, tanto em contexto hospitalar como na comunidade.

Porém, salienta-se como limitação o escasso contacto com a população em estudo nos diferentes contextos. Esta limitação foi colmatada com a realização de atividades que, de

forma indireta, contribuíram para a intervenção do ER na prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia abdominal. Como perspetiva futura, pretende-se desenvolver e aplicar um protocolo de intervenção, reunindo um conjunto de intervenções de ER autónomas, salientadas neste relatório, a um número mais amplo de pessoas, a fim de analisar os ganhos em saúde das intervenções do EEER na prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia abdominal e, concomitantemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

## VII. Referências Bibliográficas

1. Niemeläinen S, Huhtala H, Ehrlich A, Kössi J, Jämsen E, Hyöty M. Risk factors of short-term survival in the aged in elective colon cancer surgery: a population-based study. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03488-8>
2. Teixeira-Oliveira F, Silva G, Santos F, Martins PC, Moreira-Gonçalves D. Prehabilitation and postoperative burden of high-risk cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. 2022;(51):99–114.
3. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2021. Paris: OECD; 2021.
4. Lima F. Estatísticas da Saúde - 2021 [Internet]. Lisboa; 2023 [citado 27 de Abril de 2023]. Disponível em: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>
5. Lima F. Estatística da Saúde - 2022. Lisboa; 2024 Abr.
6. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa; 2012.
7. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (Nº85 de 03-05-2019), Regulamento nº 392/2019. 2019 [citado 26 de Abril de 2023]. p. 1–7 Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
8. Ordem dos Enfermeiros. Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação [Internet]. 2015 [citado 26 de Abril de 2023]. p. 1–7. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Asembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
9. Fang A, Ding W, Zeng W, Zhou J, Zhu H, Yan J, et al. Impact of early postoperative activities on postoperative recovery in patients undergoing

- abdominal surgery: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2021;100(44).
10. Soares E, Soares S. Reeducação Funcional Respiratória no cliente submetido a gastrectomia: programa de intervenção pré e pós-operatório. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. 2018;1(2):33–41.
  11. Santos MMB, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014;4(3):7–15.
  12. Ferreira J, Delgado B, Santos Â, Noro M, Coelho A, Parola V. Impacto da espirometria de incentivo na redução de complicações respiratórias no pós-operatório da laparotomia: Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2020;3(1):21–6.
  13. Rao L, Liu X, Yu L, Xiao H. Effect of nursing intervention to guide early postoperative activities on rapid rehabilitation of patients undergoing abdominal surgery: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2021;100(12).
  14. Toshida K, Minagawa R, Kayashima H, Yoshiya S, Koga T, Kajiyama K, et al. The Effect of Prone Positioning as Postoperative Physiotherapy to Prevent Atelectasis After Hepatectomy. *World J Surg*. 2020;44:3893–900.
  15. Cordeiro M, Menoita E. Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. 1.<sup>a</sup> ed. Lusociência, editor. Sintra; 2012.
  16. Huang YT, Lin YJ, Hung CH, Cheng HC, Yang HL, Kuo YL, et al. The fully engaged inspiratory muscle training reduces postoperative pulmonary complications rate and increased respiratory muscle function in patients with upper abdominal surgery: a randomized controlled trial. *Ann Med*. 2022;54(1):2222–32.
  17. Kokotovic D, Degett TH, Ekeloef S, Burcharth J. The ARISCAT score is a promising model to predict postoperative pulmonary complications after major emergency abdominal surgery: an external validation in a Danish cohort. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2022;48(5):3863–7.

18. Sorour DM, Khalil MIM, Sharaan MA, El Geneidy MM. Effect of Deep Breathing Exercises versus Incentive Spirometry on Pulmonary Complications among Geriatric Patients Undergoing Upper Abdominal Surgery. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*. 2019;6(3):537–55.
19. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória [Internet]. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, editor. Vol. Série 1-nº10. Lisboa; 2018 [citado 26 de Abril de 2023]. 1–294 p. Disponível em: [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](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)
20. Fonseca A. Influência da cirurgia abdominal na função pulmonar e capacidade de tosse [Dissertação de mestrado]. [Porto]: Escola Superior de Tecnologia a Saúde do Porto; 2011.
21. Boden I, Sullivan K, Hackett C, Winzer B, Lane R, McKinnon M, et al. ICEAGE (Incidence of Complications following Emergency Abdominal surgery: Get Exercising): study protocol of a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial testing physiotherapy for the prevention of complications and improved physical recovery after emergency abdominal surgery. *World Journal of Emergency Surgery*. 2018;13(1):1–17.
22. Numata T, Nakayama K, Fujii S, Yumino Y, Saito N, Yoshida M, et al. Risk factors of postoperative pulmonary complications in patients with asthma and COPD. *BMC Pulm Med*. 2018;18:1–8.
23. Nithiuthai J, Siriussawakul A, Junkai R, Horugsa N, Jarungjitaree S, Triyasunant N. Do ARISCAT scores help to predict the incidence of postoperative pulmonary complications in elderly patients after upper abdominal surgery? An observational study at a single university hospital. *Perioperative Medicine*. 2021;10:1–12.
24. Peden CJ, Aggarwal G, Aitken RJ, Anderson ID, Bang Foss N, Cooper Z, et al. Guidelines for perioperative care for emergency laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: part 1—preoperative: diagnosis, rapid assessment and optimization. *World J Surg*. 2021;45(5):1272–90.

25. Gonçalves CG, Groth AK. Pré-habilitação: como preparar nossos pacientes para cirurgias abdominais eletivas de maior porte? *Rev Col Bras Cir.* 2019;46.
26. Scott MJ, Aggarwal G, Aitken RJ, Anderson ID, Balfour A, Foss NB, et al. Consensus guidelines for perioperative care for emergency laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations Part 2—Emergency laparotomy: intra-and postoperative care. *World J Surg.* 2023;47(8):1850–80.
27. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;192(11):1373–86.
28. Ribeiro O, Néné M, Sequeira C. *Enfermagem de reabilitação - Conceções e práticas.* 1ª edição. Lisboa: Lidel; 2021. 329–335 p.
29. Chen CCH, Li HC, Liang JT, Lai IR, Purnomo JDT, Yang YT, et al. Effect of a modified hospital elder life program on delirium and length of hospital stay in patients undergoing abdominal surgery: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2017;152(9):827–34.
30. Pederson JL, Padwal RS, Warkentin LM, Holroyd-Leduc JM, Wagg A, Khadaroo RG. The impact of delayed mobilization on post-discharge outcomes after emergency abdominal surgery: A prospective cohort study in older patients. *PLoS One.* 2020;15(11):e0241554.
31. Svensson-Raskh A, Schandl AR, Stähle A, Nygren-Bonnier M, Fagevik Olsén M. Mobilization started within 2 hours after abdominal surgery improves peripheral and arterial oxygenation: a single-center randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2021;101(5):pzab094.
32. Joliat GR, Kobayashi K, Hasegawa K, Thomson JE, Padbury R, Scott M, et al. Guidelines for perioperative care for liver surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations 2022. *World J Surg.* 2023;47(1):11–34.
33. Silva R, Carvalho A, Rebelo L, Barbosa L, Araújo T, Ribeiro O, et al. *Contributo do referencial teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação.* 2019;

34. Ferreira RKR, Rocha MB. A importância das práticas educativas do estágio supervisionado na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2020;9(4):e121942933–e121942933.
35. Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina do Ministério Público [Internet]. Diário da República I-A, n.º2, de 03/01/2001. 2001 [citado 11 de Julho de 2024]. Disponível em:  
[https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao\\_protecao\\_dh\\_biomedicina.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf)
36. Lei n.º156/2015 da Assembleia da República [Internet]. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. 2015 [citado 20 de Janeiro de 2024]. p. 8059–105. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
37. Hall DE, Youk A, Allsup K, Kennedy K, Byard TD, Dhupar R, et al. Preoperative rehabilitation is feasible in the weeks prior to surgery and significantly improves functional performance. *J Frailty Aging*. 2023;12(4):267–76.
38. Araújo R, Marques C, Fernandes D, Almeida E, Alves J, Rodrigues M, et al. Controlo de Dor, Infecção Local, Satisfação, Efeitos Adversos e Dor Residual no Pós-Operatório de Cirurgia Abdominal Major: Epidural versus Infusão Contínua da Ferida Cirúrgica (PAMA Trial). *Acta Med Port*. 2017;30(10):683–90.
39. Shimoyama H, Sugiyama M, Suzuki Y, Teruya K, Ohki A, Kishiki T, et al. Bilateral flank compression maneuver for reducing pain on coughing after abdominal surgery: A prospective study. *J Am Coll Surg*. 2021;233(3):459–66.
40. Williams A, Olivey, J. Recovering from Major Abdominal Surgery - Physiotherapy advice and exercise guide for patients, relatives and carers. York and Scarborough Teaching Hospitals NHS Foundation. Hospitals NHS Foundation; 2021.
41. Occupational therapy. Activities of daily living after abdominal surgery [Internet]. University of Washington Medical Center. Seattle: University of Washington

- Medical Center; 2018 [citado 20 de Janeiro de 2024]. Disponível em: <https://healthonline.washington.edu/>
42. Renshaw S, Peterson R, Lewis R, Olson M, Henderson W, Kreuz B, et al. Acceptability and barriers to adopting physical therapy and rehabilitation as standard of care in hernia disease: a prospective national survey of providers and preliminary data. *Hernia*. 2022;26(3):865–71.
  43. Emery J, Poulouse B, Gregory P, Warren J, Rosen M. Abdominal Core Surgery Rehabilitation Protocol In-Hospital Guide for Patients and Physical Therapists. Abdominal Core Health Quality Collaborative Foundation. 2021.
  44. Teixeira AIC, Teixeira LOLSM, Pereira RPG, Barroso C, de Carvalho ALRF, de Araújo Püschel VA. Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica. *Rev Rene*. 2021;22:27.
  45. Sousa L, Martins MM, Novo A. A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2020;3(1):63–8.
  46. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, Regulamento n.º 140/2019. 2019 [citado 24 de Abril de 2023]. p. 4744–50. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
  47. Ordem dos Enfermeiros. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Lisboa; 2016 [citado 24 de Abril de 2023]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
  48. Johnson L, Edward KL, Giandinoto JA. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*. 2018;25(3):355–61.

49. Rabiais I, Amendoeira J. Educar em Enfermagem: um processo de reflexividade na interação. *Cadernos de Saúde*. 2013;6:55–68.
50. Ramanjulu R. Palliative rehabilitation: The essence of personalized care. *Indian J Palliat Care*. 2020;26(4):399.
51. World Health Organization. World Health Organization. 2020 [citado 20 de Janeiro de 2024]. Palliative care. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
52. Machado A. Contributo da enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos. [Lisboa]: Universidade Católica Portuguesa - Porto; 2013.
53. Wittry SA, Lam NY, McNalley T. The value of rehabilitation medicine for patients receiving palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2018;35(6):889–96.
54. Pedrosa ARC, Ferreira ÓR, Baixinho CRSL. Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2022;75.
55. Rodrigues J. Crianças com doença crónica. O papel da família e dos profissionais na coprodução de cuidados. [Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo apresentada à Faculdade de Economia]. [Coimbra]: Universidade de Coimbra; 2019.
56. Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. Paralisia cerebral [Internet]. 2022 [citado 17 de Fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://neuropediatria.pt/conteudos/paralisia-cerebral/>
57. Rutka M, Adamczyk WM, Linek P. Effects of Physical Therapist Intervention on Pulmonary Function in Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2021;101(8):pzab129.
58. de Lima Crispim TR, Neto MG, Crispim TRL, Dias RB, de Albuquerque MDM, Saquetto MB, et al. Addition of respiratory exercises to conventional rehabilitation

- for children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Pediatrics*. 2023;19(4):340–55.
59. Nunes AP. *Reabilitação Cognitiva à pessoa com Acidente Vascular Cerebral: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2022.
  60. Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11:371–5.
  61. Figueiredo M do C, Amendoeira J. O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UI\_IPSantarém*. 2018;6(2):102–7.
  62. Moreira CM, Vouga LA, Andrade MJ. Disreflexia autonómica: um desafio diagnóstico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2020;36(3):311–5.
  63. Bettencourt M, Carvalho MP, Faria F. Disreflexia autonómica: o que se sabe nos serviços de urgência em Portugal?[Autonomic dysreflexia: what level of knowledge in Portuguese emergency rooms?]. *Rev Soc Port Med Fis Reabil*. 2016;1:10–5.
  64. Eldahan KC, Rabchevsky AG. Autonomic dysreflexia after spinal cord injury: Systemic pathophysiology and methods of management. *Autonomic Neuroscience*. 2018;209:59–70.
  65. Colibazzi V, Coladonato A, Zanazzo M, Romanini E. Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *Hip International*. 2020;30(2\_suppl):20–9.
  66. Marques-Vieira C, Sousa L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta. Loures; 2017.
  67. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthop*. 2020;91(1):3–19.

68. Dias P, Ferrinho Ferreira R, Messias P. A pessoa submetida a artroplastia da anca por coxartrose. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 12 de Setembro de 2021;4(2):18–29.
69. Alito A, Fenga D, Portaro S, Leonardi G, Borzelli D, Sanzarello I, et al. Early hip fracture surgery and rehabilitation. How to improve functional quality outcomes. A retrospective study. *Folia Med (Plovdiv)*. 2023;65(6):879–84.
70. Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. *Diário da República* n.º 109/2006, Série I-A. Lisboa; 2006.
71. Portaria n.º 50/2017 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde [Internet]. *Diário da República* n.º 24/2017, Série I . Lisboa; 2017 [citado 12 de Julho de 2024]. p. 608–29. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/50-2017-106388650>
72. Jaime M da ASC, Costa MGC. Enfermagem de reabilitação na equipa coordenadora local: desafios para além do cuidar. *Servir*. 2021;(01):123–31.
73. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). Manual do prestador de cuidados - recomendações para a melhoria contínua. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Lisboa; 2011.
74. Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [Internet]. Vol. Capítulo III, *Diário da República* n.º 60/2006, Série I-A. Lisboa; 2006 [citado 11 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

## **Apêndices**

## **Apêndice A - Questões Orientadoras de Diagnóstico de Situação**

## **Apêndice B – Respostas Orientadoras de Diagnóstico de Situação**

**Apêndice C – Folheto sobre: Capacitação Funcional da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal no Período Pré-operatório**

## **Apêndice D – Grelha de Observação**

## **Apêndice E – Plano de Cuidados RR à Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

**Apêndice F – Reflexão Crítica sobre : O papel do EEER da Prestação de Cuidados em Contexto de Cuidados Paliativos**

**Apêndice G – Folheto sobre: Mobilidade da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

**Apêndice H – Reflexão Crítica sobre : O Papel do EEER na Prestação de Cuidados à Criança com Doença Crónica**

## **Apêndice I – Estudo de Caso de Enfermagem de Reabilitação em Neurologia**

## **Apêndice J – Disreflexia Autônômica**

**Apêndice K – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em  
Ortotraumatologia**

## **Apêndice L – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na ECL**

**Apêndice M – Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Mobilização Precoce da Pessoa em Contexto de UCI: Revisão *Scoping***

## **Anexos**

**Anexo I – Certificado de Presença no 3º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação**