



II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Contributo da Enfermagem de Reabilitação

na Capacitação da Pessoa Submetida

a Artroplastia Total da Anca

Relatório Final de Estágio

Realizado por:

Elisabete Alexandra Monteiro Almeida



II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA

A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANC

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

ORIENTADO POR: PROFESSOR DOUTOR NELSON EMÍDIO GUERRA

REALIZADO POR: ELISABETE ALEXANDRA MONTEIRO ALMEIDA

BARCARENA, março- 2025

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório”

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento a todos aqueles (profissionais/famílias/utentes) que se cruzaram no meu caminho e ao longo desta minha etapa profissional, acrescentando sabedoria à minha vida.

Agradecer ao corpo de docentes da ESSATLA, mas em particular ao Professor Doutor Nelson Guerra e ao Professor Doutor Luís Sousa por partilharam o seu conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências.

Um agradecimento a todos os Sr^o Enfermeiros com quem me cruzei, demonstrando uma enorme gratidão pelo companheirismo e espírito de equipa. Agradeço especialmente aos meus supervisores de estágio; Sr^o Enfermeiro Carlos Leão e à Sr^a Enf^a Zulmira Caria, que tanto contribuíram para o meu desenvolvimento proporcionando-me múltiplas experiências e oportunidades de aprendizagem.

Aos meus colegas de MER, principalmente ao Fábio Silva e Joana Silva, por partilharem comigo os desafios, as angústias, os sucessos, as conquistas, sendo os meus parceiros diretos nesta batalha.

Um agradecimento a todos os meus colegas do serviço onde desempenho funções atualmente porque sem eles, não teria disponibilidade para investir no meu processo formativo.

E como não poderia faltar, um agradecimento especial aos meus parceiros de vida (marido, filhos, mãe e sogros), pela resiliência, dedicação, compreensão e paciência que demonstraram durante estes dois anos muito atribulados. As minhas conquistas serão benéficas para todos, nomeadamente para aqueles que padecem de patologia crónicas e que poderão num futuro muito próximo contribuir com a minha intervenção no seu processo de Reabilitação!

A todos obrigado pela paciência e dedicação!

LISTA DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ATA- Artroplastia Total da Anca

ATJ- Artroplastia Total do Joelho

AVD'S- Atividades de vida Diárias

AIVD- Atividades instrumentais de vida diária

AO- Assistente operacionais

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade

CEER- Cuidados de Enfermagem Especializada em Reabilitação

CH- Centro Hospitalar

CRFQA- Centro de Referência de Fibrose Quística de Adultos

DGS- Direção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECL- Equipa de Coordenação Local

EE- Enfermeiro Especialista

EER- Enfermagem Especializada em Reabilitação

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP- Estágio profissionalizante

EPE- Entidade Pública Empresarial

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA- Escola Superior de Saúde Atlântica

FQ- Fibrose Quística

HDA- Hospital de Dia de Asma

LMERT- Lesões músculo- esquelética relacionadas com o trabalho

LPCDR- Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas

MER- Mestrado em enfermagem de Reabilitação

MI- Membro Inferior

TDAE-Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development

AO- Osteoartrose

PBE- Prática baseada na evidência

PDCEEER- Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da especialidade de Enfermagem de Reabilitação

PNS- Plano Nacional de Saúde

PQCE- Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem

PQCEER- Padrão de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação

PTA – Prótese Total da Anca

PTJ- Prótese total do Joelho

QCEER- Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializada em Reabilitação

RA- Relatório de atividades

REPE- Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RFM- Reeducação funcional Motora

RMDER- Resumo mínimo de Dados de Enfermagem de Reabilitação

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

RR- Reabilitação Respiratória

SIE- Sistema de informação em enfermagem

SPMS- Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde

SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats- (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

UMDR- Unidade de Media Duração e Reabilitação

URR- Unidade de Reabilitação Respiratória

UP- Úlcera de pressão

YLDs – Years Lived with Disability – (Anos vividos com deficiência)

RESUMO

Enquadramento: De acordo com a tipologia de doenças crónicas destacadas no Plano Nacional de Saúde para 2030, as doenças oncológicas, respiratórias e cerebrovasculares/neurológicas serão as mais prevalentes nas próximas décadas (DGS, 2019). Esta problemática, evidência uma necessidade de atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que atuam diretamente em contextos onde as doenças agudas e crónicas fazem parte da sua prática diária.

Objetivo: Consolidar e demonstrar a aquisição de competências de avaliação e intervenção clínica, na área da Enfermagem de Reabilitação, integradas no Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (DR, Regulamento nº 705/2021).

Metodologia: A Elaboração deste Relatório baseou-se numa metodologia de análise crítico-reflexiva, permitindo através da descrição das vivências e das atividades desenvolvidas em contexto clínico (estágio profissionalizante), demonstrar a aquisição de competências comuns, específicas e de Mestre. Focou-se um contexto específico na área da cirurgia ortopédica, realçando a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no processo de Capacitação da Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca.

Resultados: Demonstração do contributo do EEER na Capacitação da Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, através da implementação de um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Evidência dos ganhos em saúde obtidos.

Conclusão: O EEER possui competências avançadas que permitem prestar cuidados especializados e diferenciados, promovendo a recuperação e a independência funcional da pessoa incapacitada, seja em contexto comunitário ou hospitalar. Ao maximizar suas capacidades, fomenta o autocuidado, contribui para os ganhos em saúde- bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Artroplastia total da anca; Capacitação

ABSTRACT

Background: According to the typology of chronic diseases highlighted in the National Health Plan for 2030, oncological, respiratory and cerebrovascular/neurological diseases will be the most prevalent in the coming decades (DGS, 2019). This problem highlights a need for increased attention on the part of health professionals, especially Nurses Specialist in Rehabilitation Nursing, who work directly in contexts where acute and chronic illnesses are part of their daily practice.

Objective: Consolidate and demonstrate the acquisition of assessment and clinical intervention skills, in the area of Rehabilitation Nursing, integrated into the Study Cycle of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing (DR, Regulation nº 705/2021).

Methodology: The preparation of this Report was based on a methodology of critical-reflective analysis, allowing, through the description of experiences and activities developed in a clinical context (professional internship), to demonstrate the acquisition of common, specific and Master's skills. A specific context was focused on the area of orthopedic surgery, highlighting the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the process of Training Persons undergoing Total Hip Arthroplasty.

Results: Demonstration of the EEER's contribution to the training of people undergoing Total Hip Arthroplasty, through the implementation of a Rehabilitation Nursing care plan. Evidence of health gains obtained.

Conclusion: The EEER has advanced skills that allow it to provide specialized and differentiated care, promoting the recovery and functional independence of the disabled person, whether in a community or hospital context. By maximizing your capabilities, it encourages self-care, contributes to gains in health, well-being and quality of life.

Keywords: Rehabilitation nursing; Total hip arthroplasty; Training.

ÍNDICE

RESUMO.....	8
INTRODUÇÃO.....	13
1. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	17
2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	28
2.1. Anatomia da Coxa e da Anca	28
2.2. A Coxartrose como fisiopatologia da anca	29
2.3. A pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca.....	31
2.4. Capacitar a pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: O contributo da Enfermagem de Reabilitação.....	35
2.5. Modelos Conceptuais de Enfermagem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem e Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	40
3. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	43
3.1. Competências comuns do enfermeiro Especialista	46
3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	65
3.3. Competências de mestre em Enfermagem	76
4- ANALISE SWOT	77
CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

ANEXOS E APÊNDICES	95
ANEXO I- CONSENTIMENTO INFORMADO (Relato de caso- contexto comunitário)	96
ANEXO II-CONSENTIMENTO INFORMADO (Relato de caso- Contexto Hospitalar).....	99
ANEXO III-CERTIFICADO FORMAÇÃO “Terapias não farmacológicas na pessoa com dor”..	101
ANEXO IV-CERTIFICADO FORMAÇÃO EBSCO- Information Services – Enfermagem e disciplinas relacionadas com Saúde	103
APÊNDICE I- PLANO DE ATIVIDADES	106
APÊNDICE II- RELATO DE CASO (HOSPITALAR)	128

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Identificação de pontos fortes/fracos/ameaças/oportunidades ao desenvolvimento de competências.....	..38
--	------

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de competências na área da Enfermagem Especializada em Reabilitação [EER] é impulsionado pela capacidade de analisar, compreender e resolver problemas complexos enfrentados diariamente no contexto da prática clínica.

A elaboração deste Relatório de estágio tem como objetivo descrever e refletir sobre as atividades e aprendizagens desenvolvidas em contexto clínico ao longo da unidade curricular [UC] do Estágio Profissionalizante [EP], integrado no II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação [MER] da Escola Superior de Saúde Atlântica [ESSATLA], realizado no ano letivo 2024/2025. O respetivo relatório segue as recomendações e orientações propostas pela Ordem dos Enfermeiros para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

A trajetória pessoal e os fatores que influenciaram a construção de uma nova identidade profissional como estudante do MER serão apresentados por meio de uma análise crítico-reflexiva. Essa análise destacará a capacidade de integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos pela componente teórica e pela sua incorporação durante a prática clínica, tanto em contexto comunitário, como em contexto hospitalar. Todo esse processo resulta no aprimoramento das competências técnicas, científicas, práticas, profissionais e relacionais nos diferentes contextos de intervenção.

O desenvolvimento de competências na área da Enfermagem Especializada exige não apenas a aquisição de conhecimentos aprofundados e o aprimoramento de novas habilidades para uma tomada de decisão mais estruturada, mas também, o cumprimento dos preceitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros. Entre essas diretrizes, destaca-se a importância da formação em diferentes contextos de estágio (comunitário e hospitalar) e em diversas áreas clínicas (neurologia, ortopedia, cardiologia, pneumologia). Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ficará habilitado a dar respostas a situações complexas na sua prática, conforme o preconizado nas suas competências específicas.

A primeira etapa da componente prática, ocorreu no contexto comunitário, mais precisamente numa Unidade de Média Duração e Reabilitação [UMDR] do distrito de Lisboa.

A segunda etapa deste processo formativo, ocorreu no 2º ano deste Ciclo de Estudos (EP) e serviu como base para o desenvolvimento deste relatório. Esta componente prática desenvolveu-se em duas unidades hospitalares distintas da Região de Lisboa: a primeira na área da cirurgia ortopédica/traumatológica e a segunda na Unidade de Reabilitação Respiratória e Centro de Referência de Fibrose Quística de Adultos [CRFQA]. Os locais de estágio foram designados pela instituição de ensino (ESSATLA) com base no cumprimento do nº de horas de contato associadas aos diversos processos de cuidados, mas também, considerando as necessidades individuais a serem aprimoradas.

Fundamentando que para demonstrar o desenvolvimento das competências na área da ER seria necessário abordar uma temática central no respetivo contexto de estágio profissionalizante, a mesma foi escolhida com base no interesse pessoal, justificado pela pouca experiência no meu contexto profissional atual. Assim, o planeamento de estratégias e o desenvolvimento de competências focaram a área da cirurgia Ortopédica mais especificamente na patologia da Coxartrose, centrando-se no *Capacitação da Pessoa Submetida à Artroplastia Total da Anca [ATA]*, demonstrando o contributo do EEER para a apropriação da mesma.

O desenvolvimento da temática envolveu uma pesquisa pelas principais bases de dados em Saúde usando a terminologia proposta pelos descritores em ciências da Saúde DeCS/MeSH: Artroplastia- Anca; Enfermagem de Reabilitação; Capacitação.

O EEER, possui no poder das suas competências gerais, específicas e de mestre, habilidades e capacidades interventivas para prestar cuidados diferenciados, provado no conhecimento especializado adquirido durante a formação, promovendo com isso a rápida reintegração da pessoa com deficiência/ limitação atividade na sociedade. Afirmando deste modo, que no poder das suas competências, o EEER capacita a pessoa quer em contexto comunitário/hospitalar, para a sua independência funcional e autocuidado, maximizando e potenciando a sua capacidade funcional.

A análise crítica das atividades desempenhadas pelos EEER no contexto da cirurgia ortotraumatológica permite uma compreensão mais aprofundada do seu papel nos cuidados de

saúde, evidenciando-os como fundamentais no processo de transição da pessoa submetida a ATA. Essa compreensão, obtida por meio da aplicação de um plano de cuidados individualizado e ajustado às necessidades específicas da pessoa, possibilitou-me responder de maneira eficaz às suas exigências, identificando o impacto das intervenções implementadas. Assim, a incorporação dos conhecimentos adquiridos na prática diária fundamentou-se nas reflexões sobre o exercício profissional, construído a partir da própria experiência durante o MER (evidência baseada na prática).

Como cada ação desencadeia outra, a reflexão sobre a prática profissional só se torna viável quando é orientada por modelos teóricos de Enfermagem que sustentam o nosso trabalho diário. Os modelos conceptuais são fundamentais para organizar o pensamento, direcionar as intervenções e assegurar que estas se baseiam na evidência científica, promovendo a integração entre teoria e prática. A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis orientaram-me na elaboração deste relatório e do seu enquadramento conceptual. Esta seleção fundamentou-se na complexidade dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação, considerando a pessoa na sua totalidade e no contexto em que está inserida (família/comunidade).

O estudo da eficácia das intervenções de Enfermagem de Reabilitação em contextos específicos da prática diária permite avaliar seu impacto na recuperação e na qualidade de vida das pessoas, contribuindo para a melhoria da assistência prestada. Além disso, orientam as práticas com base nas evidências mais recentes, em conformidade com o Regulamento nº 350/2015 (2015) sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [PQCEER]. Por isso, trata-se de uma área de investigação prioritária e emergente para a especialidade (OE, 2014).

Este relatório sintetiza um percurso de aprendizagem que une teoria e prática, destacando a importância da ER no cuidado personalizado à pessoa submetida a ATA. Através do relato de caso, compreendi o impacto das intervenções do EEER na Reabilitação da pessoa e como essa experiência contribuiu para a aquisição pessoal das competências comuns, específicas e de mestre durante o MER.

Perante a tomada de posição emitida pela OE (2006): “O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde” (p.1).

A estrutura deste trabalho segue as orientações da instituição de ensino envolvidas nos vários documentos que orientam a elaboração de um Relatório de estágio profissionalizante, emitidas pela respetiva Ordem profissional, incluindo:

1º Descrição do contexto clínico; resumo dos locais onde ocorreram as aprendizagens;

2º Enquadramento conceptual; contextualiza a temática e os referenciais teóricos;

3º Análise crítico-reflexiva; as competências desenvolvidas conforme o plano de estudos;

4º Análise SWOT; identificação dos fatores facilitadores e limitadores para a consolidação das competências durante o EP.

A redação deste relatório segue as normas estabelecidas pela *American Psychological Association* na 7ª edição (APA, 2020) e encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico.

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

O desenvolvimento de competências enquanto aluna do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi promovido através da realização de dois estágios distintos no decorrer do ano 2024: O estágio de Reabilitação na Comunidade integrado no 2º Semestre do 1º ano do MER (totalizou 400 horas) e o Estágio Profissionalizante integrado no 2º Ano do MER (totalizando 600h).

A qualificação de grau de mestre, enquadrada na especialidade de ER, é atribuída com base na realização prática de experiências em Reabilitação envolvendo diferentes processos de cuidados nomeadamente musculoesquelético, cardiorrespiratório e neurológico e enquadrados nos diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário, terciário, quaternário). Nestes, os estudantes devem demonstrar a capacidade de integrar e mobilizar seus conhecimentos por meio de uma análise-crítica das atividades desenvolvidas. Mediante a respetiva informação, importa contextualizar e descrever os locais onde ocorreu o desenvolvimento destas experiências.

O primeiro contexto (estágio de Reabilitação na Comunidade) decorreu numa unidade de saúde, situada no distrito de Lisboa e integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], pertencendo à tipologia de UMDR. A sua coordenação é assegurada por uma Equipa de Coordenação Local [ECL], que, por sua vez, está subordinada à Equipa de Coordenação Regional [ECR]. Esta unidade de saúde responde às necessidades da população em outras áreas como a Psicogeriatria; Pedopsiquiatria; Psiquiatria; Demências; Lesão cerebral por doença ou traumatismo, deficiência intelectual e perturbações do desenvolvimento e cuidados paliativos (a título particular e pelo Serviço Nacional de Saúde). Este primeiro estágio decorreu entre o período de 20 de maio a 26 de julho de 2024 (10 semanas), correspondendo a 231 horas de contato, 73h de OT e 96h de trabalho autónomo.

Mediante a informação facultada pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], esta tipologia de unidades proporciona cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, seja devido ao agravamento de uma doença aguda, à progressão de uma doença crónica ou a fatores de cariz social. Esses cuidados, pela sua

frequência ou duração, não podem ser garantidos no domicílio, sendo necessário assegurá-los no internamento por um período de vigência de 90 dias. A missão destas unidades é promover a recuperação global da pessoa, independentemente da sua idade, assegurando a Reabilitação sempre que exista potencial para tal. O propósito é melhorar a funcionalidade e autonomia do utente, facilitando a sua reintegração na sociedade (Decreto Lei nº 101/2006, 2006).

Os processos de cuidados com que mais contatei e tive oportunidade de desenvolver as minhas competências enquanto aluna MER foram: Respiratório (Doença aguda ou crónica-DPOC; Ventilações mecânicas prolongadas que careceram de construção de ostomias respiratórias); Neurológicas/degenerativas (lesões sequelares pós-AVC, doença de Parkinson, doença de Alzheimer), Músculo-esqueléticas (amputações, síndromes de imobilidade após internamentos hospitalares prolongados) ou outras situações de cariz social (insuficiências económicas ou situações de risco “sem -abrigo”, que pela falta de condições ambientais/habitacionais, necessitavam dos cuidados de reabilitação na UMDR).

A integração do EEER nas equipas multidisciplinares desta unidade é uma excelente estratégia de gestão de cuidados, visto que o mesmo detém capacidades de efetuar diagnósticos dos problemas reais ou potenciais da pessoa, concebendo, implementando e reajustando planos individuais de cuidados de Reabilitação. Os mesmos encontram-se alinhados com os objetivos identificados pelo próprio, e neste sentido promovem a autonomia e potenciam a funcionalidade, facilitando a reintegração social (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Para Lourenço et al (2022), o enfermeiro perito auxilia na decisão dos cuidados a prestar mediante as necessidades da pessoa sendo “chamado a intervir no seu contexto de ação para responder às situações com que se depara” (p.559). Para isso, elabora planos de intervenção em enfermagem de reabilitação, usando os recursos de modo eficiente naquela que se espera, como a resposta mais adequada às necessidades da pessoa. Conota-se assim, o papel do EEER nesta unidade ao enquadrarmos a sua ação nos diferentes níveis de atenção de saúde em todos os seus contextos laborais, não excluindo neste caso específico os cuidados na Comunidade. De acordo com o seu perfil de competências específicas (Regulamento 392/2019,2019), o

EEER na UMDR identifica barreiras arquitetónicas/avalia a acessibilidade e prepara a alta para o domicílio, articulando-se se necessário com a equipa multidisciplinar, nomeadamente as equipas das Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC] (atuação primária). Promove treinos de Reeducação funcional motora [RFM] e Reeducação Funcional Respiratória [RFR] com a finalidade de recuperar a funcionalidade e prevenir complicações (quedas; fenómenos tromboembólicos, infeções, úlceras de pressão [UP]- (atuação de nível secundária). No nível terciário estes enfermeiros, desenvolvem estratégias de reabilitação ao potenciarem a readaptação e reeducação funcional, através da prescrição de produtos de apoio. Esta intervenção embora seja autónoma e independente mediante o enquadramento legal da especialidade na profissão de Enfermagem, nesta UMDR os mesmos eram prescritos em conjunto com a equipa multidisciplinar (com terapeuta ocupacional e Fisioterapia). O objetivo é criar uma resposta de acordo com enquadramento ético legal da profissão, promovendo a recuperação funcional e integração social.

A UMDR é composta por 21 camas, sendo os cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar que engloba 14 enfermeiros dos quais 4 são EEER (apenas 5 desses profissionais estavam vinculados à instituição e todos os restantes desempenham funções como prestadores de serviço); 4 elementos da equipa médica, 17 assistentes operacionais (oscilando no número), 1 fisioterapeuta (com 21h/semanais contratualizadas); 1 terapeuta ocupacional, 1 terapeuta da fala (com 2h/semanais contratualizadas), 1 assistente social e 1secretária de unidade (rotativa nas diferentes unidades da instituição).

Relativamente à equipa de Enfermagem no geral apresentavam-se dois enfermeiros por turno, exceto no período noturno no qual existia apenas um enfermeiro e um assistente operacional na prestação direta de cuidados. A divisão dos cuidados de enfermagem prestados nesses turnos, baseavam-se na execução de tarefas específicas (administração/preparação de terapêutica, realização de tratamentos), não existindo um EEER destacado especificamente para os cuidados de enfermagem especializados. Este método de trabalho em enfermagem, também vulgarmente designado por método funcional, “baseia-se na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, que alcançam

proficiência através da repetição sistemática de técnicas, nas quais o alvo de acção não é o cliente” (Ventura- Silva et al, 2021, p.280)

A atualização das informações e diagnóstico das necessidades (escalas de avaliação e normas da DGS) conforme a periodicidade definida pela RNCCI ou pela instituição de saúde era realizada por um enfermeiro designado no dia de admissão na UMDR. Esse enfermeiro atuava como elo entre a pessoa/famíliares/equipa multidisciplinar, participando preferencialmente nas conferências familiares mensais. Nessas reuniões, ajustavam-se as intervenções do plano individual de cuidados, promovendo a troca de informações e a adaptação de estratégias para atingir os objetivos da Reabilitação. A intervenção do EEER vai além do diagnóstico de problemas, incluindo a conceção e implementação de planos de enfermagem em Reabilitação, ajustados continuamente com base em avaliações constantes, visando alcançar os objetivos definidos com a pessoa. Para Godinho-Matos & Simões (2020) “ao longo da vida são vários os processos e transições que a pessoa e família/cuidador vão experienciando, nomeadamente o diagnóstico da doença, alteração na dependência, alta hospitalar e, paralelamente, uma constante redefinição de papéis familiares”. Essa afirmação evidencia o papel ativo das famílias nas conferências, aproveitando-as como momentos ideais para o processo de Capacitação (Familiar/prestadores de cuidados). A transmissão de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades proporcionadas pelo EEER, com enfoque na pessoa/família/prestador de cuidados são consideradas essenciais, para o processo de transição, permitindo criar estratégias de adaptação à sua nova condição saúde-doença, conforme declarado na competência J1.2 “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O EEER na UMDR, desenvolve estratégias dentro do “*Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais- D1) -desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*” (Regulamento nº140/2019, alínea a), 2019), para transmitir conhecimentos na área de Reabilitação, demonstrando à pessoa e à família a importância dos cuidados de reabilitação e como esses podem influenciar positivamente o seu processo de recuperação. Ao explicar o processo de reabilitação e justificar as intervenções (saber-saber, saber-fazer e compreender

o propósito das ações), o EEER fortalece a relação de confiança e a motivação da pessoa/família, contribuindo para o empoderamento na Tomada de decisão. Esse empoderamento (National Library of Medicine, 2018) é essencial para que tomem decisões informadas e assumam o controle de suas vidas, promovendo uma transição saudável.

Embora seja notória a pertinência deste profissional na UMDR, o esforço apresentado por estes ainda não foi devidamente provado, visto que não existia nenhum projeto de melhoria contínua em desenvolvimento. Dos quatro EEER nomeados acima, um deles desempenhava cargo de chefia, outros dois não tinham o seu título de especialista reconhecido pela instituição e apenas um EEER estava efetivamente reconhecido no seu título profissional, mas sem projetos de melhoria contínua em vista. Apesar das adversidades, tive múltiplas oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelo enfermeiro supervisor e pelos EEER, que garantiram o meu desenvolvimento como aluna MER. A mobilização e aplicação dos conhecimentos em ER impulsionaram minha motivação para a mudança e para a valorização da Especialidade de Reabilitação enquanto disciplina, profissão e ciência da Saúde.

O segundo contexto de estágio designado como, estágio profissionalizante, ocorreu entre 16 de setembro de 2024 e 20 de dezembro de 2024, totalizando 14 semanas. Durante esse período, foram desenvolvidas competências em Enfermagem de Reabilitação, inicialmente no processo orto-traumatológico (12 semanas) e posteriormente no processo respiratório (4 e 15 de novembro de 2024 -2 semanas) totalizando 302h de contato direto.

Esta etapa ocorreu no serviço de internamento cirúrgico de Ortopedia/Traumatologia de uma unidade hospitalar em Lisboa, pertencente a uma instituição secular de direito privado, mas de utilidade pública. A unidade possui características arquitetónicas únicas que favorecem a Reabilitação, como ampla iluminação natural, vista para o mar em todos os quartos e acesso a espaços verdes, proporcionando um ambiente mais tranquilo e propício à recuperação dos utentes. Estas características são únicas nesta instituição visto que em tempos remotos, este local acolhia apenas pessoas que constituíam perigo para a saúde pública (sanatório), ficando as mesmas internadas em locais privilegiados e em contato com a Natureza, afim de minimizar o impacto da “exclusão social”.

Atualmente, esta unidade concentra-se principalmente na resolução de problemas de Ortopedia e Traumatologia, sendo uma referência nacional e internacional nessas especialidades cirúrgicas. A excelência dos cuidados prestados reflete-se na alta competência tecnológica e na capacidade de lidar com situações clínicas complexas. Esse mérito exige profissionais altamente qualificados e dedicados exclusivamente a essa área, garantindo diagnósticos mais precisos, tratamentos mais eficazes e tempos de recuperação cada vez mais curtos, conforme propostas na competências específicas do Regulamento n.º 392/2019, (2019, p.13567)- J1” *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado ;compreendida no critério de avaliação” ; J1.2.7 – “Mobiliza conhecimentos no domínio de novas técnicas e tecnologias para a gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos” e J1.2.8 - Desenvolve intervenções técnicas e tecnológicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade”.*

O tratamento (cirúrgico e conservador) proporcionado nesta instituição na área da Ortopedia/Traumatologia envolvem: Anca-Hemiartróplastia; Artroplastias totais, Osteossíntese, Encavilhamentos, Trações cutâneas; Ombro- Artroscopias, lesões da coifa, fraturas e colocação de próteses; Mão- Fraturas, patologia dos tendões, criação de ortóteses e talas; Cotovelo- Fraturas, próteses e descompressão nevrálgica; Coluna - Fraturas e colocação de próteses.

Além de realizar cirurgias programadas na sua área de especialização, esta unidade hospitalar também acolhe urgências em Traumatologia, de pacientes encaminhados de outra ULS da Região de Lisboa. A unidade de internamento localiza-se no 1º piso de um edifício construído recentemente (inaugurado em 2018), onde se subdivide em duas enfermarias: Serviço I e Serviço II, totalizando 60 camas (30 por cada serviço), distribuídas por 16 quartos individuais, 20 quartos duplos e 4 quartos de isolamento.

A equipa multidisciplinar é diferenciada e diversificada, composta por médicos especialistas (cirurgia- ortopédica; cirurgia-plástica, Medicina Interna, Imagiologia), cerca de 39

profissionais de Enfermagem, dos quais 13 enfermeiros possuem título de EEER, 32 assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, administrativos. A enfermeira Gestora do serviço, possui título de especialista (Médico-cirúrgica), mas o 2º elemento de enfermagem é reconhecido com o seu título de especialista em ER.

A excelência dos cuidados nesta instituição, especialmente na enfermagem, baseia-se num modelo centrado na pessoa, onde é assegurado uma assistência adequada, com recursos humanos suficientes e ajustados às necessidades reais da população, considerando o envelhecimento e o aumento de patologias músculo-esqueléticas associadas. Além disso, procura rentabilizar os seus recursos humanos, direcionando os seus profissionais especializados ER para os casos de maior complexidade.

Para Ventura-Silva *et al* (2021), deverá ser uma preocupação crescente também das instituições de saúde, implementar modelos de gestão que tenham em vista o fortalecimento da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente dos cuidados especializados. Consideram prioritário implementar políticas que garantam a segurança dos cuidados visto que a prática diária deverá ir ao encontro da teoria, nomeadamente da informação que é proposta pelas várias entidades reguladoras da profissão de enfermagem para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 350/2015,2015; Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº 392/2019,2019).

Embora o cargo de gestor seja ocupado por um especialista de uma outra área que não a ER, ele preocupa-se em alocar diariamente nos turnos da manhã e tarde, um EEER por cada enfermaria para a prestação de cuidados especializados. A adoção deste tipo de modelo de trabalho (equipa), garante uma prestação de cuidados personalizada/ próxima e centrada na pessoa, sendo o ajuste de intervenções possível através da aplicação do processo de enfermagem. O gestor do serviço, ao implementar sempre que possível este modelo de trabalho, garante que as habilidades e qualificações de cada profissional de enfermagem, sejam aproveitadas em prol das necessidades da pessoa, rentabilizando as capacidades do grupo no geral (generalistas e especialistas), obtendo com isso melhores resultados (Ventura-Silva, 2021).

Torna-se evidente que quanto mais qualidade existir nos cuidados de enfermagem, melhores resultados se obterão, assegurando uma resposta eficaz às necessidades da pessoa. É nesta linha de pensamento que se encontra enquadrada a unidade cirúrgica de Ortopedia /traumatologia contextualizada neste capítulo. A prestação de cuidados de enfermagem é considerada de excelência, pois oferece assistência integral às pessoas que necessitam de cuidados.

O EEER desempenha um papel fundamental neste serviço, implementando protocolos de cuidados de ER em cirurgias específicas, de acordo com as cirurgias mais usuais no serviço, exemplo do protocolo da Artroplastia total de anca [ATA], Artroplastia total de joelho [ATJ], cirurgia ao ombro e correções cirúrgicas da coluna. Por meio dessa atuação, contribuem com a evidência da sua prática para um resumo mínimo de dados de enfermagem de Reabilitação [RMDER], capazes de produzir indicadores.

O segundo momento do EP, caracterizou-se por um período mais curto e ocorreu numa Unidade de Reabilitação Respiratória [URR] da Região de Lisboa. Esta unidade, caracteriza-se como entidade pública-Empresarial [EPE], agrupada com outras unidades do Centro hospitalar [CH] da região de Lisboa, numa unidade local de Saúde [ULS]. Importa referir que a URR contempla um CRFQA gerida estrategicamente pelo serviço de Pneumologia CH e um Hospital de Dia de Asma [HDA] e ainda pela unidade de Readaptação Funcional Respiratória. Esta unidade oferece cuidados de saúde diferenciados a pessoas provenientes do domicílio que passaram recentemente por um internamento devido à agudização da sua patologia respiratória. Além disso, presta cuidados diferenciados nos serviços de internamento, como medicina, pneumologia e cirurgia, sempre que seja necessária assistência de enfermagem especializada em Reabilitação, seja para RFM ou RFR.

A tipologia de doenças relacionadas com o processo respiratório encontradas durante a minha vigência foram: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica [DPOC] e as doenças respiratórias não DPOC (bronquiectasias, doença pulmonar intersticial, asma, fibrose Quística, cancro do pulmão, cirurgia de redução pulmonar e transplante pulmonar). O modelo de trabalho na unidade mantém-se centrado na pessoa, garantindo vigilância contínua e monitorização

regular para uma intervenção precoce do EEER na prevenção de complicações e promoção da saúde, conforme o PQCEER (pontos 3.2 e 3.3, alínea a) do Regulamento nº 350/2015 (2015).

O acompanhamento contínuo do EEER nestas unidades pode contribuir para a redução de hospitalizações, melhorar a adesão ao tratamento e proporcionar suporte psicológico e social. Além disso, ajuda a minimizar o isolamento causado por estas patologias, garantindo o apoio necessário tanto às pessoas como às suas famílias. Estas patologias do foro respiratório requerem a intervenção de uma equipa multidisciplinar, incluindo Enfermeiros (EEER), médicos (pneumologistas), nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de diversas áreas (cardiopneumologia) e outros profissionais de saúde.

O EEER na Reabilitação Funcional Respiratória aplica conhecimentos de várias disciplinas, intervindo com uma avaliação minuciosa e personalizada para atingir as metas de cada indivíduo. Identifica problemas reais e potenciais (biológicos, sociais, psicológicos e emocionais), ampliando a sua avaliação ao contexto de vida da pessoa. Dessa forma, promove não só a recuperação física, mas também o bem-estar global, essencial para o processo de reabilitação.

O EEER desempenha um papel fundamental na estruturação dos Programas de Saúde prioritários, ajustando-os às determinantes em saúde identificadas. Assim, os programas implementados em Reabilitação Respiratória promovem estilos de vida saudáveis, que quando aplicados de forma “sistemática, sistémica e integrada” (DGS, 2016), contribuem para um sistema de saúde mais sustentável, com práticas seguras e de excelência nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A missão destes profissionais centra-se então na prestação de “cuidados altamente especializados, de elevada qualidade e segurança, de acordo com a mais atualizada evidência científica e respeitando rigorosos padrões éticos a todos os doentes (...) ao longo de toda a vida, de forma a melhorar o prognóstico da doença e garantir a melhor qualidade de vida possível” (SNS,2024).

A respetiva informação é reforçada ao consultarmos o portal do Ministério da Saúde (Despacho nº6669/2017 de Agosto), onde se constata que a respetiva unidade é reconhecida pela Direção Geral de Saúde [DGS] como um centro de referência neste caso para a Fibrose Quística [FQ] pelo seu “expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados de conhecimento e experiência” (SNS, 2024).

O EEER ao desempenhar funções em unidades como esta, consegue desenvolver programas de RR, usando como recurso a telemetria em Saúde (projeto de inovação) e registando a sua intervenção através de telemonitorização. Deste modo, contribui mais uma vez para um RMDER que garante a evolução da Enfermagem enquanto profissão, disciplina, ciência de investigação em Saúde. O Decreto-Lei n.º 104/98 destaca que o “desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde” (1998, p. 1739). Esta afirmação é essencial para compreender o exercício da profissão à luz do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE].

A presença do EEER nesta unidade de RR é fundamental, pois, através das suas intervenções e das suas competências comuns e específicas, consegue implementar programas que envolvem ações desde a: Reeducação funcional respiratória (com técnicas de mobilização e drenagem de muco/secreções, ventilação áreas pulmonares não ventiladas, utilização de dispositivos de drenagem [acapela; CoughAssist; Shaker), Reeducação dos músculos respiratórios e restabelecimento dos volumes pulmonares [Espirómetro de Incentivo]);

- Implementação de exercício físico (com incremento de exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular para melhorar a capacidade cardiorrespiratória, aumento da tolerância ao esforço, redução da resistência e sensibilidade das vias aéreas);

- Monitorização física e não física [o caso da telemonitorização] (avaliação da função pulmonar, através de espirometria e provas de função respiratória);

- Educação para a gestão da doença [autogestão](instrução sobre práticas de higiene brônquica e respiratória, sinais de exacerbação, promoção de autocuidado, instrução medicamentosa nomeadamente à nebulização/inalação de medicamentos entre outros tratamentos domiciliários).

Deste modo, o EEER consegue intervir precocemente, prevenindo complicações, reduzindo os períodos de agudização e internamento, definindo planos cuidados individualizados com vista à maximização da funcionalidade na pessoa (Regulamento nº 350/2015, 2015).

A experiência em diversos contextos clínicos e instituições de saúde ampliou o meu conhecimento teórico e prático, fortalecendo o desenvolvimento das competências previstas no Programa Formativo do EEER. (Decreto Lei nº 156/2015, 2015) e dos critérios de Idoneidade formativa para a especialidade de ER (OE, 2015).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Anatomia da Coxa e da Anca

A articulação coxo-femoral ou da anca “é responsável pela união da extremidade inferior à pélvis e ao tronco” (Crowther, 2005, p 171). Esta região anatómica, também vulgarmente denominada como quadril, é constituída por ossos da região anatómica da bacia (pélvis) e da extremidade do osso da coxa (cabeça do fémur). O fémur é o maior osso do corpo humano, e a sua extremidade superior (esférica e arredondada [cabeça do fémur]), encaixa-se nos ossos da pélvis, através do acetábulo (Crowther, 2005).

O acetábulo possui um formato côncavo, que na sua profundidade é composto por um tecido cartilaginoso fibroso, que envolve uma grande área da esfera [cabeça do fémur]. A aquisição desta estrutura óssea resulta de uma fusão em formato de “Y” de três estruturas ósseas pélvicas; o ílion, o ísquion e o púbis, que todos em harmonia, atribuem uma grande estabilidade articular, devido à interligação entre os músculos e ligamentos envolventes a estas estruturas ósseas. A região anatómica da bacia (pélvis), possibilita a união entre a coluna lombar e os membros inferiores, sendo composta por três estruturas ósseas: hemipélvis direita e esquerda e o sacrococcígeo.

Parente et al. (2009) destaca a importância de todas estas estruturas para o ortostatismo, ressaltando que a articulação coxofemoral, por ser uma enartrose, permite movimentos em vários eixos (superfície em forma de esfera, que encaixa numa depressão de outro osso). Kapandji (1987), citado por Parente *et al.* (2009), afirma que essa articulação orienta o membro inferior em diferentes direções, possibilitando rotação interna/externa, adução/abdução e flexão/extensão. Esse mecanismo é essencial para a transição da posição quadrúpede para bípede, transferindo o peso corporal para os membros inferiores. A harmonia entre anca, coxa e complexo acetábulo-cabeça femoral depende do aumento da carga articular, ampliando a superfície de contato e a estabilidade (Crowther, 2005). Assim, algumas lesões ou patologias podem alterar o centro de gravidade e o equilíbrio em ortostatismo, pois este estabelece-se no ponto médio das pélvis e no centro do acetábulo (Crowther, 2005).

2.2. A Coxartrose como fisiopatologia da anca

Segundo os dados explanados no Plano Nacional de Saúde [PNS] 2030 (DGS, 2022), verificou-se entre 2009-2019 um duplo envelhecimento demográfico em Portugal. Os respetivos dados, sublinham que o índice de envelhecimento aumentou em Portugal; “sendo que, por cada 100 jovens (menores de 15 anos), em 2011, residiam em Portugal 127,6 idosos, e em 2019 residiam 163,2 idosos” (INE, 2020, p.1).

O processo de envelhecimento, caracterizado como um evento natural e progressivo da vida, transversal a todas as sociedades, expõe as pessoas ao surgimento de doenças prolongadas (crónicas), comorbilidades, incapacidades e dependências (Fernández, 2013, citado por Dias *et al*, 2021).

As patologias do foro Orto-traumatológico, nomeadamente as patologias osteo-articulares, tendem a acompanhar o crescimento da população geriátrica ou dependentes, “considerando-se como “dependentes” os idosos (65 e mais anos) e os jovens (menores de 15 anos), face à população ativa (entre os 15 e os 64 anos)” (DGS, 2022). Aliado ao processo de envelhecimento, existem fenómenos de modificação biológica, que podem acarretar problemas nas articulações, incluindo-se a coxartrose como uma dessas problemáticas (Dias, Ferreira & Messias, 2021).

Esta patologia degenerativa, também vulgarmente designada artrose da anca, caracteriza-se pelo desaparecimento progressivo da cartilagem articular (coxo-femoral), que “é um tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si” (LPCDR, 2014). A cartilagem articular é nutrida pelo líquido sinovial, que lubrifica as articulações, permitindo um deslizamento suave sem atrito ou dor. A nível epidemiológico “osteoartrite do joelho e a osteoartrite da anca prevalecem, no nosso país, 12,4% e 2,9%, respetivamente” (Fernandes, Vigia & Sousa, 2020, p.195).

A fisiopatologia dessa articulação ocorre quando a produção inadequada de líquido sinovial compromete a lubrificação, aumentando o atrito ósseo e isso provoca o desgaste progressivo da cartilagem surgindo a dor, em estados mais avançados (LPCDR, 2014).

Constata-se deste modo que com aumento da idade, existe uma predisposição às fragilidades e às patologias do foro ortopédico, nomeadamente as de etiologia traumática/degenerativa, levando inadvertidamente a estados de incapacidade funcional.

A função essencial desta articulação é permitir a locomoção e a marcha, caracterizando-se esta última pela fase de carga e descarga, separadas pelo período do apoio bipodal. Parente *et al* (2009, p.131), caracteriza na fase de carga “a anca suporta o peso do corpo e a tensão dos músculos estabilizadores, assegurando um movimento de extensão. Em situações de terreno irregular as forças que se transmitem à articulação aumentam significativamente”.

Cerca de 3–6% da população adulta europeia sofre de sintomas relacionados com as patologias degenerativas-osteoarticulares, esses números aumentarão num futuro próximo devido ao envelhecimento da população (Colibazzi, Coladonato, Zanazzo *et al*, 2020). A pessoa que padece desta patologia, poderá apresentar diversos sintomas desde a redução da amplitude articular, desequilíbrio, diminuição da força muscular, compromisso da funcionalidade e da sua qualidade de vida (Barros,2016 citado por Bittencourt *et al*, 2020).

Para Parente *et al* (2009) indica que quando existem patologias associadas a esta articulação, podem existir quadros sintomatológicos que vão desde, a *dor mecânica* associada ao esforço no recrutamento desta articulação, *limitações na mobilidade* causada pela deformação da cabeça femoral, *défice muscular* associado à redução de atividades, com “alterações no padrão da marcha, causando encurtamento do passo, redução da fase de apoio e inibição dos estabilizadores laterais” para evitar a dor e contraturas musculares (Parente *et al*, 2009 p.132).

Esta patologia degenerativa gera sequelas que comprometem a mobilidade, provocando deformações articulares e dificultando as atividades diárias, especialmente devido ao processo inflamatório associado à destruição articular “é responsável pelo aparecimento da dor, elemento determinante no agravamento do sofrimento e incapacidade funcional” (C.T.O citado por Parente *et al*,2009, p. 141).

Dados da *Organization for Economic Co-operation and Development* [OECD] (2023), revelam que a coxartrose é uma das 10 patologias mais incapacitantes em países desenvolvidos. Também mediante a análise da carga de doença e incapacidade enunciada na (YLDs – Years Lived with Disability pela DGS, 2022), observa-se em Portugal um elevado e crescente “peso” com as doenças osteo-musculares (em 2019, a respetiva taxa de YLDs foi superior em 33,1 % à observada em 2009). Assim esta informação “alertam-nos para números preocupantes referentes a pessoas que vivem incapacitadas por dor ou mobilidade reduzida, conduzindo a baixas prolongadas e antecipação da reforma” (Fernandes, Vigia & Sousa, 2020).

O relatório sobre a Carga Global da Doença e Fatores de Risco em Portugal, evidenciam do mesmo modo que entre 1990-2016, existiu um aumento 59,8% da incapacidade por osteoartrose [OA] no geral (2,9% Anca, 8,7% da mão e 12,4% do joelho) na população adulta Portuguesa, agravando-se maioritariamente no género feminino 60,4% (LPCDR, 2022). É notório que esta patologia gera elevada incapacidade funcional, dificultando as atividades diárias e levando a reformas por invalidez e longas ausências laborais.

2.3. A pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca

A articulação coxo-femoral, considera-se “uma das maiores articulações do corpo responsável pelos movimentos dos membros inferiores, em várias direções de forma estável e indolor.” (Bittencourt et al, 2020, p.283). Por esse motivo, existem inúmeras vezes, incapacidades funcionais que surgem aliadas a esta patologia, sendo a cirurgia a única solução para o problema.

A colocação de uma prótese total da Anca [PTA] é a principal solução para a coxartrose incapacitante (Parente et al, 2009) e deve ser implementada, logo que existam limitações sobre a atividade profissional e o desempenho das Atividades de Vida Diárias [AVD's]. Ou seja, assim, que exista uma restrição da pessoa para desempenhar uma atividade ou na realização das tarefas básicas do seu dia-a-dia (*Incapacidade Funcional*). Para Alves, Leite & Machado (2008), citado por Nunes et al (2017, p.2) a “incapacidade funcional consiste na dificuldade em desempenhar atividades cotidianas em algum domínio da vida, em função

de um problema de saúde”. Este conceito refere-se a uma condição que pode ser temporária ou permanente, parcial ou total, frequentemente associada a patologias, deficiências ou problemas de saúde que causam limitações, impactando diretamente na qualidade de vida da pessoa. É comumente aplicado no contexto de doenças articulares, como a coxartrose, por estar diretamente ligado a sintomas como dor, rigidez articular e perda de mobilidade.

O conceito *Capacidade funcional*, classifica a habilidade da pessoa em realizar as atividades de vida diária, participando nas diversas situações do seu quotidiano (WHO, 2001)

A incapacidade funcional pode ter múltiplas causas e pode ser mensurada em dois aspetos principais: a realização das atividades básicas da vida diária [ABVD], que envolvem tarefas de autocuidado, como alimentar-se e tomar banho; e as atividades instrumentais da vida diária [AIVD], relacionadas com a independência do indivíduo perante a sociedade (fazer compras, utilizar meios de transporte).

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade [CIF] (WHO, 2001), a incapacidade funcional é a dificuldade ou impossibilidade de realizar autonomamente atividades essenciais do dia a dia. A sua avaliação é complexa, considerando funções corporais, atividades, participação social e a pessoa de forma holística (dimensão física, cognitiva e emocional), pois resulta de uma série de avaliações que englobam as funções e estruturas do corpo.

Marques-Vieira *et al.* (2015), destacam que qualquer alteração num desses fatores pode impactar diretamente com a força muscular e os movimentos, influenciando a capacidade da pessoa de desempenhar suas AVD's.

A DGS (2013) emitiu a Norma nº 014/2013, que considera a ATA como o tratamento cirúrgico de eleição, quando as abordagens conservadoras ou outras opções cirúrgicas não são eficazes. O objetivo cirúrgico é restabelecer “a forma da articulação, desenvolver-lhe tanto a estabilidade, como recuperar a mobilidade e também suprimir o máximo de dor da

pessoa, tentando a mesma obter desta forma uma capacidade funcional satisfatória” (Parente et al, 2009).

Esta cirurgia é comum em pessoas com mais de 65 anos, contudo, prevê-se um aumento da sua incidência entre as gerações mais jovens, devido aos comportamentos e estilos de vida atuais, resultando numa procura antecipada deste tipo de intervenções (Savin *et al.*, 2023).

O papel do EEER é essencial e indispensável na reabilitação pré e pós-cirúrgica da ATA, visto que a sua atuação abrange desde a promoção da saúde (ensinos pré-operatórios), a prevenção de complicações e até a maximização das capacidades funcionais, assegurando a readaptação da pessoa (Regulamento nº 350/2015,2015; Regulamento nº 392/2019, 2019)

A técnica cirúrgica da ATA evoluiu historicamente, influenciada por fatores como vias de abordagem, localização da incisão e impacto na musculatura abduutora e na luxação da anca. (Gália *et al*, 2017). Independentemente da técnica cirúrgica adotada, esta intervenção caracteriza-se por uma “componente femoral com cabeça colo e extremidade, que será implantada na diáfise femoral e por um componente acetabular, que é aplicada no osso ilíaco (Xhardez, 1990 citado por Parente *et al*, 2009).

Qualquer um destes planos de colocação de próteses têm por base “ Um componente femoral em metal, composto por uma haste, anatomicamente concebido para ser introduzido no canal medular femoral, na sua extremidade superior; uma base que repousa no rebordo do colo seccionado; um colo de comprimento variável de forma a restituir aos músculos nadegueiros a tensão correta desejada; Uma cabeça, porção de esfera metálica; Uma peça acetabular com forma de concha em polietileno fixada na bacia” (Charnlei, Petidant e Gouilly (1992) citado por Parente *et al* ,2009 ,p. 139). Conclui-se assim por esta descrição anatómica, que o fundamental na ATA é extrair a cartilagem ou osso danificados (sujeitos a carga e ao atrito ósseo) remodelando-os através da aplicação de prótese (sintéticas) que são as mais similares possíveis, à anatomia, fisiologia e morfologia humana.

A intervenção do EEER na ATA, deve contemplar as diferentes vias de abordagem cirúrgica, pois as mesmas envolvem riscos e cuidados distintos. Segundo (Gália *et al*,2017), a via *posterior* (Moore) é a abordagem cirúrgica mais popular por facilitar a exposição do acetábulo e canal femoral, não interferindo com o músculo glúteo médio (responsável pela abdução da coxa). Neste sentido, existe um menor risco acrescido de trombose venosa profunda [TVP], porém existe um risco acrescido de instabilidade e consequentemente um maior potencial para a luxação, que pode ser minimizado se existir reinserção da cápsula posterior.

A via de abordagem mais *antero-lateral* designada por Watson-Jones, é segundo AO-Surgery Reference Foundat (2025) uma abordagem executada entre o glúteo (médio) e o tensor da fáscia lata, fornecendo um acesso rápido e o mais fisiológico à articulação coxofemoral, reduzindo riscos como a luxação.

Quanto à via de abordagem *lateral* designada por Hardinge, tem como principal ponto forte a facilidade na colocação de implantes trocaterianos e na realização de osteotomia trocateriana. Quando esse acesso é direto a via classifica-se como *lateral direta*, em contrapartida, quando o acesso é realizado a nível do trocâter e o mesmo é osteotomizado, designa-se por via *lateral-transtrocantérica* (Galia *et al*, 2017).

Assim num futuro muito próximo prevê-se o recurso a técnicas e planos de intervenção cada vez mais especializados para permitir um programa de reabilitação eficaz a pessoas portadoras desta patologia (RPA, 2010). Com o envelhecimento da população e os avanços na saúde, a ATA tornou-se uma cirurgia ortopédica de grande sucesso. Segundo o RPA (2010), realizam-se anualmente cerca de 3.000 a 4.000 intervenções no país.

O EEER desempenha um papel fundamental na cirurgia ortopédica e no acompanhamento da pessoa submetida a ATA, sendo essencial na planificação dos cuidados desde o pré-operatório até ao regresso ao domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta, como consultas de follow-up. No seguimento desta linha de pensamento e de acordo com as competências específicas do EEER (Regulamento nº392/2015, 2015), o plano individual de cuidados elaborado com a pessoa submetida à ATA, tem como objetivo

capacitá-la no seu processo de transição saúde-doença. O EEER utiliza técnicas de adaptação para responder às necessidades individuais e às especificidades da pessoa e do procedimento, promovendo a recuperação funcional, a independência e o bem-estar.

Os EEER “advogam para os doentes o máximo de autonomia, independência e participação por objetivos adequados que provam a qualidade de vida e satisfação” (Hoeman, 2008, p. 210).

2.4. Capacitar a pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: O contributo da Enfermagem de Reabilitação

De acordo com a tipologia de doenças crónicas destacadas no PNS para 2030 as doenças oncológicas, respiratórias e cerebrovasculares/neurológicas serão as mais frequentes nas próximas décadas (DGS, 2019).

O direito à proteção da saúde nos seus diferentes níveis de atenção (Nível 1 [primário]; Nível 2 [Secundário]; Nível 3 [Terciário]; Nível 4 [Quarternário]), constituem uma responsabilidade conjunta da sociedade, do Estado e dos profissionais de saúde, nomeadamente daqueles que apresentam níveis diferenciados de especialização, especificamente na área da Reabilitação.

Não descurando, os restantes patamares de atenção dos cuidados de saúde, estes profissionais têm a seu cargo, a missão de agir em situações de doença crónica ou aguda de elevada complexidade ao longo de todo o ciclo de vida, garantindo cuidados de saúde à população com diferentes necessidades. Significa que podem agir em qualquer nível de atenção enquadrados no sistema de saúde Português.

Atuam com “técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas e família e na comunidade” permitindo um diagnóstico precoce, promovendo o autocuidado e potenciando a funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.1).

No caso da cirurgia ATA, as técnicas aplicadas pelo EEER para Parente *et al* (2009), devem ter como objetivo, a redução e melhoria da dor, restaurar e manter a funcionalidade, proporcionando uma maior estabilidade e evitando complicações associadas ao internamento e tratamento cirúrgico.

O EEER, por meio da conceção, implementação, monitorização e avaliação de programas específicos, otimiza as funções remanescentes, promovendo ou restaurando a independência funcional nas AVD's. Reduz ainda, o impacto das incapacidades pré-existentes, sejam elas causadas por doenças ou acidentes e abrangendo qualquer que seja a função (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O programa de Reabilitação engloba diversas técnicas e estratégias, indo desde a RFR, a RFM, o treino de Atividades de vida diárias [AVD'S], a adoção de comportamentos de vida saudáveis e o ensino para a autogestão da doença (Silva *et al*, 2018).

Promover a saúde, cuidar na doença e prevenir complicações é a missão dos profissionais que integram as unidades de saúde prestadoras de cuidados (ERS, 2021).

As propostas do Governo Constitucional para o Plano Nacional de Saúde (PNS) atualmente em vigor incluem várias determinantes e políticas de saúde, nas quais o EEER pode ter um papel interventivo, contribuindo e estruturando programas de saúde prioritários (DR, Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022). De acordo com Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [APER] (2010), a enfermagem de Reabilitação é uma ciência cujos profissionais possuem conhecimentos especializados, permitindo-lhes intervir em todas as etapas do planeamento, desde o diagnóstico/definição de prioridades até à implementação e avaliação das estratégias.

O PNS identifica as doenças crónicas como as mais prevalentes em Portugal, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar e especializada para promover a saúde, prevenir complicações e reabilitar a população afetada. O EEER através do uso desta metodologia, contribui a nível político, para a criação de projetos de melhoria contínua da Qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializada em Reabilitação (Regulamento nº

350/2015,2015), demonstrando na prática a evidência da sua profissão e do seu trabalho (ICN, 2011).

É fundamental que as unidades de saúde, como aquelas que são analisadas neste relatório, incluam nas suas equipas, profissionais de enfermagem especializados em Reabilitação, pois o mesmo “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania” (Regulamento nº 392/2019,2019).

O EEER intervém, com o propósito de dotar a pessoa de conhecimento específico acerca da cirurgia ortopédica, tornando-a apta para o seu autocuidado e avaliação do seu estado de saúde, para que possa decidir o que quer para si. Conseguem por isso de uma forma organizada, profissional e formal, transmitir conhecimentos (*Capacitação*) específicos á pessoa submetida a ATA, empoderando-a para o seu processo de tomada de decisão (National Library of Medicine, 2015).

A abordagem pré-operatória conduzida por estes profissionais, deve englobar a transmissão de conhecimento sobre a cirurgia, objetivos da mesma, sinais de alerta, complicações, benefícios de reeducação precoce, preparação funcional da articulação e membro intervencionado, auxiliando-a para a fase seguinte do pós-operatório (Pina & Baixinho, 2020)

Quanto ao período pós-operatório, o processo de capacitação é alcançado através da transmissão de conhecimentos específicos sobre a fase de reabilitação funcional, visando a otimização e maximização da funcionalidade, especialmente em relação à mobilidade e à independência nas atividades de vida diária.

Nesta etapa do programa de Reabilitação, o EEER implementa em conjunto com a pessoa submetida a ATA, intervenções direcionadas para o controlo eficaz da dor, mobilização articular, fortalecimento muscular, prevenção de complicações [luxação], além de treinos de verticalização, marcha e AVD's (Maxey & Magnusson, 2003; Parente *et al*, 2009;). Estas intervenções “englobam o ensino, a demonstração e o treino de todas as técnicas com o objetivo do desenvolvimento do autocuidado” (Santos, 2023, p.17).

Capacitar a pessoa submetida a ATA exige que o EEER compartilhe seu conhecimento, desenvolva habilidades em conjunto com a pessoa submetida a ATA no seu plano individual de cuidados, potenciando a mesma para o autocuidado, promovendo a sua independência funcional.

Se focarmos a ideia principal explanada no manual de *Boas práticas de Literacia em Saúde* e extrapolarmos para a cirurgia ATA, o processo de capacitação coloca a pessoa submetida à cirurgia no centro da Reabilitação, tornando-a parceira na definição dos objetivos do seu plano individual. Assim, o seu envolvimento é essencial para alcançar ganhos em saúde e obter resultados positivos (DGS,2019).

Capacitar integra-se na arte de desenvolver ações específicas de enfermagem especializada em Reabilitação (Regulamento nº 392/2019) envolvendo duas dimensões distintas, como o *Conhecimento* e a *Aprendizagem de Capacidades* que envolvem o *Ensino, a Instrução, a Orientação, o Treino, a Demonstração* (Padrão documental dos cuidados especializados em Enfermagem de, OE, 2014) e baseando os seus diagnósticos de enfermagem na Linguagem CIPE (OE, 2011).

Na contextualização já anteriormente descrita, verifica-se que os problemas identificados maioritariamente na pessoa submetida a ATA, relacionam-se com *Dor, Autocuidado, Movimento muscular; andar, andar com auxiliar de Marcha, Rigidez articular* sendo os mesmos, o foco de atenção do EEER (Fernandes, Vigia & Sousa, 2020).

A dimensão do *conhecimento* permite “empoderar a pessoa para tomada de decisão de modo a maximizar a sua autonomia” e a dimensão de *aprendizagem de capacidades* permitirá tornar “a pessoa mais independente na realização das atividades de vida diária” (Sousa, Martins & Novo, 2020 p. 67). Os programas de Reabilitação destacam o contributo dos EEER, também na promoção da literacia em saúde por meio da capacitação da pessoa/família/prestador de cuidados/comunidade:

A Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde,

prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida

European Health Literacy Consortium (WHO, 2013, citado no Manual de Boas Práticas de Literacia Saúde, DGS, 2019)

A literacia em Saúde, passa por “aceder, compreender e utilizar a informação para manter o seu estado de saúde” (DGS, 2019), considerando-se um fator essencial para a participação da população nos cuidados de saúde. É identificado no PNS 2030 (DGS, 2022) como uma prioridade emergente, sendo o EEER facilitador desse processo.

A respetiva informação define que a pessoa submetida a ATA deverá adquirir/receber todo o conhecimento sobre a sua intervenção cirúrgica, tendo oportunidade de esclarecer dúvidas, compreendendo e assimilando a informação que lhe é transmitida, pois só deste “modo poderá ser empoderada” para o seu processo de tomada de decisão e participando na sua Reabilitação (Sousa, Martins & Novo, 2020 p. 67), este processo permite-lhe ainda assegurar uma transição saudável de um estado para o outro do seu processo de saúde-doença.

O EEER independentemente do seu contexto laboral (hospitalar/domiciliário/comunitário) e dos níveis de atuação em saúde, deverá ser um agente facilitador no processo de transição, visto que são os que mais tempo passam com as pessoas (Silva, Martins *et al*, 2021). Conclui-se ainda que o EEER facilita essa transição através da sua intervenção específica, *Capacitar*, tendo em especial atenção à forma como a Pessoa/família/prestador de cuidados se “posicionam em relação à sua nova condição de saúde física, mental, social, económica e das suas expectativas, ou seja, o modo como consciencializam a situação, bem como as mudanças” (Silva, Carvalho *et al*, 2019, p.41). Nesse processo, espera-se que a pessoa submetida à ATA possua de todas as informações e conhecimentos necessários para promover uma mudança e uma transição saudável na situação vivenciada.

2.5. Modelos Conceptuais de Enfermagem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem e Teoria das Transições de Afaf Meleis

Pensar na enfermagem de Reabilitação sem pensarmos nos grandes referenciais teóricos que orientam a profissão é praticamente impossível. As teorias para Tomey & Allgood (2004, p.7) sugerem “acções para conduzir a prática” e são explicações estruturadas e baseadas em evidências sobre fenómenos observáveis, permitindo prever eventos e comportamentos. Aplicam-se à prática, educação, investigação, gestão e cuidados.

As teorias de enfermagem oferecem uma visão ampla dos conceitos e princípios, orientando a “praxis” com base em evidências. No entanto, com o tempo, essa evidência tornou-se mais dinâmica, exigindo uma abordagem menos estática e categorizada (*paradigma da Categorização*) evoluindo para um paradigma mais atual (*paradigma da Transformação*), acompanhando as transformações que resultam das diferentes interações: *Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem*

Embora algumas teorias tenham sido desenvolvidas há várias décadas, muitas são consideradas intemporais, pois continuam a contribuir com suas perspetivas para a compreensão dos cuidados de Enfermagem e de “*Como se cuida?*”.

Qualquer Teoria de Enfermagem é valiosa, pois expande a disciplina como ciência humana prática, ajudando na compreensão do ser humano e das suas interações. Segundo Queirós (2014), os conceitos teóricos estão interligados e as teorias de enfermagem auxiliam a “planear a prática clínica e a definir quais as intervenções que melhoram a saúde e o bem-estar da pessoa” (p.163). Também para Alves *et al.* (2012), a ciência de enfermagem deverá compreender a implementação dos seus cuidados no contexto laboral, pois assim, consegue garantir a sua autenticidade, afirmando-se enquanto profissão na procura da sua autonomia profissional e reconhecimento dentro dos seus pares, da política e da sociedade, consolidando a sua identidade profissional.

Os dois modelos utilizados para nortear e justificar as intervenções em EER neste relatório, foram a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem [TDAE] de Dorothea Orem e a Teoria

das Transições de Afaf Meleis, assentando na justificação do (Regulamento nº 350/2015, 2015,p.6) “na orientação da prática dos Cuidados de Enfermagem Especializada em Reabilitação, os modelos do autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional”.

Importa legitimar o motivo que levou há escolha da TDAE, destacando a relevância do conjunto de ações que a própria pessoa desenvolve para suprimir as suas necessidades essenciais (como alimentação, gestão terapêutica, eliminação), garantindo a “manutenção da vida, da saúde, e do bem-estar” (Orem, 2001, 43). A TDAE explica a necessidade das pessoas em possuírem de cuidados de enfermagem, justificando a atuação do enfermeiro por meio de cinco métodos de ajuda: (1) substituição total do paciente, (2) guiar e orientar, permitindo que a pessoa execute as tarefas, (3) fornecer apoio físico e psicológico, (4) promover um ambiente favorável ao desenvolvimento (5) ensino (Petronilho & Machado, 2023).

O autocuidado pode sofrer alterações ao longo da vida, diante este fato torna-se essencial o EEER suprir essas necessidades implementando estratégias que auxiliem a pessoa a superar barreiras e garantam a sua independência. “Assim, o EER deve analisar as necessidades de cada pessoa e com base numa comunicação essencialmente terapêutica, delinear com ela intervenções personalizadas, eficientes tendo em conta as alterações no autocuidado reintegrando-a no seu contexto socioprofissional” (Guerreiro *et al.* 2018, p. 105)

A teoria de médio alcance de Meleis (2010) foi escolhida, por ajudar o EEER a compreender as mudanças dinâmicas ao longo da vida. Essas transições, marcadas por momentos significativos, impulsionam a criação de estratégias de adaptação para uma passagem bem-sucedida e a adaptação à nova condição de saúde. Como refere Meleis (2010), “o ser humano é definido como seres ativos que percebem e atribuem significados às situações de saúde e doença. Essas percepções e significados são influenciados e por sua vez, influenciam as condições sob as quais uma transição ocorre” (p.59).

Segundo Sousa, Martins & Novo (2020, p. 66) “as transições resultam de mudanças na vida, saúde, nos relacionamentos e nos ambientes”, onde o EEER atua como agente facilitador na adaptação da pessoa à nova condição de saúde. Segundo Ventura-Silva *et al.* (2021), o

EEER em qualquer contexto laboral, facilita as transições ao longo da vida, isto porque são os profissionais que mais tempo passam com as pessoas. Essa análise destaca a capacidade do EEER de avaliar necessidades, implementar estratégias para promover autonomia e oferecer suporte psicológico, capacitando a pessoa, família e os outros envolvidos no processo de Reabilitação.

3. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Os desafios encontrados na prática clínica e a crescente complexidade dos cuidados à pessoa/família/comunidade, forçam os profissionais de enfermagem a adaptarem-se às constantes mudanças e avanços científicos-tecnológicos, assegurando que a prática clínica esteja de acordo com a mais recente evidência científica. Este movimento acarreta à predisposição destes profissionais para o desenvolvimento do conhecimento, para o acréscimo de competências, elementos fulcrais ao longo da vida profissional.

Tal como consta no REPE (Decreto Lei nº 104/98 com alterações no Decreto de Lei nº 161/96), o Enfermeiro é um profissional habilitado, reconhecido pelo seu nível de competência técnica, científica e humana, que presta cuidados à pessoa/família/comunidade nos diferentes níveis de saúde.

Com o contínuo avanço, torna-se indispensável que a profissão também progrida, definindo o enfermeiro especialista como um profissional capacitado tal como o enfermeiro generalista nos âmbitos técnico, científico e humano. No entanto, o enfermeiro especialista distingue-se pela competência adicional na prestação de cuidados de enfermagem específicos à sua área de especialização (Decreto Lei nº 104/98, 1998).

Revela-se assim, que a formação contínua permite que os enfermeiros desenvolvam um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades específicas em áreas particulares de atuação, tornando-os peritos no respetivo campo. Perante o Regulamento nº140/2019: “Este conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais” (p.4745) subdividindo-se em competências comuns e específicas da especialidade multidisciplinar.

Ao longo destes anos de dedicação à profissão, surgiram inúmeros momentos em que senti a necessidade de ampliar os meus conhecimentos e aumentar as competências enquanto profissional de saúde, sempre com o objetivo de melhorar os cuidados prestados à pessoa e à família.

O interesse pela especialidade de Enfermagem de Reabilitação surge no enquadramento do local onde sempre desempenhei funções desde o momento que terminei a minha formação inicial, relacionando-se com o interesse pessoal em maximizar e potenciar as capacidades da população com quem contato diariamente.

Pinto *et al* (2021), consideram que “o progresso no conhecimento exige que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação incorpore na sua prática diária as novas descobertas de investigação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência” (p.24). Neste sentido o EEER possui aptidão para responder a questões complexas, demonstrando que a ER não é apenas uma extensão da enfermagem geral, mas sim um campo específico de conhecimento e prática dentro da profissão, com competências e habilidades próprias que a diferenciam das demais.

No Regulamento n.º 140/2019 (2019) enuncia-se que qualquer especialidade possui competências acrescidas, visto que “os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo” (p.4745).

A complexidade das situações, almejam evolução, necessitando de um investimento pessoal na educação e aceitação dessas transformações, pois elas definirão as competências necessárias, não demonstrando resistência à mudança. Este processo torna-se um ciclo contínuo na vida profissional, no sentido em que, quanto mais complexas são as situações da prática, maior o nível de competências e qualificação exigidos aos profissionais, obrigando ao desenvolvimento contínuo.

Ornellas & Monteiro (2022), concordam que as rápidas mudanças no conhecimento teórico e prático associadas à saúde e há globalização, exigem uma maior complexidade nas ações dos profissionais de enfermagem, exigindo-lhes novas aprendizagens para um ajuste contínuo aos serviços onde desempenham funções e às necessidades de saúde da população. “Essas alterações, associadas à velocidade da disponibilização de novas informações científicas e

técnicas, têm tido um crescimento exponencial, tornando imperativa a incorporação de conhecimentos de maneira acumulativa e sequencial” (p.1).

Essas exigências vão além do conhecimento técnico e das habilidades profissionais, abrangendo também aspetos da personalidade e competências comportamentais. Estas competências, resiliência, adaptabilidade, motivação, trabalho em equipa, comunicação, relação humana, empatia, negociação, liderança, permitem demonstrar curiosidade e vontade de aprender, auxiliando também nas situações de complexidade, facilitando a gestão do stress e conflito no contexto laboral. Posto isto, o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada deve estar organizado com o saber-saber (conhecimento); saber-fazer (habilidade); saber-ser (compreender e adaptar-se às transições e relacionar-se).

A elaboração deste relatório representa uma oportunidade única para refletir e evoluir tanto no âmbito pessoal como no profissional, através da análise efetuada das oportunidades de aprendizagens e das competências (especificas, comuns, mestre) adquiridas durante o estágio.

Para Alves *et al* (2012) a enfermagem consolida a sua identidade profissional, na procura da sua autonomia e do seu reconhecimento perante os seus pares, visto que existe por parte dos seus profissionais a compreensão do significado e da essência do cuidar baseando “a sua prática no pensamento crítico-reflexivo” (p.2)

Os momentos de introspeção e análise deveriam ser integrados na prática de todos os profissionais de saúde, dado o impacto positivo que têm na melhoria da qualidade dos serviços prestados. Para Nora *et al* (2016, p.2) “desenvolver habilidades para a tomada de decisão é essencial para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços de saúde”.

Deste modo, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram conduzidas em conformidade com os objetivos previamente estabelecidos no Plano de Atividades (Apêndice I). Os objetivos foram claramente delineados, garantindo um propósito bem definido para o trabalho realizado durante o período do estágio profissionalizante.

As práticas executadas possibilitaram a consolidação dos conhecimentos adquiridos anteriormente, como também promoveram a assimilação de novos saberes. Esse processo contribuiu de maneira significativa para o aprimoramento contínuo das competências técnicas e teóricas, criando impacto direto na qualidade dos cuidados de enfermagem Especializada em Reabilitação.

No decorrer do respetivo estágio foram desenvolvidas atividades que permitiram a aquisição das seguintes competências:

3.1. Competências comuns do enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista é conferida quando na sua prestação de cuidados, o profissional consegue comprovar a aquisição de novos conhecimentos na área científica, técnica e humana desenvolvendo um plano de cuidados personalizado e especializado dentro da sua área de atuação respondendo aos seguintes domínios: (A)- *Responsabilidade ética profissional, ética e legal*; (B)- *Melhoria contínua da qualidade*; (C)- *Gestão dos cuidados*; (D)- *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), essas competências comuns são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente de sua área de especialização, sendo descritas por meio “da sua elevada capacidade de conceção, gestão, e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745)

A responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro especialista, está relacionada com o compromisso dos princípios éticos e legais da profissão, respeitando os direitos das pessoas implícito no domínio (A) do Regulamento nº140/2019 (2019).

Os princípios éticos que regem a profissão são indissociáveis na prática e na teoria, aconselhando-se a sua integração no contexto de trabalho diário dos enfermeiros, referindo que os mesmos devem adotar uma conduta responsável e ética, no que concerne aos direitos e interesses das pessoas de quem cuidam, descrito no REPE (Decreto de Lei nº 104/98,1998).

Desta forma, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio evidenciaram um cuidado centrado na pessoa preservando a sua autonomia, permitindo que a mesma tivesse oportunidade de escolha, após considerar toda a informação que lhe era transmitida acerca do seu processo de reabilitação. É fundamental destacar que no núcleo do cuidado, os enfermeiros e especificamente os EEER devem reconhecer que as preocupações e necessidades de cada pessoa cuidada, variam mediante o significado que ela própria atribui às suas experiências.

No cumprimento deste princípio ético e profissional, o respeito revelou-se um desafio constante, uma vez que em algumas ocasiões, surgiam rejeições ao plano de reabilitação e até mesmo aos cuidados gerais de enfermagem (levantar, transferências, promoção do autocuidado e treino das AVD). Em alguns momentos a pessoa não se demonstrou disponível (por tristeza, ansiedade, desmotivação) e frequentemente fui recrutada pela equipa de enfermagem para desenvolver as minhas competências comportamentais. O fato de ser aspirante à especialidade de Enfermagem de Reabilitação, foi-me oportuno aprimorar minhas competências comportamentais e habilidades humanas aplicando técnicas como a comunicação, a construção de uma relação de confiança/empatia, negociação, a motivação de modo a capacitar as pessoas envolvendo-as no seu processo reabilitativo. Deste modo, considero que cumpro os princípios de *Autonomia e Respeito*.

Todas as intervenções planeadas durante os cuidados especializados, visavam corresponder às expectativas e necessidades da pessoa apontando para o alcance do melhor resultado possível (*Beneficência*) orientando-se na evidência recente. Foram considerados nesses momentos os riscos e os benefícios da minha intervenção, acautelando algum efeito não desejável (*não-maleficência*), daí ser importante respeitar a autonomia do próprio.

Segundo Ventura *et al.* (2022) na prática diária quando se opta por modelos centrados na pessoa, o profissional deve avaliar as “expectativas, preferências, necessidades de forma humana e holística” (p.2). Deste modo torna-se fulcral respeitar a autonomia da pessoa, para que não seja quebrado nenhum princípio ético.

Houve situações durante o estágio, em que se verificou que as pessoas com quem intervimos, apresentavam sinais evidentes de que não estavam aptas para realizar intervenções de Reabilitação, levando ao adiamento dessas práticas até que atingissem a estabilidade necessária (Exemplo: Hipotensão, taquicardia, presença de dor, quedas recentes, dessaturação periférica).

Para garantir o respeito aos princípios éticos, o plano de intervenção em Enfermagem de Reabilitação para a pessoa submetida a ATA foi elaborado com sua participação e da sua família, definindo objetivos realistas conforme seu potencial de recuperação.

Apesar de em algumas situações, ter-me sido desafiante transmitir informações que não correspondiam às expectativas da pessoa, coube-me a responsabilidade de ser honesta e verdadeira, conforme as exigências do exercício da minha profissão. (*Honestidade e Veracidade*). Durante algumas sessões com o Sr., submetido a ATA, foi transmitida a importância do autocuidado, salientando que nem sempre teremos alguém disponível (neste caso, a esposa) para apoiá-lo nesse processo, sendo fundamental que o próprio assuma um papel ativo na sua reabilitação. Inicialmente, o Sr. mostrava-se pouco convencido da necessidade de aprender e praticar com apoio das ajudas técnicas e com os dispositivos de compensação, porém com o decorrer das sessões e com o aprimoramento das minhas competências comportamentais acabou por aceitá-las.

Os cuidados especializados junto da pessoa deverão ainda cumprir o princípio da *Justiça*, sendo visível que em todos os turnos que realizei nos diferentes contextos do estágio, foi possível desenvolver cuidados de EER com todas as pessoas a que me propunha intervir no início de cada turno. A distribuição dos cuidados foi realizada de forma equitativa relativamente aos recursos temporais/físicos, consoante as necessidades de cada pessoa/família. Exemplo disso, foi a distribuição igualitária de cuidados de EER às pessoas submetidas a cirurgia ortopédica independentemente de sucederem de uma convenção pública (SNS) ou privadas (Seguros/Subsistemas). Para Ventura *et al* (2022, p5.), os cuidados centrados na pessoa garantem a promoção de “equidade nos sistemas de saúde aos mesmo tempo que protegem os princípios democráticos de acesso e direito aos serviços de saúde”.

Mesmo em situações não planeadas (contextos de urgência), houve a preocupação constante em respeitar as crenças culturais dos pacientes, assegurando isso desde a primeira colheita de dados. A consulta do processo clínico permitiu-me integrar informações específicas de cada pessoa assistida, possibilitando a identificação das suas necessidades e contribuindo para a conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados individualizados preservando sempre a *privacidade e confidencialidade*. Os mesmos princípios foram assegurados quando era solicitado o consentimento verbal em cada sessão, junto da pessoa ou família, explicando o objetivo da minha ação. Exemplo do descrito, está demonstrado no consentimento livre e esclarecido obtido por prova escrita e voluntária dos participantes dos estudos (Relato de caso), obtido quer em contexto comunitário quer hospitalar, para fins de Investigação (Anexo I e II)

Mesmo em situações em que eu possuía informações relevantes, estas nunca foram partilhadas com terceiros, mesmo diante a pressão por vezes exercida pelos mesmos. O sigilo e a ética profissional, foram sempre mantidos, pois sempre estive ciente das implicações e consequências que poderiam surgir em caso de violação dos princípios éticos e legais que regem a profissão (*Responsabilidade*). Houve situações em que, durante conversas informais entre as pessoas internadas em espaços comuns (quartos, corredores, salas de convívio) houve "partilha de informação", mas não sendo os princípios éticos violados pela minha pessoa. As situações ocorreram pela vontade e autonomia de cada um dando-lhes liberdade de partilharem de si, o que cada um entendia.

Resume-se assim, que agir com responsabilidade profissional, ética, legal no campo da enfermagem especializada, corresponde ao desenvolvimento de comportamentos ou de ações por parte dos EE que visão dar resposta a problemas do quotidiano, nomeadamente de problemas que resultam da interação dinâmica entre a pessoa, o ambiente, a saúde e os cuidados de enfermagem. Garantindo assim, uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos previstos na Lei nº 15/2014 (2014)) e as responsabilidades profissionais (Decreto-Lei n.º 104/98). O enfermeiro especialista deve garantir um cuidado holístico, envolvendo não só o aspeto físico, mas também os aspetos emocionais, sociais e culturais da pessoa.

O domínio (B) do Regulamento nº140/2019 (2019), corresponde *Melhoria contínua da qualidade* e no cumprimento desta, espera-se que o EEER se envolva na criação e execução de projetos de melhoria contínua da qualidade, disseminando os resultados entre os seus pares, assegurando um ambiente seguro na prática e fortalecendo a disciplina de Enfermagem, como uma ciência estruturada e sistemática.

Significa que se espera que a melhoria contínua esteja integrada na prática diária dos profissionais e das instituições de saúde, exigindo um compromisso direto com a formação contínua, aniquilando a resistência à mudança, uma vez que os conhecimentos e as tecnologias estão em constante avanço, colocando os profissionais de enfermagem num desafio frequente de atualização e aquisição de novo conhecimento.

Silva & Góis *et al* (2021), revelam que melhoria contínua da qualidade no setor da saúde, não deve ser vista apenas como algo que surge diretamente da prática, deve ser um processo de compreensão mais abrangente, que mais uma vez envolve reflexão e avaliação dos modelos de gestão aplicados. Assim, a compreensão destes modelos garante que a continuidade de cuidados especificamente na enfermagem Especializada, sejam isentos de riscos e obtenham efetivamente qualidade.

O ICN, no documento publicado em 2012 intitulado: “Combater a desigualdade; da evidência à ação (OE, 2012) apresenta considerações que na minha opinião, reforçam esta ideia e continuam altamente relevantes para a prática diária da enfermagem especializada. O texto destaca que os enfermeiros estão frequentemente bem posicionados para gerar informações valiosas sobre o contexto de trabalho, contribuindo significativamente para os diversos diagnósticos de grupos populacionais, bem como para a formulação de políticas locais e a compreensão de fatores sociais. Revela ainda, que estes profissionais devem desenvolver um ambiente que favoreça a tomada de decisão e práticas baseadas na evidência sendo estas fundamentais para garantir cuidados de saúde de alta qualidade, seguros e eficazes (OE,2012)

Segundo a OE (2015, p.3) “a análise dos resultados obtidos permitirá identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e das estratégias em saúde”. Esses elementos, quando bem aplicados,

garantem cuidados de excelência, promovem a segurança da pessoa e contribuem para um sistema de saúde mais eficiente e sustentável. Revela-se assim que a *prática baseada na evidência* [PBE], será um dos conceitos fundamentais da EE visto que incorpora os conhecimentos na área da qualidade da prestação de cuidados.

No desenvolvimento estágio profissionalizante todos os cuidados prestados basearam-se na evidência existente, efetuando um planeamento dos cuidados sob a orientação de diversos instrumentos que regulamentam a profissão de Enfermagem, tal como guias de boas práticas, protocolos, Guidelines e normas institucionais. A nível do processo respiratório foi usado como modelo de orientação – “Guia orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória” (OE, 2018) no caso do processo de Orto- traumatologia, o “Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação” (OE,2014), e em ambos os contextos de estágio (hospitalar e comunitário) o “Guia Orientador de Boa Prática: Dor” (OE, 2007), Guia de Boas Práticas: Prevenção de quedas- Guidelines (RNAO, 2017) e Orientações: Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (DGS,2017) e o Guia orientador de boas práticas : requisitos para a prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito da prática de cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação” (OE, 2023).

A intervenção junto da pessoa submetida a ATA, foi orientada pelos protocolos e normas institucionais já implementados como parte de um projeto de melhoria contínua dos CEER na instituição. A existência de protocolos de atuação no respetivo serviço, facilita a atuação da equipa de enfermagem de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas em Reabilitação, tornando a profissão mais autónoma nas suas intervenções, reconhecendo-a como independente no seu campo de atuação. Silva & Góis *et al* (2021), consideram que a enfermagem e nomeadamente a enfermagem especializada, têm passado por uma constante evolução e transição, adaptando-se frequentemente à evolução da sociedade, existindo por isso uma consolidação dos saberes e da prática permitindo uma maior autonomia profissional.

A integração de algumas intervenções específicas da ER durante o percurso formativo como, o levante precoce, contrações isométricas, mobilizações passivas ou ativas-assistidas com

recurso a rolos, almofadas, bolas, bastão e outros materiais de apoio (tábuas e cintos de transferência, alteadores de sanita) disponíveis não só nos carros de apoio, mas também ao longo das instalações, foram fundamentais para garantir a segurança e eficácia desses cuidados. Exemplo disso, foi a demonstração prática do uso de produtos de apoio, junto da pessoa submetida ATA. Estas práticas permitem não só a prevenção de complicações (Queda, úlceras de pressão), como também promovem a independência funcional e o autocuidado.

Durante o estágio profissionalizante foi ainda possível implementar protocolos de atuação de cuidados especializados em Reabilitação já instituídos no serviço como “Protocolo de atuação na Artroplastia Total da Anca”; “Protocolo de atuação na Artroscopia do Joelho e na Artroplastia Total do Joelho”; “ Protocolo de atuação na cirurgia corretiva ao ombro, mão, coluna” e do cumprimento de múltiplas Normas e Guidelines preconizados pelos órgãos soberanos das profissões de saúde “Prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos” ; “Monitorização da dor- 5º sinal Vital” que são exemplos da preocupação crescente do EER em cooperar com os seus cuidados especializados para a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e para os processos de melhoria contínua da qualidade.

A “produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (Regulamento nº 350/2015,2015). Revela-se assim fulcral a integração destes conceitos na prática EER, valorizando os programas de melhoria contínua e do esforço acrescido das instituições em implementarem e cumprirem programas desta ordem.

Constatai que na unidade hospitalar onde desenvolvi o estágio profissionalizante, existe transversalmente a outras instituições, uma série de protocolos e normas que primam pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente através da: Monitorização e controlo da Dor; Monitorização do Risco Quedas; Monitorização do Risco de Úlceras de pressão [UP], Prevenção e Controlo de infeções.

Averigui ainda que em ambas as instituições de saúde (unidade RR e unidade ortopédica), foi possível desenvolver estratégias que facilitaram a sistematização do processo de tomada de decisão, através da documentação dos dados relativos aos cuidados especializados em ER.

Através da utilização dos diferentes Sistemas de Informação em Enfermagem [SIE] nos diversos contextos de estágio, desenvolvi um processo de tomada de decisão mais estruturado e fundamentado. O recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi essencial para garantir a uniformização e a precisão dos registos (documentação), facilitando a identificação de necessidades específicas da pessoa (diagnóstico) e apoiando a avaliação contínua dos resultados, reflexo do estado da sua evolução.

A informação gerada pela prática de enfermagem especializada (evidência) está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados, sendo refletida nos indicadores associados a cada categoria dos enunciados descritivos dos PQCEER (Regulamento nº 350/2015,2015). Significa que é importante criar áreas de investigação em Enfermagem, para produzir indicadores que reflitam a produtividade destes profissionais (Silva & Góis *et al*, 2021; OE,2014).

Enquanto aluna do MER, responsabilizei-me sempre pela execução de um registo sistematizado e estruturado das intervenções desenvolvidas junto das pessoas com quem intervimos. Utilizei plataformas como o RSE, SClínic, entre outros SIE adquiridos individualmente por cada instituição de saúde (centralizado nos sistemas partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]). Analiso que o que EEER através dos seus registos, consegue realizar diagnósticos precisos da situação, baseando-se em dados fiáveis e sistematizados. Este processo contribuiu significativamente para a produção de dados, que de uma forma estruturada e agregada, resultam num RMDER-e Core de indicadores dos CEER (OE,2018), promovendo mais uma vez a qualidade dos CEER (Regulamento nº 350/2015,2015).

Pereira (2009), citado por Pestana (2023, p. 86) afirma que “esta agregação de dados permitirá a elaboração de indicadores de saúde no sentido de promover qualidade dos cuidados e identificar os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação”.

A melhoria contínua da prática laboral, baseada em evidências e indissociavelmente alinhadas aos PQCE (OE,2001) e aos PQCEER (Regulamento nº 350/2015,2015), demonstra ganhos em saúde, garantindo resultados na satisfação do cliente, prevenção de complicações, promoção do bem-estar, autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados.

A utilização eficaz dos SIE (OE,2007) reforçou minha tomada de decisão, ao padronizar a documentação diária e sistematizada dos CER, utilizando os instrumentos de colheita de dados (OE, 2016) recomendados pela Ordem dos Enfermeiros.

No contexto ortopédico, por exemplo, ao elaborar o plano de cuidados com a pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, foquei-me no autocuidado (*alimentação, higiene, vestuário e mobilidade*) e em focos relacionados com as alterações músculo-esqueléticas (*movimento muscular; andar; Equilíbrio Corporal*) o que facilitou a formulação de diagnósticos de enfermagem, monitorizando o *grau de dependência* e produção de indicadores (estrutura, processo e resultado). Essas informações permitem que a instituição e o enfermeiro gestor reconheçam a importância de integrar EEER nas equipas para garantir cuidados de qualidade, eficazes e seguros. O mesmo se aplica à Unidade Respiratória, onde aprimorei os registos dos cuidados especializados, dando relevância por exemplo ao foco na (*limpeza das vias aéreas e adesão ao regime terapêutico, Expectorar; Intolerância à atividade*) contribuindo para a produção de indicadores epidemiológicos, como taxas de prevalência.

Reflito assim, que a integração dos SIE na prática diária apoiam o desempenho individual e coletivo dos profissionais de ER, fortalecendo de igual modo as instituições de saúde, que passam a oferecer serviços mais seguros, eficientes, promovendo a excelência de cuidados dentro da Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 350/2015, 2015). Estes dados facilitam ainda a partilha de informações entre unidades de saúde, que constantemente batalham pelas melhores práticas de gestão em saúde, obtendo os melhores resultados que os elevam para um desempenho superior (*benchmarking*).

Esta experiência positiva, no registo e na documentação dos cuidados especializados ocorrida no contexto hospitalar, não foi partilhada no decorrer da minha experiência em contexto comunitário. A respetiva unidade de saúde, não dispunha de um SIE que permitisse o registo

específico dos cuidados especializados, não produzindo indicadores dos CEER. Essa experiência destacou a importância de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, implementando sistemas de informação que facilitem a tomada de decisão para os seus profissionais dentro da instituição de saúde.

O modelo de gestão de algumas instituições de saúde, devem segundo Silva & Góis *et al* (2021), reconhecer os seus recursos humanos como elementos fundamentais e ativos na instituição e não como passivos onerosos, que apenas contribuem para os objetivos da instituição/empresa. Afirmo por outras palavras que a melhoria contínua da qualidade, deve ser avaliada também sobre os modelos de gestão de cuidados e a forma como a instituições organizam, planeiam e preparam os serviços para obter os melhores resultados. A gestão em enfermagem deve assim estar orientada para o cuidado, o ensino e a pesquisa, permitindo que esses profissionais especializados demonstrem a evidência da sua prática clínica, mediante a criação de condições laborais adequadas para a sua atividade.

Resume-se assim, que a produção de indicadores de qualidade pode melhorar a qualidade dos cuidados especializados e a segurança nos cuidados de saúde, sendo fulcral as instituições de saúde se encontrarem dedicadas à produção e disseminação deste tipo de informação, baseando-se em dados recolhidos de forma sistemática e rigorosa da sua prática clínica cumprindo o domínio B2) e B3) do Regulamento nº 140/2019 (2019).

Refletindo sobre algumas possibilidades práticas neste contexto de estágio (comunitário), a avaliação contínua dos resultados poderia fornecer informações concretas sobre *taxas de prevalência de dependência nos autocuidados, Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular; Taxa de efetividade na prevenção e rigidez articular, ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para andar, ganhos no autocuidado* entre outros descritivos no Core de indicadores dos PQCEER (Regulamento nº 350/2015, 2015). Reconheço neste momento, que a equipa de enfermagem da respetiva unidade, detém de profissionais experientes e nomeadamente com formação diferenciada no âmbito da especialidade de Reabilitação (os quatro EEER que existem têm mais de 6 anos de experiência na UMDR), porém não são reconhecidos pela instituição pela sua formação avançada e

especializada e por isso não lhes é concedido tempo laboral para se dedicarem à prática de CER. Posto isso, analiso de forma crítica esta experiência, expressando que grande parte dos turnos não dispunha de uma dotação segura para os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Segundo o parecer nº02/2020 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos/, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população

(OE, 2020, p.1)

Conforme o Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de 2019, a UMDR, sob coordenação da ECL, deve contar com pelo menos um enfermeiro especialista, preferencialmente em ER. Consta-se deste modo, que nem sempre esta dotação estava assegurada, para garantir uma resposta eficaz por parte do EEER nos cuidados, visto que existiam turnos em que apenas se encontrava no período da Manhã (2 enfermeiros – [1] de cuidados gerais e [1] EEER para 21 pessoas internadas) e no período da tarde (1enfermeiro, que poderia ser de cuidados gerais ou EEER, para o mesmo número de utentes), implicando em grande parte dos turnos que o EEER, desempenha-se funções de generalista. Segundo Guerra (2018, p.171), existem contextos laborais, tal como evidenciou no seu estudo, que “os Enfermeiros não dispõem do tempo suficiente para a prestação dos cuidados necessários, e que essa falta de tempo esta relacionada com as dotações inadequadas, por défice de horas de cuidados, e que está associada à ocorrência de eventos adversos, ao aumento da demora média de internamento e ao aumento da mortalidade”. Nesse sentido, a avaliação inicial aliada à aplicação de instrumentos de colheita de dados, desempenha um papel crucial na identificação cuidadosa rigorosa e precisa das necessidades da pessoa, garantindo que as intervenções sejam adequadas e alinhadas às melhores práticas da enfermagem.

A implementação dos diferentes instrumentos de recolha de dados durante o diagnóstico “ajudará a caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia” (OE, 2016, p.3) e são recomendados pela entidade da especialidade com a finalidade de reduzir ao máximo o risco de viés (Sousa *et al*,2023).

A apropriação desta competência junto do Sr^o submetido a ATA, foi conseguida através da aplicação da escala de MIF (para avaliação da funcionalidade); Índice de Barthel (para avaliação da execução das AVD's); Escala de Berg (Avaliação do equilíbrio), MRC (para avaliação da força muscular). Os resultados obtidos com a aplicação desses instrumentos permitiram-me, enquanto enfermeira especialista e principiante na investigação, avaliar a função da pessoa submetida a ATA. Com essa informação foi possível formular diagnósticos de enfermagem, alinhados à linguagem universal para a prática de Enfermagem. – CIPE- e no respetivo Padrão documental dos cuidados de Enfermagem especializada em enfermagem de Reabilitação (ICN, 2011; OE, 2014).

O registo nos SIE permitiram avaliar os ganhos em saúde ao longo da reabilitação da pessoa submetida a ATA, possibilitando ajustar as práticas conforme as necessidades identificadas. Essa avaliação é essencial para a continuidade dos programas do EEER, garantindo uma abordagem sistemática, sistémica e integrada. Quando aplicados corretamente, esses programas promovem um sistema de saúde mais sustentável, assegurando práticas seguras e de excelência na enfermagem especializada em reabilitação (DGS, 2016).

O desenvolvimento desta competência, *melhoria contínua da qualidade*, na URR também foi alcançada através da participação ativa em teleconsultas de Fibrose Quística e de RR, integradas no âmbito dos projetos de inovação e melhoria contínua - telemetria em saúde. A implementação destes programas de RR, têm como objetivo alcançar um grupo restrito de pessoas, com condições clínicas muito específicas (restritas na sua atividade, sendo confinadas ao seu domicílio por questões físicas, económicas ou sociais), que requeriam um acompanhamento personalizado e contínuo pelo EEER da unidade. O acompanhamento virtual proporcionado por estas teleconsultas revelou-se fundamental para promover a

adesão das pessoas ao tratamento, facilitando a prática regular de exercício físico, da reabilitação e reeducação respiratória e para a educação para a autogestão da doença (exemplo: demonstração/instrução sobre inaloterapia). Além disso, permitiu reforçar a importância de hábitos alimentares saudáveis e de outros comportamentos benéficos para a saúde.

A adoção dessa abordagem melhorou a qualidade de vida e a satisfação do cliente, comprovada pelos inquéritos realizados em todas as consultas. Esses inquéritos avaliaram o impacto da doença respiratória na qualidade de vida da pessoa e de que modo os CEER contribuíram para o alívio de sintomas e promoção do bem-estar da mesma.

No que concerne ao desenvolvimento da competência no do domínio (C) *gestão de cuidados* do Regulamento nº 140/2019 (2019), existem diferentes aspetos que devem ser tidos em conta, afim de promover a apropriação desta competência.

Chiavenato (2004), considera que o papel principal das instituições de saúde são produzir bens, ou seja, cuidados, que devem ser planeados, coordenados, dirigidos, executados e controlados a nível dos vários patamares hierárquicos. Um desempenho eficaz nesse processo de produção, reconsidera os recursos humanos e os não humanos. Significa que existe uma relação de simbiose entre as instituições de saúde e os profissionais que nela trabalham, dependendo a sobrevivência de ambos dos resultados da atividade, neste caso, de produção de cuidados.

O EEER destaca-se como líder na gestão de situações complexas, que requerem uma rápida resposta e uma rápida tomada de decisão, resultado do seu conhecimento diferenciado e da sua longa experiência profissional. Significa que a sua intervenção se torna segura e eficaz junto da pessoa.

Importa salientar que no decorrer do desenvolvimento das minhas competências dentro do domínio da *gestão de cuidados* foi fundamental criar uma ligação entre a qualidade dos cuidados especializados e a tomada de decisão, visto que se obtém melhores resultados e se minimiza riscos. No desenvolvimento das competências no âmbito da gestão de cuidados, o

Enfermeiro Especialista, otimiza as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento nº392/2019,2019).

As atividades realizadas neste domínio incluíram a avaliação das condições de saúde da pessoa através da consulta de processos clínicos, diretrizes da equipa multidisciplinar e participação nas passagens de turno. Essas ações permitiram organizar e planejar prioridades de intervenção junto das pessoas intervencionadas durante as sessões. A adoção dessas estratégias, contribuiu significativamente para um planeamento rigoroso dos cuidados ER otimizando o tempo e os recursos disponíveis. Assim, os cuidados de ER seguiram um regime equitativo, eficiente e com a qualidade definida.

Cada decisão clínica tomada pelo EEER tem um impacto direto na reabilitação e na segurança da pessoa submetida a ATA. A implementação de normas, protocolos e a utilização de diversos documentos orientadores da prática de enfermagem foram essenciais para a tomada de decisões durante as sessões que realizei com a pessoa no âmbito do meu estágio profissionalizante.

No início de cada turno era realizado um planeamento cuidadoso, fundamentado em boas práticas e discutido com o Enfermeiro Supervisor, reconhecendo-o como perito na área. Este alinhamento permitiu-me desenvolver um raciocínio crítico e estruturado, orientado para a prestação de cuidados de elevada qualidade. Além disso, a colaboração com o enfermeiro supervisor foi fundamental para otimizar a gestão dos recursos disponíveis, assegurando que fossem utilizados da forma mais eficiente e eficaz possível, sempre com o foco na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Uma boa tomada de decisão não só melhora os resultados clínicos, como também promove a gestão eficiente de recursos humanos e materiais, reduzindo desperdícios e garantindo a sustentabilidade do sistema de saúde.

Essa resposta foi muitas vezes conseguida usando estratégias de comunicação entre a equipa multidisciplinar (fisioterapeutas, médicos, equipa de enfermagem (cuidados gerais e especialista) e a pessoa, colaborando em simultâneo com esses elementos na prestação de cuidados, minimizando o impacto dos modelos de trabalho à tarefa, optando por modelos de trabalho em equipa e centrados na pessoa para que tudo funcionasse em harmonia. Importa

referir que muitas das sessões foi necessário negociar com os profissionais e com a pessoa em processo de Reabilitação, afim de obter o melhor resultado possível.

Os modelos adotados pelas instituições de saúde sob esta cultura organizacional, diferenciam os papéis dos profissionais, porém a implementação de um sistema cooperativo entre a equipa de enfermagem assegura uma promoção de cuidados de excelência (Silva & Góis *et al* 2021). Na unidade ortopédica e no caso em concreto, durante a intervenção com a pessoa submetido a ATA, importa refletir que o modelo de gestão de cuidados implementado no local, garantiam que o EEER pudesse assumir-se como enfermeiro de referência na gestão do autocuidado à pessoa, bem como formador sobre as técnicas e atividades que garantam uma continuidade de qualidade dos cuidados (Santos, 2021).

Exemplo prático do descrito, em situações onde o enfermeiro de cuidados gerais necessitava de realizar um tratamento à ferida cirúrgica com remoção de sistemas de drenagem se optava por priorizar a intervenção do EEER, promovendo o levante e a marcha, com possibilidade de aumentar o conteúdo drenado para o sistema de drenagem e reduzindo a possibilidade de executar duas vezes um tratamento à pessoa com ferida. Isto porque a probabilidade de o líquido orgânico extravasar o penso (por se encontrar estagnado por imobilidade) seria alta, caso se optasse por remoção do sistema de drenagem em primeiro lugar. A primazia da gestão em saúde e nomeadamente da gestão em enfermagem, remete-se em orientar a equipa no mesmo caminho (*liderança*) utilizando os recursos disponíveis e obtendo a melhor qualidade possível.

Outro exemplo prático, que demonstra onde o EEER “otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.4747), remete-me para uma situação de pós operatório de PTJ (1º Dia pós-operatório), onde me encontrava a intervir junto da pessoa e o profissional de Fisioterapia, vendo o seu plano de intervenção adiado pela minha ação, minutos mais tarde quando decidi voltar e encontrou a pessoa disponível para o seu processo de Reabilitação, optou-se por comunicar (entre mim e o mesmo) quais os movimentos e mobilizações e as intervenções que já haviam sido executadas, afim de evitar submeter a pessoa a um plano de Reabilitação similar num

curto espaço de tempo (minutos). O trabalho em equipa, neste caso demonstrou-se uma mais valia, centrando os cuidados na pessoa e permitindo uma visão holística da mesma.

O EEER assume um papel de liderança tanto na equipa de enfermagem como entre outros profissionais de saúde, sendo responsável pela delegação de tarefas e garantindo que todos trabalham em prol de um objetivo comum: a reabilitação da pessoa, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade nos cuidados de saúde. Santos (2021), refere ainda que esses profissionais colaboram com os enfermeiros gestores por meio da avaliação sistemática da qualidade a nível do bem-estar, autocuidado, prevenção de complicações e restantes descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializado (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Um exemplo prático deste papel ocorreu quando alguns Assistentes Operacionais [AO] questionaram os EEER sobre a necessidade da utilização de dispositivos específicos, como o triângulo de abdução, em determinados casos de cirurgia, enquanto noutros não era exigido. Este tipo de situações evidencia a importância de promover a formação contínua de toda a equipa multidisciplinar, contribuindo com a intervenção especializada para a prática de cuidados seguros e eficazes, minimizando os riscos associados.

Nesse sentido, os EEER elaboraram guias orientadores para a delegação de tarefas no serviço, especificando os cuidados que os AO deveriam implementar no pós-operatório imediato de cirurgias como a ATA, a PTJ e cirurgia ao ombro e coluna. Estes guias auxiliam os profissionais no planeamento dos recursos, sobretudo materiais, necessários à chegada da pessoa do bloco operatório. Entre as orientações, constavam detalhes como o número de almofadas a disponibilizar para o correto posicionamento da pessoa, a necessidade ou não do uso do triângulo de abdução, a utilização de gaiolas de proteção e a aplicação de crioterapia três vezes ao dia (salvo contra-indicações).

Assim, o EEER fortalece o papel de capacitação da equipa de trabalho, ajustando os recursos às necessidades específicas de cada situação clínica cumprindo o domínio C) - *gestão de cuidados* do Regulamento nº 140/2019 (2019). A uniformização destas práticas contribui para a segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia, permitindo a

identificação precoce dos riscos clínicos e possíveis complicações. Esta compreensão é vital para inovar os serviços e desenvolver novas práticas, promovendo uma oferta de cuidados de Enfermagem de alta qualidade (OE, 2012).

O EEER tem também um papel interventivo enquanto profissional especializado, na capacitação da equipa de trabalho atuando ativamente na prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho [LMERT]. Significa que se torna mais uma vez, um elo na prevenção de complicações e riscos perante a segurança da equipa no local de trabalho, sendo responsável pela identificação das alterações da estrutura, equipamentos, materiais de apoio que possam comprometer a dinâmica corporal “consequência de uma desadequação entre profissional/equipamento/doente adotando posturas prejudiciais e está ainda exposto a fatores de risco individuais, psicossociais, biomecânicos e organizacionais” (Castelôa & Luis, 2019, p.64). Neste sentido, foi possível desenvolver atividades durante os cuidados que apontavam para uma correta mecânica corporal, corrigindo verbalmente o alinhamento, ou postura corporal dos restantes elementos da equipa de trabalho (exemplo: transferências; levantes, posicionamentos) (OE, 2014)

O gestor do serviço, ao implementar sempre que possível estes modelos de trabalho centrados na pessoa, garante que as habilidades e qualificações de cada profissional de enfermagem, sejam aproveitadas em prol das necessidades de quem é cuidado, rentabilizando de igual modo as capacidades do grupo de trabalho, obtendo com isso melhores resultados (Ventura-Silva, 2021). É deste modo que se obtém a excelência na prestação de cuidados de enfermagem, tendo em conta que existe uma harmonia entre todos os elementos do metaparadigma da enfermagem.

Ao analisar as atividades realizadas no contexto do *desenvolvimento das minhas aprendizagens profissionais*, confirmo que esses tipos de iniciativas são essenciais para a aquisição e consolidação de competências. Essas experiências foram fundamentais para o desenvolvimento das minhas aprendizagens, desde o momento em que reconheci a necessidade de ingressar neste MER.

O Enfermeiro Especialista fortalece as competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 392/2019, 2019) através da capacidade de reflexão-crítica do seu projeto formativo. A compreensão das suas ações e a nomeação das suas fragilidades e pontos fortes, podem influenciar diretamente o estabelecimento da relação-terapêutica e interdisciplinar. Assim, o desenvolvimento deste tipo de habilidades, torna-se essencial à prática de enfermagem e nomeadamente à prática de enfermagem especializada, visto que permite ajustar sua abordagem e comunicação, criando vínculos de uma relação de confiança e colaborativa, centrada na pessoa (*abordagem holística*). Quero com esta afirmação mostrar que a crítica reflexiva se torna crucial na prática profissional dos enfermeiros especialista, tendo em conta que promovem momentos de aprendizagem e de procura de aperfeiçoamento dos cuidados no contexto laboral.

Estas formações permitiram-me não só aprofundar conhecimentos teóricos e práticos no âmbito da enfermagem de reabilitação, mas também desenvolver uma visão crítica e reflexiva sobre a minha prática clínica, contribuindo mais uma vez para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e garantindo o cumprimento do domínio D) do Regulamento nº 140/2019 (2019).

Sendo assim, participei numa formação promovida pelo serviço e pelos EEER, que decorreu durante o estágio profissionalizante no contexto ortopédico (7 de outubro 2024) intitulada de: “Os cuidados de Enfermagem ao doente Submetido a ATA e PTJ”, com duração total de 3 horas.

A participação enquanto formanda no Webinar promovido e certificado pela OE, com a temática: “Terapias não farmacológicas na pessoa com dor”, assistido a (2/7/2024) no total de 2h (Anexo III) e “Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem: da teoria à prática” assistido pela plataforma Enforma totalizando 2h:40 remete-nos para o cumprimento da *melhoria contínua da qualidade e do Desenvolvimento de aprendizagens profissionais*, domínios B) e D) do perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140,2019). Considero que na implementação da minha prática diária, devo gerar um ambiente seguro e terapêutico através do registo e monitorização da dor, promovendo desse

modo, programas de melhoria contínua, enquadrando-se na competência “B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo” (Regulamento nº 140,2019), p.4747). No âmbito ainda da investigação Enfermagem e com vista a colmatar as falhas pessoais e na débil capacidade de procurar informação científica nos locais apropriados, optei por participar numa formação on-line promovida pela EBSCO (ANEXO IV) – Information Services intitulado: "CINAHL Complete: Enfermagem e disciplinas relacionadas com a Saúde", com duração de 1 h no dia (25/11/2024). Considerei as formações anteriores valiosas para aprimorar minhas competências como enfermeira especialista, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. A participação num evento on-line promovido por duas EEER no dia 5 e 6 de fevereiro (totalizando 5h) intitulado: “Evento cuidados Respiratórias Pediátricos”, permitiu-me também aprofundar o conhecimento específico sobre o processo respiratório pediátrico, considerando que o EEER deverá responder na sua prática diária, às necessidades de todas as pessoas com condições especiais ao longo do ciclo de vida (Regulamento n.º 392/2019).

Atualmente, sou o elo de ligação do meu serviço com a Equipa Hospitalar de Gestão da Dor, reconhecida pela excelência no cuidado à pessoa oncológica. Esta equipa foi pioneira na criação de um programa Nacional de controlo e gestão da dor e está registada na OE com um projeto de melhoria contínua - “Dor- 5º sinal Vital”.

A experiência profissional contribui diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, se considerarmos que a mesma melhora habilidades, tornando os profissionais peritos numa área específica do conhecimento, identificando precocemente as necessidades. Richter *et al.* (2019) afirmam que é necessário adotar no ambiente de trabalho, estratégias que permitam ao enfermeiro progredir na sua qualificação e aperfeiçoamento contínuo, sendo agentes de mudança com recurso à criatividade, inovação e proatividade.

Observa-se que a enfermagem é uma profissão em constante ascensão que possui amplo espaço para o desenvolvimento da sua prática, em qualquer que seja o seu nível de intervenção (primário, secundário, terciário). Importa continuar a aplicar o processo de

enfermagem e o plano de cuidados como pilares essenciais da sua prática, centrando a pessoa no seu cuidado.

3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O regulamento n.º 392/2019, define as seguintes competências específicas do enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação:

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.

Essas competências visam promover a independência, otimizar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas, cujas condições acarretam limitações, incapacidades ou restrições na participação social. As intervenções da ER são direcionadas à recuperação funcional de processos neurológicos, respiratórios, cardíacos, ortopédicos e outras condições que envolvem deficiências/incapacidades (Regulamento nº 392/2019).

A apropriação das respetivas competências específicas será exemplificada através da enumeração múltiplas atividades desenvolvidas principalmente no contexto ortopédico, expostas num plano individual de cuidados junto da pessoa submetida a ATA.

No enquadramento das atividades realizadas no estágio para ir ao encontro da competência J1 “*Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*” realizaram-se avaliações detalhadas da funcionalidade da pessoa, iniciando-se as mesmas logo no primeiro contato. Este, é crucial para a avaliação da condição da pessoa, permitindo determinar a partir daquele momento os cuidados diferenciados, que são exigidos em função da resposta à situação. O EEER contacta na sua prática diária com uma complexidade de situações, inseridas em múltiplos contextos (quer

comunitário, hospitalar, domiciliário) e em diferentes fases da vida (desde o nascimento, até à idade geriátrica).

O primeiro contato realizado com a pessoa submetida a ATA, é realizado habitualmente no dia da admissão. Atualmente existe a tentativa de implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória, (presencial ou via telefónica), mas cuja a prática ainda não está totalmente integrada. Neste primeiro contato, é possível efetuar uma avaliação objetiva e subjetiva, identificando de imediato os fatores limitadores e potenciadores da recuperação (barreiras arquitetónicas, hábitos de vida, condições habitacionais, ocupacionais, sociais e familiares) através da recolha de dados/informação pertinente.

Essa análise permitiu um diagnóstico precoce, fundamentado numa avaliação minuciosa e na aplicação de instrumentos de medida adequados e preconizados pela Mesa de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE,2016). Estes devem ser de aplicabilidade breve e rápida, mas bastante rigorosa, para que possam traduzir as verdadeiras alterações clínicas (Sousa, 2015; Sousa *et al*, 2023) refletindo-se na verdadeira avaliação da capacidade funcional e da respetiva condição de risco (Regulamento nº 392/2019, 2019). Aplicou-se escalas como: Medida de independência Funcional [MIF]; Índice de Barthel; Escala Berg modificada, Medical Research Council Muscle Scala [MRC], entre outras. Já no contexto da unidade reabilitação respiratória, os instrumentos de colheitas de dados, aplicados passavam pela Escala de Borg modificada- Avaliação da perceção subjetiva de esforço, Índice de Barthel, Medical Research Council Muscle Scala [MRC].

Para uma colheita de dados adequada, útil e centrada no doente, a utilização destes instrumentos, devem cumprir os critérios de validade, fiabilidade, responsividade e eficiência, para a população em estudo, permitindo no final clarificar diagnósticos e elaborar planos de intervenção mais personalizados (Sousa, 2015).

Em algumas situações, este processo mostrou-se mais complexo, especialmente no contexto de internamento de urgência, onde por vezes não existia tempo útil para efetuar essa colheita e a pessoa era de imediato submetida à cirurgia ortopédica. Neste sentido, cabe ao EEER continuar a aplicar os princípios básicos da sua formação inicial (processo de enfermagem),

recorrendo a este método sistemático e organizado para prestar cuidados individualizados, garantindo qualidade e eficiência na assistência à pessoa conforme previsto na unidade de competência J1.1) do Regulamento nº 392/2019 - “Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” (2019, p.13566).

Através da colheita de dados sistematizada, resultou a identificação dos principais focos de atenção do EEER, determinando as principais necessidades da pessoa submetida a ATA, e permitindo a estruturação e implementação das principais intervenções de Enfermagem Especializada em Reabilitação. Para Petronilho & Machado (2011), citado por Pestana, (2023, p.82) o recurso a instrumentos de colheita de dados, apresentam “utilidade clínica para monitorizar a condição de saúde da pessoa face a um conjunto de focos de atenção (...) dados necessários à decisão sobre o diagnóstico de enfermagem” neste caso para o EEER.

Fernandes, Vigia & Sousa (2020, p.196)) partilham a mesma ideia referindo que para:

“ uma adequada intervenção, cabe ao EEER avaliar a pessoa com coxartrose e diagnosticar alterações que a limitem, para posteriormente elaborar planos de atuação/intervenção que irá implementar, de modo a atingir os objetivos definidos inicialmente e, por fim, reavaliar com vista a concluir os diagnósticos ou a reformular novos focos e/ou novas intervenções”

Os mesmos autores afirmam ainda, que os diagnósticos de enfermagem devem seguir a linguagem padronizada pela CIPE (OE, 2011) e as intervenções delineadas durante o programa de Reabilitação devem seguir o que está proposto no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE,2014).

Num padrão ideal, o EEER tem um papel fulcral no período pré-operatório nomeadamente no processo de Capacitação da pessoa, que de acordo com National Association of Orthopaedic Nurses (2018) e partilhado também por Parente *et al.* (2009), este deve ter início logo no primeiro contato ou o mais precocemente possível, existido transmissão de conhecimento de enfermeiro-pessoa, acerca das vias de abordagens cirúrgica, atividade física pré e pós-operatória, gestão terapêutica, prevenção complicações (infeções, quedas, UP, fenómenos tromboembólicos, obstipação), gestão da dieta e preparação do ambiente de casa.

A transmissão deste conhecimento foi realizada à pessoa e ao seu cuidador (esposa) no dia da admissão, inclusive foi possível abordar temáticas já relacionadas como o ambiente no domicílio propício a acidentes, nomeadamente remoção de tapetes, animais domésticos, integridade das proteções das canadianas, entre outros temas e dúvidas que contribuíram para *Potencial para melhorar o conhecimento*.

Desta forma, reafirmo a interpretação do conceito de *empoderamento* defendido por Sousa, Martins & Novo (2020), no qual destacam o papel do EEER no empoderamento da pessoa, focando não apenas a transmissão do *conhecimento*, mas valorizando a *autonomia* da mesma no processo de tomada de decisão. A sua participação ativa, no processo de transição de saúde-doença coloca-a no centro do cuidado, permitindo a criação de estratégias em conjunto. Com isso, o EEER contribui para a produção de indicadores de processo e aumenta a proporção de pessoas, familiares ou cuidadores que podem aprimorar seu conhecimento sobre diversas técnicas (Sousa, Martins & Novo, 2020; OE,2018).

Pina & Baixinho (2020), consideram também que a aquisição de conhecimento pela pessoa ainda no pré-operatório facilita sua transição para o pós-cirúrgico, pois proporciona tempo para compreender e aceitar sua nova condição de saúde. Para Saunders *et al.* (2018) citado por Garção & Grilo (2019), o conhecimento traz benefícios à pessoa submetida à ATA, ajudando a reduzir o tempo de internamento, aprimorar habilidades funcionais e aliviar a dor (associada à diminuição da ansiedade e à desmistificação do desconhecido), além disso, contribui para a melhoria da qualidade de vida ao ampliar o conhecimento geral.

A implementação de intervenções voltadas para a educação e a transmissão de conhecimento à pessoa/família/prestador de cuidados é considerada uma parte essencial da Enfermagem de Reabilitação. (Regulamento nº 350/2015, 2015).

No contexto prático de estágio profissionalizante (serviço de orto-traumatologia), foram concebidos planos de cuidados de ER, que vulgarmente centravam à atenção a nível da função motora e nas alterações músculo-esquelética, bem como, nos aspetos relacionados com o autocuidado e promoção de bem-estar.

Guerreiro, Piedade, Fonseca *et al* (2018, p.114), consideram que o EEER detém de conhecimentos diferenciados que se centram nos “focos de atenção ao nível do bem-estar, qualidade de vida e funcionalidade, enfatizando o autocuidado e prevenção de complicações e promovendo capacidades”.

Indo ao encontro da evidência anterior, as intervenções de enfermagem basearam-se na implementação de um programa de RFM, visando restaurar funções, fortalecer a musculatura, melhorar a mobilidade, coordenação, equilíbrio, prevenir complicações, reduzir a dor e promover estratégias terapêuticas que favoreceram a independência funcional para a realização das AVD's.

Deste modo, reflito que foi possível alcançar a unidade de competência J1.2) do Regulamento nº 392/2019 (2019, p.13567) - “*Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e incapacidade*”.

As intervenções implementadas fundamentaram-se numa série de documentos, sendo um dos principais “*Guia orientador de Boa prática “Cuidados á pessoa com alterações da mobilidade”* (OE, 2014), e no “*Guia de Boas Práticas -Prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*” (OE,2023 visto que para o ICN (2012), a prática baseada na evidência (PBE), permite a padronização das práticas de Enfermagem, não excluído as de Enfermagem Especializada em Reabilitação.

Durante a implementação dos programas de RFM, implementadas com as dezenas de pessoas com quem me cruzei no estágio profissionalizante, foram desenvolvidas intervenções desde o ensino, a aplicação de técnicas de mobilizações muscular e articular, posicionamentos, até à demonstração e treino de diversas atividades terapêuticas (levantar, transferências, equilíbrio, marcha com/sem auxiliares de apoio, ponte, carga no cotovelo). Estas tornam-se fundamentais na recuperação dos problemas orto-traumatológicos, pois previnem e recuperam as complicações associadas a “síndromes de imobilidade”. Esta afirmação é reforçada pelos autores Pina & Baixinho (2020), que referem que as técnicas de treino, nomeadamente a deambulação, são consideradas uma atividade de treino físico que

vulgarmente são prescritas pelos enfermeiros EEER, permitindo recuperar rapidamente a independência funcional para a realização de outras atividades de vida.

Um exemplo específico do desenvolvimento de atividades para alcançar a unidade de competência J1.3 Regulamento nº392/2019 *“Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”* (2019, p.13567) foram as técnicas implementadas com a pessoa submetida a ATA demonstrado no plano individual de cuidados do relato de caso. A escolha dessas atividades, como já mencionado ao longo deste trabalho, baseou-se na evidência reconhecida na prática diária dos EEER no contexto ortopédico. O objetivo não foi apenas promover a recuperação natural dos padrões de movimento, mas também fortalecer progressivamente a musculatura e prevenir a rigidez articular.

Nas primeiras 24h de pós-operatório, implementou-se exercícios de contração isométricas (quadríceps; isquiotibiais, glúteos; flexão/extensão tibiotársica), sendo estes exercícios aplicados em múltiplas situações (imobilização das estruturas osteoarticulares, períodos prolongados de imobilidade ou situações de patologia articular). Nestas situações o trabalho dinâmico não pode ser desenvolvido de imediato e este tipo de exercícios acrescenta como benefício, o ganho de força e minimiza a hipertrofia (Queirós, Cardoso, & Margato,1998)

A progressão para as mobilizações passivas e ativas (ativas-assistidas; ativas-resistidas; ativas-livres) aplicadas a nível do membro operado, bem como no membro contra-lateral nos dias seguintes, garantiu que a pessoa pudesse iniciar o movimento sozinha, alcançando as condições mais próximas do normal, restabelecendo a funcionalidade. Seguiu-se gradualmente a implementação de técnicas de levante, transferências, equilíbrio e marcha que permitiram restabelecer o equilíbrio, ortostatismo e marcha (Queirós, Cardoso, & Margato,1998; Menoita et al, 2012; Santos,2023) tendo em conta que tudo isso é *“crucial para a segurança no levante e na realização de todas as intervenções estabelecidas”* (Fernandes, Vigia & Sousa, 2020, p. 205).

No decorrer do programa RFM foram tidos em conta os quatro princípios do exercício: Sobrecarga; Especificidade; Reversibilidade; Individualidade [Lambert, Viljoen, Bosch, Pearce & Sayers, 2008 citado por OE, 2018), respeitando também formato FITT [Frequência de sessões de exercícios; Intensidade que envolve o consumo energético, Tempo/duração de uma sessão, Tipologia/tipo de treino) (OE, 2018, p.157). A aplicação desta metodologia pretende aumentar o tónus muscular e conseqüentemente a flexibilidade, equilíbrio e mobilidade (Menoita et al, 2012).

Os resultados ou ganhos físicos demonstrados com a implementação deste tipo de reabilitação, demonstraram melhorias como redução de dores musculares, aumento da força muscular, estabilidade no equilíbrio/pôr-se de pé, aumento da funcionalidade permitindo uma maior independência e promoção para o autocuidado. Neste sentido assegura-se o alcance das unidades de competência J3.2) do Regulamento 392/2019 “Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados” e J3.1.3) – “Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão” (2019, p.13568).

A implementação de atividades terapêuticas principalmente no leito, como posicionamentos, rolar, ponte, automobilizações, extensão lombo-pélvica, carga no cotovelo, promoveram a sequenciação de exercícios que seguem o padrão normal do desenvolvimento motor (Menoita et al, 2012), permitindo a evolução para o patamar seguinte, levante e transferência. Estudos como o de Florentino (2012), citado por Guerreiro, Piedade, Fonseca et al. (2018) indicam que recuperações bem-sucedidas envolvem ensino e treino de posicionamento no leito, exercícios isométricos, mobilizações e técnicas de levante, além de transferência e treino de marcha com auxiliares (andarilhos para canadianas).

Esta progressão ao longo da implementação do programa só foi possível, visto que existiu uma monitorização contínua da evolução da pessoa submetida à cirurgia ATA, com aplicação constante das diferentes escalas que avaliam a funcionalidade conforme o preconizado na Unidade de competência J1.4) do Regulamento n.º 392/2019 (2019).

Vigia, Ferreira & Sousa (2017) citado por Fernandes, Vigia & Sousa (2020) consideram que a atuação precoce do EEER permite facilitar o processo de transição para o regresso a casa, garantindo benefícios a nível da força muscular, da amplitude de movimento articular, do equilíbrio e da capacidade de marcha, promovendo a independência no autocuidado que se torna essencial para prevenir complicações e promover o retorno ao domicílio.

Durante o desenvolvimento formativo do MER, tanto no contexto comunitário quanto hospitalar, foi possível alcançar as competências J2.1 e J2.2 do Regulamento n.º 392/2019 (2019), desenvolvendo junto da pessoa e do seu cuidador ambientes propícios ao desenvolvimento de habilidades com recurso a produtos de apoio de “modo a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades “(Vigia, Ferreira & Sousa, 2023, p.355) minimizando o impacto das barreiras arquitetónicas.

Os EEER são responsáveis pelo ensino e pelo desenvolvimento de programas de treino onde supervisionam o uso de produtos de apoio, que visam a adaptação da pessoa às suas limitações, com objetivo de melhorar a funcionalidade e promover a independência, assegurando uma maior qualidade de vida. Exemplos práticos do descrito, incluem o uso de cintos de transferência no levante, cadeiras de higiene e alteadores de sanita, tripé, canadianas, andarilhos, entre outros que servem como estratégias de apoio a todos os envolventes no plano de cuidados (EEER, pessoa, família, prestador de cuidados). Essas ferramentas demonstram a importância do EEER no treino específico das AVD's e na promoção do autocuidado, conforme orientado pelo *“Guia de Boas Práticas. prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação”* (OE, 2023). Para Queirós, Cardoso e Margato (1998, p. 9) consideram que os EEER são os “que pela sua formação específica estão mais bem preparados, quer para a investigação e estudo de técnicas de movimento e transferências, executadas em condições ergonómicas, quer para o ensino e treino dessas técnicas” à pessoa, família e outros grupos profissionais.

Os múltiplos exercícios de treino de equilíbrio demonstrados no plano individual de cuidados com a pessoa submetida a ATA, como o “Push-up” realizados na cadeira/fundo da cama, oscilações/rotações do tronco com bola suíça/elástico/bastão, marcha estática, flexão da

articulação do joelho para trás junto à cama, flexão/extensão da articulação coxo-femoral (<90º), elevação do tronco sobre os metatarsos e a caminhada em linha reta por curta distância(<5m), contribuíram para a reeducação postural/equilíbrio corporal, preparação da pessoa para a marcha.

Também a implementação de programas de treino específicos com foco no *Andar e andar com auxiliar de marcha*, são exemplos práticos, da intervenção do EEER no processo de Capacitação e reintegração social. O treino de subir e descer escadas (com auxiliar de marcha - canadianas), o treino em aclives/ declives e a inversão do sentido de marcha, revelaram um *potencial para melhorar o conhecimento* e um *potencial para melhorar a capacidade*. O potencial de melhoria, foi complementado com estratégias de fornecimento de material educativo –folheto informativo- entregue durante o internamento, onde instruía e ilustrava a técnica de marcha, bem como os exercícios/auto-mobilizações e outras recomendações pós-operatórias a ter em consideração no regresso ao domicílio. Estas intervenções promovem o autocuidado e a independência funcional, afastando-a do isolamento social.

Consideram-se também um contributo na produção de evidência, no que define a produção de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem de Reabilitação, como: *percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para andar* entre outros (Regulamento nº 350/2015, 2015; OE,2018)

Evidencia como esta revela a capacidade contínua do EEER em monitorizar os resultados dos programas implementados e quando necessário, reajusta-los de modo a otimizar os benefícios conforme preconizado na unidade de competência J3) do Regulamento nº392/2019 (2019). As intervenções que se relacionam com a educação para a saúde e que promovem o aumento da literacia em Saúde, devem ser extensíveis durante pré, intra, pós-operatório (Saunders et al., 2018, citado por Garção & Grilo,2019) visto que promovem uma transição saudável, sendo o EEER elemento facilitador.

O EEER desenvolve estratégias de ensino, instrução e treino de técnicas específicas nos programas de RFM, promovendo o autocuidado, conforme estabelecido no ponto J2.) e J3) do Regulamento n.º 392/2019 (2019).

O programa de treino motor direcionado à pessoa submetida à ATA centrados no *equilíbrio corporal*, onde se promoveu o ensino e o treino para o lado operado (em casa era o lado da cama que daria preferência para sair), também o treino específico centrado no *autocuidado: vestuário*, favoreceram a adaptação da pessoa às suas limitações e estimularam-na para a sua independência e autocuidado. A prescrição da calçadeira e o calça-meias (produtos de apoio), aliados à instrução sobre *técnicas de adaptação* para o vestuário, seguidas de treino vestir/despir parte superior/inferior do corpo, ajudaram a promover o autocuidado, bem como preveniram complicações associadas a ATA (luxação) e ainda garantiram uma maior independência da sua esposa, que habitualmente era quem o auxiliava no vestir e despir as meias.

Vigia, Ferreira & Sousa, 2023, referem que os treinos específicos de AVD's como vestir e despir, devem ser assegurados pelo EEER na cirurgia da ATA, devido “à diminuição da amplitude de movimentos, da destreza e do equilíbrio “que dificultam o autocuidado da pessoa. O EEER torna-se essencial no “ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas bem como na utilização de produtos de apoio” onde estas dificuldades podem ser suplantadas (p. 355).

Dessa forma, reflete-se que as atividades promovidas durante o estágio profissionalizante, especialmente com a pessoa submetida à ATA, foram fundamentais para sua capacitação, tornando-a mais independente na realização das suas AVD's. O desenvolvimento dessas habilidades, focado na dimensão *aprendizagem de capacidades*, foi alcançado por meio de programas de treino específicos, da resolução de problemas e da aplicação do conhecimento nas tarefas do dia-a-dia. O EEER “vai servir-se da aprendizagem de capacidades para tornar a pessoa mais independente na realização das atividades de vida diária” (Sousa, Martins & Novo, 2020, p. 67).

Capacitar vai além do ensino técnico; deve-se garantir que a pessoa se sinta apta a suprir e responder às suas próprias necessidades, que advém do novo processo de transição saúde-doença integrando-se no novo papel (pós-operatório). Capacitar, permite empoderar a pessoa, através das estratégias implementadas pelo EEER e centradas nos focos de *aprendizagem de capacidades e conhecimento* garantindo que a pessoa consiga “lidar com os desafios que surgem no seu dia-a-dia decorrentes do processo de transição” (Sousa, Martins & Novo, 2020, p. 68). Esse processo permite que a pessoa demonstre autonomia e incorpore essas novas habilidades na sua rotina, promovendo maior a sua independência.

Para Garção & Grilo (2019) as intervenções do EEER junto da pessoa submetida a ATA, “permitem a minimização das suas incapacidades, a promoção da sua adaptação futura, através do desenvolvimento de novas capacidades e permitem também aprendizagens de recursos que potenciam a reintegração no seu meio familiar/social, traduzindo-se assim em ganhos de saúde”. Além disso, essa atuação permite a produção de indicadores, que avaliam a efetividade das estratégias adotadas e contribuem para a melhoria contínua dos cuidados especializados (Regulamento nº392/2019, J3), 2019; Regulamento nº 350/2015).

Silveira *et al.* (2015) citado por Garção e Grilo (2019), consideram “que melhores resultados poderiam ser obtidos com a operacionalização dessa intervenção, porque na prática clínica, a educação do doente e da família e/ou dos cuidadores é inerente ao cuidado e deve ser registada” (p.135).

Em ambos os contextos de estágio (unidade respiratória/ unidade ortopédica), o resultado destas intervenções produziram "ganhos em saúde enquadrados nos enunciados descritivos dos PQCEER- *“satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão e organização dos cuidados de enfermagem”* expressos na prevenção de perdas funcionais, recuperação de capacidades remanescentes e habilitação da pessoa para maior autonomia" (OE, 2018, p. 5).

3.3. Competências de mestre em Enfermagem

Segundo o Regulamento nº 705/2021, o grau de mestre é atribuído ao profissional que garantir um conhecimento altamente especializado e diferenciado dentro da área de Enfermagem. Este processo de reflexão crítica, que analisa com frequência a disparidade entre a prática e a teoria, obriga-nos ao recurso de metodologia de investigação, expectando que os resultados favoráveis possam ser refutados e difundidos em contextos clínicos semelhantes.

Exemplo prático desta afirmação, verifica-se nos resultados demonstrados em diversos trabalhos de investigação em Enfermagem, que conotam o benefício da aplicação de programas de Reabilitação Respiratória e Reabilitação Motora nas diferentes patologias, evidenciando uma série de ganhos em saúde. Esta ideia é reforçada com a elaboração dos respetivos Relatos de caso durante o estágio, (Apêndice II – Relato de Caso /Hospitalar) .

O candidato à categoria de mestre deve fomentar o desenvolvimento de soluções eficientes, uma vez que a inovação impulsiona diretamente o avanço da praxis, refletindo-se na qualidade e segurança das pessoas, bem como na eficácia dos sistemas de saúde. Compreende-se assim, que o EEER contribui com a sua intervenção nos diferentes contextos clínicos, para a produção de resultados positivos através da utilização de metodologias de investigação que o obrigam a refletir sobre a sua prática, nomeadamente na procura de soluções inovadoras que deem resposta aos problemas de elevada complexidade que lhes surge no contexto diário.

A aquisição das competências de mestre, foram desenvolvidas por meio da consolidação dos conhecimentos adquiridos na primeira fase deste processo formativo (1º ano). Esta fase exigiu uma análise pormenorizada dos diferentes contextos e da complexidade que envolveu os mesmos, contribuindo diretamente para o desenvolvimento pessoal das habilidades comportamentais, facilitando a minha integração em diversos contextos clínicos, equipas de trabalho e culturas institucionais. A elaboração deste relatório de estágio marca a conclusão do processo formativo e possibilita mediante a sua defesa pública o reconhecimento do grau académico, atribuído pela Entidade Responsável.

4- ANALISE SWOT

A análise SWOT, permite uma visualização estratégica, acerca do desenvolvimento das diferentes competências durante o respetivo estágio profissionalizante. Esta ferramenta permite identificar os pontos fortes, fracos, bem como os pontos que requerem melhoria no plano de ação e ainda aqueles que podem ser desenvolvidos proporcionando uma linha orientadora para a definição das intervenções. Enuncia-se resumidamente no quadro abaixo (Quadro 1), os respetivos pontos:

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Motivação pessoal *</i> - <i>Experiência profissional prévia*</i> - <i>Comunicação;</i> - <i>Facilidade em estabelecer relação terapêutica</i> - <i>Facilidade de integração em novos ambientes;</i> - <i>Resiliência</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Inexperiência em contextos de Enfermagem especializada em Reabilitação;</i> - <i>Dificuldade na gestão de cuidados de ER de modo equitativo;</i> - <i>Implementação de estratégias de adesão aos cuidados ER.</i>
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Formação contínua</i> - <i>Aquisição de novos conhecimentos, prática baseada na evidência;</i> - <i>Consolidação dos conhecimentos teóricos na prática;</i> - <i>Contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;</i> - <i>Contributo para a investigação em Enfermagem (relato de caso)</i> - <i>Diversidade de experiências</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Altas precoces;</i> - <i>Gestão emoções;</i> - <i>Gestão de tempo;</i>

Quadro 1- Identificação de pontos fortes/fracos/ameaças/ oportunidades ao desenvolvimento de competências.

O ingresso neste processo de formação contínua, foi algo muito ponderado, sabendo que tudo na minha vida pessoal teria que ser reestruturado, em função do alcance deste objetivo profissional. Os anos de experiência profissional, criavam em mim uma necessidade de saber mais e fazer melhor no meu dia-a-dia, reconhecendo que teria já dentro de mim, o primeiro impulso para a evolução da nossa profissão, a *necessidade de formação contínua (oportunidade)* sustentada na *motivação pessoal (ponto forte)*.

O local onde desempenho atualmente funções foi a casa que me acolheu desde o início da minha profissão, foi lá que inadvertidamente pelo tipo de população que encontrei que aprendi a desenvolver cuidados de saúde centrados na pessoa e baseados no processo humanização e todas as características que envolvem esta relação terapêutica. Aqui, destaco *três pontos fortes*; a *minha experiência profissional prévia* bem como a facilidade *em estabelecer uma relação terapêutica* através da *comunicação*, a empatia, o respeito pelos direitos da pessoa, identificando com facilidade as necessidades de quem precisa de cuidados. Esta característica pessoal torna-se um *ponto forte* também no processo de *integração em novos ambientes* e em novos contextos laborais, facilitando a minha adaptação ao serviço e á equipa multidisciplinar.

Outro *ponto forte* que destaco deste processo é a capacidade de Resiliência, que me define enquanto pessoa e que persistiu, mesmo em períodos onde dei por mim em “colapso”, com dificuldade em gerir todo este processo.

Relembrando o motivo pelo qual ingressei neste curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, destacando as *oportunidades* criadas por este processo formativo: Este estágio criou oportunidades de crescimento/desenvolvimento profissional, com a *aquisição de novos conhecimentos*, apoiando-se numa prática mais recente e disponibilizada pela melhor evidência científica. A consolidação dos conhecimentos adquiridos durante o curso de Mestrado, aplicados na prática de cuidados de enfermagem especializada, revelou-se um processo profundamente enriquecedor, que *contribuiu diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados*. Além disso, possibilitou a produção de informações valiosas para a *investigação*, especialmente através da elaboração do relato de caso. Esta metodologia de investigação permitiu-me analisar contextos específicos da prática, integrando-os de forma comparativa entre a teoria e a prática, o que resultou numa reflexão crítica e no aprimoramento contínuo da atuação profissional.

Quero ainda referir que o fato de ter realizado este estágio profissionalizante em dois contextos diferentes (respiratório e orto-traumatológico), sendo ambos locais de

referência Nacional, pela prestação de cuidados de excelência, permitiu-me uma maior diversidade de situações saúde-doença, sendo identificado este fator como uma **oportunidade**.

Como **ameaças**, identificou-se as *altas precoces*, que embora ajudem a reduzir as complicações relacionadas com o internamento prolongado e a demonstrar a eficácia dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, também geraram maior pressão interna, dificultando a implementação de programas de reabilitação completos. Isso significa que o EEER precisa desenvolver a capacidade referenciar a pessoa desenvolvendo mais uma das suas competências específicas e assegurando a continuidade de cuidados na comunidade após a alta.

Inúmeras foram as *emoções* que surgiram durante este processo de desenvolvimento pessoal e profissional, considerando as mais negativas, como uma **ameaça**, nomeadamente a dificuldade na *gestão de tempo*, que todo este processo requer.

Os fatores internos que destaco como **fraquezas** ao meu desenvolvimento enquanto futura EEER, foram a *inexperiência em contextos de Enfermagem especializada de Reabilitação*, dificultado inicialmente pela estruturação do pensamento e *gestão de cuidados, de modo equitativo*. Dei por mim, numa fase inicial a não ter tempo de intervir com todas as pessoas que inicialmente tinha planeado. Apresentei também dificuldade, na adoção estratégias para garantir a *adesão aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Situação essa que foi sendo melhora ao longo do estágio, demonstrada pela capacidade de intervir com pessoas que recusavam cuidados de ER em turnos anteriores ao que eu estava a desempenhar cuidados.

Com a descrição destes pontos posso afirmar, que ao longo deste processo formativo, tentei sempre prestar os melhores cuidados, no tempo que tinha, nas condições que me rodeavam. Sendo certo, que o que não me derrubou, tornou-me mais forte, capacitando-me para um conjunto estratégias e conhecimentos que visam melhorar a minha prestação enquanto enfermeira e futura enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

CONCLUSÃO

O estágio profissionalizante foi uma etapa extremamente complexa, árdua, mas muito gratificante em simultâneo. Ingressar nesta jornada permitiu-me alcançar um objetivo pessoal de longa data.

A diversidade de experiências nos diferentes contextos da Enfermagem de Reabilitação permitiu-me ampliar o conhecimento, aplicando e desenvolvendo essas competências em situações laborais futuras. Esse fator permitiu ainda um alinhamento entre a prática e teoria, fundamentando-se na melhor evidência disponível.

O EEER ao desenvolver atividades voltadas para a dimensão do *Conhecimento* como, ensino, supervisão e orientação, facilita a transmissão de informação considerada como essencial para o empoderamento da pessoa e a família, permitindo-lhes uma tomada de decisão mais refletida. Por sua vez, a implementação de ações como instruir, treinar, demonstrar e providenciar destaca a dimensão prática da *aprendizagem de habilidades*, garantindo o alcance da independência e da promoção de autocuidado e bem-estar.

A elaboração deste relatório foi o culminar de um processo de aprendizagem que me permitiu refletir criticamente sobre as atividades planeadas e implementadas para alcançar os objetivos inicialmente definidos.

A formação contínua em enfermagem impulsiona a atualização de conhecimentos, o aperfeiçoamento de competências e a adoção de práticas baseadas em evidências. Esse processo favorece o desenvolvimento profissional, aprimora a qualidade dos cuidados e fortalece a capacidade de resposta aos desafios da saúde, promovendo uma assistência mais humanizada e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2020). Manual de Publicação da APA (7ª ed.). Artmed

Alves, M.S., Fabri, A.C.O.C., Faquim, L.J., Oliveira, M.L.L., Lopes, F.N. & Freire, P.V. (2012). Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. *Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro*, 2(1), 1-9.
<http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/171/250>

Alves, L.C., Leite, I. C., Machado, C.J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1199-1207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>

AO- Surgery Reference Foundation (2025). Acesso anterolateral (Watson-Jones) ao fêmur proximal. <https://surgeryreference.aofoundation.org/orthopedic-trauma/adult-trauma/proximal-femur/approach/anterolateral-approach-watson-jones#deep-surgical-dissection>

Associação Portuguesa Enfermagem de Reabilitação (2010). <https://www.aper.pt/competencias-do-enfermeiro-de-reabilitacao/>

Bittencourt, W.S., Santos, T.F., Forte, M., Paixão, A.C.B., Perrucini, P.D., Santos, V.M. & Salicio, V.M.M. (2020). Avaliação do equilíbrio e da força muscular em pacientes submetidos à Artroplastia total de quadril: revisão sistemática. *Motricidade* 16 (3), 282-290. DOI.org/10.6063/motricidade.17122;

Castelôa, L., Luis, S., Romeiro, T. & Oliveira, I. (2019). Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde* 2 (1), 63-74.
<https://www.researchgate.net/publication/338634287>

Chiavenato, I. (2004). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Elsevier Editora

Crowther, C.L (2005). *Cuidados primários em Ortopedia* (2ª Ed.). Lusociência

Colibazzi, V., Coladonato, A., Zanazzo, M & Romanini, E, (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *HIP International*. 30 (2s), 20-29. <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>.

Decreto de Lei nº 52/22, de 4 de Agosto (2022). *Diário da República nº 150/2022, Série I*: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Decreto de Lei nº 104/98, de 21 de Abril (1998). *Diário da República nº93/1998, Série I- A*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Decreto Lei nº 101/2006, de 6 de Junho (2006). *Diário da República nº109/2006, Série I-A*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto de Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro (2015). *Diário da República nº 181/2015, Série I*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Despacho nº 6669/2017, de 2 de Agosto (2017). *Diário da república n.º 148/2017, Série II*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6669-2017-107794486>

Dias, P., Ferreira, R.F & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a Artroplastia da anca por coxartrose: Relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem em Reabilitação* 4(2), 17-28.:<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/167>;

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 014/2013 – Artroplastia total da anca*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/artroplastia-total-da-anca.pdf>

Direção Geral de Saúde (2016). Desenvolver os planos locais de saúde/ reforçar o plano nacional de saúde - Manual orientador dos planos locais de saúde. [DGS] <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2019). Manual de Boas práticas de literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. [DGS]. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2022). Plano Nacional de saúde 2030. [DGS] <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Entidade reguladora de Saúde (2021). Carta dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. [ERS] chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf

Fernandes, M.J. (2013) *Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem*. In Lopes, M.A. (Ed.), Organizador- O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp.3-37). Lusociência.

Fernandes, S.I., Vigia, C. & Sousa, L.M. (2020). Capacitação da pessoa submetida a Artroplastia total da anca: Estudo de Caso. *Journal of Aging and innovation*. 9(2), 194-209. DOI: 10.36957/jai.2182-696X.v9i3-11;

Fonseca, C., Correia, J., Redol, F. & Fernandes, C. (2018). Os indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 48-57. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24317/1/6-foro-respiratório.pdf>;

Gália, C.; Diesel, C.; Guimarães, M.; Ribeiro, T. (2017). Atualização em artroplastia total do quadril: uma técnica ainda em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 52(5), 521-527. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2016.09.013>

Garção, A. & Grilo, E., (2019). A importância das atividades de ensino e treino nos cuidados de enfermagem ao doente submetido a Artroplastia da anca. *Journal of Aging and Innovation*, 8(1), 127-140. <https://journalofagingandinnovation.com/pt-pt/manuscritos/3245/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2024). GOLD Report [Internet]. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease – GOLD 2024. Disponível em: Relatório GOLD 2024 - Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - GOLD (goldcopd.org)

Guerra, N.E.H., (2018). Dotações de enfermagem impacto na segurança dos cuidados de saúde [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. Veritati] - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/28053>

Guerreiro, M., Piedade, T., Fonseca, C. & Santos, V. (2018) Implementação de um programa de reabilitação funcional motora, em pessoas com mais de 65 anos de idade, e ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 7(2), 104-120. <https://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10JAIV7E2.pdf>

Godinho-Matos, M-F. & Simões, J.A.G (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. DOI: 10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação, criar novos caminhos*. Lusociência.

Hoeman, S. P (2008). *Enfermagem de Reabilitação- Prevenção, Intervenção, e resultados esperados* (4ªed). Lusodidacta.

World Health Organization (2001). ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. [WHO]. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf

ICN (2011) - Classificação Internacional para a prática da Enfermagem (CIPE). Versão 2. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

INE (2022). Estimativas de População Residente em Portugal 2019.

Lei n.º 15/2014, de 21 de março (2014). *Diário da República, Série II*, 2127–2131 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas. (2014). Osteoartrose. [LPCDR] <https://www.lpcdr.org.pt/info-doente/patologias/osteoartrose>

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas. (2022). Boletim 8: Osteoartrose. [LPCDR]. <https://www.lpcdr.org.pt/publicacoes/boletim>

Lourenço, I.L., Gonçalves, M.S.F., Sequeira, M.S., Melo, M^a. F.H. & Gouveia, M^a.J.B. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Registo Português de Artroplastia. (2010). Informação ao doente: Anca. [RPA].
<http://rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-ao-doente/Anca.aspx?lang=pt-PT>

Regulamento n.º140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da república, Série II n.º 26*, 4744- 4750.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, Série II, n.º 85*, 13565-13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, Série II, n.º119/2015*, 16655-16660. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Regulamento n.º 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da república: Série II, n.º184/2019*, 128-155.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Maxey, L. & Magnusson, J. (2003). *Reabilitação Pós-cirúrgica para o paciente Ortopédico*. Koogan S.A.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A.I, (2012). *Theoretical Nursing- Development & Progress (5ªed)*. Lippincott-Raven Publishers.

Menoita, E.C., Sousa, L.M., Alvo, I.B.P. & Vieira, C.M. (2012). *Reabilitar a Pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

National Library of Medicine (2015). Rehabilitation Nursing. In Medical Subject Headings (MeSH). https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=33152&filter=ths_termall&q=enfermagem%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o

National Library of Medicine (2018). Teaching. In Medical Subject Headings (MeSH). https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=14042&filter=ths_termall&q=Capacita%C3%A7%C3%A3o

National Library of Medicine (2018). Empowerment In Medical Subject Headings (MeSH). https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=59291&filter=ths_termall&q=empodera mento

National Association of Orthopaedic Nurses (2018)

Néne, M. & Sequeira, C. (2017). *Investigação em enfermagem*. Lidel – edições Técnicas, Lda.

Nora, C.R.D, Deodato, S., Vieira, M.M. & Zoboli, E.L.C. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em Enfermagem. *Scielo Brazil enferm.* 25(02) 2-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>

Nunes, J.D., Saes, M.O., Nunes, B.P., Siqueira, F.C., Soares, D.C., Fassa, M.E.G., Thume, E. & Facchini, L.A (2017). Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde* 26(2) 295-304. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200007>

Organization for Economic Co-operation and Development (2023) Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en;>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem – Tomada de posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos enfermeiros (2007). Guia de Boa Prática: Dor.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>;

Ordem dos enfermeiros (2007). Sistemas de informação em Enfermagem – princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos – funcionais.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem- Versão 2. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade; da evidência à acção.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). Guia Orientador de Boa Prática: 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

Ordem dos Enfermeiros (2014). Áreas investigação prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Critérios de Idoneidade formativa para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Criterios_Idoneidade_de_Formativa_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidE nfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação: Reabilitação Respiratória.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Enfermagem de Reabilitação- 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.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2020). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19706/parecer-mceer-n%C2%BA-022020-presta%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-gerais-por-enfermeiros-especialistas-em-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf>

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

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>;

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

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6.^a ed.). Mosby.

Ornellas, T.C., & Monteiro, M.I. (2022). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. Disponível em : <https://doi.org/10.12707/RVI22055>

Parente, C., Angêlo, M., Tinoco, A., Rocha, E., Brandão, D., Cristina, M. et al (2009). Artroplastia da Anca. In A.G Cruz, L.M Oliveira & V.C. Conceição (Coords.), *Enfermagem em Ortopneumatologia* (2ªed) (pp.129- 164). Formasau.

Petronilho, F., & Machado, M. (2023). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. M. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Lusodidacta.

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento (I) In C. Marques-Vieira & L.M. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da vida* . (pp.77-88). Lusodidacta.

Pina, B.M.V.P., Baixinho, C.L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. *Revista portuguesa Enfermagem de Reabilitação* 3 (1). DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758

Pinto, D.R.M., Ribeiro, O.M.P.L., Martins, M.M. & Schoeller, S.D. (2021). Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: Referencial de Axel Honneth. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3(2), 20-26. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/60/20>

Queirós, P.J.P., Cardoso, F.M., Margato, C.A. (1998). *Técnicas de Reabilitação I. Manual Sinais Vitais*. 2ªEd. Formasau.

Queirós, P.J., Vidinha, T.SS. & Filho, A.JA., (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista Enfermagem Referência. Série IV* (3), 157-164. DOI: 10.12707/RIV14081

Queiroz, R.D., Franco, R.S & Borger, R.A.(2001) Via de acesso lateral do quadril. *Revista Técnicas Ortopedia*. 1(2) 7-14. <https://tecnicasemortopedia.com.br/revista/article/view/14>

Registered Nurses' Association of Ontario (2017). RNAO- Preventing of Falls and Reducing Injury from falls Best Practice Guideline (4^ªEd.). Toronto. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>

Richeter S.A., Santos, E.P., Kaiser, D.E, Capellari, C. & Ferreira, G.E. (2019). Being na entrepreneur in nursing: challenges to nurses in a strategic leadership position. *Acta Paul Enfermagem* 32(1), 46-52. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900007>

Savin, L., Pinteala, T., Mihai, D. N., Mihailescu, D., Miu, S. S., Sirbu, M. T., Veliceasa, B., Popescu, D. C., Sirbu, P. D. & Forna, N. (2023). Updates on Biomaterials Used in Total Hip Arthroplasty (THA). *Polymers (Basel)*, 15(15), 1-20. DOI: <https://doi.org/10.3390/polym15153278>;

Santos, M. (2021). A gestão e liderança em serviços de enfermagem em Reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e práticas*. (pp 19- 27). Lidel:

Santos, L. S. (2023). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L.M. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-23). Lusodidacta

Serviço Nacional de Saúde (2024). Unidade Local de Saúde Santa Maria: missão. <https://www.ulssm.min-saude.pt/missao/>

Silva, F.C., Oliveira, L.C., Boll, A.M., Alvarenga, J.G.S. & Gutierrez, P.J.B. (2018). Effects of physical exercise programs on cognitive function in Parkinson's disease patients: A systematic review of randomized controlled trials of the last 10 years, 13(2), DOI: 10.1371/journal.pone.0193113

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2 (26), 35-44. https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

Silva, J.M.A.V., Martins, M.M.F.P., Trindade, L.L., Ribeiro, O., Ribeiro, M.I.B. & Cardoso, M.F.P.T (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação

numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/73/436#info>.

Silva, G.T.R., Góis, R.M.O., Almeida, D.B, Santos, T.B.S., Cantarino, M.S.G. & Amestoy, S.C.(2021). Evidências sobre os modelos de gestão em enfermagem nos serviços hospitalares: Revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* 34:. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02095>

Sousa, L. (2015). As propriedades psicométricas dos instrumentos de hetero-avaliação. *Enfermagem* 6, 20-24.
https://www.researchgate.net/publication/281464325_As_propriedades_psicometricas_dos_instrumentos_de_hetero-avaliacao

Sousa, L.M., Martins, M.M. & Novo, A. (2020). A enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(3), 64-69. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Sousa, L., Marques-Vieira., Severino, S., Caldeira, S. (2023). Propriedades psicométricas de Instrumentos de Avaliação para Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. M. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Lusodidacta.

Tomey, A. & Alligood, M., (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra -Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª.ed.). Lusociência- Edições Técnicas e Científicas,Lda.

Ventura-Silva, J.M.A., Martins, M.F.P.S., Trindade, L.L., Ribeiro, O.M.P.L.& Cardoso, M.F.P.T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS.* 6(2); 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Ventura, F., Moreira,I.M.P.B., Queirós,P.J.P. & Mendes, A. (2022). A prática centrada na pessoa: da idiosincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 38(10), 11-13. DOI: 10.1590/0102-311XPT278121

Vigia, C., Ferreira, C.& Sousa, L. (2023). Treino de Atividades de Vida diária. In C. Marques-Vieira & L. M. Sousa (Coords.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp.351-363). Lusodidacta