



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem  
de Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista  
em Enfermagem de Reabilitação na  
Capacitação do Cuidador da Pessoa  
Idosa em Contexto Comunitário**

**Tânia Alexandra Duarte dos Santos**



**Lisboa  
2023**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem  
de Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista  
em Enfermagem de Reabilitação na  
Capacitação do Cuidador da Pessoa  
Idosa em Contexto Comunitário**



**Orientador: Maria Fátima Mendes Marques**



**Lisboa  
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana.”  
Carl Jung

Escrever uma tese de mestrado engloba uma grande capacidade de automotivação, resiliência, uma boa dose de fé em nós mesmos e no processo.

Um sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Maria de Fátima Mendes Marques, por desde o início ter mostrado disponibilidade para me orientar, sendo um exemplo para mim como ser humano e como profissional, iluminando o caminho e permitindo que eu fizesse o meu percurso pelo meu 'próprio pé'. Grata aos orientadores nos ensinamentos clínicos pela sua disponibilidade e vontade em contribuir para o percurso académico e pessoal.

Foram os 'meus' que sempre acreditaram em mim e me acalentaram com as suas palavras reconfortantes. Um agradecimento emotivo a toda a minha família e amigos pela presença, força impulsionadora e pela fé que depositaram em mim, especialmente durante o período de realização da tese. Queria agradecer em especial à minha mãe que me ensinou que podemos chegar longe, que podemos sonhar, ser heróis da nossa história e que o mundo pertence àqueles que têm coragem de acreditar nos seus sonhos. Muito obrigado mãe, amo-te muito. Grata ao meu pai pela fé que depositou em mim. Amo-te pai onde estiveres. Agradeço ao meu companheiro pela paciência e amor, por ter estado ao meu lado nesta caminhada. Graças a todos vós esta tese foi possível. Por último queria dedicar esta tese ao meu filho. Sou a melhor mãe que posso para ti e por ti. Quero que te orgulhes de mim e que saibas que podemos chegar mais longe, podemos sonhar e ser heróis, acreditar e ter coragem.

Um bem-haja a todos.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

AESST - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

ANCI - Associação Nacional dos Cuidadores Informais

APA - American Psychological Association

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD - Atividade de Vida Diária

CI - Cuidador Informal

CMEER - Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Enfermeiro de Cuidados Gerais

EE Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LME - Lesões Musculo-esqueléticas

MSN - Modelo de sistemas de Neuman

OE - Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT - Strengths Weaknesses Opportunities Threats

UCC Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNDESA - United Nations Department of Economics and Social Affairs

WHO - World Health Organisation

## RESUMO

Tem sido evidente o envelhecimento da população e a necessidade de cuidadores que assegurem o bem-estar das pessoas idosas no contexto comunitário. Estes cuidadores necessitam, também eles, de cuidados e de ser capacitados. Neste sentido, foi definida como temática: *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do Cuidador da Pessoa Idosa em Contexto Comunitário*.

Foi realizada revisão da literatura, revelando-se evidente que condicionantes epidemiológicas e demográficas, têm gerado a necessidade de dar resposta a uma população mais envelhecida, com mais comorbilidades, que cada vez mais é apoiada na comunidade e na figura do Cuidador Informal. Assume-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como fundamental na capacitação desses cuidadores, uma vez que utiliza as competências acrescidas e associadas ao trabalho desenvolvido pela equipa.

Como referencial teórico do trabalho adotou-se o Modelo de Sistemas de Neuman. Que, enquanto referencial teórico, filosófico e conceptual, permite a perspetiva do binómio enfermeiro-pessoa/família e a compreensão dessa atividade, direcionando a sua utilização na identificação de diagnósticos de enfermagem que orientem a intervenção com o objetivo principal de manter as variáveis positivas de bem-estar e procurar reduzir os efeitos das variáveis negativas, no sentido de manter o sistema cliente num nível ótimo de bem-estar.

Houve lugar à construção do percurso formativo, que se consolidou na prática reflexiva, esta que se assume de suma importância na aquisição de competências diferenciadas e diferenciadoras. A análise do percurso contribui para promover a melhoria contínua do processo de aquisição de competências.

**Palavras chave:** Capacitação; Cuidadores; Enfermagem em Reabilitação; Idoso; Tutoria.

## **ABSTRACT**

An aging population and the growing need for caregivers to ensure the well-being of the elderly in the community setting has been evident. These caregivers also need care and to be trained. Therefore, the following theme was defined: *Intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the training of the Caregiver of the Elderly in Community Settings.*

A literature review was conducted, and it became evident that epidemiological and demographic constraints have generated the need to respond to a aged population, with more comorbidities, which is increasingly supported by the community and the Informal Caregiver. The role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing is assumed as essential in empowering those caregivers, since it uses the added skills associated with the work developed by the healthcare team.

Neuman's Systems Model was adopted as the theoretical framework of this study. As a theoretical, philosophical and conceptual framework, it allows the perspective of the nurse-person/family binomial and the understanding of this activity, thus guiding its use in the identification of nursing diagnoses that guide intervention with the main purpose of maintaining the positive variables of well-being and reducing the effects of the negative variables, in order to keep the client system at an optimal level of well-being.

The formative path was built and consolidated in the reflective practice, which is of utmost importance in the acquisition of differentiated and differentiating skills. The analysis of the pathway contributes to promoting the continuous improvement of the process of skills acquisition.

**Key words:** Training; Caregivers; Rehabilitation Nursing; Aged; Mentoring.

## **INDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I. ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPITULO II. RUMO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPITULO III. ANÁLISE GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO .....</b>	<b>57</b>
<b>CAPITULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>

## **ANEXOS**

***ANEXO 1*** Certificado APER

***ANEXO 2*** Certificado Webinar ESEL

***ANEXO 3*** Certificado Jornadas Reabilitação

***ANEXO 4*** Certificado Webinar ESEL

## **APÊNDICES**

***APÊNDICE 1*** Projeto de Estágio

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Mapa Mental do Percurso de Aprendizagem .....	11
<b>Figura 2</b> Diagrama adaptado do Modelo de Sistemas de Neuman .....	20
<b>Figura 3</b> Associação da matriz SWOT ao contexto do ensino clínico supervisionado.....	59

## INDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Adaptação das interações dinâmicas, ajustadas ao contexto do estudo .	21
<b>Tabela 2</b> Análise SWOT .....	57
<b>Tabela 3</b> Associações da matriz SWOT .....	58

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMEEER), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi solicitada a realização de uma componente prática de estágio, em contexto hospitalar e domiciliar, para a concretização do desenvolvimento de competências preconizadas. Assim, este percurso teve dois momentos chave: um com a elaboração do projeto de estágio (Apêndice 1), que teve como premissa fornecer uma linha orientadora e de responsabilização no processo de aprendizagem, com o intuito de definir um plano, relativamente aos objetivos e às atividades propostas para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de EE em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e o grau de Mestre; o outro, a prática e o presente relatório, que contempla a análise, descrição, reflexão, e pretende aprofundar conhecimentos no âmbito da aquisição das competências desenvolvidas para obtenção do grau de EEER.

Neste sentido, foi definida como temática: *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do Cuidador da Pessoa Idosa em Contexto Comunitário*. Este percurso teve sempre em consideração a família/cuidador da pessoa idosa, como elemento ativo na parceria do processo da prática dos cuidados.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e a capacitação do cuidador da pessoa idosa, tem conhecido significativos avanços nos últimos anos. As condicionantes epidemiológicas e demográficas, bem como a legítima exigência dos cidadãos, têm colocado aos enfermeiros a necessidade de investir na sua qualificação, de modo a dar resposta a uma população mais envelhecida, com mais comorbilidades, que cada vez mais é apoiada na comunidade e na figura do Cuidador Informal (CI) (Gomes et al., 2021). É neste contexto, particularmente exigente, que a enfermagem, através das especializações nas diferentes áreas, procura prestar cuidados de excelência, contribuindo para a melhoria do ambiente da prática através de uma intervenção diferenciada, baseada na qualidade, eficiência, eficácia e segurança.

O ensino clínico, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (ECG) e relativamente a um determinado contexto de intervenção, é aquele que alicerça o seu exercício profissional na elevada capacidade de

conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando também a formação, a investigação e a assessoria, em conformidade com a sua área de especialização, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) /Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

O EEER tem como prioridades a maximização funcional da pessoa e sua reintegração no meio familiar e social (Regulamento nº329/2019). O EEER faz parte da equipa de reabilitação e é um elemento fundamental para o sucesso das intervenções por ela desenvolvidas (Hesbeen, 2003). Este é detentor de um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida na área da reabilitação, com o objetivo de intervir junto da pessoa com dependência funcional, através da capacitação e promoção da qualidade de vida (Regulamento nº329/2019).

Perante a complexidade de conhecimentos e exigência crescente na diferenciação dos cuidados prestados às pessoas/famílias, no sentido de (co)responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, considerei premente dar continuidade à formação especializada, de modo a alargar o âmbito das competências nos domínios científico, técnico, na formação e na gestão com base na melhor evidência, tendo em vista a excelência e a qualidade no cuidar. A escolha pelo CMEER, advém da minha experiência profissional e gosto pessoal.

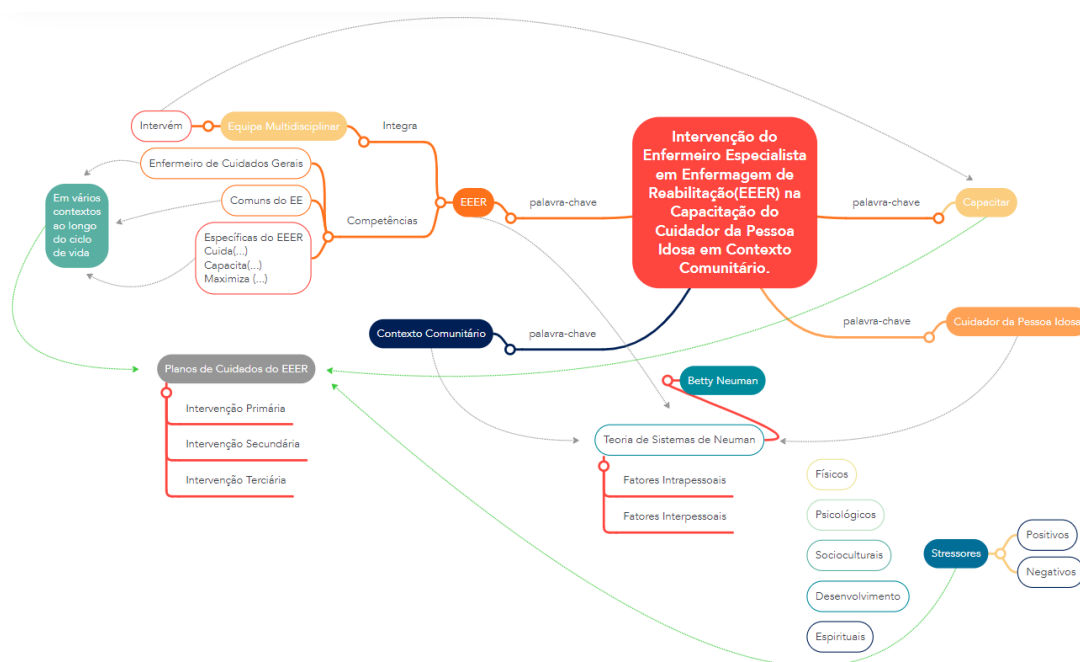
Começar por estruturar e para isso recorrer ao mapeamento das ideias foi importante na construção do relatório. Importa referir que mapas conceituais e mentais são representações do pensamento e organizam-se visualmente a partir de ideias chave. No entanto, enquanto o mapa conceitual, desenvolvido na década de 70 pelo pesquisador norte-americano Joseph Novak baseado na teoria de aprendizagem significativa de Ausubel, é uma representação gráfica de conteúdo que ajuda a organizar ideias, conceitos e informações de modo esquematizado, o mapa mental a partir de uma ideia central articula as ideias conectadas numa estrutura em árvore (raiz e galhos) ou semelhante a um neurónio. Este foi desenvolvido por Tony Buzan e organiza as informações por associação, ou seja, semelhante ao funcionamento do nosso cérebro (Alcantara, 2020).

Foi opção o mapa mental para a organização e associação de ideias que foram surgindo, sendo o processo de aprendizagem dinâmico e nunca estático (Figura 1).

O trabalho está estruturado em: Introdução, onde pretendo estruturar este

documento, definir o âmbito do trabalho e a sua organização; Desenvolvimento, apresentando o enquadramento conceptual, o modelo teórico que norteia o trabalho, a apreciação dos contextos de estágio e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas com o objetivo de dar resposta ao projeto previamente elaborado, e apreciação global do trabalho desenvolvido no rumo ao desenvolvimento das competências do EEER; Conclusão, que pretende sintetizar constrangimentos e oportunidades, mas também apresentar algumas perspetivas futuras.

**Figura 1** Mapa Mental do Percurso de Aprendizagem



**Nota:** Construído com recurso a ferramenta online MindMeister disponível em <https://www.mindmeister.com/pt>

A organização deste relatório de estágio respeita as orientações e a formatação está conforme as indicações da ESEL para a redação de trabalhos de Mestrado, denotando que as referências bibliográficas serão efetuadas de acordo com a sétima edição da American Psychological Association (APA).

## CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O envelhecimento populacional é uma incontornável realidade global. As pessoas com 65 anos ou mais representavam 6% da população mundial em 1990, e esta proporção deverá aumentar para 16% em 2050 (United Nations Department of Economics and Social Affairs [UNDESA], 2021). Ao mesmo tempo, e apesar de uma evidente variabilidade espacial, tem-se assistido ao aumento dos eventos extremos, da sua frequência e intensidade.

Torna-se relevante explorar, como poderá o aumento do número de pessoas idosas, bem como o aumento de pessoas idosas a viver só ou com o conjugue também idoso, refletir-se na necessidade de cuidadores, nem sempre preparados ou com o perfil adequado para o serem.

A **Pessoa Idosa** será aqui entendida como o conjunto das pessoas com 65 ou mais anos, uma definição com raízes nas políticas públicas e sociais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006), sustentada nas análises do envelhecimento em Portugal.

Revela-se então, evidente que o mundo está a envelhecer. Até recentemente, os problemas sociais associados a novos padrões de envelhecimento eram frequentemente vistos como uma questão relacionada com os países ocidentais. Os países com a maior proporção de pessoas idosas encontram-se, de facto na Europa, com a notável exceção do Japão, o país com a maior esperança de vida: 84,4 anos em 2019 (UNDESA, 2021). As previsões atuais indicam que o envelhecimento da população irá continuar nas próximas décadas. Por volta de 2050, 1 500 milhões de pessoas deverão ter 65 anos ou mais anos (UNDESA, 2021). No ano de 2019, existiam a nível mundial, 703 milhões de pessoas com 65 ou mais anos. Nas últimas décadas em Portugal, a população residente tem envelhecido exponencialmente e particularmente na faixa etária superior aos 65 anos (PORDATA, 2020).

O **Envelhecimento**, vivido como processo individual, corresponde, de um ponto de vista biológico, a um processo que resulta da degradação das propriedades funcionais das células, tecidos e órgãos (DGS, 2006; Grupo de Trabalho Interministerial, 2016). Esta evolução traduz-se normalmente numa deterioração gradual de várias funções fisiológicas (respiratórias, cardiovasculares, endócrinas) e na diminuição das funções motoras (locomoção, resistência ao esforço), cognitivas (memória, funções

executivas) e sensoriais (visão, audição), assistindo-se a um aumento da prevalência das doenças crônicas que também elas acabam por precipitar a incapacidade. A exposição ao longo da vida a um amplo leque de externalidades com impactos diretos na morbidade contribui para as condições do envelhecimento.

Alguma da investigação produzida na área da saúde sobre o fenómeno do envelhecimento, traduz-se numa correlação positiva entre a idade e a dependência da pessoa idosa, resultante da diminuição da funcionalidade e da predominância de comorbilidades (DGS, 2006; Gomes et al., 2021; Menoita, 2012; Moreira, 2020). Este cenário é uma vez mais transversal a todos os países e mais evidente nos países desenvolvidos, prevendo-se o seu agravamento (HelpAge International, 2018; Moreira, 2020; PORDATA, 2020).

Sendo o envelhecimento, talvez, a única das discriminações que nos afetará a todos, se tivermos a fortuna de viver muitos anos, talvez seja um ótimo argumento para consciencializar a importância de capacitação de cuidadores competentes, projetando-nos no nosso próprio futuro.

A população mundial está a envelhecer rapidamente, com o consequente aumento da procura dos cuidados de saúde, exigindo também equipas de cuidadores mais alargadas, mais bem preparadas e treinadas.

As responsabilidades inerentes ao cuidar que recaem sobre o **Cuidador da Pessoa Idosa**, ou mais genericamente, o **Cuidador Informal (CI)**, exigem, de uma forma geral, um significativo gasto de energia extra desse CI, que eventualmente acaba por o colocar numa situação de risco para a sua própria saúde física e mental (Martins & Santos, 2020; Moreira, 2020; Raposo et al., 2020; Rodrigues, 2018). Associado ao envelhecimento das populações, muitas vezes os cuidadores são também já idosos.

De acordo com a literatura, a palavra sobrecarga, neste contexto, é diretamente traduzida do inglês '*caregiver burden*' e que significa fardo/tensão e a sua definição engloba o conjunto das consequências que ocorrem na sequência da prestação de cuidados ao idoso dependente ou com limitação da funcionalidade, sendo a consequência desta situação a sobrecarga e o stress (Gomes et al., 2021; Martins & Santos, 2020).

O EEER pretende potencializar no CI as suas capacidades proporcionando um melhor bem-estar, mas diminuindo também os riscos de sobrecarga e prevenindo o

surgimento de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar. A salvaguarda da saúde do CI, possibilita um contributo fundamental, para a manutenção e para a promoção da qualidade de vida desse e da pessoa idosa (Araújo et al., 2019; Gomes et al., 2021; Martins & Santos, 2020; Rodrigues, 2018).

O aumento crescente do número de CI exige a identificação das necessidades de apoio destes, objetivando melhorar os cuidados prestados, as suas experiências, saúde e bem-estar, colaborando para colmatar as necessidades de cuidados das pessoas idosas e promovendo transições seguras entre os serviços de saúde e o seu domicílio (Pereira et al., 2021; Rodrigues, 2018; Santos, 2019).

No estudo realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (Associação Nacional dos Cuidadores Informais [ANCI], 2021), 51,8% das pessoas inquiridas revelam que uma das principais desafios e dificuldades associadas ao papel de CI é relativa à formação e capacitação do CI, porém, quando inquiridas sobre o tipo de ajuda que necessita, apenas 5,7% fazem menção à formação. Cuidar de uma pessoa com dependência no domicílio é uma tarefa cansativa e rigorosa, tanto do ponto de vista físico como afetivo, requerendo disponibilidade temporal e energia (Matos & Araújo, 2021; Santos, 2019).

No que se refere aos enfermeiros, nomeadamente os EEER, estes são impelidos a desenvolverem estratégias de intervenção que vão ao encontro das necessidades específicas identificadas, através de uma estratégia multidisciplinar (Raposo et al., 2020; Rodrigues, 2018; Santos, 2019).

A avaliação das necessidades do CI melhora a qualidade dos cuidados prestados (Matos & Araújo, 2021), sendo que esta avaliação pode ser efetuada através de vários instrumentos de recolha de dados (Santos, 2019). Um dos instrumentos utilizados, adaptado e validado para a população portuguesa, centrado em cuidadores no contexto de cuidados paliativos domiciliários, é a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Querido et al., 2010). A identificação da sobrecarga do CI, associada ao cuidar de idosos no domicílio é premente visto tratar-se de uma consequência negativa no CI. A referida escala avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. A proposta de empoderamento do CI da pessoa com compromisso do autocuidado, delineada por vários autores foi o Modelo *Help2care* de capacitação do

cuidador informal (Querido et al., 2020). O modelo baseia-se, tal como referido, na capacitação do CI, num processo que decorre em dez etapas da responsabilidade do profissional de saúde que assume o papel de gestor de caso. Os objetivos deste programa passam por “capacitar os cuidadores informais para cuidar da pessoa com dependência no autocuidado no processo de transição do hospital para o domicílio; garantir a continuidade de cuidados seguros, mantendo a comunicação efetiva entre os atores do processo de cuidados” (Querido et al., 2020, p. 18). No curso deste processo é realizada a avaliação das necessidades de capacitação do cuidador informal, com recurso a um instrumento que tem por base os seguintes domínios do autocuidado: tomar banho; vestir-se/despir-se; arranjar-se; uso do sanitário; alimentar-se; elevar-se; virar-se; transferir-se; andar e tomar a medicação. A correta avaliação e identificação das necessidades de capacitação do CI define todo o planeamento e a ordem dos conteúdos a serem abordados no processo de ensino/capacitação (Querido et al., 2020). Outro instrumento utilizado para a avaliação das necessidades de aprendizagem do CI, está ainda em desenvolvimento pelos investigadores Lopes, Fonseca, Pinho e Sousa denomina-se: Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal. Este instrumento vai fazer perceber as necessidades de suporte do CI, em termos de conhecimento e capacidade, em indicadores relacionados com: alimentação, levantar/transferência, comunicação, uso do sanitário, higiene, eliminação intestinal, eliminação vesical, posicionamento, marcha/auxiliares de marcha, controlo da dor, exercícios terapêuticos, produtos de apoio, prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão.

A **Capacitação** é um processo multidimensional que abrange o conhecimento, a decisão e a ação, envolvendo os domínios cognitivo, físico e material, podendo ocorrer de forma gradual ou repentina 11. Na capacitação da pessoa em processo de reabilitação e o seu CI, enquanto d'ade, o EEER tem dois focos de atenção: o conhecimento e a aprendizagem de capacidades (Raposo et al., 2020).

O primeiro destes focos é o do conhecimento, onde a intervenção do EEER passa por capacitar a pessoa para a tomada de decisão com o intuito de lhe promover a autonomia (Martins & Santos, 2020; Santos, 2019). As intervenções delineadas pelo EEER e mencionadas no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014), para a dimensão do conhecimento passam

por 'orientar para o uso de' e 'ensinar sobre', de modo a obter ganhos em conhecimento, permitindo assim melhorar a tomada de decisão e autonomia. O segundo foco mencionado pelos mesmos autores (Martins & Santos, 2020; Santos, 2019) é o da aprendizagem de capacidades, implicando que exista a passagem à ação daquilo que foi adquirido na dimensão do conhecimento, no qual o objetivo estava direcionado à capacitação e tomada de decisão. Nesta dimensão as intervenções estabelecidas pelo EEER, à semelhança daquilo que foi mencionado na dimensão do conhecimento, passam por 'instruir sobre', 'treinar a técnica de' e 'treinar o uso de' (OE, 2015).

É ainda indispensável, assinalar que apoiar o CI é um motivo de inquietação sendo o caminho mais seguro para a obtenção de melhores resultados na reabilitação de pessoas idosas e com dependência, para além disso confirma-se a diminuição da possibilidade de erros técnicos que provoquem dano à pessoa cuidada, acometidos pelo cuidador, diminuição dos gastos relacionados com a saúde, reinternamento, sobrelotação das Unidades Hospitalares e a diminuição do número de óbitos (Martins & Santos, 2020; Santos, 2019).

No Modelo *Help2care* (Querido et al., 2020) o profissional de saúde adequa os métodos, a terminologia e linguagem que utiliza às preferências e literacia do CI, apresentando também alternativas no material de apoio apresentado. As intervenções baseadas nas novas tecnologias são cada vez mais utilizadas na atualidade para apoiar os CI de pessoas idosas. Apesar de ser uma alternativa recente é considerada bastante promissora.

Mais recentemente tem-se assistido a um enorme progresso dos cuidados de saúde, muito devido ao avanço tecnológico; às novas formas de diagnóstico e de tratamento, que aumentam a esperança de vida da população; e à exigência das pessoas, que acompanham a evolução social (DGS, 2006; HelpAge International, 2018; Moreira, 2020; World Health Organisation [WHO], 2020a). Torna-se, assim, necessário o desenvolvimento de novas políticas que atravessam todos os setores de atividade da sociedade, no sentido de promover não só um envelhecimento ativo mas também o entendimento da pessoa idosa como um ativo da sociedade, passível de gerar valor (HelpAge International, 2018; Menoita, 2012; Moreira, 2020).

Evidências identificaram danos músculo-esqueléticos do cuidador de idosos,

salientando a importância de estratégias de intervenções que orientem para o autocuidado destes (Junior et al., 2021; Pereira et al., 2021). Programas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação minimizam os níveis de sobrecarga do cuidador (Gomes et al., 2021; Matos, 2017; Pereira et al., 2021; Rodrigues, 2018), já as intervenções do EEER, contribuem para uma maior efetividade na capacitação do cuidador no processo de autogestão, com evidentes ganhos em saúde (Budarick, Lad & Fischer, 2020; Ribeiro, Ribeiro et al., 2017; Santos, 2019; Sousa, 2020).

Encontrando-se as **Lesões Músculo-Esqueléticas (LME)**, entre as mais reportadas pelos CI e constituindo-se como um problema multifatorial, são uma prioridade de atuação da enfermagem e em particular da Enfermagem de Reabilitação, a diferentes níveis, pode considerar-se essencial o ensino e treino de práticas ergonómicas seguras e corretas para a obtenção de ganhos em saúde para esta população específica (Matos & Araújo, 2021). Ainda de acordo com Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST), as LME são lesões de estruturas orgânicas como os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos, os ossos, e doenças localizadas do aparelho circulatório, causadas ou agravadas (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST], 2020). Cuidar de idosos dependentes no domicílio é tarefa exigente para os cuidadores, tanto a nível emocional, como a nível físico, frequentemente sem orientações para impedir danos à sua saúde física (Pereira et al, 2021).

Assim, o enfermeiro EEER, inclui nas suas intervenções a utilização de técnicas específicas de reabilitação, a prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e a intervenção na educação das pessoas e CI, em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração da pessoa na comunidade, promovendo além da mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Matos & Araújo, 2021; Matos, 2017; Rodrigues, 2018).

Apoiando-me na literatura, defendo, que deve existir uma integração na resposta dos cuidados de saúde, baseada numa visão global de cuidados, onde a pessoa se torna o centro da tomada de decisão, sustentada por uma equipa transdisciplinar, transversalmente a todo o seu ciclo de vida (HelpAge International, 2018). Neste sentido,

a **Enfermagem de Reabilitação**, disciplina que integra dimensões físicas, psicológicas, sociais, morais e profissionais, que se norteia através da capacitação da pessoa e maximização da sua funcionalidade ao longo da vida (Regulamento nº329/2019) insere-se, com obrigatoriedade, no leque de respostas de saúde e sociais, que se pretendem. Para Hoeman (2011), a Enfermagem de Reabilitação é um processo criativo que se inicia nos cuidados de prevenção primária (promoção da saúde e prevenção da doença), sucedendo a doença ou acidente (prevenção secundária) e continuando na fase de recuperação, implicando uma adaptação (prevenção terciária).

De acordo com Menoita (2012), a **Reabilitação**, tem de ser dinâmica, contínua e progressiva enquanto processo educativo, e deve ter como objetivos a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família e na comunidade. A mesma autora refere que a reabilitação tem como objetivo melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade.

Mas a reabilitação não se esgota na intervenção com a pessoa. Hesbeen (2003) ressalta, que a especificidade de reabilitar é considerar a pessoa como o foco importante, mas que o processo de reabilitação não se pode restringir à reeducação de uma função ou mesmo de uma pessoa. Teremos sempre de atender ao eixo pessoa/família/CI.

Num trabalho desta natureza é fundamental nortear com uma **Teoria**, uma teoria ilumina o caminho como uma lanterna e auxilia na compreensão dos fenómenos de estudo.

Vários têm sido os *corpus* de valores, conceitos, princípios, pressupostos que edificam, ao longo dos tempos, a ciência da enfermagem. Os múltiplos modelos conceptuais não são contestados, mas transcendidos. A tomar uma decisão conceptual que enforme a minha linha de pensamento para o aqui explicitado, optei pelo compromisso com o modelo de Betty Neuman (Neuman & Fawcett, 2010).

O **Modelo de Sistemas de Neuman** (MSN) fornece uma base unificadora para abordar uma vasta série de preocupações em enfermagem, salientando o foco no bem-estar do sistema do cliente em interação com os *stressores* do ambiente (que podem vir do interior ou do exterior do sistema), e o comportamento do sistema do cliente face ao stress (Alligood & Tomey, 2004). De realçar que o **Cliente** é o indivíduo, família, grupo ou comunidade alvo das intervenções de enfermagem, de acordo com o MSN (Fawcett et

al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010).

O MSN proposto por Betty Neuman foi desenvolvido em 1970 e enquanto referencial teórico, filosófico e conceptual, permite ampliar a visão da enfermagem, sendo orientado para o holismo e o bem-estar (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010). O modelo é muito amplo e pode ser aplicado em múltiplos contextos (Braga et al., 2018; Neuman & Fawcett, 2010).

O bem-estar é compreendido num contínuo, que vai desde o maior grau de bem-estar até uma doença grave ou a morte. A **saúde** é o melhor estado de bem-estar para o cliente, numa faixa de normalidade que aumenta ou diminui ao longo do tempo, tendo em vista os *stressores* ambientais (intra, inter e extrapessoais) e os ajustes necessários para alcançar a estabilidade (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010).

Neste modelo teórico, a **enfermagem** tem o papel de tentar controlar as cinco variáveis básicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que afetam as **linhas de defesa** e influenciam os cuidados prestados ao cliente, para um melhor ajuste ou adaptação dos padrões de comportamento, ou para um melhor desempenho da habilidade numa tarefa específica (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010). As linhas de defesa têm a função de facilitar a adaptação da pessoa na sua interação com outras pessoas e com o contexto socioeconómico e cultural em que se encontra. As linhas de defesa são dinâmicas e podem sofrer alterações em curto período de tempo, resultantes de **stressores**, forças que podem ocorrer em simultâneo ou ser identificadas como riscos, que afetam a estabilidade do sistema, potenciando a reação e gerando reconstituição. Os *stressores* externos, como a alteração da temperatura ambiente, ou *stressores* internos, como a malnutrição ou a desidratação, por exemplo, podendo diminuir, manter ou melhorar o nível de bem-estar e da estabilidade do cliente. A sua efetividade pode ser comprometida por um ou vários stressores (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010).

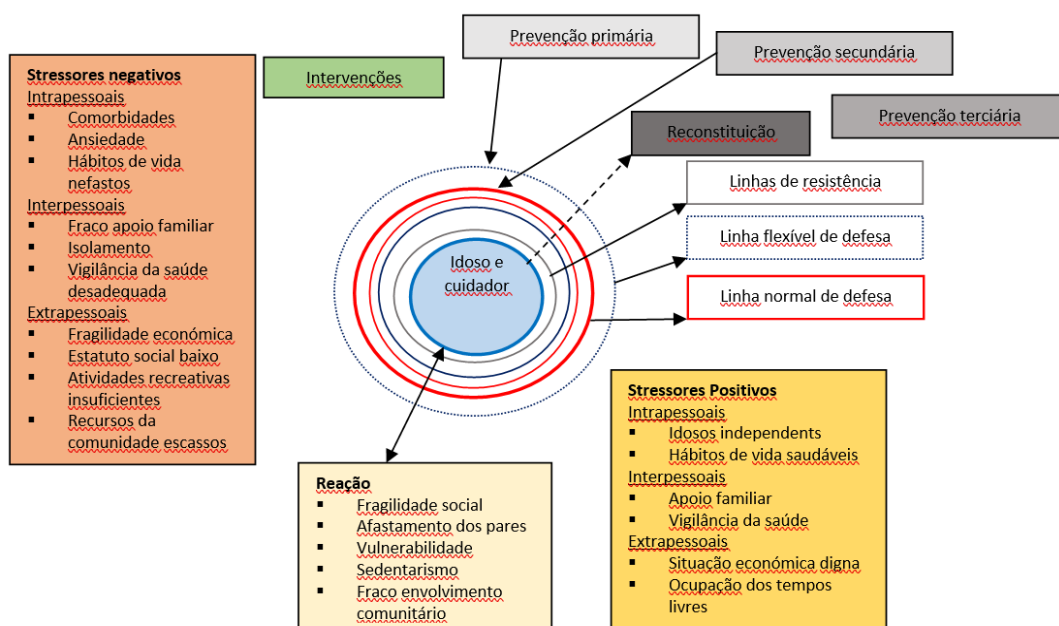
Os **cuidados de enfermagem**, são planeados após a identificação da natureza dos *stressores*, os seus efeitos reais e potenciais para, em parceria com o cliente, se adaptar um plano de cuidados às suas necessidades.

As intervenções terapêuticas da enfermagem intercedem em reação a um *stressor*. Estas intervenções podem ser implementadas considerando os **três níveis de prevenção**: prevenção primária, secundária e terciária. São considerados mecanismos

para auxiliar a pessoa a atingir e manter a homeostase. Assim, a intervenção na prevenção primária ocorre antes de o sistema sentir a reação provocada pelo agente *stressor*. Tem o objetivo de fortalecer a linha flexível de defesa, através de ações que previnam o *stress* e reduzam os fatores de risco, como educação em saúde, imunização, etc. Esse tipo de prevenção deve ser realizado quando o risco é identificado. Quando o sistema reage ao *stressor*, manifestando sintomas, é realizada a prevenção secundária, que enfoca o fortalecimento das linhas internas, tratando os sintomas com a intenção de readquirir a estabilidade perdida. A prevenção terciária tem o objetivo de manter o bem-estar através das estratégias da prevenção secundária. Ela pode ter início em qualquer ponto após a estabilidade do sistema ter sido restabelecida (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010).

A opção pelo MSN, neste âmbito, justifica-se pelo facto de ser um alicerce conceitual e filosófico capaz de propiciar uma (re)leitura dessa prática na perspetiva do binómio enfermeiro-pessoa/família e na compreensão dessa atividade, direcionando a utilização deste referencial na identificação de diagnósticos de enfermagem que orientem a intervenção com o objetivo principal de manter as variáveis positivas de bem-estar e procurar reduzir os efeitos das variáveis negativas, no sentido de manter o sistema cliente num nível ótimo de bem-estar (Figura 2).

**Figura 2** Diagrama adaptado do Modelo de Sistemas de Neuman



Fonte: Adaptado de Jukes & Spencer, 2007; Neuman & Fawcett, 2010

**Nota:** No MSN, a autora concebe o cliente (indivíduos, grupos e comunidades) como um sistema aberto que está em constante interação com o ambiente (as pessoas, os materiais e os diferentes contextos), permitindo a troca de reações, a exposição a elementos *stressores* e a utilização de processos adaptativos (fatores inter, intra e extrapessoais), até à reconstituição e equilíbrio do sistema.

Neste contexto, retratado na figura 2, a instabilidade determina-se pela tensão que a combinação de *stressores* intrapessoais (como a prática de hábitos de vida saudáveis), interpessoais (como o apoio familiar) e extrapessoais (como os rendimentos) exerce sobre o sistema cliente (pessoa idosa e CI), estes ao atravessarem as linhas de defesa flexível e de defesa normal provocam um grau de reação no sistema cliente. Esta instabilidade conduz à necessidade de intervenções nos 3 níveis de prevenção. Idealmente conseguimos readquirir o equilíbrio do sistema cliente, a reconstituição e reforço das linhas de defesa.

No sentido de dar resposta ao MSN e para ser possível ao EEER a formulação dos diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, este deve identificar as interações dinâmicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o sistema que envolve o cliente, assim como a presença (efetiva ou potencial) de *stressores* percebidos pela pessoa, pelo CI e pelo enfermeiro, possibilitando desta forma a construção de um plano de cuidados integrativo da vontade e real perceção dos problemas do sistema cliente (Jukes & Spencer, 2007; Neuman & Fawcett, 2010).

**Tabela 1** Adaptação das interações dinâmicas, ajustadas ao contexto do estudo

Fatores Intrapessoais	
Físicos	Comorbidades e mal nutrição por exemplo, tal como a dor, agem como <b>stressores negativos</b> , condicionando a implementação do Programa de Reabilitação e atrasando a recuperação.

Psicológicos	Ansiedade, medo e outros sentimentos negativos atuam com <b>stressor negativo</b> . Por outro lado, a reabilitação no domicílio pode atuar como um <b>stressor positivo</b> , uma vez que no ambiente do Sistema cliente a implementação do Programa de Reabilitação tem potencial aumentado.
Socioculturais	Papel social e familiar comprometidos, encaramos como <b>stressores negativos</b> . Enquanto que a participação social e na vida familiar são <b>stressores positivos</b> .
Desenvolvimento	As capacidades cognitivas podem mesmo não ser afetadas, garantindo a apreensão da informação ( <b>stressor positivo</b> ), no entanto, se condicionado pelas suas limitações não consegue integrar e mudar comportamentos, classifica-mo-los como <b>stressores negativos</b> .
Espirituais	A limitação da participação nas atividades comunitárias e espirituais atua como <b>stressor negativo</b> limitando o sentimento de participação/pertença e até mesmo os relacionamentos e afetos
<b>Fatores Interpessoais</b>	
Físicos	A dependência de terceiros para muitas das atividades de vida, é uma limitação ao potencial de reabilitação ( <b>stressor negativo</b> ). No entanto, na percepção do potencial de reabilitação pelo CI e cuidados prestados, podemos admitir que se assumem como <b>stressor positivo</b> .
Psicológicos	Promovendo a comunicação e capacitação do CI para o cuidado à pessoa, considera-se que funciona como reforço de linha de defesa e por conseguinte como um <b>stressor positivo</b> .
Socioculturais	A integração da pessoa nas atividades sociais e familiares é um <b>stressor positivo</b> . Já a exclusão da pessoa pelo CI, família ou comunidade, atuam como <b>stressores negativos</b> .
Desenvolvimento	O ambiente familiar e social envolvente e inclusivo, propício à implementação do Programa de Reabilitação é encarado como um <b>stressor positivo</b> .
Espirituais	A exclusão da participação nas atividades comunitárias e espirituais atua como <b>stressor negativo</b> .

A aplicação do modelo pelos EEER permite o incorrer da facilidade das abordagens holísticas e cuidado centrado na pessoa, uma vez que estão reunidas essas premissas no modelo. À luz desta teoria, o papel do enfermeiro é de extrema importância, pois dirige a sua abordagem para a pessoa como um todo e em interação, através de uma visão holística, de modo a promover a segurança e o bem-estar do sistema do cliente através do diagnóstico de *stressores* e das alterações encontradas nas variáveis do mesmo, não só apostando na intervenção, mas agindo de acordo com os três níveis de prevenção existentes.

A concepção “capacitar quem cuida” revê-se neste modelo, que ao conferir uma preocupação pelo todo, numa interação dinâmica, tem como objetivo final a harmonia do sistema.

## **CAPÍTULO II. RUMO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Este capítulo visa a análise crítica e reflexiva do cuidado nos dois contextos de estágio realizados, de modo a demonstrar o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento das competências necessárias para alcançar a excelência do exercício profissional, pela certificação do título profissional de EEER.

“O caminho faz-se caminhando” como diria Fernando Pessoa. E “faz-se caminhando, porque não há caminho, porque este só se faz ao caminhar”, nas sábias palavras de António Machado, poeta Espanhol. Assim, a busca pela prática reflexiva na enfermagem assume importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros na aquisição de competências diferenciadas e diferenciadoras. A prática reflexiva inicia quando os estudantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga (Peixoto & Peixoto, 2016). Fundamentalmente assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Rua, 2011).

Para clarificar e melhor compreender o meu percurso apelo à experiência pessoal e profissional, mas também a fontes teóricas, para que este relatório se torne um instrumento de aprendizagem para o futuro. No decorrer do percurso, em ambos os contextos de estágio, poderia descrever inúmeras situações vivenciadas que indicam o alcance de competências de EE. O relato de determinadas situações suscitou-me pertinência porque estas me marcaram enquanto profissional e/ou pessoa, ou porque as considerei pertinentes para ilustrar o meu percurso e o desenvolvimento de competências.

Para ser competente, diversos autores referem, ter de haver a conciliação do pensamento complexo e autoavaliação. Identificando, o pensamento complexo como “o pensamento capaz de reunir (complexas: aquilo que é tecido conjuntamente), de contextualizar, de globalizar, mas ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto” (Morin & Le Moigne, 2009, p.207), o estudante consciencializa o processo de desenvolvimento da aprendizagem através da reflexão sobre a ação e

reflexão sobre a reflexão na ação (Peixoto & Peixoto, 2016). Esta competência sedimenta-se no decurso da experiência profissional e permite a antecipação de fenómenos (Benner, 2005).

A construção do meu 'caminho' fez-se ao longo de todo o percurso formativo e consolidou-se na prática reflexiva que teve origem num projeto elaborado para me guiar na aquisição das competências de EEER. Como tal, farei uma breve caracterização reflexiva das unidades de prestação de cuidados onde realizei a minha incursão na prática, que aconteceu primeiro em contexto Hospitalar, no Serviço de Ortopedia de um Hospital do Algarve. Quanto à componente Comunitária, decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) enquadrada na Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve.

De seguida, apresento o relatório reflexivo da prática de acordo com os objetivos por mim definidos no projeto (Apêndice 1) e por ordem cronológica de atuação nos diferentes contextos: hospitalar e comunitário. Os objetivos propostos basearam-se no Regulamento nº140/2019 das Competências Comuns do EE (Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais), bem como no Regulamento nº392/2019 das Competências Específicas do EEER (J1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa).

Os objetivos foram construídos com base na taxonomia de Bloom e respeitando a hierarquia proposta pelo autor. Tentei conduzir o projeto de estágio, o estágio e o relatório tal como a metáfora da árvore, através da representação do problema central levantado (raízes) **Quais as intervenções do EEER na capacitação do cuidador do idoso dependente no contexto comunitário?**, dos objetivos do projeto (tronco), das atividades propostas para alcançá-los e dos efeitos (avaliação) das intervenções (ramos e folhas).

A abordagem por perfil de competências tem vindo a ser fomentada no ensino da enfermagem. Não podemos falar de desenvolvimento pessoal e profissional sem falar em competência. Falar de competência é também abordar as questões

relacionadas com a sua face visível – o desempenho. A abordagem sobre competências é resultado, principalmente, da concetualização de autores como Hesbeen (2003) e Benner (2005), que estabelecem uma vinculação da competência ao fazer, ao realizar, à habilidade de concretizar uma ação - desempenho. A OE lançou a debate a definição de um perfil de competências para ECG (Regulamento nº190/2015) e mais recentemente o perfil de competências comuns dos EE e posteriormente dos EEER.

Já Benner (2005) desenvolveu um modelo dinâmico de aquisição de competências identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Quando iniciei o estágio hospitalar, o meu nível de competência era de iniciado avançado (Benner, 2005), uma vez que no meu percurso profissional onde desenvolvi a experiência hospitalar, foi sempre com prevalência de cuidados a população idosa. Ainda assim, embora tivesse trabalhado em contexto hospitalar durante 12 anos, não só a situação era divergente, mas o intervalo de mudança de paradigma de cuidados já era o suficiente para criar algum sentimento de desatualização face à atuação de cuidados nessas instituições, nomeadamente a organização dos cuidados. A acrescentar, a situação de pandemia vivida gerou medidas de carácter excecional para estudantes em ensino clínico, que vierem alterar o normal funcionamento dos ensinos clínicos. No entanto, a instituição hospitalar teve a preocupação com a formação dos estudantes e ensino sobre as medidas de prevenção e controlo da situação pandémica, havendo também confiança na conduta dos estudantes, pautada pela ética, senso de responsabilidade social e compromisso. O apoio do enfermeiro orientador e da restante equipa permitiu ultrapassar dificuldades, bem como a minha proatividade para esclarecer questões e dúvidas. A própria integração na prestação de cuidados facilitou a compreensão das dinâmicas, do trabalho multidisciplinar e da organização das intervenções terapêuticas de reabilitação.

Já no contexto comunitário, a minha experiência é ainda diminuta, embora seja o meu atual contexto profissional, integrando uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) desde meados de 2020 e em âmbito de pandemia, o que significa que os contactos privilegiados são na instituição e as visitas domiciliárias limitadas. Posso dizer que o meu nível de competência neste contexto é ainda de iniciado (Benner, 2005). Como referido pela autora, é necessária experiência para reconhecer algumas

particularidades em situação real, especificamente as que abrangem o conjunto de características globais que são identificadas apenas graças às experiências anteriores (Benner, 2005).

Tenho de salientar que não houve oportunidade de visitas prévias aos locais de estágio por limitações impostas em tempo de pandemia. Houve, no entanto, contactos telefónicos e por email, tanto com os supervisores clínicos como com os enfermeiros em funções de chefia das unidades funcionais, onde me foi possível ficar a conhecer um pouco os locais e as principais características.

Importa evidenciar aqui que, um dos domínios basilares e necessários para o desenvolvimento da prática é o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que tem de estar subjacente em toda a abordagem desenvolvida por qualquer enfermeiro, ou seja, todos os enfermeiros se devem basear numa prática profissional, ética e legal na prestação de cuidados, que respeite a pessoa, família e todos os profissionais envolvidos nessas ações (Regulamento nº190/2015).

Posso afirmar que no percurso, segui uma linha que respeitasse todos os princípios éticos, legais e deontológicos que sustentam a profissão de enfermagem, respeitando sempre os direitos, a segurança e o conforto de cada pessoa, assegurando sempre a sua dignidade individual. Orientei a prática com rigor e profissionalismo discutindo com os outros profissionais presentes nos contextos, sobre as melhores práticas e condutas no sentido de proporcionar à pessoa e cuidadores os melhores cuidados e os mais benéficos para cada um em função da sua situação.

Segundo Hesbeen (2003), a equipa multidisciplinar deve permitir executar uma análise do caso e a sua respetiva avaliação com o intuito de criar linhas condutoras gerais e o tipo de intervenções necessárias. Foi em momentos de partilha com a equipa multidisciplinar que se construíram planos de cuidados, também com o intuito de fazer com que o processo de reabilitação fosse eficaz. Foi-me possível discutir os planos de cuidados e intervenções terapêuticas com a equipa multidisciplinar e adaptá-los à pessoa e família nos diferentes contextos. Todas as pessoas e famílias assistidos foram orientados nestes princípios sendo capazes de tomar decisões, de aceitarem, ou não, a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, respeitando sempre a sua aceitação ou recusa. O respeito pelos seus direitos e evitando intervenções que pudessem comprometer a segurança, a privacidade ou a sua dignidade foram sempre

assegurados. Relativamente a deontologia, estando associada ao dever e obrigação, trata-se de um conjunto de princípios e regras que assentam no agir por dever, o que dá às ações um valor moral, sendo apenas alcançada através de uma livre vontade (OE, 2015). Considerando esta premissa da livre vontade, todas as pessoas foram informadas e incentivadas a participar no seu processo de reabilitação, houve sempre preocupação em assegurar a devida informação e esclarecimento à pessoa e família/cuidadores, quer sobre o seu estado de saúde, benefícios e riscos dos programas de treino motor, cognitivo, de reeducação funcional respiratória (RFR), quer sobre o seu direito de dissentir e interromper a qualquer altura a sua participação nos programas de intervenção. Acredito que uma pessoa bem informada se encontra em condições propícias de decidir em liberdade e consciência, sobre determinada situação.

De salientar ainda, no respeito pela privacidade e direito de confidencialidade, foi assegurada a omissão de todos e quaisquer dados ou menções passíveis de identificar qualquer um dos intervenientes, sendo por isso os mesmos codificados nos trabalhos elaborados. Foram também garantidos, o respeito pelos valores, pelos quais se regem as pessoas e seus grupos de pertença. De encontro ao disposto no Artigo nº102 do REPE (OE, 2015) que compromete o enfermeiro a “a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (p.82) e ainda a “f) respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.” (p.82). De encontro também ao disposto pela DGS (Lei nº15/2014) com relação aos direitos e deveres da pessoa nos serviços de saúde.

Posso afirmar que considero alcançadas as competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, sendo que garanti o cumprimento dos princípios éticos, legais e deontológicos à luz dos quais a enfermagem se rege, integrando na prática, garantindo e respeitando os direitos e deveres dos clientes e famílias.

É exigido, aos enfermeiros, que desempenhem um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, inicie e participe em projetos institucionais na área da qualidade; adquira capacidade para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Foi com esta premissa de dinamizar e desenvolver estratégias de governação clínica, que aproveitei a oportunidade e liberdade para consultar normas de procedimentos e protocolos nos diferentes contextos, que estiveram sempre disponíveis quando houve necessidade para os mobilizar na articulação teórico-prática. Houve ainda oportunidade, em contexto comunitário, de consultar o manual de acolhimento, relatórios de atividades e planos de ação, sendo uma chance de explorar um referencial e, assim, uma oportunidade de planificar a minha intervenção de acordo com as expectativas e melhoria contínua da qualidade, também, da unidade funcional que me acolheu.

Nas duas primeiras semanas houve, em cada contexto, essencialmente, partilha do raciocínio clínico inerente à decisão com os enfermeiros orientadores. Gradualmente desenvolvi o raciocínio clínico autónomo, recorrendo à proatividade, alicerçando o pensamento complexo, de acordo com a analogia de Morin e Le Moigne (2009) e à construção deste como um edifício de muitos andares. Foi ainda, fundamental a ideia de auto-organização nos desenvolvimentos concetuais de forma a entender e integrar o 'edifício da complexidade' (Morin & Le Moigne, 2009). Agi em congruência com articulação teórico-prática, operacionalizando os domínios preconizados para o EEER e em acordo com os supervisores clínicos, ao final de duas semanas passei a fazer a gestão integral dos planos e intervenções, sempre sob supervisão. Reconheço que encontrei dificuldade em saber gerir expectativas, o que inclusivamente motivou a necessidade de refletir sobre esta questão com supervisores clínicos e professora orientadora. Sem dúvida que, as reuniões informais, assim como os momentos de troca de informação, foram um contributo muito significativo, tendo em conta, que a partilha e discussão de experiências, informação e casos clínicos, revelaram-se uma mais-valia no desenvolvimento de competências, na aquisição de novos conhecimentos e no aprofundar dos mesmos. Decorrente destes momentos, bem como das orientações tutoriais e reflexão conjunta, a gestão das expectativas foi conseguida, bem como a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências essenciais às respostas aos principais desafios em saúde na contemporaneidade e contextos atuais. O princípio dialógico enunciado por Morin e Le Moigne (2009), que remete a Heráclito, encontrei-o na relação entre ordem, desordem e organização essenciais para a

coexistência necessária de sentimentos e pensamentos antagônicos, como os que foram surgindo e que fui integrando.

Verifiquei a existência de projetos já implementados nos vários contextos de estágio, havendo a oportunidade de participar e integrar os já existentes nos contextos, nomeadamente, os relacionados com a segurança, na prevenção de quedas, na prevenção de úlceras por pressão e no rastreio precoce das alterações da deglutição. Dar continuidade aos projetos e ter a possibilidade de acrescentar algo, ao meu conhecimento e mesmo dar contributos aos projetos, como no caso da prevenção de quedas, onde, no contexto domiciliário, tive oportunidade de realizar uma sessão de sensibilização dos profissionais para a importância da temática. Aqui, o conceito de recursão (Morin & Le Moigne, 2009), evidencia o movimento em que a teoria modifica a prática e vice-versa, numa dinâmica circular de onde emerge o pensamento complexo.

Reconheço que os enfermeiros generalistas desempenham um papel muito importante, uma vez que trabalham em equipa com os EEER e dão continuidade aos cuidados e projetos, por isso, a presença de ECG tem também implicações na qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Ainda, devido à crescente complexidade dos cuidados de saúde e maior especialização das diferentes áreas de conhecimento, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação também necessitam de contributos da equipa interdisciplinar. Foi-me possível asseverar que a qualidade e continuidade dos projetos de Enfermagem de Reabilitação é interdependente da equipa e que o EEER tem um papel fulcral e indispensável na partilha de conhecimento, na gestão e dinamização dos projetos implicados na qualidade. Instituídos em 2001 pela OE (2001), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem têm por objetivo melhorar a qualidade do serviço prestado, exigindo, portanto, práticas congruentes com os mesmos, independentemente da condição com que os enfermeiros exerçam a profissão (OE, 2011). Assume-se então que, em saúde, a qualidade é tarefa multiprofissional e adequada aos contextos (OE, 2001), o que me foi possível observar.

Tendo sido identificada como das mais relevantes e frequentes preocupações, nos contextos em que se desenvolveu o ensino clínico, as relacionadas com a segurança da pessoa. Destaca-se a manutenção de “Práticas seguras em ambientes seguros”, o 5º pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho nº9390/2021), e num *continuum*, as intervenções desenvolvidas para dar resposta aos

objetivos estratégicos neste domínio, passam pela implementação e consolidação de práticas seguras, promovendo a utilização de ferramentas de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados, nos diferentes níveis de cuidados. No curso da prática adotei intervenções de monitorização e prevenção de incidentes de segurança, com foco maior nas quedas e úlceras por pressão. Foi na prossecução dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE (2001), onde refere que o enfermeiro previne complicações na procura permanente pela excelência no exercício profissional, mas também pelos definidos para os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011), onde refere a importância do rigor técnico e científico na implementação das intervenções do EEER, que me apoiei para identificar, prescrever, implementar e avaliar intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a prevenção de complicações.

Tive oportunidade de monitorizar e registar nos programas de registo disponíveis nos contextos, mas também de transpor esses para os estudos de caso e planos de cuidados realizados, no decurso dos quais tive ainda ocasião de desenvolver as intervenções planeadas, bem como proceder à sua avaliação. Tive ainda a possibilidade, no contexto hospitalar, de obter informação relativa ao 'pós intervenção' de Enfermagem de Reabilitação, através de um contacto telefónico, com a pessoa cuidada, trinta dias após a alta, onde validei a efetividade da intervenção e ensinamentos. Como referem Peixoto e Peixoto (2016) na sua pesquisa, vivenciar um evento crítico possibilita a reflexão. Ter tido oportunidade de estabelecer contacto com a pessoa cuidada após a alta e verificar que esta considera a intervenção do EEER como crucial para a sua reabilitação e para a manutenção no regresso a casa, foi uma experiência positiva que me permitiu avaliar e refletir 'pós-ação' com impacto positivo na minha aprendizagem.

Relativamente à segurança, não houve lugar a ocorrências de incidentes de segurança, pelo que não houve necessidade de notificações. As intervenções implementadas não só contribuíram para a maior segurança da pessoa como para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Inerente à qualidade e norteada pelo regulamento das competências comuns do EE, considerei a adequada gestão de risco clínico, no garante de um ambiente terapêutico seguro, para o qual trabalhei com perseverança e rigor. Todo o contexto

pandémico exigiu e execução do programa de intervenção, no cumprimento de todas as recomendações de segurança emanadas pela DGS e normas de procedimento específicas nos contextos de ensino clínico, cumprindo todas as medidas de prevenção e controlo de infeção recomendadas e correta implementação de normas e orientações inerentes aos contatos de proximidade (equipamentos de proteção individual e descontaminação de superfícies) no domicílio. Contribui para garantir a correta utilização de todos os materiais e equipamentos necessários à diminuição do risco clínico para implementação do programa de reabilitação nos diferentes contextos (DGS, 2020) e para a envolvência da equipa multidisciplinar, assegurando assim o mais elevado nível de qualidade dos cuidados prestados.

A procura do conhecimento mais atualizado e fidedigno, aliada à quantidade de publicações, normas e orientações sobre a temática da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, agravada pela urgência de encontrar respostas para fazer face aos problemas encontrados, revelou-se uma tarefa ímpar. Do mesmo modo, a procura por equipamentos de proteção individual e (in)formação sobre a correta e mais atual evidência, revelaram-se desafiadoras. No entanto, as instituições onde a prática clínica aconteceu forneceram todos os equipamentos e formação sobre a correta atuação perante o risco ou exposição, o que foi uma vantagem.

A disponibilidade dos supervisores clínicos, foi uma mais-valia evidente se refletir sobre o caminho até à perícia como defende Benner (2005) ao abordar os padrões de conhecimento dos enfermeiros como integradores de várias formas de saber, que se interligam e se relacionam com as evidências científicas. A ponderação ética, a capacidade relacional, as características próprias da personalidade, a constante reflexão, e a adaptação a novas e desafiantes situações, são formas de conhecimento que se desenvolvem, recriam-se e treinam-se, no percurso de desenvolvimento de competências, desde iniciado a perito.

A possibilidade de observar e experienciar todas as alterações no funcionamento das unidades funcionais, nos diferentes contextos, e dos profissionais, na adaptação de novos protocolos e de fluxos assistenciais, permitiu acompanhar, vivenciar e adaptar as intervenções. Tive a oportunidade de vivenciar, durante o ensino clínico e na minha prática, os desafios que acometem a profissão e que nos permitem reinventar no

contexto. Atuar num contexto de pandemia fortalece a formação e a identidade profissional.

Considerando o exposto, observo alcançada a unidade de competência relativa à incorporação de **competências no domínio da melhoria contínua da qualidade** e conhecimentos na prática, sendo que foi também aplicada a metodologia científica do processo de enfermagem, refletindo sobre a prática e mobilizando conhecimentos em tempo útil, justificando os cuidados prestados com base na mais recente evidência encontrada, nomeadamente através das pesquisas efetuadas nos diferentes contextos, particularmente na capacitação do cuidador, mote do projeto de estágio desenvolvido.

A necessidade da melhoria contínua enquanto profissional de saúde, refletiu-se na necessidade de continuar e avançar para a frequência do CMEER, dado que se preconiza que o profissional desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua *praxis* clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº140/2019).

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, o EE, independentemente da sua área de especialidade, “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de saúde, a articulação da equipa de saúde (C1)” (p.4745), assim como “Adapta a liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Na observância destas premissas, ao longo do ensino clínico participei em reuniões multidisciplinares em ambos os contextos, colaborei com os supervisores clínicos na decisão clínica, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Colaborei com outros profissionais presentes nos contextos, para desenvolver e implementar planos de cuidados individualizados e adaptados à pessoa e família. Reconheço que, embora a pessoa necessite desenvolver capacidades e competências que facilitem a sua adaptação às etapas do seu ciclo vital e aos seus processos de saúde e doença (Hoeman, 2011), a intervenção do EEER constitui um fator facilitador e recomendado de acordo com a OE. Pois, uma vez que “os enfermeiros especialistas, enquanto detentores de conhecimentos aprofundados num domínio específico, devem assumir, entre outras, a responsabilidade de orientação e educação não só dos clientes/ famílias, mas também dos seus pares” (OE, 2013, p.17). A presença do perito é fundamental, como defende Benner (2005), para modelar e facilitar as

transições dinâmicas entre o conhecimento e ação dos enfermeiros em desenvolvimento profissional.

Independentemente do contexto, passei a conseguir identificar necessidades e planejar intervenções no âmbito dos três níveis de prevenção (Neuman & Fawcett, 2010), direcionadas para a capacitação e para o desenvolvimento de estratégias que ajudem a pessoa e família a gerir as fragilidades que vivenciam. Foi mais uma prática de reflexão conseguida, esta na 'pré ação' (Peixoto & Peixoto, 2016), centrada num plano de ação focado no desenvolvimento de determinada habilidade e de competências.

A figura do enfermeiro, bem como a própria necessidade de cuidados de saúde, está frequentemente associada à dor, desconforto, doença e mal-estar (*stressor* negativo interpessoal). A perceção destes cuidados por parte do sistema cliente tem implicação direta sobre a linha flexível de defesa. Esta linha pode ser abordada de duas formas: na minimização da sua agressão, (através da implementação de cuidados individualizados), ou, no seu fortalecimento (por exemplo, através da gestão do ambiente envolvente, providenciando, por exemplo, a presença do CI no decorrer das intervenções). A aproximação ou distanciamento desta linha em relação ao *core* do círculo será influenciada pelas experiências vividas e refletirá a sensação de bem/mal-estar percecionada. As consequências do processo de cuidados vão depender da forma como a pessoa e a família vão ser capazes de processar a experiência de situação de doença. Embora as teorias sejam tantas vezes limitadas a contextos e fenómenos, ainda assim permitem o alinhamento da teoria à prática e promovem a reflexão e melhores cuidados (Brandão et al., 2019).

Na prossecução do estabelecimento de objetivos terapêuticos comuns em prol da otimização do processo de reabilitação da pessoa, o processo de cuidados era discutido semanalmente, no contexto hospitalar, entre a equipa multidisciplinar. Diariamente, no início de cada turno, reuníamos com enfermeiros generalistas e enfermeiro de reabilitação no sentido de definir o plano de intervenção para o turno. Reunimos depois, também diariamente, com fisioterapeutas e EEER no sentido de estabelecer prioridades e objetivos individuais para cada pessoa com alterações motoras do foro ortopédico, bem como planejar as intervenções de cada profissional. Já planejar antecipadamente a alta e o regresso a casa, requereu capacidade de articulação com a equipa e gestão, orientação e negociação dos cuidados, por forma a otimizar a

resposta individual e da equipa de saúde, tendo sido uma preocupação constante e havendo um espaço de discussão semanal em equipa interdisciplinar para este planeamento e discussão. Segundo Hoeman (2011) e Gomes et al. (2021), o planeamento de alta deve ser abrangente e ser facilitador de uma base de dados completa que permita planear o regresso a casa.

Os espaços de discussão multidisciplinar revelaram-se de extrema importância e enriquecedores na estruturação do pensamento crítico e complexo, indo de encontro ao último princípio enunciado por Morin e Le Moigne (2009) o hologramático, sendo que o todo contém as partes e nelas está contido, remetendo este princípio também à ideia recursiva de (re)construção mútua. Uma boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e um bom processo aumenta a hipótese de se conseguir um bom resultado.

No decorrer do percurso, no contexto hospitalar, a grande preocupação dos enfermeiros, principalmente dos EEER, é em relação à continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade e as dificuldades das pessoas idosas no regresso a casa. A família e outros elementos cuidadores podem ser parceiros essenciais nos cuidados de reabilitação, devendo também ser encarados pelo EEER como alvo dos seus cuidados (ANCI, 2021; Gomes et al., 2021; Martins & Santos, 2020). Cuidar de pessoas dependentes é um processo complexo, que acarreta mudanças constantes e, que exige dos cuidadores uma adaptação e reorganização em diferentes contextos (Gomes et al., 2021; Martins & Santos, 2020).

Essa preocupação vinha ao encontro da inquietação que também identifiquei na unidade funcional onde exerço funções, em contexto comunitário. Consigo reconhecer que existem pessoas na comunidade, sobretudo as de maior idade, que beneficiavam de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, mas que não são identificadas ou não usufruíam desses mesmos cuidados ou então são referenciados tardiamente pelos serviços, por desconhecimento ou fraca comunicação por parte das unidades funcionais em que se inserem. Esta fragmentação dos cuidados tem impacto negativo na funcionalidade destas pessoas, que desperdiçam potencial de reabilitação e de marcha com consequências em todos os outros autocuidados (Gomes et al., 2021). Será uma possibilidade mais investimento na continuidade de cuidados assistenciais, com foco na comunicação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados.

No contexto comunitário, adequaram-se os recursos existentes às necessidades, nomeadamente através da harmonizada calendarização e programação das visitas domiciliárias, consoante a necessidade de cuidados percebida nas visitas anteriores. Por exemplo, transporte disponível ou intervenção de fisioterapeuta na mesma semana, priorizando algumas situações. Desta forma podemos participar ativamente na otimização do trabalho da equipa interdisciplinar, adequando os recursos disponíveis. Do mesmo modo, os recursos individuais de cada pessoa a quem foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação, foram adaptados no sentido de otimizar e rentabilizar recursos, em prol da implementação adequada dos programas de reabilitação. A gestão de produtos de apoio e a adaptação de equipamentos auxiliares, foi sempre adaptada às necessidades. Quero salientar aqui algumas das estratégias adaptativas na gestão dos recursos disponíveis, utilizando os móveis e objetos pessoais para treino de equilíbrio dinâmico ao mesmo tempo que adaptamos as atividades do dia-a-dia como arrumar a casa, ou utilização de cabo de vassoura para substituir bastão em RFR, ou ainda a alteração de disposição de mobiliário sólido e seguro para ponto de apoio, garantindo a manutenção da segurança. De referir que houve facilidade na articulação e mobilização da equipa multidisciplinar, no cumprimento de intervenções interdependentes e na adequada referenciação para outros níveis de cuidados, o que vai ao encontro do que encontraram Gomes et al. (2021, p.6) no seu estudo, onde vários autores consideram de suma importância “a articulação com os recursos da comunidade, para assegurar a continuidade de cuidados”.

Posso referir como exemplo, o de uma pessoa assistida por motivos de dificuldade na fala e deglutição, surgindo a necessidade de referenciação para terapia da fala, ou ainda, no caso de uma outra pessoa assistida em contexto domiciliário, a quem, após a avaliação por EEER, foi identificada a necessidade de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Pelo potencial de reabilitação identificado pelo EEER, após esclarecer, a pessoa e família, sobre as vantagens destes recursos ao seu dispor, foi possível garantir a continuidade de cuidados. Estas experiências permitiram observar que o EEER utiliza as competências acrescidas associadas ao trabalho desenvolvido pela equipa e por isso desempenha um papel crucial na tomada de decisão e gestão dos recursos e dos cuidados de enfermagem.

Ao longo do percurso foi necessário otimizar frequentemente o processo de cuidados. Posso dar como exemplo, a gestão dos momentos de cuidados prestados, em que foi necessário atender ao horário de intervenção para não coincidir com horários de refeições ou de trabalho com outros elementos, como os intervenientes no apoio domiciliário.

A continuidade dos cuidados ficou sempre assegurada através de registos informáticos em SClinic® e na plataforma GestCare®, onde reconheço que os focos de enfermagem não estão perfeitamente adequados aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. É evidenciada a capacidade da pessoa para a realização dos seus autocuidados, de forma a promover a sua autonomia, mas em detrimento de tantos outros indicadores sensíveis aos cuidados da Enfermagem de Reabilitação. Reconhecendo esta lacuna e ainda, que os indicadores são a ferramenta de eleição para avaliar os resultados dos cuidados de saúde, reconheço que há limitação na avaliação de alguns resultados da intervenção do EEER. Assim, foi de extrema importância os planos de cuidados que redigi e discuti com os supervisores clínicos e com a professora orientadora, permitindo uma profunda avaliação e reflexão sobre os resultados obtidos com a intervenção. O Bilhete de Identidade dos Indicadores foi redigido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE (2018, p.5), com o propósito de “promover uma nova visão da intervenção dos enfermeiros, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem [de reabilitação] e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde”.

Contudo, há ainda um longo percurso a percorrer para garantir indicadores para além da capacidade na realização de atividades, como seja, o aumento da independência física e funcional, a gestão de sintomas, a diminuição de complicações, o aumento da qualidade de vida. Este trabalho é importante e promove a oportunidade de investigar e inferir sobre o impacto destes contributos na aquisição de competências e construção do pensamento ampliado, abrindo-se um leque de opções ao ampliar as possibilidades indo de encontro aos princípios definidos por Morin e Le Moigne (2009).

Relativamente a tarefas delegadas, seja a outros profissionais de saúde, seja ao CI, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem segundo a OE (Regulamento nº190/2015) declara que o enfermeiro só pode delegar tarefas em quem tenha preparação necessária para as executar. Portanto, cabe ao enfermeiro avaliar as

necessidades da pessoa e família, e planejar os cuidados de forma segura, determinando quais as tarefas que podem ser delegadas. Nesse sentido, cada visita domiciliária permitiu compreender as necessidades sentidas pela pessoa e CI, agindo de acordo com as mesmas, ensinando, instruindo, treinando e supervisionando as instruções dadas, transmitindo conhecimentos, para que esses conseguissem manter e reabilitar a sua saúde. As “tarefas podem variar das mais simples (supervisão) às mais complexas (higiene pessoal), variando também na frequência, periodicidade, duração e intensidade relacionada com o grau de dependência de quem é cuidado” (Martins & Santos, 2020 p.121) e ainda “Os CI apresentam diferenças estruturais e organizacionais distintas” (Martins & Santos, 2020 p.128) o que me permitiu adaptar as estratégias e promover a capacitação.

Em Portugal têm sido desenvolvidos alguns programas de apoio ao CI, quer pelos serviços sociais e comunitários, quer pelos serviços de saúde. Contudo, estes programas, embora com diferentes tipos de resposta e sendo adequados às necessidades dos cuidadores, são ainda insuficientes. Um dos meus propósitos é a implementação de um programa de reabilitação para a capacitação dos cuidadores da pessoa idosa, nomeadamente com vista à prevenção das LME, com o intuito de colmatar as necessidades (Pereira et al., 2021; Rodrigues, 2018). De acordo alguns autores referidos por Rodrigues (2018) os programas considerados como orientações da melhor prática, no sentido de ajudar as pessoas a lidar com a situação, são os psicoeducacionais e os multicomponentes. Devendo estes incluir treino de habilidades, grupos de apoio, educação e orientação no planeamento dos cuidados. Enquanto profissional, tem sido um desafio tentar delinear um programa dirigido à capacitação dos cuidadores. No entanto, no decurso do mestrado o desenvolvimento de competências permitiu-me apresentar um plano que poderá ser o meu projeto de intervenção quando EEER na UCSP (Apêndice 1)

Inquieta-me que o profissional de saúde de referência para a capacitação do CI, tantas vezes indicado no Decreto Regulamentar nº1/2022 não esteja ainda definido. Considero que poderá ser, inegavelmente, um enfermeiro, e sempre que possível um EEER. Nos seus estudos vários autores pesquisados por Bernardo e Sá (2017) e Matos e Araújo (2020) evidenciam a importância da intervenção do EEER, na capacitação do CI.

Ao longo de todo o processo de prestação de cuidados foi considerada a gestão ambiental e os riscos para a pessoa, família/cuidador e integrantes da equipa de saúde, partilhando conhecimentos e mostrando-me disponível. Esta complexidade, capaz de reunir e globalizar, as ao mesmo tempo reconhecer o singular e concreto tende para a complexidade enunciada por Morin e Le Moigne (2009).

Considero que me integrei e asseverei como referência no seio da equipa multidisciplinar, a quem, por vezes, a mesma recorreu, quer para esclarecimento de dúvidas, quer para apoio na prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. Observo, assim adquiridas competências para adequada **gestão de cuidados de saúde**, em diversas circunstâncias e a vários níveis.

Entre as capacidades e habilidades preconizadas no REPE encontrar-se-á a do autoconhecimento, enquanto consciência pessoal e profissional de enfermeiro (OE, 2015). Esta foi, pois, uma das competências desenvolvidas, no processo de interiorização profissional de conhecimentos teórico-práticos da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, acrescidos e advindos do processo de formação inerente a este mestrado. A atitude reflexiva foi a tarefa mais complexa e apontada “como fonte de dificuldades e de stress emerge na maioria das vezes como factor facilitador do processo de reflexão sobre as práticas e conseqüentemente como factor de desenvolvimento pessoal”, já o refere Rua (2011, p.9). Benner (2005) e Tanner (2006) evidenciam que a reflexão contribuiu, em muito, para desenvolver competências através do pensamento sobre a ação e interpretação, aprendendo com as experiências e facilitando a tomada de decisão, o que também é evidente no estudo de Marques et al. (2019).

Inerente ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais encontra-se como competência desenvolvida neste mestrado e área de especialidade, a capacidade de mobilização de um conjunto de saberes adquiridos, desenvolvidos, aperfeiçoados e comprovados, associando vários tipos de conhecimento teórico e prático. O pensamento e conhecimento fragmentados não respondem à complexidade dos problemas atuais, sendo fundamental ter uma atitude reflexiva e integrativa (Benner, 2005; Marques et al., 2019; Peixoto & Peixoto, 2016; Tanner, 2006).

Foi com recurso a toda a pesquisa bibliográfica efetuada e recrutada para alicerçar o projeto de estágio e o presente relatório, também para a elaboração dos

diferentes programas de reabilitação e mobilizada na sustentação dos estudos de caso apresentados que a capacidade reflexiva se foi desenvolvendo. Mas também, promovendo a divulgação de resultados provenientes da evidência encontrada, como a revisão *scoping* (Anexo 1) apresentada em evento científico e estudos de caso apresentados, um em Jornadas de Enfermagem de Reabilitação (Anexo 2), outro num Webinar dedicado à Enfermagem de Reabilitação (Anexo 3). Que me foi possível apontar a sempre presente intencionalidade de contribuir para a produção e disseminação de conhecimento e para a prática baseada na evidência. Prática esta, fonte ela mesma, de conhecimento em enfermagem (Benner, 2005), afirmada entre outros, na concretização deste mesmo relatório, ou nos trabalhos realizados ao longo do percurso, ou ainda dos futuros trabalhos.

Assisti ainda a eventos online promovidos no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, que me forneceram contributos essenciais para melhorar a minha intervenção e desenvolver competências. Articular os saberes, contextualizar e gerar (re)organização do conhecimento é essencial para a construção do pensamento complexo (Morin & Le Moigne, 2009)

Procurei sempre articular as aprendizagens teóricas com a prática de cuidados. Frequentemente, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas, procedimentos, equipamentos ou outras temáticas que surgiam nos contextos, tendo realizado pesquisas bibliográficas, para compreender, suportar e fundamentar as atividades desenvolvidas nos contextos da prática clínica.

A elaboração dos jornais de aprendizagem nos contextos de estágio, concretizaram o conhecimento e prática adquiridos, exaltando a consciencialização dos mesmos. Esses jornais, com a análise crítica e atitude reflexiva das aprendizagens, foram importantes para o desenvolvimento de uma prática de cuidados cada vez mais complexa, especializada, competente e baseada na evidência científica (Peixoto & Peixoto, 2016; Rua, 2011). Ao elaborar os jornais de aprendizagem, foi-me possível a prática reflexiva, que é uma condição indispensável para o desenvolvimento profissional e intelectual do estudante, permitindo que este se torne mais auto consciente e preste melhores cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016). As experiências em ensino clínico possibilitaram relacionar e interligar as aprendizagens teóricas adquiridas com as aprendizagens de aspeto prático, recolhendo contributos para o meu desenvolvimento

profissional. Ao longo do processo de aprendizagem, foram desenvolvidos conhecimentos, aptidões e competências, através de uma atitude de permanente pesquisa pelo conhecimento e da mais recente evidência científica.

Considero que foram promotores de motivação e interesse, a informação e conteúdos partilhados com os supervisores clínicos, como são exemplo, os documentos de registo, monitorização e informação disponíveis nos contextos, livros para consulta, sites de interesse. Também com a professora orientadora houve muita partilha e senti que a minha (in)experiência foi respeitada e reconhecida, tendo sido um percurso estimulante que me permitiu a discussão e reflexão, adquirir e aprofundar aprendizagens pessoais e profissionais.

Deste modo considero adquiridas e mobilizadas as competências inerentes ao **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, para o qual contribuíram a experiência e perícia dos supervisores clínicos e professora orientadora, bem como a reflexão e discussão conjunta para a congruência entre auto e hétero perceção das capacidades adquiridas, desenvolvidas e demonstradas.

A componente hospitalar decorreu num período de cerca de 12 semanas, de 12 de outubro a 28 de dezembro de 2021, embora, no cronograma inicial estivessem consideradas 9 semanas, mas decorrendo da situação pandémica e necessárias interrupções, foi alterado o cronograma. Num hospital, que tem como missão assumir a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos do Algarve, garantindo a segurança da saúde de todos os que habitam ou visitam a região. Tem ainda a missão de desenvolver um importante trabalho na área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando ainda, através de vários protocolos, com universidades e cursos nas áreas médicas de enfermagem e das ciências da saúde. Assenta em valores como o trabalho a favor da pessoa, o trabalho em equipa. Incita a inovação, a gestão participativa e orienta-se para os resultados. Foi relevante verificar como a instituição operacionaliza a sua missão e valores, desde a orientação para as boas práticas, que começa desde logo com a preocupação, em âmbito de pandemia, de acolher e ao mesmo tempo corresponsabilizar os estudantes, sendo proporcionado um momento de formação e prática sobre as medidas de prevenção e controlo de infeção, mas também havendo uma preocupação constante com a disponibilização de equipamentos de proteção individual e outras medidas

sempre que necessário. Até à preocupação com a promoção do trabalho em equipa e com a gestão participativa, promovendo, não só formações contínuas e em serviço, mas momentos de partilha em eventos organizados, como as Jornadas de Enfermagem de Reabilitação, organizadas pelo departamento de Enfermagem de Reabilitação e nas quais tive oportunidade de participar e apresentar também o trabalho desenvolvido em ensino clínico.

Relativamente à componente comunitária, tinha previsto em cronograma 9 semanas, tendo decorrido no período de 05 de janeiro a 22 de abril de 2022, com necessidade de reajuste de cronograma por situação de doença. A Unidade de Cuidados na Comunidade localiza-se num concelho que ocupa uma área de 158 km<sup>2</sup>, e abrange uma população de 24462 residentes distribuídos por uma área de intervenção geodemografia com características urbanas e rurais, e conta com uma densidade populacional de 155 pessoas/Km<sup>2</sup>. Tem por missão assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida, com base em princípios de cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, parceria, avaliação contínua e gestão participativa. Foi importante conhecer esta realidade de proximidade com a comunidade e operacionalizada com distinção pela equipa, uma vez que o meu percurso tem sido em contexto hospitalar. No hospital a proximidade é relativa, estamos na 'nossa casa', num ambiente controlado e com toda uma equipa presente. Já no domicílio a proximidade é real, entramos na casa do outro, num ambiente não controlado e sem outros da equipa por perto. É no domicílio que conseguimos identificar as reais necessidades e agir em cooperação e parceria com a pessoa e família, articulando com a restante equipa com fundamento numa gestão participativa dos cuidados (WHO, 2020b). Esta realidade levou à composição de um jornal de aprendizagem que me permitiu (re)conhecer as particularidades e constrangimentos que o EEER encontra nos cuidados na comunidade. Sendo esta a minha realidade e o contexto onde pretendo aplicar as competências de Enfermagem de Reabilitação, foi um grande desafio reconhecer que pouco sabia sobre a gestão e planeamento de cuidados numa visita domiciliária e como essa gestão é fundamental para o sucesso da intervenção.

O EEER tem autonomia para decidir a sua intervenção junto da pessoa e dos cuidadores. E em conjunto traçam um plano de intervenção com o objetivo de dar resposta às suas necessidades e preocupações.

O EEER, no âmbito das suas funções a nível da comunidade, é um elo importante no atendimento e satisfação da pessoa dependente e do seu cuidador, com resultados na diminuição da sobrecarga do CI (Alvarez et al., 2021; Martins & Santos, 2020). Este facto é reconhecido pelas alíneas h) e i) do Artigo 6.º do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 101/2006 que

preconiza que se adote um novo paradigma de atuação: o dos cuidados integrados de reabilitação global e que o indivíduo e a família abandonem a posição de recetores passivos e adaptem a posição de participação ativos, que devem ser envolvidos tanto na tomada de decisão como na própria concretização dos cuidados (p. 3858).

No domicílio ajustamo-nos à pessoa e às determinantes no dia da visita. A visita domiciliar permite conhecer as condições de vida, trabalho, habitação das famílias e também as suas relações (Araújo et al., 2019; Raposo et al., 2020), o que permite expressar o sistema cliente. Consequentemente, pode facilitar o planeamento e ajudar a direcionar as ações no intuito da capacitação da pessoa e/ou do CI.

A compreensão do universo domiciliar proporciona um olhar sobre as diferentes dimensões do sistema cliente, promovendo um cuidado individualizado (Allgood & Tomey, 2004). A observação da dimensão singular da família subsidia intervenções direcionadas às necessidades reais sentidas por estas. Desse modo, o domicílio é considerado espaço privilegiado de desenvolvimento das intervenções do EEER. Ao mesmo tempo, é um cenário que permite tornar evidentes as relações sociais que podem ser *stressores* positivos ou negativos e influenciar a estabilidade ou instabilidade (Neuman & Fawcett, 2010).

Encontrar um cenário de contrastes em realidades com características próprias, não controladas por uma instituição ou pelo enfermeiro, foi um desafio e levou-me a refletir. Quando entramos na casa da pessoa, não é em nada semelhante a entrar no quarto do hospital. Quando entramos na casa da pessoa podemos ter um chão sujo, móveis grandes demais a ocupar a passagem, animais de companhia a receber-nos, cheiros e odores característicos. Quando entramos na casa da pessoa, provavelmente já

não víamos a pessoa há vários dias e não sabemos como a iremos encontrar. Quando entramos em casa da pessoa vamos também encontrar um cuidador, que poderá estar cansado, ainda não ter cuidado de si mesmo ou estar também a necessitar de cuidados ou apenas de ser escutado. Quando entramos na casa da pessoa, entramos num universo não controlado por nós. Quando entramos em casa da pessoa, por mais planeamento que possamos ter realizado, a nossa gestão é feita muitas vezes no momento, o tempo cronológico é o nosso aliado ou inimigo, pois gerir o tempo é um desafio.

Esta reflexão proporcionou-me uma revisão de (pre)conceitos, do senso comum, que tantas vezes nos conduz a uma ação automatizada pelo quotidiano empírico. Dou como exemplo o preconceito associado à escolaridade, que nos desafia a transformar as práticas no sentido de valorizar os saberes e promover as mesmas oportunidades a qualquer que seja o nível de literacia da pessoa. Desafio-me a melhorar todos os dias e neste meu caminho na Enfermagem de Reabilitação tenho tido a possibilidade de o fazer, sendo já possível o olhar de enfermeira especializada, todos os conhecimentos adquiridos são ferramentas a utilizar no quotidiano cada vez mais baseado na evidência e menos no empirismo.

Um dos contributos da formação académica para obtenção do título de especialista em Enfermagem de Reabilitação é que, ao promover a atitude reflexiva sobre os cuidados prestados e por conseguinte facilitar a tomada de decisão, promove a responsabilidade e criação de estratégias adaptativas (Marques et al., 2019). Para envolver o CI e fazê-lo participante, para o capacitar, é necessário recorrer a estratégias, por exemplo, a gestão de conflitos familiares e gestão do tempo do CI. O lidar com tensões e conflitos nas relações familiares, bem como conciliar o tempo para realização de suas atividades pessoais, são aspetos importantes e frequentemente presentes na prestação de cuidados (Alexandra & Martins, 2019; Gomes et al., 2021).

Nos diferentes contextos, tive oportunidade de fazer instrução e treino de: atividades terapêuticas e exercícios para manter/aumentar a força muscular (mobilizações osteoarticulares ativas, ativas assistidas, resistidas; tonificação muscular (exercícios isométricos e isotónicos); técnicas de RFR sempre que se justificava (exercícios de correção postural, exercícios para consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, técnicas de reeducação costal e diafragmática); transferências e

posicionamentos; treino de Atividades de Vida Diária (AVD), alimentação, higiene, vestir e despir; treino de marcha a três pontos com canadianas e andarilho; subida e descida de escadas com canadianas; assistir a duas cirurgias de prótese do joelho e anca (no contexto hospitalar). O desenvolvimento destas atividades teve como objetivo capacitar a pessoa/família com necessidades especiais e, embora, o foco dos cuidados tenha sido a população idosa, consequência do envelhecimento da população (Moreira, 2020; PORDATA, 2020), houve oportunidade de cuidar de pessoas em diferentes faixas etárias. Por exemplo, no contexto hospitalar em consequência de acidentes, as situações ortotraumatológicas acometem também, frequentemente, adultos e jovens a quem prestei cuidados, havendo a preocupação de ajustar linguagem e a abordagem. A (i)literacia em saúde é um desafio constante na persecução da capacitação da pessoa/família para o seu desempenho e autocuidado (Andrade et al., 2020).

Outro desafio a considerar é a missão do enfermeiro no desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa, família e comunidade, num *continuum* de cuidados desde a conceção até à morte (Martins & Santos, 2020). Nesta perspetiva, acautela-se a intervenção nos 3 níveis (primário, secundário e terciário) de aplicabilidade da teoria de Neuman, uma vez que as variáveis, quando em desequilíbrio (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), na sequência de exposição a *stressores*, afetam o *continuum* saúde/doença (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010).

Considero, alicerçada no exposto, atingido o domínio da competência **J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

A disciplina de Enfermagem baseia a sua *praxis* num conjunto de momentos a que se dá o nome de processo de enfermagem. É intrínseco a esse processo uma avaliação inicial para diagnóstico de problemas e/ou problemas potenciais, delinear um plano de intervenção com vista a obter ganhos para a pessoa/família e, por fim, uma reavaliação para que as intervenções sejam ajustadas aos resultados que se desejam alcançar (Regulamento nº329/2019). Assim sendo, coloquei em prática o processo de enfermagem enquanto processo dinâmico e contínuo e utilizei escalas de avaliação que permitiram quantificar os dados e produzir resultados.

Espera-se que o EEER avalie a funcionalidade e diagnostique alterações que determinem limitações das atividades e incapacidades, para definir e implementar planos de cuidados diferenciados e individualizados (Regulamento nº329/2019). O processo formativo enquanto mestrandia proporcionou, em contexto de prática clínica, nos diferentes contextos, a oportunidade de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados e individualizados, a pessoas com risco de desenvolverem alterações da funcionalidade, e com transtornos já instalados, consequentes a doenças e alterações da função neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica, nas fases agudas, crônicas e de sequelas, num grupo de pessoas maioritariamente envelhecidas, com exceções, principalmente encontradas em pessoas maioritariamente idosas.

A prestação de cuidados ocorreu no cumprimento e aplicação da metodologia científica do processo de enfermagem, enquanto processo contínuo e dinâmico, com a inerente correspondência às diferentes unidades desta competência, entre elas a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações determinantes de limitações da atividade e restrições de participação (Regulamento nº329/2019).

Os sistemas de informação e registo têm vindo a ser encarados como um facilitador. Sob o olhar de enfermeira especializada posso considerá-los um recurso estratégico para a gestão, a possibilidade de reutilizar os dados documentados nos sistemas de informação, sob a forma de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, abre caminho à consolidação do papel e da importância dos enfermeiros e, particularmente, dos EEER.

À semelhança do que já pratico, os registos foram sempre efetuados no SClinico®, e a linguagem utilizada foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação. Elaborei registos sob o olhar de enfermeira especializada e na continuidade do enunciado pela OE (2011)

um sistema de registos de Enfermagem que incorpora sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação do cliente, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e os resultados sensíveis às intervenções da Enfermagem de Reabilitação, a nível pessoa, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida.) (p. 14)

As vantagens de uma linguagem comum no planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem resultam em dados que podem ser utilizados para previsões financeiras, análise dos resultados dos cuidados e desenvolvimento de políticas (OE, 2016).

Tive oportunidade de recolher informações através da aplicação de instrumentos de medida para avaliar determinadas funções e determinar a capacidade da pessoa para a autonomia nessas funções. Desta forma suportei a tomada de decisão e dei visibilidade às intervenções do EEER sustentada pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. A escala da dor foi um importante instrumento utilizado, foi-me possível reconhecer a multidimensionalidade da dor e a importância de estratégias terapêuticas que têm de ser adaptadas, permitindo o controlo da dor e assim dar continuidade aos planos de cuidados e programas de reabilitação propostos. Embora já utilizasse escalas de avaliação da dor na minha prática, sob o olhar de enfermeira especializada foi-me possível integrar a importância desta na avaliação, bom como na continuidade e sucesso dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Foram identificados os diversos fatores facilitadores e barreiras com vista ao autocontrolo e ao autocuidado nos processos de saúde/doença ou incapacidade. Foram elaborados planos de cuidados especializados mediante as necessidades e os problemas identificados de cada pessoa. Elaborei planos de cuidados diferenciados suportada no MSN quando identifiquei *stressores* e reações (diagnósticos de enfermagem), estabeleci metas e avaliei os resultados das intervenções nos três níveis de prevenção com o objetivo de restaurar e manter a estabilidade da pessoa e família (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010). Colaborei nos programas de reabilitação mediante as necessidades identificadas pelas limitações das pessoas e CI, nomeadamente a nível motor, cardiorrespiratório e cognitivo, de forma a capacitá-los para a sua independência (Martins & Santos, 2020; Matos & Araújo, 2021; Raposo et al, 2020). Concebi e orientei treinos de mobilizações, posicionamentos, equilíbrio, exercícios musculares e articulares, técnicas de adaptação para os autocuidados, também incidi sobre prevenção de quedas e adoção de um ambiente seguro nos diferentes contextos. Houve ainda intervenção com foco na diminuição da sobrecarga e prevenção LME (Martins & Santos, 2020; Matos & Araújo, 2021; Ribeiro et al., 2017)

Ao identificar o diagnóstico risco de queda, por exemplo, um *stressor* negativo identificado é o conhecimento insuficiente para evitar incidentes e acidentes. São variáveis: desconhecimento das precauções básicas e medidas específicas de prevenção de quedas; comorbilidades associadas (compromisso cognitivo, da visão, ou osteoarticular, malnutrição, entre outros); (poli)medicação (analgésicos, antipsicóticos ou outros); ambiente (má iluminação, piso desnivelado, molhado ou danificado, entre outros). Ao potenciar outros *stressores* que induzem uma resposta positiva e de capacitação da pessoa e família, estamos a agir em diferentes níveis de prevenção. Um *stressor* positivo foi a integração na equipa multidisciplinar, o que veio associar como variáveis os diferentes perfis profissionais que vão atuar na prevenção primária. Tal é alicerçado no MSN, que permite identificar as variáveis relacionadas não apenas com a pessoa, mas também com o profissional prestador de cuidados, uma vez que ele é também um ser energético e capaz de influenciar preventiva e terapêuticamente nas linhas de defesa da pessoa (Braga et al., 2018; Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010).

O fato de, no contexto hospitalar, haver a preocupação com a promoção e implementação de projetos de enfermagem na área de reabilitação, foi uma mais-valia no meu percurso. Tenho de evidenciar a oportunidade de desenvolver competências de EE e despertar para a fulcral importância da segurança na alimentação ao longo do ciclo de vida e mais especificamente no idoso. Foi-me proporcionada uma profunda reflexão sobre as práticas e consequente melhoria da minha intervenção. Este evento crítico originou um Jornal de Aprendizagem com profunda reflexão na ação e impacto no meu desenvolvimento (Peixoto & Peixoto, 2016; Tanner, 2006).

Acredito que averigui todos os recursos, tendo a oportunidade de assistir a uma formação no centro de formação do hospital, contando com o depoimento da EEER que contribuiu para a validação uma escala de avaliação da deglutição, e a partilha das terapeutas ocupacionais. Fiz pesquisa autónoma e recorri aos EEER no serviço para realizar avaliações da deglutição e colaborar no planeamento de cuidados na intervenção dirigida à pessoa com alterações da deglutição, sempre que me foi possível.

Deparei-me com uma reflexão sobre a minha prática de 16 anos de enfermeira generalista e com uma inquietude relativamente a um assunto tão importante como garantir a alimentação segura da pessoa.

A preocupação com a segurança na alimentação foi transversal na comunidade e tive o privilégio de poder aprofundar, ainda mais, a aprendizagem nesta temática e utilizar um instrumento de avaliação da deglutição diferente do utilizado no hospital. Esta temática foi geradora de uma discussão e partilha com a orientadora na comunidade, conduzindo a mais pesquisa e aquisição de conhecimentos.

A tomada de consciência, como um trabalho de autoconhecimento mobilizado no momento adequado, facilita e favorece o desenvolvimento de competências. Este permite, no tempo certo com recurso a técnicas adequadas, desenvolver e promover novos esquemas de ação, transformando o profissional e o próprio contexto. É na interação entre o estudante e o contexto específico da prática de cuidados, que a enfermagem assegura a existência e a criação de um saber prático baseado em experiências, valores e estratégias. Os contextos influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada indivíduo, estes articulam-se com o intuito de se reinventar, promovendo aprendizagens ao longo da vida (Peixoto & Peixoto, 2016; Rua, 2011).

O serviço onde decorreu o contexto hospitalar, é constituído por 1 ala, 12 enfermarias, 39 camas. Da equipa multidisciplinar, constituída por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Sociais, Assistentes Operacionais, Fisioterapeutas, Nutricionista e Técnicos administrativos, da equipa de enfermagem 2 são EEER. Estes estão dedicados exclusivamente à Enfermagem de Reabilitação e essa foi uma vantagem encontrada em tempos de escassez de recursos humanos, nomeadamente de enfermagem. Tive o privilégio de poder centrar a minha aprendizagem nas competências da especialidade à qual me propus dedicar, o que foi uma mais-valia no percurso.

No contexto comunitário, a UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar a tempo inteiro, que inclui: vários EE, nomeadamente nas áreas de Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Comunitária, Saúde Infantil, e com formação em Cuidados Paliativos; Fisioterapeuta; Assistente Técnica, e Terapeuta Ocupacional. Além destes, estão também ainda integrados a tempo parcial na UCC outros profissionais: Técnica de Cardiopneumologia, Assistente Social e Educadora Social, Higienista Oral, Psicóloga, e EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A partilha entre os diferentes perfis profissionais e especificamente com os da reabilitação (Fisioterapeutas e Terapeuta Ocupacional) foi basilar para a minha formação. O trabalho em equipa é multidisciplinar naquele contexto e a articulação acontece de forma fluida e respeitosa entre todos os

profissionais, uma vez que a escassez de recursos humanos é uma realidade. Neste contexto foi-me permitido observar e participar da estratégia de gestão dos recursos diferenciados disponíveis, que passa por garantir que todas as pessoas beneficiem de 2 visitas semanais de reabilitação, o que só é possível havendo coordenação entre os perfis profissionais e uma efetiva gestão.

A intervenção da UCC é na comunidade e em contexto domiciliário, e a intervenção do EEER, acontece na sequência da referenciação feita após a primeira visita domiciliária, onde a pessoa é avaliada e são identificadas necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Na reunião semanal, a equipa discute as admissões, altas e alterações aos planos de cuidados. Estes momentos de partilha foram importantes para observar e participar da dinâmica da equipa e reconhecer uma mudança de paradigma nos CSP (Melo, 2021). O desenvolvimento de equipas interdisciplinares, a inclusão da pessoa e da família na decisão (WHO, 2020b), desafiam os enfermeiros a assumir novos papéis interventivos para além dos atributos socialmente aceites e esperados da sua prática (Melo, 2021). Este não é um tema recente, no entanto, ainda há que 'trabalhar' para o trabalho em equipa e que há desafios a superar para uma participação mais efetiva dos enfermeiros na decisão, planeamento e coordenação de cuidados, havendo reconhecimento de que a mudança ocorrerá consoante o papel do enfermeiro seja melhor compreendido na equipa e entre a pessoa e família.

Quanto a dispositivos e equipamento utilizado no processo de reabilitação das pessoas é sobretudo propriedade das mesmas, nomeadamente auxiliares de marcha, camas articuladas, e outro material adaptado. Não raras vezes, são os EEER que adaptam o que têm disponível e otimizam os recursos ao articularem com outros parceiros sociais.

A educação para a saúde constitui elemento fundamental para o êxito de um programa de reabilitação na comunidade, mas também em contexto hospitalar. Tem como principal objetivo a manutenção ou melhoria da qualidade de vida da pessoa e família, acarretando uma mudança do comportamento e estilo de vida. Para uma boa adesão aos cuidados prestados e ensinamentos efetuados, foi necessário o estabelecimento de laços de confiança. Estes permitiram à pessoa e ao enfermeiro construir, em conjunto, um caminho que faça sentido para a pessoa (Hesbeen, 2003). Caminho que

promoveu a manutenção e gestão do ambiente bem como a autogestão de saúde (Hoeman, 2011).

É essencial considerar fatores racionais mas também emocionais na tomada de decisão para mudar comportamentos em saúde (Andrade et al., 2020). As pessoas mudam comportamentos quando acreditam que mudar é melhor do que não mudar. A relação terapêutica e a comunicação em saúde devem ser claras e positivas (Andrade et al., 2020; Querido et al., 2020).

Ao melhorarmos o conhecimento das pessoas sobre o sentido do seu autocuidado estamos a capacitá-los para a reinserção social e exercício da cidadania e desenvolver assim a competência específica **J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

No contexto hospitalar onde desenvolvi a prática, todas as pessoas são alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, independentemente do motivo de admissão. Desde a admissão do cliente que existe a preocupação de preparar a alta, pelo que são logo feitas uma avaliação e uma referenciação para a Equipa de Gestão de Altas no caso de haver possibilidade de integrarem a RNCCI. Além do contacto com os familiares nesse sentido, são iniciados ensinamentos com vista à promoção de uma alta precoce contribuindo para a qualidade de vida (Gomes et al., 2021). Em âmbito de pandemia, os contactos presenciais com as famílias foram escassos, havendo um longo período em que as visitas não estavam permitidas em todo o hospital, o que poderá ser considerado um *stressor* e afetar a reabilitação do cliente (Fawcett et al., 2001; Neuman & Fawcett, 2010; Turner & Kaylor, 2015). O MSN permite uma visão dos *stressores* entendidos pela pessoa e pelo profissional, além da variação de reações ao *stressor* que podem atuar ao nível das cinco variáveis, individual ou simultaneamente (Jukes & Spencer, 2007) e, o que nesta situação é evidente. O MSN proporciona uma perspetiva do binómio enfermeiro-pessoa e compreensão dessa atividade, direcionando a avaliação clínica para a identificação dos *stressores* e das suas eventuais causas, orientando-se de uma forma holística para o bem-estar (Jukes & Spencer, 2007; Neuman & Fawcett, 2010).

No serviço de internamento, tive sempre disponível equipamento adequado e específico para os cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente desde

goniómetro para a avaliação da amplitude dos movimentos articulares, até ao artromotor (dispositivo de mobilização passiva do joelho), passando por dispositivos auxiliares de marcha, entre outros. A possibilidade da sua utilização favoreceu a minha aprendizagem e aquisição de competências, já que a prática clínica é o momento para incorporar os conhecimentos e prestar cuidados especializados de acordo com a OE (Regulamento nº329/2019). Quanto aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, foram sobretudo no que respeita à Reeducação Funcional Motora (RFM) e RFR, com foco no ensino, instrução e treino, pré e pós-operatórios. O EEER realiza exercícios terapêuticos com a pessoa, treino de marcha, mobilizações no leito, primeiro levante, treino de Atividades de Vida Diárias (AVD). A intervenção no pré-operatório está limitada à antecedência com que é realizada a admissão da pessoa e a presença, ou não, do EEER naquele período, carecendo de uma intervenção mais objetiva do EEER, pelo que se encontra em curso a implementação de um projeto de consulta de Enfermagem de Reabilitação pré-operatória.

Durante o período pandémico, ao longo da ala de internamento as pessoas realizavam treino de marcha à vez, evitando contactos próximos. A preocupação com a segurança da pessoa foi uma constante e a implementação de estratégias que limitassem incidentes, uma parte dos quais é evitável, com o objetivo de conduzirem a ganhos em saúde e serem uma aposta em qualidade em saúde.

Quanto à equipa multidisciplinar, existia uma boa relação com todos, sendo possível articular tanto com os ECG, como com os Médicos, Fisioterapeutas ou Assistentes Sociais, de modo a estabelecer o melhor plano de intervenção para a pessoa. Foi uma mais-valia para a minha aprendizagem integrar a cooperação entre EEER e Fisioterapeutas, reconhecendo-se uns nos outros as suas competências e desenvolvendo atividades de acordo com a sua disponibilidade e permanência no serviço. Assim, os EEER baseando-se no cerne da *praxis* da enfermagem, o cuidar enquanto arte, exigindo envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento, primariamente, para com o próprio e para com os outros (Collière, 2000; Hesbeen, 2003) são por excelência os gestores dos cuidados.

No decorrer da minha incursão na UCC foi possível verificar que, embora a intervenção na pessoa idosa dependente fosse também muito dirigida ao CI, não existia nenhum programa de intervenção estruturado em relação ao mesmo. Foi-me permitido

explorar este tema e dirigir intervenções para a capacitação do cuidador da pessoa idosa. Uma das premissas para as visitas domiciliares, é que o familiar/cuidador tem de estar presente em toda a visita. A prestação de cuidados no domicílio coloca o enfermeiro num ambiente de maior complexidade na prestação de cuidados. A diversidade e imprevisibilidade das situações encontradas em cada visita domiciliar, sem a segurança das paredes da instituição ou o suporte de uma equipa de trabalho, constituiu um verdadeiro desafio. Tive oportunidade de vivenciar isso na primeira pessoa, identificando, como maior desafio, a imprevisibilidade relativamente ao cuidador, aqui também evidente a reflexão sobre eventos que através de experiências positivas e negativas que promovem a aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

No decorrer da minha prática clínica, e depois vivenciando no ensino clínico as mesmas inquietudes relativamente à capacitação dos cuidadores, desafiei-me com a planificação de um projeto de intervenção na UCSP. Surgiu a oportunidade de apresentar num congresso de Enfermagem de Reabilitação (Apêndice 1) a planificação do projeto que tem como objetivo capacitar aqueles que cuidam, propondo habilitar os cuidadores e prevenir a sua sobrecarga musculoesquelética, contribuindo, para a melhoria continua dos cuidados.

Os enfermeiros EEER, são desafiados a demonstrar que os seus cuidados são de alta qualidade, o que significa serem apropriados, eficientes e efetivos, produzindo os melhores resultados, com os recursos que estão disponíveis. Portanto, a intervenção é ponto fulcral e programas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação são indispensáveis.

Embora os conceitos de CI e de capacitação sejam amplamente disseminados, as intervenções que se associam para capacitar os cuidadores de idosos, nomeadamente no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, parecem ser ainda pouco difundidas. Razão pela qual, torna-se imprescindível facilitar a implementação das intervenções do EEER na capacitação do cuidador da pessoa idosa. Emerge, como necessidade de cuidados de saúde, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação dirigidos a quem cuida dos idosos (Junior et al., 2021; Matos & Araújo, 2021).

Enquanto as LME, ao serem consideradas um problema de saúde multifatorial e observando ainda as áreas de investigação prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação onde as intervenções autónomas do EEER na área da função motora são

consideradas emergentes, tornam-se uma prioridade de atuação da Enfermagem de Reabilitação (Santos, 2019).

Ao planejar o futuro projeto, sendo sempre evidente a disponibilidade da professora orientadora e a partilha sempre pronta, foi-me permitido fazer mais pesquisa e fundamentar as intervenções que tive oportunidade de realizar no ensino clínico junto dos CI.

A maximização da funcionalidade, fortalecendo as capacidades da pessoa, foi conseguida em diversas atividades no decorrer do ensino clínico e nos diferentes contextos, onde se devem conceber e implementar programas de Enfermagem de Reabilitação, sempre com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações. Desta forma, o EEER deve demonstrar conhecimentos aprofundados nas intervenções a implementar nos três níveis de prevenção preconizados no MSN (Braga et al., 2018; Neuman & Fawcett, 2010) e ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho nos diferentes níveis, tendo em mente os objetivos individuais a atingir com cada pessoa (Braga et al., 2018). De modo a se proceder à avaliação dos programas de Enfermagem Reabilitação, este profissional deve avaliá-los e reformulá-los sempre que se justifique, tendo em mente os resultados esperados, integrando a pessoa em todo o processo de reabilitação sempre que possível (Regulamento nº329/2019).

Posso assim aferir que atingi o domínio de competência **J3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa** proposto pela OE (Regulamento nº329/2019) para o EEER.

A obtenção do grau de mestre visa atingir um conjunto de competências. Segundo o Decreto-Lei nº 65/2018, para alcançar este grau do ensino superior, a pessoa deve ser detentora de conhecimentos mais aprofundados, já obtidos ao nível do primeiro ciclo, numa determinada área de estudo, sendo que estes devem ser dirigidos e aplicados de forma original, principalmente a nível da investigação. Deve também conseguir a aplicabilidade dos conhecimentos e capacidades, da sua área de estudo, de forma a solucionar problemas novos para si, num contexto multidisciplinar. É também indispensável a capacidade de assimilação de novos conhecimentos, solucionando questões complexas e emitir juízos de valor, mesmo quando a informação está incompleta, conseguindo realizar reflexões éticas e sociais.

Hesbeen (2003) refere que a aquisição de competências se concretiza na prática clínica, reorganizando conhecimento e saberes. Sabendo que a formação teórica e teórico-prática conduzida durante o período de formação dos cursos de especialização é importante, reconheço que, é em através da reflexão que se desenvolve grande parte dos conhecimentos, mobilizando saberes adquiridos, por via da exposição a situações reais (Benner, 2005; Peixoto & Peixoto, 2016; Tanner, 2006).

O presente relatório vem de certa forma atestar este aprofundamento de conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação. A partilha de conhecimentos com diversos profissionais contribuiu para este processo de aprendizagem e para o desenvolvimento individual no sentido da melhoria contínua da prestação de cuidados baseada na evidência científica. A estratégia de intervenção profissional implementada, segundo os princípios reguladores da profissão de enfermagem, confere competências comuns do enfermeiro e competências específicas do EEER, demonstrando a aquisição de competências clínicas. No percurso do mestrado foi possível o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que permitiram dar respostas aos novos desafios apresentados, através dos conhecimentos transmitidos pelos supervisores clínicos e professora orientadora, por outros profissionais e pela pesquisa bibliográfica e científica realizada. Estas atividades conduziram em última instância a este relatório. No que diz respeito as responsabilidades éticas, sociais e profissionais das intervenções, atuei de forma altruísta e solidária, pela proteção e defesa da pessoa humana de práticas que, contrariem os direitos, a ética ou o bem comum. No decorrer deste processo foi-me possível uma mobilização constante de conhecimentos e aptidões, de reflexões e aperfeiçoamentos, que foi levada a cabo. Participei de forma proactiva em todos os momentos do ensino clínico, promovendo bons ambientes de cuidados, integrando e conectando profissionais, pessoas e suas famílias em prol da excelência. Os cuidados prestados respeitaram um padrão de conduta pessoal dignificadora da profissão. Em última análise, a estratégia adotada segue os princípios da promoção da excelência profissional, que se entende como um contributo válido para o desenvolvimento teórico e alargamento do horizonte de conhecimentos de uma disciplina científica como a enfermagem de reabilitação. Desta forma, consideram-se globalmente adquiridas as competências de Mestre, ancoradas ao Decreto-Lei nº65/2018 que visa a obtenção do grau de mestre através de um conjunto de

competências, sendo, o estudante, possuidor de conhecimentos e capacidades de compreensão sustentados primordialmente ao nível do primeiro ciclo, e aprofundados e desenvolvidos pela formação profissional. Entendo ter conseguido demonstrar raciocínio clínico a partir da evidência encontrada. Em suma, através da defesa pública, com aproveitamento e consequente publicação deste relatório, entendo demonstrar competências e conhecimentos adquiridos e mobilizados que permitem, de modo claro, transmitir conclusões sob a forma de evidência, na pretensão de obtenção do **grau de mestre** (Decreto-Lei n.º 65/2018).

### CAPITULO III. ANÁLISE GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO

A análise *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) (SWOT) figura como um instrumento de trabalho muito útil, sendo uma técnica frequentemente utilizada na gestão, mas também na saúde, afigurando-se, uma ferramenta imprescindível na investigação em saúde e no próprio contexto organizacional (Marques et al., 2022). Apresenta-se sob a forma de quadro, subdividido em quatro quadrantes: fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. A análise SWOT apresentada de seguida, permite identificar as potencialidades e os constrangimentos no percurso de aquisição de competências de EEER.

**Tabela 2** Análise SWOT

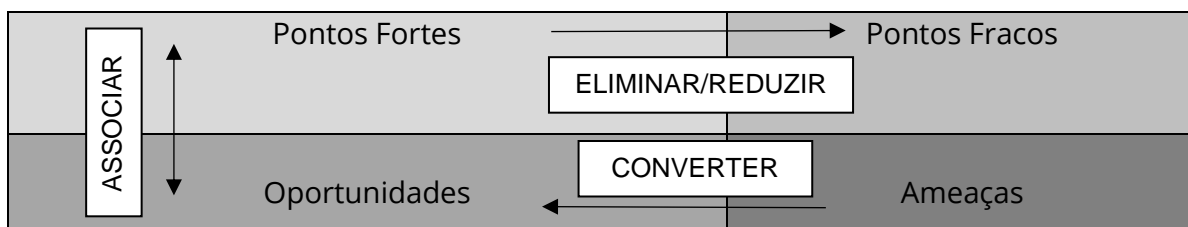
	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Intrínseco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivação e empenho da estudante do CMEER;</li> <li>• Competências técnico-profissionais prévias;</li> <li>• Abertura à inovação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições pessoais e profissionais condicionando sobrecarga;</li> <li>• Prática reflexiva pouco treinada.</li> </ul>
Extrínseco	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromisso e disponibilidade da professora;</li> <li>• Competência dos recursos humanos (Enfermeiros, EEER);</li> <li>• Eficiência dos recursos (EEER a prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação, num quadro de carência de recursos);</li> <li>• Contexto pandémico provocado pela covid-19 aguça a necessidade de eficiência operacional;</li> <li>• Trabalho em equipa;</li> <li>• Cuidado centrado na pessoa/família;</li> <li>• Tendências globais de melhoria da qualidade e segurança na saúde;</li> <li>• Oferta formativa em formatos virtuais e híbridos gratuita;</li> <li>• Capacitação dos cuidadores.</li> </ul>	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilidade do quadro de pessoal (contratos precários, mobilidade crescente em tempos de pandemia com necessidade acrescida de recursos);</li> <li>• Carência de modernização das instalações, equipamentos e dispositivos;</li> <li>• Área geográfica muito alargada;</li> <li>• Contexto pandémico provocado pela covid-19 atrasou o processo;</li> <li>• Instabilidade política e social em tempos de pandemia com isolamentos impostos e necessidade de interromper estágios;</li> <li>• Mudanças constantes de normas e orientações de saúde relativas ao contexto pandémico; Limitações legais no modelo de aquisições (serviços e bens);</li> <li>• Escassez e alta rotatividade de recursos.</li> </ul>

Em paralelo com a distinção entre dimensões facilitadoras e dificultadoras assinaladas, surgem os eixos associados aos fatores intrínsecos e aos fatores extrínsecos. Os primeiros criam ou destoem valor, diferenciam o processo, consideram, entre outros, as dimensões de ordem pessoal, individual e/ou específica (atitudes, comportamentos, percursos formativos prévios e postura face à aprendizagem em contexto de prática clínica supervisionada). Aqui ainda podemos acrescentar pontos fortes que são vantagens intrínsecas e das quais se pode tirar partido (intrínsecas à estudante e que a diferenciam). Enquanto os pontos fracos são as características negativas intrínsecas (como a sobrecarga e pouco treino da prática reflexiva).

Quanto aos segundos, encontram-se intimamente ligados a aspetos de ordem organizacional, estrutural e institucional, à dinâmica praticável das diferentes unidades funcionais. Podemos ainda encontrar oportunidades (como as ofertas formativas mais diversificadas e em diferentes formatos) ou ameaças (como a instabilidade política e social vivida). Tenho de salientar a situação pandémica que pode ser abordada do ponto de vista positivo ou negativo, constituindo uma oportunidade mesmo enquanto ameaça. A exemplo, impulsionou o ensino à distância permitindo à estudante conciliar os estudos com a vertente pessoal e profissional.

Ainda com base na matriz construída, é possível relacionar os itens de cada um dos quadrantes. O objetivo é analisar com profundidade as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, estabelecendo as relações entre elas a fim de associar as forças e oportunidades, converter as ameaças em oportunidades e utilizar as forças para eliminar as fraquezas identificadas.

**Tabela 3** Associações da matriz SWOT

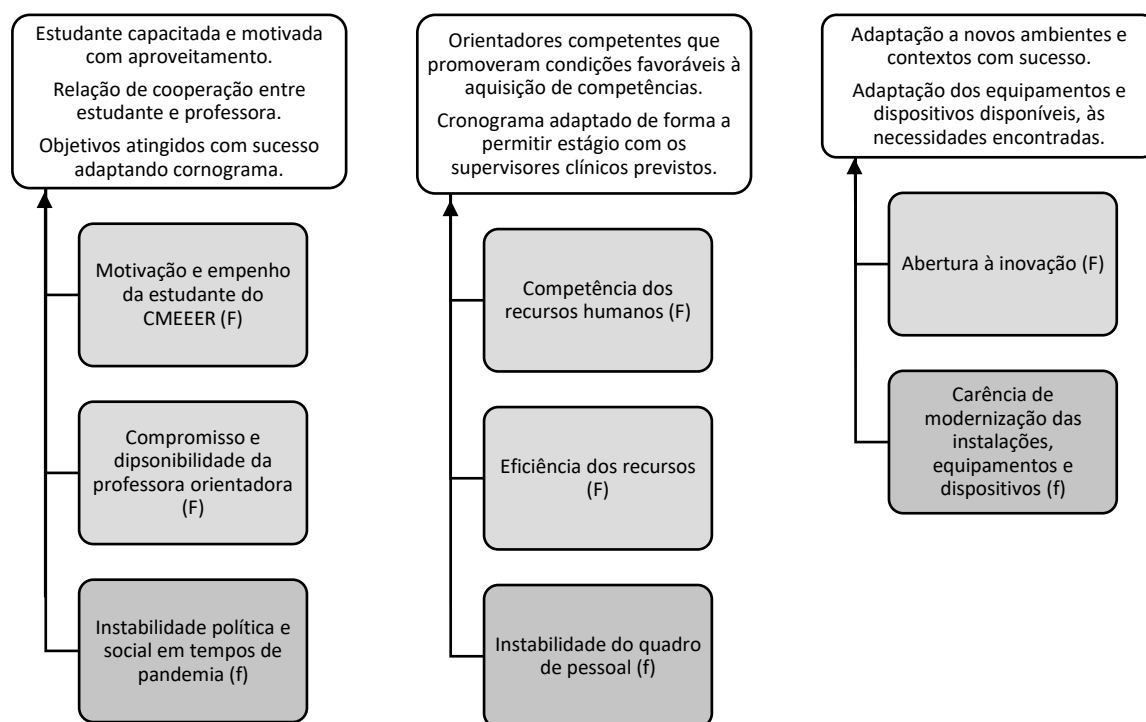


Um dos principais benefícios do uso da Análise SWOT é a possibilidade de utilizar as forças (F) identificadas para eliminar ou reduzir as fraquezas (f).

A aplicação da ferramenta matriz SWOT teve o propósito de examinar globalmente a dimensão da aprendizagem. Além disso, procura-se analisar os condicionantes estruturais do processo de aquisição de competências, bem como o potencial de converter ameaças em oportunidade, por meio das associações que a matriz permite, e para utilizar as forças de forma a eliminar e/ ou reduzir as fraquezas encontradas. Ambiciona-se analisar o percurso desenvolvido pela estudante, para promover a melhoria contínua do processo de aquisição de competências.

Considerando que enfermeiro especialista é também gestor (Regulamento nº140/2019, 2019) além de desenvolver o autoconhecimento, este é então gestor da sua aprendizagem também. Assim, ao desenvolver o ensino clínico supervisionado e permitindo-me refletir e analisar sobre as aprendizagens, foi-me possível ir associando pontos fortes e oportunidades, convertendo as ameaças em oportunidades e operacionalizar as forças (F) para eliminar as fraquezas (f), como espelhado na figura 3.

**Figura 3** Associação da matriz SWOT ao contexto do ensino clínico supervisionado



A possibilidade de cruzar os quadrantes da análise SWOT permitiu ter uma visão mais ampla do processo de aquisição de competências e realizar uma avaliação diferente daquilo que seria esperado. Além de tudo o exposto, esta análise do cruzamento permite ainda inferências de perspectivas futuras.

Sintetizando, considero que o ensino clínico enquanto componente fundamental da aprendizagem e desenvolvimento dos saberes, foi um momento privilegiado para a intervenção/decisão, cooperação e socialização também, no caminho para adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e humanas de EEER.

O ensino clínico revelou-se uma mais-valia ao processo de aprendizagem e ao desenvolvimento de competências, ao permitir intervir e atuar nos diferentes níveis de prevenção. Foi possível articular na prática a maior parte dos conhecimentos teóricos adquiridos, além de me permitir dar resposta aos objetivos delineados, os quais possibilitaram a aquisição das Competências Comuns do EE e as Competências Específicas do EEER. O curso do ensino clínico decorreu sem registo de qualquer incidente crítico de cariz negativo, reforçando a sua pertinência para a aquisição e desenvolvimento de competências, também considerando a disponibilidade permanente da parte dos profissionais responsáveis pela supervisão e orientação.

Relativamente aos aspetos, potencialmente, menos positivos, passam pelas oportunidades em menor número de prestar cuidados à pessoa com patologia respiratória, e a situação pandémica. Para colmatar esta situação, devo referir a disponibilidade das unidades funcionais e dos orientadores e gestores, para garantir que todas as situações de patologia respiratória e necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fossem identificados e referenciados para mim, proporcionando a melhor oportunidade de aprendizagem e aquisição de competências.

Sentimentos como a incerteza e angústia foram geradores de ansiedade relativamente ao decurso do ensino clínico. Enfrentar um momento de desconhecimento e incertezas é por si só desafiador, ainda a acrescentar as limitações de contactos impostas não só pelas políticas de saúde, mas pelo medo de contaminar e ser contaminada, geraram desafios. As fragilidades que foram sendo superados tornaram-se aprendizagens também. Como Peixoto e Peixoto (2016) referem, desafios que causam grande impacto emocional induzem a reflexão e esta permite reconhecer e compreender a resposta pessoal. Tendo patente o modelo de Tanner (2006) na fase de 'Reflexão', Marques et al. (2019 p.981) inferem que os estudantes "Na reflexão sobre a ação, avaliam a experiência, identificando os contributos para o conhecimento e vivências futuras." A capacidade de adaptação é uma característica imprescindível à enfermagem e tange com a gestão e governação que são imprescindíveis ao EE.

O modelo de cooperação interinstitucional entre escola e instituições prestadoras de cuidados promoveu, igualmente, a autonomia e responsabilização, fomentando o compromisso e verdadeira construção dos saberes como EE.

## CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De iniciado, com um vasto conjunto de informações avulsas, mas retratadas num ato – o cuidar; a perito que deixa de ter a informação como sustento da sua prática mas passa a ter um exercício consubstanciado num leque de saberes que tomam forma, no ato, num parecer de sabedoria e uma habilidade quase pessoal e única para o agir com o outro (Benner, 2005), é o caminho a percorrer. O compromisso entre o cuidar e o saber cuidar requer, de mim, que seja capaz de construir um saber crítico sobre mim mesma, sobre o que me rodeia e sobre a minha inclusão nessa esfera. Descodificar e auxiliar o outro, a pessoa/família, que vive processos de adaptação e reconstrução em resposta a *stressores* intra, inter e extrapessoais (Fawcett et al., 2001; Turner & Kaylor, 2015).

Todos os contextos proporcionaram experiências promotoras do desenvolvimento de competências. Sejam as comuns do EE nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019), ou as específicas do EEER, definidas pelo Regulamento nº329/2019

“a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”  
(p.8568)

Considero ter sido fundamental, com o intuito de ativar o perfil de competências em ensino clínico, os supervisores clínicos, num trabalho de parceria com a escola e docente orientadora, que me nortearam a desenvolver pessoal e profissionalmente. Foi basilar a partilha das peripécias, dúvidas e angústias, através dos ‘vários olhares’ que auxiliaram na construção do saber, saber fazer e saber ser, assim como na análise racional, porque partilhar é reconfortante.

Numa ótica de perspetivas futuras, a preocupação com os campos de ensino clínico deve ser planeada, realizada e avaliada na dimensão ética, técnica, social e pessoal, proporcionando ao estudante (re)construir-se a cada instante, juntamente com os professores e tutores. A história da enfermagem está a ser escrita a cada novo

estudante, seja do curso de base, especialização, mestrado ou mesmo doutoramento. A minha história na enfermagem não se esgota aqui!

O meu percurso de vida implicou a existência de tempos de interrupção que, apesar de serem interessantes para o desenvolvimento (olhares distantes no tempo e no espaço) foram, talvez, demasiados. Não me parece que o tempo tenha afetado negativamente este percurso. Já a existência, estou certa, de algumas fragilidades neste trabalho, serão mais valias para futuros estudos.

Acredito ser uma mais-valia para a comunidade da Enfermagem de Reabilitação, para os serviços de saúde e para as pessoas a atender. Pretendo, com o projeto a implementar, capacitar o cuidador da pessoa idosa atendendo às suas necessidades de saúde e de apoio no processo de cuidador, prevenindo as LME. É ainda sinuoso e longo o percurso até à realização deste meu propósito, no entanto, a resiliência e perseverança são características intrínsecas enquanto pessoa e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST] (2020). Campanha 2020-22 Locais de trabalho saudáveis: Aliviar a carga. <https://healthy-workplaces.eu/en/publications/introduction-musculoskeletal-disorders-msds-prevention>
- Alcantara, E. (2020). Mapa Conceitual e Mapa Mental. *Simpósio*, (8). <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/simposio/article/view/2106>
- Alexandra, C., & Martins, R. (2019). *O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal-Revisão da Literatura* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5465>
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Lusociência.
- Andrade, Á., Augusto, B., Fernandes, C., Santos, C., Rodrigues, C., Almeida, C., Brito, D., Lopes, G., Aandrade, M., Martins, P., Gonçalves, S., Abrunheiro, S., Ramos, S., Morgado, T., & Almeida, Z. (2020). *Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento*. Gabinete de Comunicação Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. [https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia\\_Saude/Literacia\\_em\\_Saude\\_-\\_Coletanea\\_de\\_Comunicacoes.pdf](https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf)
- Araújo, M., Dutra, M., Freitas, C., Guedes, T., Souza, F., & Baptista, R. (2019). Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 728–736. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0334>
- Associação Nacional dos Cuidadores Informais [ANCI] (2021). *Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais*. <https://movimentocuidadoresinformais.pt/>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.) Quarteto Editora.
- Bernardo, S. & Sá, M. (2017). Cross-cultural validation for the Portuguese population of the Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Revista de Enfermagem Referência*, 19 (IV) 137-146. <https://doi.org/10.12707/RIV18046>.
- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado-Junior, P., Prado, M., Melo, M., & Santos, D. (2018). The betty neuman model in the care of patients with a peripheral venous catheter. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 159–168. <https://doi.org/10.12707/RIV18029>

- Brandão M., Barros A., Primo C., Bispo G., Lopes R. (2019). Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 577-81. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Budarick, A. R., Lad, U., & Fischer, S. L. (2020). Can the use of turn-assist surfaces reduce the physical burden on caregivers when performing patient turning?. *Human Factors*, 62(1), 77–92. <https://doi.org/10.1177/0018720819845746>
- Collière, M. (2000). *Promover a Vida* (4ª ed.) LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Despacho n.º9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II Série, n.º 96. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República. Série I – n.º157 (16-08-2018), p. 4147-4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. Diário da República. Série I - A (06-06-2006), p. 3856-3685. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Decreto Regulamentar n.º1/2022 da Assembleia da república. Diário da República. - Série I – n.º6 (10-01-2022), p. 21 - 36. <https://data.dre.pt/eli/port/100/2022/02/22/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115–119. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x>
- Gomes, T., Ferreira, B., Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2021). Algorithm for transitional care for dependent elderly caregivers: validation study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200625. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0625>
- Grupo de Trabalho Interministerial (2016). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017/2025*. <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- HelpAge International. (2018). *Global AgeWatch Insights: The right to health for older people, the right to be counted*. HelpAge International. <https://www.helpage.org/silo/files/global-agewatch-insights.pdf>
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Lusociência.

- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Lusociência.
- Jukes, M., & Spencer, P., (2007). Neuman's Systems Model. In M. Jukes & J. Aldridge (Eds.) *Person centred Practices: A holistic and integrated approach* (pp. 32–50). Quay Books.
- Junior, L. M., Sá, S. P. C., Christovam, B. P., Domingos, A. M., Correia, D. M. S., & Maia, H. M. S. F. (2021). Distúrbios osteomusculares em cuidadores de pessoas idosas domiciliados: Prevalencia e seus fatores associados. *Research, Society and Development*, 10(10), e13101018449. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18449>
- Krishnan, K. S., Raju, G., & Shawkataly, O. (2021). Prevalence of work-related musculoskeletal disorders: Psychological and physical risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9361. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179361>
- Lei nº15/2014 da Assembleia da República. Diário da República: I Série nº57. <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-pdf.aspx>
- Marques, F., David, C. Santos, D. Neves, S., Pinheiro, M & Leal, M. (2019). *Competências de tomada de decisão clínica em Enfermagem: Percepções dos estudantes finalistas*. [Ata] 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 975–984. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-04680-3\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-031-04680-3_21)
- Marques, F., Pinheiro, M., Alves, P., David, C., & Neves, C. (2022). Online Problem-Based Learning During the Pandemic: SWOT Analysis of the Nursing Student's Opinion. *Computer Supported Qualitative Research*, 322–335. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-04680-3\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-031-04680-3_21)
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do Cuidador Informal: O Papel dos Enfermeiros no Processo de Gestão da Doença. *Gestão e Desenvolvimento*, 28, 117–137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Matos, M., & Araújo, C. (2021). Prevenção de Lesões Musculo-esqueléticas nos cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio: Intervenção do EEER. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 14 (1), 56-63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>
- Melo, P. (2021). *Consulta de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários - Guia de decisão clínica*. LIDEL, Edições Técnicas Lda.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusociência.

- Moreira, M. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses - envelhecimento, saúde, idadeismo*.  
<https://www.ffms.pt/documentos/7030/como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadeismo-pdf>
- Morin, E., & Le Moigne, J. (2009). *Inteligência da Complexidade Epistemologia e Pragmática*. Instituto Piaget.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.) Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros [Conselho de Enfermagem]. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação]. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação]. (2014). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documentos/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documentos/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] – Versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação]. (2018). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos*

*cuidados de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.  
<https://books.google.pt/books?id=8mONDwAAQBAJ>

Orientação nº02/2020 da Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0202020-de-03042020-pdf.aspx>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (11), 121–132.  
<https://doi.org/10.12707/riv16030>

Pereira, N., Pedreira, L., Nunes, S., Alvarez, A., Siewert, J., & Oliveira, L. (2021). Agravos ao sistema musculoesquelético do cuidador de idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (2), e20200626. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0626>

PORDATA. (2020). *Retrato de Portugal* Fundação Francisco Manuel dos Santos.  
<https://www.pordata.pt/ebooks/PT2020v20200710/mobile/index.html>

Querido, A., Laranjeira, C., Ribeiro, D. F. S., Henriques, I. F. M., Oliveira, I. S., & Dinis, S. C. R. (2021). A sobrecarga do cuidador informal da pessoa com doença mental: um estudo descritivo-correlacional. *Serviços e Cuidados em Saúde* 4, 1-11.  
<http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.9512118061>

Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (2020). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 18–28.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756>

Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série n.º 26/2019, 4744. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, 10087 (2015).  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_190\\_2015\\_Regulamento\\_do\\_Perfil\\_de\\_Competicencias\\_Enfermeiro\\_Cuidados\\_Gerais.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf)

Regulamento nº329/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série n.º 35/2019, 13556. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Ribeiro, T., Serranheira, F., & Loureiro, H. (2017). Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses. *Applied Nursing Research*, 33(), 72–77.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.003>

- Rodrigues, L. M. P. (2018). *Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal-minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar* [Dissertação de Mestrado]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/18079>
- Rua, M. (2011). *A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto clínico*. [Conferência]. Jornada de inovação Educativa, Vigo. [https://www.researchgate.net/publication/324759575\\_A\\_REFLEXAO\\_COMO ESTRATEGIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO](https://www.researchgate.net/publication/324759575_A_REFLEXAO_COMO ESTRATEGIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO)
- Santos, C. A. D. S. (2019). *O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: revisão da literatura* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5465>
- Sousa, S. (2020). *Capacitar para cuidar-Capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33536/1/BCTFC110.pdf>
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45, 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Turner, S., & Kaylor, S. (2015). Neuman Systems Model as a Conceptual Framework for Nurse Resilience. *Nursing Science Quarterly*, 28(3), 213–217. <https://doi.org/10.1177/0894318415585620>
- United Nations Department of Economics and Social Affairs. (2021). *Highlights 2020-2021: Towards Sustainable Development For All*. United Nations, Department of Economics and Social Affairs. [https://cdn.un.org/desa/Highlight\\_Report\\_2020-2021.pdf](https://cdn.un.org/desa/Highlight_Report_2020-2021.pdf)
- World Health Organisation. (2020a). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_25&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true)
- World Health Organization. (2020b). *Competencies for nurses working in primary health care*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf)

**ANEXO 1** – Certificado APER



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

e-CONGRESSO INTERNACIONAL  
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
2-4 DEZ | Transmissão de Gaia/Espinho

21

*Ano Internacional dos  
Trabalhadores de Saúde e Cuidadores*

**Certifica-se que:**

**Tânia Santos**

esteve presente no

**e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021**

que decorreu de **2 a 4 de dezembro**, num total de 21 horas.

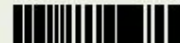
**E apresentou:**

**Comunicação Livre - PROJETO DE INTERVENÇÃO – CAPACITAR O CUIDADOR DA  
PESSOA IDOSA**

O Presidente da APER,

*Belmiro Rocha*  
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 27430



[www.aper.pt](http://www.aper.pt)

Imagem: Corbis

**ANEXO 2** – Certificado Webinar ESEL



## BIOMECANICA

LESÕES MUSCULO ESQUELETICAS LIGADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO  
NOVAS TECNOLOGIAS!  
RISCOS E OPORTUNIDADES!

19 de JULHO de 2021

## CERTIFICADO

Certifica-se que, Tânia Santos e Fátima Mendes Marques, apresentaram o Poster intitulado ***Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do cuidador da pessoa idosa na comunidade: revisão scoping***, no **WEBINAR BIOMECANICA-LESÕES MUSCULO ESQUELETICAS LIGADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO: NOVAS TECNOLOGIAS! RISCOS E OPORTUNIDADES**, que decorreu no dia 19 de julho de 2021, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Comissão coordenadora


Professora Doutora Helena Presado

A coordenadora do GaFDP


Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa, 19 de julho de 2021

**ANEXO 3 - Certificado Jornadas de Reabilitação**

## Certificado

Certifica-se que **Tânia Alexandra Duarte dos Santos** apresentou um póster intitulado "IMPACTO DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO: ESTUDO DE CASO" no dia 23 de novembro de 2021, das 08:40 às 08:50 horas, no decurso das **1<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem de Reabilitação "Transversalidade"** do Centro Hospitalar Universitário do Algarve que tiveram lugar na Escola de Hotelaria e Turismo do Algarve.

Mariana Santos  
Enfermeira Diretora do Centro  
Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Mariana Santos  
Enfermeira Diretora



**ANEXO 4 - Certificado Webinar ESEL**

# Certificado

Certifica-se que Tânia Santos e Fátima Marques apresentaram um poster intitulado "Intervenções do EEER na prevenção de LME no cuidador do idoso dependente: revisão scoping" no Webinar: "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação", realizado online no dia 25 de outubro de 2021, com a duração de 7,5h.

A coordenadora do GaFDP

*Carla Nascimento*

Professora Doutora Carla Nascimento

## **APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação  
Projeto de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na capacitação do  
Cuidador da Pessoa Idosa em Contexto Comunitário**

**Tânia Alexandra Duarte dos Santos**



Orientador: Maria de Fátima Mendes Marques



**Lisboa**

**2021**

## ÍNDICE PROJETO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Enquadramento Concetual</b>	<b>4</b>
1.1.1 Cuidador da pessoa idosa: enquadramento epidemiológico e social	4
1.1.2 Cuidador da pessoa idosa em contexto comunitário	5
<b>1.2 Justificação da escolha do tema</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Modelo teórico</b>	<b>7</b>
1.3.1 Modelo teórico de Betty Neuman e sua aplicação à intervenção do EEER na capacitação do cuidador da pessoa idosa	7
<b>1.4 Plano de Trabalho e Métodos</b>	<b>7</b>
1.4.1 Revisão Scoping e PRISMA	7
1.4.2 Definição de objetivos	9
1.4.3 Atividades a desenvolver e indicadores de avaliação	9
<b>1.5 Contextos de Estágio e Fundamentação da Escolha</b>	<b>14</b>
<b>1.6 Cronograma</b>	<b>14</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Considerações Finais</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>17</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER), desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi elaborado o projeto de estágio tendo por base a temática: *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na capacitação do Cuidador da Pessoa Idosa em Contexto Comunitário*.

As palavras-chave identificadas para desenvolver este projeto foram: Capacitação (empower); Lesões Músculo Esqueléticas (musculoskeletal disorders); Cuidador (caregiver); Idoso (elderly).

A elaboração do projeto decorreu no segundo semestre e a sua implementação decorrerá no terceiro semestre deste curso, durante o período de estágio em dois contextos diferentes, que se pretende: o primeiro no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), unidade de Portimão, serviço de Ortopedia (9 semanas de duração) e o segundo na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da região de Loulé (9 semanas de duração). As experiências a vivenciar nestes locais e as aprendizagens a realizar, aliadas aos conhecimentos adquiridos ao longo de todas as unidades curriculares que compõem o Mestrado são a base do relatório a desenvolver que pretende descrever e analisar o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

O trabalho está estruturado em: Introdução, onde pretendo definir os objectivos deste documento, o âmbito do trabalho e a sua estrutura; Desenvolvimento, apresentando o enquadramento conceptual, a escolha do tema, o modelo teórico que norteia o trabalho, o plano de trabalho e métodos, os contextos de estágio e cronograma; Conclusão, que pretende ser uma reflexão do trabalho desenvolvido até aqui, mas também apresentar algumas expectativas futuras.

A organização deste projeto de estágio respeita as orientações e a formatação está conforme as indicações da ESEL para a redação de trabalhos de Mestrado, denotando que as referências bibliográficas serão efetuadas de acordo com a sexta edição da American Psychological Association (APA).

# DESENVOLVIMENTO

## 1.1 Enquadramento Concetual

### 1.1.1 Cuidador da pessoa idosa: enquadramento epidemiológico e social

Portugal, tem sofrido, nas últimas décadas, profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2001, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 16,5% de toda a população residente em Portugal. Já em 2019 assistimos a um aumento de 5,5% (22%) (PORDATA, 2019). O índice de envelhecimento em Portugal passou de 101,6% em 2001 para 161,3% em 2019 (PORDATA, 2019), o que provoca um forte impacto na sociedade e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes.

Associadas a todas as condicionantes do envelhecimento, e idoso necessita frequentemente de um cuidador, uma vez que o aumento da longevidade se reflete nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais nas pessoas idosas, elevando a incidência de incapacidades, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, gerando necessidade de cuidados, muitas vezes, permanentes. O cuidado ao idoso implica dedicação e competências para atender às necessidades específicas desse grupo etário.

O contexto da prestação de cuidados ao idoso dependente pode ocorrer em dois âmbitos diferentes: no do cuidado formal e do cuidado informal.

A prestação de cuidados formais é habitualmente praticada por profissionais devidamente qualificados, remunerados e sujeitos a um vínculo formal ou estatutário, sendo designados por cuidadores formais. Os quais contam com uma preparação específica para o desempenho deste papel integrado no âmbito de uma atividade profissional com competências próprias. Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados em hospitais, lares e instituições comunitárias (Sequeira, 2010). A prestação de cuidados informais acontece preferencialmente no domicílio e é habitualmente da responsabilidade dos elementos da família, vizinhos e outros, sendo designados por cuidadores informais. (Sequeira, 2010).

O cuidador informal assume esse papel por iniciativa ou por nomeação do grupo familiar. Essa escolha relaciona-se, normalmente, com três fatores: parentesco, género

e proximidade física e afetiva com o idoso. De acordo com a portaria 64/2020, artigo 3º, considera -se:

- a) «Cuidador informal», o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro;
- b) «Cuidador informal principal», o cuidador informal que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;
- c) «Cuidador informal não principal», o cuidador informal que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.”

### **1.1.2 Cuidador da pessoa idosa em contexto comunitário**

Decorrentes do progressivo envelhecimento da população, bem como do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, no final da década de 2000 identificou-se a necessidade de respostas de saúde, mas também sociais que requeriam abordagens novas e diversificadas que fossem ao encontro de idosos com dependência funcional, de utentes com patologia crónica e de pessoas com doença incurável em estado avançado e/ou em fase terminal. Surge assim a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Decreto de Lei nº 101/2006 de 6 de junho, um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho, da Solidariedade, da Segurança Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Os cuidados continuados integrados são cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência que visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente (ISS, 2019). A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias:

- Unidades de internamento: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos;

- Unidades de ambulatório: unidade de dia e de promoção de autonomia;
- Equipas hospitalares: equipas de gestão de altas, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- Equipas domiciliárias: equipas de cuidados continuados integrados, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ISS, 2019).

Um dos critérios de referência para a ECCE são as necessidades de suporte e capacitação do cuidador informal (ISS, 2019). A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro aprova o Estatuto do Cuidador Informal, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio, das quais se destacam o aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em relação aos cuidados a prestar à pessoa cuidada (Lei nº100/2019 de 6 de setembro).

Os cuidadores em contexto comunitário vão desde o cuidador familiar ao profissional de saúde.

## **1.2 Justificação da escolha do tema**

Muitos cuidadores informais podem enfrentar situações de desgaste, que frequentemente conduzem a condições limite de sobrecarga manifestada a nível psicológico, físico e social. Mas não menos frequentemente, os cuidadores formais também estão sujeitos a desgaste a diferentes níveis. Logo, o cuidador precisa também ter apoios de cuidado e autocuidado. Sendo isto, tão importante quanto cuidar do idoso.

A capacitação do cuidador é imprescindível e essencial para assegurar cuidados de qualidade e qualidade de vida de ambos, pessoa a ser cuidada e cuidador, e assim adicionar ganhos em saúde (Santos 2019, Budarick & Fischer 2020, Matos 2017, Sousa 2020).

O EEER tem aqui um vasto âmbito de ação com a função de transmitir conhecimentos ao cuidador, capacitando-o para a prestação de cuidados, resolução de problemas, cuidados preventivos e de vigilância, entre outros. Este contribui ainda, para prevenir o aparecimento de complicações com impacto direto na sua qualidade de vida.

Ao longo do meu percurso de vida pessoal, académico e profissional, surgiu interesse pelo Autocuidado Postural ou Higiene Postural dos Cuidadores, que emergiu não só da realidade observada e vivenciada na prática diária, mas também das leituras exploratórias efetuadas, que fortaleceram a minha vontade de aprofundar competências nesta área e desenvolver um projeto pessoal, académico e profissional.

Com base nos pressupostos referidos, surge o presente projeto de estágio, que pretende ser um planeamento da intervenção a desenvolver durante o estágio final. O projeto está ancorado ao referencial teórico de enfermagem de Betty Neuman, e apresenta como objetivo geral: desenvolver competências especializadas como Enfermeira Especialista e mais especificamente na prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamentados na ética, deontologia, responsabilidade profissional e em conhecimentos científicos, técnico instrumentais e sócio relacionais, de acordo com os Regulamentos da Ordem do Enfermeiros (OE). Tem ainda a ambição de poder ser o suporte facilitador da capacitação do cuidador através de um Programa de Promoção do Autocuidado Postural para Cuidadores.

### **1.3 Modelo teórico**

#### **1.3.1 Modelo teórico de Betty Neuman e sua aplicação à intervenção do EEER na capacitação do cuidador da pessoa idosa**

Enquanto suporte teórico e de modo a orientar todo o projeto recorreu-se ao Modelo teórico de Betty Neuman, que norteia desde a fundamentação à interpretação dos resultados. A utilização deste referencial prende-se com o facto de se tratar de um modelo dinâmico, flexível e global, que garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade. O Modelo teórico de Betty Neuman, desenvolvido na década de 70, assenta na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, em constante interação com stressores ambientais (Tomey e Alligood, 2004).

As autoras (2004) explicam ainda que, de acordo com a abordagem sistémica, é o contexto intrasistémico e as variáveis fisiológicas (estrutura física, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) que definem o grupo populacional. Estas cinco variáveis interagem com o contexto intersistémico e extrasistémico do grupo populacional. Assim, este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade (Tomey e Alligood, 2004). Neste projeto foram considerados os cuidadores de idosos como o sistema cliente, um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente.

Com base no modelo teórico de Betty Neuman e na análise de conteúdo da revisão Scoping realizada, foi edificado o projeto que pretende dar resposta aos objetivos

delineados e interpretar depois os resultados das atividades realizadas em contexto clínico, à luz da teoria da autora.

## 1.4 Plano de Trabalho e Métodos

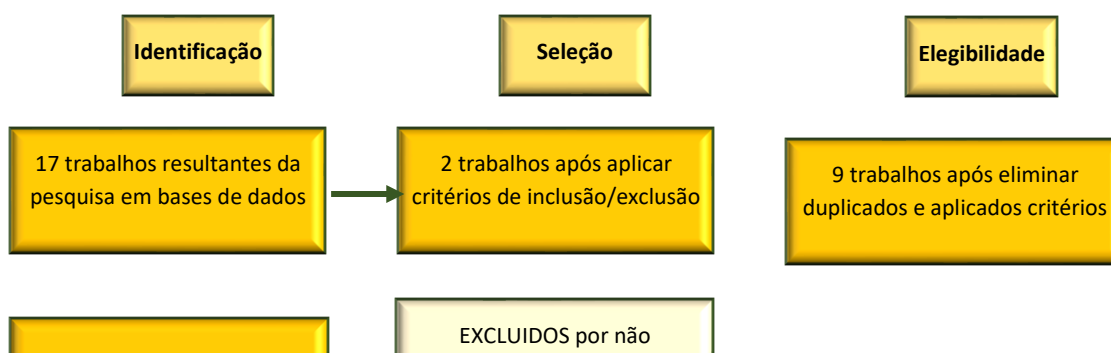
### 1.4.1 Revisão Scoping e PRISMA

Tornou-se imprescindível mapear a literatura e facilitar a compreensão das intervenções do EEER na capacitação do cuidador.

Assim, realizar uma revisão scoping partindo da questão: Quais as intervenções do EEER na capacitação do cuidador do idoso dependente no contexto comunitário. Para determinar os critérios de inclusão foi utilizada a mnemónica PCC, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute para as revisões scoping, traduzindo-se em População, Conceito e Contexto. A revisão considerou os estudos que incluem cuidadores de pessoas idosas (sem restrições de género, idade, etnia ou outras características pessoais), literatura que aborda o tema da capacitação dos cuidadores de idosos, sendo ainda, limitada ao contexto comunitário. Excluídos todos os artigos que não cumpriram os critérios acima referidos. Foram considerados estudos de natureza qualitativa e quantitativa de pesquisa efetuada em bases de dados científicas, bem como consulta de literatura cinzenta relacionada com a temática e ainda através do Google Scholar para pesquisa de estudos não publicados. Tendo sido considerado literatura em Português, Inglês e Espanhol entre 2016 e 2021. O instrumento de extração de dados foi elaborado com base no modelo preconizado pelo Joanna Briggs Institute.

A revisão considerou os descritores “caregiver” OR “carer” OR “family caregiver” OR “spouse caregiver” AND “aged” OR “elderly” AND “musculoskeletal disorders” OR “musculoskeletal diseases”, com os seguintes limitadores “texto completo”, “referências disponíveis”, datas entre 01/01/2016 e 31/12/2021, analisado por especialistas. Pesquisa realizada via EBSCOhost nas bases MEDLINE, CINAHL Plus, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, MedcLatina e consulta de literatura cinzenta.

**Figura 1** Fluxograma PRISMA da revisão scoping



Em conclusão da revisão efetuada podemos afirmar que as evidências identificaram agravos musculoesqueléticos do cuidador de idosos, realçando a importância em considerar estratégias de intervenções que forneçam diretrizes para orientações de autocuidado desse. (Gomes, Nunes, Alvarez, Siewert, & Oliveira 2021) Programas de intervenção de ER diminuem os níveis de sobrecarga do cuidador (Gomes, Ferreira, Baixinho, & Ferreira 2021, Rodrigues 2018, Ribeiro, Serranheira, & Loureiro 2017), já as intervenções do EEER, contribuem para uma maior efetividade na capacitação do cuidador no processo de autogestão, com evidentes ganhos em saúde. (Santos 2019, Budarick & Fischer 2020, Matos 2017, Sousa 2020)

#### **1.4.2 Definição de objetivos**

O percurso tem como objetivo geral: *desenvolver competências especializadas como EEER, para capacitar os cuidadores de pessoas idosas com foco no contexto comunitário.*

Os objetivos foram construídos com base na taxonomia de Bloom, respeitando a estrutura de organização hierárquica proposta pelo autor.

#### **Objetivos específicos no campo de ação da intervenção do EEER na capacitação do cuidador da pessoa idosa no âmbito das competências Gerais do Enfermeiro Especialista:**

*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1)*

a. Desenvolver capacidades na tomada de decisão autónoma, no âmbito da área da especialidade, suportada em valores éticos e deontológicos.

#### **Objetivos específicos no campo de ação da intervenção do EEER na capacitação do cuidador da pessoa idosa no âmbito das competências Específicas do EEER:**

*Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1)*

a. Integrar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação com a pessoa com necessidades especiais, com foco na prevenção nos seus 3 níveis de intervenção.

Foco principal de intervenção na prevenção primária e secundária no contexto comunitário

Foco principal de intervenção na prevenção terciária no contexto hospitalar

b. Implementar Intervenções planeadas com o objetivo de otimizar/reeducar e/ou prevenir limitações no domínio das funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da eliminação e sexualidade, na pessoa com necessidades especiais.

*Maximiza a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa (J3)*

c. Conceber, implementar e avaliar programas de treino com técnicas da enfermagem de reabilitação destinadas à capacitação do cuidador da pessoa idosa.

### 1.4.3 Atividades a desenvolver e indicadores de avaliação

Planear atividades constitui um guia orientador para algo que se pretende concretizar. As atividades planeadas são sempre suscetíveis de reajustes ao longo do percurso, uma vez que, têm por base motivações, circunstâncias, experiências e reflexões. Planear atividades é indispensável, uma vez que constitui uma base para orientar a prática e a aprendizagem académica e profissional, serve para definir prioridades e intervir o mais adequadamente possível junto do cliente/pessoa, permitindo assim, uma melhor articulação teórico-prática e otimização do estágio nos contextos.

A atividades foram planeadas para dar resposta aos objetivos específicos delineados:

<b>Competência /Objetivo específico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>
<i>Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1)</i>  a. Desenvolver capacidades na tomada de decisão	Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.	Ter baseado a decisão nos documentos normativos e legislativos disponíveis, bem como no código deontológico que suporta a profissão.
	Participa na construção da tomada de decisão em equipa.	
	Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções.	Ter participado na tomada de decisão da equipa de

autônoma, no âmbito da área da especialidade, suportada em valores éticos e deontológicos.	Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional.	enfermagem e multidisciplinar.
	Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional.	Ter desenvolvido competências críticas e de decisão autônoma sempre suportadas em valores éticos e deontológicos.

**Recursos:** Humanos - Equipe Multidisciplinar, Orientador EC, Docente Orientadora, Clientes e Cuidadores; Materiais – Documentos normativos e legislativos aplicados à profissão, Código Deontológico do Enfermeiro, Normas, Guidelines e Guias ou Manuais orientadores.

<b>Competência /Objetivo específico</b>	<b>Atividades</b>	<b>CrITÉrios de Avaliação</b>
<i>Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1)</i>  a. Integrar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação com a pessoa com necessidades especiais, com foco na prevenção nos seus 3 níveis de intervenção.	Preparação da admissão e acolhimento;	Ter utilizado documentos de registo para: a admissão e acolhimento do cliente/família; a colheita de dados de saúde.  Ter avaliado as diferentes áreas de intervenção do EEER recorrendo a escalas e instrumentos de medida validados.
	Colheita de dados relativamente às suas necessidades (antecedentes pessoais, ensinos, apoio familiar, ajudas técnicas, condições habitacionais);	
	Utilização escalas e instrumentos de medida com vista à avaliação do EEER nas áreas: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, eliminação vesical e intestinal e sexualidade;	Ter avaliado parâmetros biométricos e sintomas, bem outros parâmetros da ER com recurso a escalas validadas.
	Avaliação do estado de consciência, sinais vitais, padrão respiratório, capacidade funcional, (equilíbrio, coordenação de movimentos e tónus);	Ter elaborado planos de cuidados de ER, discutidos e reformulados sempre que necessário.  Ter colaborado com a equipa multidisciplinar em diversos
	Avaliação de sintomas (tosse, dispneia, dor e expetoração);	
Planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação adequada do idoso/família através da elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação;		

	Articulação com a equipa multidisciplinar, com vista a otimizar os cuidados de reabilitação através da discussão de casos durante a passagem de turno, visita médica e aquando na prestação de cuidados ao idoso/família;	momentos e ter contribuído para a qualidade dos cuidados.  Ter implementado e avaliado os planos de cuidados de ER com recurso a registos adequados.  Ter adequado a linguagem classificada CIF na avaliação e registo de resultados.
	Avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação e discussão das mesmas com o(a) orientador(a) e se necessário reajustar o plano de cuidados;	
	Registo das intervenções e resultados obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo da pessoa;	
	Adoção da linguagem classificada CIF na avaliação diagnóstica e de resultados.	

**Recursos:** Humanos - Equipe Multidisciplinar, Orientador EC, Docente Orientadora, Clientes e Cuidadores; Materiais – Instrumentos/Escalas de avaliação validadas; Processo do Utente; Bases de Dados; Livros Técnicos; Normas, Guidelines e Guias ou Manuais orientadores; Protocolos, Normas e Manuais dos locais de EC.

<b>Competência /Objetivo específico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>
<i>Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1)</i>  b. Implementar Intervenções planeadas com o objetivo de	Mobilização de conhecimentos e realização de ensino/instrução/treino das técnicas de intervenção de enfermagem de reabilitação:  Exercícios terapêuticos no leito;  Mobilizações articulares passivas, ativo-assistidas e ativas, consoante a capacidade da pessoa;  Treino de equilíbrio sentado, verticalização e treino de equilíbrio de pé;	Ter utilizado instrumentos de registo da intervenção do EEER com recurso à avaliação diagnóstica, implementação e avaliação das intervenções.  Ter executado técnicas de intervenção de ER nos domínios motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e sexualidade

<p>otimizar/reeducar e/ou prevenir limitações no domínio das funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da eliminação e sexualidade, na pessoa com necessidades especiais.</p>	<p>Marcha com andarilho, tripé e subir e descer escadas;          Atividades de vida diária (vestuário, higiene pessoal, alimentação, transferências);          Controlo de esfíncteres;          Exercícios de fortalecimento muscular nomeadamente exercícios com pesos;          Estimulação da sensibilidade e propriocepção, através da aplicação de talas pneumáticas.</p>	<p>na pessoa com necessidades especiais.</p>
	<p>Técnicas de reeducação funcional respiratória, sempre que se justifique, nomeadamente:</p> <p>Exercícios para consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>Controlo da respiração abdomino-diafragmática;</p> <p>Técnicas de reeducação costal e diafragmática, com aberturas costais global, com bastão ou seletivas;</p> <p>Drenagem postural;</p> <p>Técnicas de correção postural;</p> <p>Técnicas de tosse (assistida ou dirigida);</p> <p>Gestão terapêutica/oxigenoterapia/in aloterapia;</p> <p>Realização de percussões, compressões e vibrações torácicas.</p>	

**Recursos:** Humanos - Equipe Multidisciplinar, Orientador EC, Docente Orientadora, Clientes e Cuidadores; Materiais – Instrumentos/Escalas de avaliação validadas; Processo do Utente; Bases de Dados; Livros Técnicos; Normas, Guidelines e Guias ou

Manuais orientadores; Protocolos, Normas e Manuais dos locais de EC, Dispositivos e Ajudas Técnicas disponíveis.

<b>Competência</b> <b>Objetivo específico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>
<p><i>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa (J3)</i></p> <p>c. Conceber implementar e avaliar planos de intervenção de enfermagem de reabilitação, que visam capacitar o cuidador da pessoa idosa, considerando a qualidade de vida e a participação na sociedade.</p>	Identificação de fatores facilitadores e barreiras para a capacitação do cuidador da pessoa idosa, bem como de necessidades de formação, preparando o cuidador para o seu processo de autocuidado postural;	<p>Ter identificado os fatores barreira e facilitadores para a capacitação do cuidador da pessoa idosa recorrendo à pesquisa, observação e discussão com a equipa e cuidadores.</p> <p>Ter identificado as necessidades do cuidador de pessoas idosas para a promoção do autocuidado postural.</p> <p>Ter desenvolvido programa de promoção do autocuidado postural para o cuidador da pessoa idosa.</p> <p>Ter obtido a cooperação social para a implementação e divulgação do programa, recorrendo a todos os meios disponíveis, nomeadamente os canais digitais.</p>
	Desenvolvimento de um Programa de Promoção do Autocuidado Postural para Cuidadores;	
	Promoção da cooperação social com municípios, freguesias, cooperativas e associações;	
	Promoção da intervenção digital através da divulgação eletrónica.	

**Recursos:** Humanos - Equipe Multidisciplinar, Orientador EC, Docente Orientadora, Clientes e Cuidadores, Intervenientes sociais (Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, Associações, Fundações, etc); Materiais – Bases de Dados; Livros Técnicos; Normas, Guidelines e Guias ou Manuais orientadores; Protocolos, Normas e Manuais dos locais de EC, dispositivos eletrónicos de registo e visualização. (câmaras, telemóveis, computadores, etc)

## 1.5 Contextos de Estágio e Fundamentação da Escolha

A construção do saber em enfermagem emerge da relação entre os saberes teóricos aprendidos e o saber desenvolvido com base no exercício da prática profissional.

A escolha dos contextos de ensino clínico vão alicerçar a análise fundamentada, reflexiva e crítica, das atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados especializados enquanto mestranda a desenvolver competências de EEER.

No contexto do projeto de estágio aqui apresentado e considerando as condicionantes em situação pandémica, com poucos recursos disponíveis e EEER condicionados para a prestação de cuidados gerais e pouco especializados, procurei locais que me pudessem proporcionar aprendizagens válidas, me permitissem desenvolver competências e dar resposta aos objetivos delineados.

Sendo assim, na esperança de que os contextos proporcionem experiências promotoras do desenvolvimento de competências, quer as comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 392/2019), quer as específicas do enfermeiro de reabilitação, definidas pelo Regulamento 140/2019, foi proposto o serviço de ortopedia do CHUA Portimão como primeiro momento e a ECCI Gentes de Loulé como um segundo momento de prática clínica.

O estágio decorrerá em serviços onde são prestados cuidados diferenciados, onde a média de idades dos clientes nestes serviços são elevadas, o que leva a que estes apresentem as alterações naturais do processo de envelhecimento. Torna-se imperativo haver cuidadores para estes clientes.

Consideram-se pertinentes entrevistas diagnósticas nos contextos da prática clínica, com o objetivo de conhecer a realidade destes e as reais necessidades.

## **1.6 Cronograma**

O cronograma foi construído com o objetivo de ser uma ferramenta de gestão e organização, que tem por objetivo organizar atividades, recursos e definir datas-limite.

Consegue-se assim uma melhor visibilidade das tarefas e suas dependências, além dos recursos que serão necessários para a execução de cada tarefa no tempo disponível. Um cronograma bem estruturado permite otimizar os recursos e o tempo, permitindo de uma forma visual e simples perceber as tarefas e atividades a desenvolver e os tempos disponíveis e necessários para as atingir.

*Figura 2* Cronograma



# CONCLUSÃO

## 2.1 Considerações Finais

Este percurso tem sido desafiador e desde a intenção inicial proposta até à definição da temática, demarcação de objectivos a atingir e actividades a desenvolver, foi um caminho que levou a várias reformulações e delimitações de forma a não ser demasiado ambiciosa e conseguir alcançar o que me proponho fazer.

O estágio será a oportunidade de desenvolver as competências de EEER em conjunto com os EEER, mas também de aplicar o projecto e, idealmente, promover um Programa de Promoção do Autocuidado Postural para Cuidadores.

É importante referir que o envelhecimento da população tem sido acompanhado da evolução tecnológica, que fornece oportunidades antes não disponíveis. O incentivo ao desenvolvimento e à utilização racional da tecnologia para a maximização da capacidade funcional das pessoas idosas e do bem-estar dos cuidadores é mais um campo de oportunidades que tenciono explorar para promover a capacitação do cuidador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Budarick, A. R., Lad, U., & Fischer, S. L. (2020). Can the use of turn-assist surfaces reduce the physical burden on caregivers when performing patient turning?. *Human Factors*, 62(1), 77–92. <https://doi.org/10.1177/0018720819845746>
- Gomes, N. P., Pedreira, L. C., Nunes, S. F. L., Alvarez, A. M., Siewert, J. S., & Oliveira, L. M. S. D. (2021). Agravos ao sistema musculoesquelético do cuidador de idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (2), e20200626. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0626>
- Gomes, T. J. B., Ferreira, B. A. D. S., Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. M. R. (2021). Algoritmo para o cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: estudo de validação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200625. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0625>
- Instituto de Segurança Social, IP (ISS) (2019). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: ISS.
- Lei nº 100/2019 (2019). Aprova o *Estatuto do Cuidador Informal*, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (n.º 117/2019, de 2020-09-06). ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Lei nº101/2006 (2006). Cria a *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (n.º 109/2006, de 2020-06-06). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Matos, M. J. F. (2017). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de lesões músculo-esqueléticas na comunidade*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1937>
- PORDATA (2019). *Retrato de Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. (1ª ed.). Lisboa: Timestamp/ROFF.
- Portaria 64/2020. Define os termos e as condições de implementação dos projetos-piloto previstos no Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, bem como os territórios a abranger. Assembleia da

República. *Diário da República*, I Série (n.º 49/2020, de 2020-03-10). ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/64/2020/03/10/p/dre>

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, II Série (nº26, de 2019-02-06). Páginas 4744 – 4750.

Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, II Série (nº26, de 2019-05-03). Páginas 13565 - 13568.

Ribeiro, T., Serranheira, F., & Loureiro, H. (2017). Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses. *Applied Nursing Research*, 33(), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.003>

Rodrigues, L. M. P. (2018). *Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal-minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/18079>

Santos, C. A. D. S. (2019). *O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: revisão da literatura* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5465>

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas

Sousa, S. (2020). *Capacitar para cuidar-Capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33536/1/BCTFC110.pdf>

Tomey, A. & Alligod, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.