



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE
REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM
LESÃO VERTEBRO-MEDULAR**

REALIZADO POR:

Pedro Miguel Correia Rodrigues



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

Pedro Miguel Correia Rodrigues

Orientação: Professora Mestre Sandy Severino

Barcarena, 2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Fátima, ao meu pai, Rui, e ao meu irmão, Edgar. Por serem um exemplo a seguir, pela educação, pelos valores e por tudo o que fizeram por mim, desde o início, para que eu tivesse as condições de chegar a este ponto. Por me formarem como um homem, resiliente e que tenta lutar com inteligência por aquilo que deseja. Sem esperar facilidades, apenas mérito, mas sem nunca pisar ninguém. Pela busca do perfeccionismo, do crescimento, da verdade e do respeito. Espero deixar-vos orgulhosos!

Agradeço ao meu sobrinho, Tiago. Por ser uma inspiração, por ser uma luz nos momentos negros, por ser uma força de resgate quando mais preciso dela. A sua gargalhada, as suas brincadeiras e o carinho que tem também por mim. Pretendo, a todos os momentos, deixá-lo orgulhoso do tio que tem e, um dia mais tarde, poder fazê-lo perceber o quão motivador ele é para mim. Espero deixar-te orgulhoso!

Agradeço à namorada, Daniela. Por ter aceitado o desafio de estar a meu lado. Por ser a companheira que apoia, que acarinha, que faz rir e que chama à atenção. Que nem sempre diz o sim, porque é honesta no que sabe ser o melhor para mim. Que precisa de mim para ser corajosa e que me incute a responsabilidade do seu próprio sucesso. É uma peça fundamental no meu sucesso, pois é quem mais me ouve. É a primeira a saber de tudo e, por isso, é quem me dá muitas ferramentas para conseguir ser a minha melhor versão. Espero deixar-te orgulhosa!

Agradeço à professora, Sandy. Por ter acompanhado o percurso desde muito cedo até ao fim. Por guiar, orientar e alertar. Por ser uma professora presente, exigente e sábia. Com alto nível de perspicácia, observadora e capacidade de antecipação. Deixa também um pouco do seu legado em mim e, como já lhe disse, fico satisfeito por ter sido a Prof.ª Sandy a acompanhar-me nos estágios. Espero deixá-la orgulhosa!

Agradeço também, especialmente, ao professor Luís. Pelo carinho que entrega nas aulas e aos alunos. Pelo investimento que faz nos seus alunos e pela responsabilidade que integra em si mesmo. Tenho a certeza de que a turma irá rentabilizar o seu esforço e, cada um de nós,

irá levar o seu legado numa caminhada brilhante de Enfermeiros Especialistas. Espero deixá-lo orgulhoso!

Agradeço também aos meus orientadores e aos meus colegas de turma. Aprendi com todos. Todos à sua maneira, ajudaram-me a crescer e a tornar-me o Enfermeiro que sou hoje. Com conhecimento, desafio, excelência e humildade. Espero deixar-vos orgulhosos!

RESUMO

Enquadramento: Este relatório resulta das experiências vividas durante o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, refletindo e analisando as competências adquiridas aplicadas a diferentes contextos clínicos, com foco na pessoa com lesão vertebro-medular.

Objetivo: Documentar o desenvolvimento e a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre, através da descrição das atividades realizadas e dos ganhos obtidos ao longo do percurso. Pretende ainda fundamentar a importância da capacitação na reabilitação de uma pessoa com lesão vertebro-medular, destacando a análise sobre os respetivos focos de atenção.

Metodologia: A metodologia adotada incluiu uma revisão da literatura para fundamentar a temática em estudo e uma abordagem reflexiva baseada na experiência. Foi realizada a análise crítico-reflexiva dos focos de atenção e do desenvolvimento das competências adquiridas, integrando a prática clínica com os conhecimentos teóricos. Além disso, foram utilizadas metodologias que permitiram aprofundar a aplicação dos princípios de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com necessidades específicas.

Resultados: Esta experiência permitiu consolidar e aplicar conhecimentos teórico-práticos, promovendo o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em reabilitação e de mestre. A intervenção centrada na capacitação da pessoa com lesão vertebro-

medular resultou em ganhos na funcionalidade, destacando a importância do respeito pela autonomia.

Conclusão: A análise crítico-reflexiva permitiu demonstrar a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre, alcançando os objetivos do estágio profissionalizante. O trabalho evidenciou os desafios e oportunidades da prática, reforçando a importância da capacitação e do desenvolvimento profissional na promoção de cuidados de excelência em enfermagem de reabilitação.

DESCRITORES: Enfermagem; Reabilitação; Lesão Vertebro-Medular; Capacitar; Modelos Conceptuais.

ABSTRACT

Background: This report is based on experiences gained during the Masters in Rehabilitation Nursing, reflecting and analyzing the acquired competencies applied in different clinical contexts, with a focus on individuals with spinal cord injury.

Objective: To document the development and acquisition of competencies as a specialist nurse in rehabilitation nursing and as a masters graduate, through the description of activities performed and the outcomes achieved throughout the training. Additionally, it aims to highlight the importance of empowerment in the rehabilitation of individuals with spinal cord injury, emphasizing an analysis of key focus areas.

Methodology: The adopted methodology included a literature review to support the study topic, and a reflective approach based on practical experience. A critical-reflective analysis of the key focus areas and the development of acquired competencies was conducted, integrating clinical practice with theoretical knowledge. Furthermore, methodologies were employed to deepen the application of rehabilitation nursing principles in empowering individuals with specific needs.

Results: This experience allowed for the consolidation and application of theoretical and practical knowledge, fostering the development of competencies as a specialist nurse in rehabilitation and as a master's graduate. The intervention focused on empowering individuals with

spinal cord injury, leading to improvements in functionality and emphasizing the importance of respecting autonomy.

Conclusion: The critical-reflective analysis demonstrated the acquisition of competencies as a specialist nurse in rehabilitation nursing and as a master's graduate, achieving the objectives of the professional internship. The study highlighted the challenges and opportunities of practice, reinforcing the importance of empowerment and professional development in promoting excellence in rehabilitation nursing care.

KEY WORDS: Nursing; Rehabilitation; Spinal Cord Injury; Empower; Conceptual Models.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais De Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diárias

BIP - Programa Intensivo Misto

CEER - Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP - Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

HDI - Hospital de Dia de Infeciologia

LVM – Lesão Vertebro-medular

MIF - Medida de Independência Funcional

MnT - Micobactérias não Tuberculosas

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC - *Nursing Interventions Classification*

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PII - Plano Individual de Intervenção

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCIM - *Spinal Cord Independence Measure*

SCPPC - Serviço de Cuidados à Pessoa com Patologia da Coluna

TNF - Tabela Nacional de Funcionalidade

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
ANÁLISE DOS CONTEXTOS	17
CONTEXTO COMUNITÁRIO	18
CONTEXTO DE MOBILIDADE INTERNACIONAL	22
CONTEXTOS HOSPITALARES	25
SERVIÇO DE CUIDADOS À PESSOA COM PATOLOGIA DA COLUNA	25
HOSPITAL DE DIA DE INFECIOLOGIA	28
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	31
DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	31
MODELOS CONCEPTUAIS DE ENFERMAGEM	37
TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO	39
TEORIA DAS TRANSIÇÕES	44
A PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR	48
TAXONOMIA EM ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR	54
FOCOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR	60
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	76
ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	77
ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	88
ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	93
ANÁLISE SWOT	103
CONCLUSÃO	108
BIBLIOGRAFIA	112

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION (ASIA) IMPAIRMENT SCALE.....	116
ANEXO II – CHECKLIST CARE COM AS INFORMAÇÕES A INCLUIR AO ESCREVER UM RELATO DE CASO.....	117
ANEXO III – CERTIFICAÇÃO DAS FORMAÇÕES EM SERVIÇO DURANTE O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	118

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – RELATO DE CASO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	122
APÊNDICE II – “GUIA DE EXERCÍCIOS”	155
APÊNDICE III – RELATO DE CASO DO ESTÁGIO NA COMUNIDADE.....	160
APÊNDICE IV – ARTIGO PUBLICADO NO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE MOBILIDADE – “PROFESSIONAL DEVELOPMENT AND NURSING EDUCATION: AN EXPERIENCE REPORT ON CULTURAL DIVERSITY AND INTERNATIONAL MOBILITY”	182

INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio Profissionalizante (EP) do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER), da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), reflete uma jornada de crescimento pessoal e profissional ao longo de um percurso formativo desafiador e transformador. Este documento visa explorar e documentar as aprendizagens, reflexões e competências adquiridas, destacando o impacto destas na construção de uma prática clínica em ER.

Ao longo deste relatório, serão explorados os ganhos durante o mestrado em ER, integrando o processo evolutivo profissional e académico que se iniciou com a componente teórica, tendo sido complementado pela componente prática em contexto clínico. Este foi dividido em duas áreas: ambiente comunitário e hospitalar, com foco na reabilitação de pessoas com lesões vertebro-medulares (LVM). A experiência prática permitiu congregar conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do mestrado com a realidade clínica, promovendo uma integração efetiva entre teoria e prática.

Este percurso destacou-se pela mobilização do saber teórico aplicado a situações concretas de cuidado, potenciando a análise crítica, a reflexão e a consciencialização sobre o impacto da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção da funcionalidade, preservação da autonomia e aumento da independência das pessoas cuidadas. A realização deste relatório não só documenta essa trajetória, mas também constitui uma ferramenta

para a análise e reflexão deste processo, consolidando as aprendizagens adquiridas e reforçando o compromisso com a excelência no cuidado de ER.

Este relatório organiza-se de forma a refletir as diversas dimensões do percurso formativo vivenciado no EP. Nele, são apresentados e caracterizados os contextos da prática clínica, o enquadramento teórico que sustenta as temáticas abordadas, uma análise das competências adquiridas e a caracterização dos aspetos positivos e oportunidades de melhoria, pelo método SWOT – *strengths, weaknesses, opportunities e threats*. Este percurso permitiu uma compreensão mais aprofundada dos desafios e oportunidades da prática clínica, destacando o papel central do EEER, a par disso, é explorado o contributo de modelos conceptuais, fundamentais para sustentar uma prática baseada em evidência. Será enfatizada a relevância de conceitos como a capacitação, que engloba conceitos basilares, como a autonomia e independência, essenciais na matéria da reabilitação. Estes conceitos são particularmente importantes para a compreensão do trabalho do EEER na capacitação da pessoa com LVM, mas também em todas as pessoas a quem foram prestados cuidados em colaboração com os respetivos orientadores de estágio. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), o EEER desempenha um papel essencial na conceção e implementação de planos de intervenção individualizados, na monitorização e prevenção de complicações, na capacitação da pessoa e cuidadores e no suporte ao processo de transição para a vida pós-hospitalar, alinhando-se com os mais elevados padrões de qualidade. A estrutura do relatório também inclui uma análise teórica sobre a LVM,

realizando uma revisão do que melhor a literatura nos diz, abordando as alterações funcionais ou limitações no autocuidado. Este enquadramento teórico fundamentou a conceção de planos de cuidados, visando a promoção de ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER, sempre em alinhamento com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER. De igual relevância, é realizada uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas. Este processo, que integra tanto a dimensão técnica quanto a humana da prática da ER, representa um marco no crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeiro especialista e mestre.

O presente relatório tem como objetivo principal demonstrar as competências de EEER adquiridas por meio de vivências e explanar o percurso enquanto estudante do mestrado de ER ao longo do EP. Procura também aprofundar os conhecimentos técnico-científicos relacionados com a pessoa com LVM e quais os cuidados de ER mais adequados em cada situação clínica, olhando para a prática do cuidar como um conceito amplo que inclui a vertente técnica, mas também uma relação terapêutica que inclua a família.

Para concretizar este objetivo, o raciocínio clínico de ER foi fundamentado em modelos conceptuais, que orientaram a sistematização e a elaboração de planos de cuidados especializados. Os modelos selecionados serão a Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem, e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis. Estas teorias forneceram a base para compreender e intervir no processo de capacitação da pessoa, considerando tanto as suas necessidades de

autocuidado, preservando a autonomia e promovendo a independência, bem como as transições de saúde-doença, sobretudo numa fase aguda ou pós-aguda limitante.

A temática central delineada para este relatório – “A Intervenção Do Enfermeiro De Reabilitação Com A Pessoa Com Lesão Vertebral Medular” – reflete um interesse pessoal e profissional profundo. Este interesse surge da necessidade de explorar e empreender os cuidados de ER às pessoas com LVM, tipologia essa que caracterizava o serviço onde ocorreu o EP. Contudo, não só pela necessidade de aprendizagem intrínseca ao estágio, mas também pelo especial gosto que foi sendo desenvolvido ao cuidar da pessoa com LVM, pela sua complexidade, polivalência e exigência inerentes. Estes factos fizeram com que fosse exigido o melhor do estudante, enquanto aprendiz, enfermeiro generalista e futuro EEER.

Por fim, este relatório foi elaborado em conformidade com as normas da *American Psychological Association* (7ª edição).

ANÁLISE DOS CONTEXTOS

Conforme mencionado anteriormente, a prática clínica realizada ao longo do Mestrado em ER foi composta por duas etapas principais: o Estágio de Reabilitação na Comunidade e o EP em contexto hospitalar. Estes estágios tiveram como propósitos fundamentais: contextualizar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso numa prática de cuidados diferenciada na área da reabilitação em ambiente hospitalar; aplicar e integrar os saberes e a capacidade de análise na resolução de problemas em cenários novos e de elevada complexidade na prática clínica de ER; aprofundar competências relacionadas com a conceção, gestão e supervisão de cuidados; fomentar o espírito crítico sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais inerentes à prática; consolidar e evidenciar competências de avaliação e intervenção clínica na área de ER, bem como de supervisão de outros profissionais, promovendo o desenvolvimento de aprendizagens; comunicar de forma clara e eficaz informações, ideias, problemas e soluções, assegurando a continuidade dos cuidados e a integração das melhores evidências disponíveis; e aplicar os conhecimentos e habilidades necessárias para concretizar o plano de desenvolvimento profissional e elaborar o relatório de estágio, totalizando 530 horas de prática clínica.

A prática clínica decorreu ao longo de 2024, partilhada por quatro contextos distintos. Os dois primeiros ocorreram integrados no estágio em contexto comunitário, sendo que um desenvolveu-se num programa de mobilidade internacional (*Blended Intensive Program – Erasmus +*) e o outro no seio de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados

(ECCI). Enquanto o terceiro e o quarto decorrem em duas instituições hospitalares, de duas Unidades Locais de Saúde (ULS) diferentes, da área da grande Lisboa. A diversidade dos contextos clínicos proporcionou uma ampla exposição a diferentes realidades de cuidados, favorecendo o aprofundamento das competências desejadas e estipuladas.

CONTEXTO COMUNITÁRIO

O estágio na vertente comunitária foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) situada na área metropolitana de Lisboa, estabelecida a 23 de agosto de 2011. Esta unidade abrange a totalidade do concelho onde se insere, abrangendo uma área de 317 km² e servindo uma população de 137.550 habitantes, de acordo com os Censos de 2021. Segundo o Ministério da Saúde (2024), no Regulamento Interno desta instituição, a sua missão principal consiste na prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, com especial enfoque nas pessoas e grupos mais vulneráveis ou em situação de maior risco, dependência física, funcional ou de doença que exija acompanhamento próximo. A atuação da UCC inclui ainda a educação para a saúde e a integração em redes de apoio familiar. Desde novembro de 2023, a UCC foi integrada numa ULS, resultado da fusão entre o hospital de referência local e o Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 102/2023, a criação das ULS visa qualificar a resposta do SNS, promovendo maior articulação entre as equipas de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários. Este modelo procura simplificar processos, melhorar a experiência das pessoas nos percursos entre diferentes níveis de cuidados, aumentar a autonomia de gestão e fomentar a participação dos cidadãos, comunidades, profissionais e autarquias na formulação, monitorização e avaliação das políticas de saúde, otimizando o acesso e a eficiência do SNS.

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, assistentes sociais, técnicos administrativos, assistentes operacionais, psicólogos e fisioterapeutas, não dispondo, atualmente, de médico na sua estrutura. A equipa de enfermagem está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e organiza-se em grupos de trabalho de acordo com as áreas de intervenção: a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a Equipa de Saúde Escolar e a Equipa de Intervenção Comunitária. Esta última conta com elementos comuns à ECCI e à Equipa de Saúde Escolar, mas também profissionais exclusivos da intervenção comunitária, como representantes da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, ou responsáveis por programas como a Preparação para a Parentalidade.

Conforme o Ministério da Saúde (2024), um dos principais âmbitos de atuação para esta equipa de enfermagem baseia-se na visitação domiciliária, com foco na prevenção da doença, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Este trabalho é realizado

no âmbito de diversos programas, incluindo a ECCI, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde Infantil, Saúde Materna, Projeto Transição Segura e o Projeto Cuidar do Idoso em Risco. A área específica de ER conta com três enfermeiros especialistas, embora apenas dois estejam atualmente em atividade. A prática é centrada na intervenção de reabilitação à pessoa e família por meio de visitas domiciliárias, atendendo até 40 pessoas, distribuídos equitativamente. A maioria das pessoas é idosa, apresentando agravamento do grau de dependência, muitas vezes após alta hospitalar por patologia ou intervenção ortopédica.

O processo de admissão das pessoas na equipa de ER inicia-se pela referenciação à RNCCI, seguida da triagem pela coordenação da ULS. A primeira consulta inclui uma avaliação inicial das necessidades da pessoa e do cuidador/família, onde são definidos objetivos com base nos focos da ER, potencial de recuperação, condições habitacionais, capacidade socioeconómica e expectativas da pessoa e cuidador. Depois de formalizado o consentimento informado, é colhida a história clínica, regime terapêutico, avaliados sinais vitais, avaliação da função respiratória, avaliação funcional, avaliação da força muscular, equilíbrio corporal, adesão ao regime terapêutico e autocuidado. Para isso são utilizadas escalas de avaliação específicas, como a Escala de *Lower*, Escala de *Barthel* e o *Medical Research Council*, Medida de Independência Funcional ou Escala de Equilíbrio de *Berg*. Deste modo é possível desenvolver um plano de cuidados individualizado, que é descrito pelas diferentes especialidades nas ferramentas da RNCCI, como o Plano Individual de Intervenção (PII) e no sistema de registos clínicos SClínico®. A realçar que, na transversalidade de todos os

Enfermeiros, estes registos clínicos são realizados fazendo uso de linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Também a dizer que, semanalmente, ocorre uma reunião da equipa multidisciplinar, na qual se discutem os ganhos, a evolução, o plano para o futuro de cada uma das pessoas.

Segundo o Ministério da Saúde (2023), na Carta de Compromisso da instituição, entre os 121.660 inscritos na UCC, 56% são dependentes, dos quais 33,67% são idosos. Adicionalmente, 21,5% da população total corresponde a pessoas com mais de 65 anos (26.207 pessoas). Este cenário reflete o impacto do envelhecimento populacional, que, segundo Gomes (2019), está associado a alterações no sistema visual, sistema nervoso central, sistema cardiovascular e sistema músculo-esquelético, resultando em défices de equilíbrio, atrofia e fraqueza muscular, além de alterações cognitivas. Como destaca Fernandes, Sá e Nabais (2020), a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 28% e 42% das pessoas com mais de 64 anos sofrem quedas anualmente, sendo que mais de 37 milhões recorrem a serviços de saúde devido a essas ocorrências, das quais 424.000 resultam em óbitos.

Dado que a tipologia predominante das pessoas da UCC inclui idosos com dependência agravada nas AVD após hospitalização, é essencial implementar intervenções direcionadas às suas necessidades específicas. Entre os programas em execução pela UCC estão o Projeto Cuidar do Idoso em Risco e o Acompanhamento a Pessoas e Famílias Vulneráveis. Na área da ER, destaca-se ainda o programa de Reabilitação Facial Motora, inserido na Carta de Compromisso.

Apesar de não constar formalmente no Regulamento Interno ou na Carta de Compromisso da instituição, em articulação com a enfermeira supervisora, utilizou-se a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e da Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF). Estas ferramentas padronizadas constituem um referencial importante para a descrição das condições de saúde e são especialmente úteis no contexto da ER.

Nesta unidade, os EEER desempenham funções que abrangem tanto as suas proficiências específicas como as gerais, principalmente quando é necessário garantir a continuidade dos cuidados às pessoas com outro tipo de afeções, como o exemplo de tratamento de feridas. Até porque, segundo a Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (p.99), no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, “o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

CONTEXTO DE MOBILIDADE INTERNACIONAL

No âmbito do estágio em contexto comunitário, foi possível integrar um programa de mobilidade internacional promovido pela *University of Applied Science*, localizada em *Tarnów*, Polónia. Este programa, estruturado como um Programa Intensivo Misto (BIP), combinou sessões online e presenciais. O tema central foi “*Intercultural*

differences in perceiving the human body through reflection on body posture and body-mindfulness” – “Diferenças interculturais na percepção do corpo humano através da reflexão sobre a postura corporal e a consciência corporal”.

A ESSATLA foi convidada a participar no programa e, para tal, organizou um concurso de seleção, através do qual foram escolhidos 10 participantes: 5 estudantes do curso de licenciatura em Fisioterapia, e 5 estudantes do curso de Mestrado em ER. Os restantes participantes no programa eram estudantes do curso de licenciatura em enfermagem de Malta e Hungria, mas também um grupo de 5 estudantes de mestrado em Engenharia de uma faculdade de Lisboa.

Os objetivos estabelecidos para este programa foram:

Aumentar a autoconsciência sobre a postura corporal: promover a autoconsciência em relação à postura corporal individual, explorando níveis de aceitação ou preconceitos e analisando o impacto destes fatores na saúde física e mental, no estado emocional e nas interações interpessoais e interculturais.

Avaliar e interpretar a postura corporal: desenvolver competências específicas para avaliar e interpretar diferentes posturas corporais, reconhecendo as nuances culturais que influenciam o significado subjacente a essas posturas.

Refletir criticamente sobre a percepção da postura corporal: estimular a reflexão crítica sobre preconceitos pessoais e culturais associados à postura corporal, bem como sobre a linguagem utilizada para descrever

posturas e formas corporais, aprofundando a compreensão de como os contextos culturais moldam as percepções individuais.

Promover empatia e respeito: fomentar a empatia e o respeito por perspectivas culturais distintas relativamente à postura corporal, reconhecendo a sua relevância na comunicação e nas dinâmicas interpessoais, especialmente entre pessoas de diferentes idades.

De modo a atingir estes objetivos o programa foi organizado, primeiramente, em 2 sessões *online* de introdução e apresentação dos conceitos base para posteriormente facilitar as restantes atividades.

- Introdução: O que é a postura, a sua importância para o bem-estar, e as diferenças culturais na percepção da postura corporal.
- Introdução: As técnicas básicas de avaliação da postura, explorando a ligação corpo-mente também num contexto cultural.

Durante o período que vai entre 20 e 24 de maio de 2024, já em modelo presencial, realizaram-se 5 sessões, distribuídas pelos diferentes dias, com uma duração de 4 horas cada, com os seguintes temas:

- *Workshops* práticos de avaliação da postura (incluindo trabalho corporal manual);
- Exploração da autoconsciência sobre a postura;
- *Workshops* interativos sobre avaliação e interpretação de posturas em diferentes culturas;
- Discussões sobre diferenças linguísticas na comunicação de necessidades relacionadas com a postura e informações sobre postura (ex.: diagnóstico de posturas incorretas);

- Cenários de *role-play* para aplicar linguagem culturalmente sensível em diferentes situações, oferecendo reflexões e *feedback* sobre avaliação da postura e consciência corporal.

Por fim, realizou-se uma reunião final de reflexão e *feedback*, novamente em modelo *online*:

- Reflexões dos estudantes sobre as interações das diferenças culturais, cujo conhecimento ajuda a compreender como diferentes sociedades percebem e interpretam a postura corporal e o corpo humano em geral;
- Compreensão da importância da postura corporal para a saúde física e o bem-estar mental, demonstrando a capacidade de perceber a postura corporal de uma pessoa como fonte de informação não verbal.

CONTEXTOS HOSPITALARES

SERVIÇO DE CUIDADOS À PESSOA COM PATOLOGIA DA COLUNA

O Serviço de Cuidados à Pessoa com Patologia da Coluna (SCPPC), integrado numa ULS da região de Lisboa, é dedicado ao acompanhamento e tratamento de pessoas com patologia vertebro-medular. A unidade foi alvo de uma profunda reestruturação, culminando na sua reinauguração, a 8 de maio de 2023, como um Centro de Responsabilidade Integrado. Esta transformação envolveu

não só a remodelação das instalações, mas também alterações na equipa de enfermagem, incluindo a permuta no enfermeiro gestor e a integração de enfermeiros especialistas em reabilitação provenientes de áreas como a Neurologia, Neurocirurgia e Urologia.

A unidade dispõe de recursos físicos, humanos e tecnológicos que permitem atender até 19 pessoas, distribuídas por 7 quartos completamente equipados. Cada quarto possui computador funcional e secretária, facilitando o acesso aos processos clínicos e a realização de registos, enquanto se mantém a proximidade e vigilância necessária. A infraestrutura inclui ainda uma sala para armazenamento e preparação de medicamentos, uma sala de enfermagem equipada para passagens de turno e registos clínicos, uma sala de médicos, espaços de armazenamento para material tecnológico e de reabilitação, três chuveiros adaptados para cadeiras higiénicas, uma sala de banho com maca-banheira e quatro casas de banho adaptadas.

Os equipamentos de reabilitação disponíveis incluem cadeiras de rodas de espaldar alto, uma cadeira de rodas elétrica, halteres (0,5, 1 e 2 kg), bastões, andarilhos, canadianas, espirómetros de incentivo, um *cough assist*, elevadores de transferência, tábuas de transferências, talheres com cabo engrossado, pratos com rebordo, almofadas de posicionamento, um plano inclinado, duas macas tipo *Stryker* e um *standing frame* para suporte em situações específicas de pessoas com LVM.

A equipa de enfermagem é composta por 12 enfermeiros especialistas, dos quais 10 possuem especialização em ER. Quando a disponibilidade

de recursos humanos permite, os EEER realizam turnos de 12 horas, desempenhando tanto funções especializadas em reabilitação quanto de coordenação do serviço. No entanto, duas EEER encontram-se em regime de horário reduzido, não exercendo funções nestes turnos afetos à Reabilitação. A equipa integra ainda um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e outro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o que contribui para uma abordagem interdisciplinar abrangente.

O corpo clínico inclui médicos especializados em Ortopedia e Neurocirurgia, bem como uma equipa de Medicina Interna que presta suporte nas necessidades específicas das pessoas. Além disso, o serviço conta com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais afetos, bem como acesso a especialistas de diversas áreas, como Psicologia, Nutrição, Otorrinolaringologia e Urologia, através da integração na ULS.

O SCPPC caracteriza-se por uma abordagem holística e centrada na pessoa, com reuniões multidisciplinares semanais para discutir os planos de cuidados. Estas reuniões contam com a presença do Diretor Clínico, do Enfermeiro Gestor, do EEER em serviço, dos médicos assistentes, do fisioterapeuta e do assistente social, assegurando a individualização das intervenções e a coesão entre as diferentes disciplinas.

Uma iniciativa inovadora da unidade é a Consulta Telefónica de Enfermagem de Reabilitação. Este serviço consiste no contacto telefónico realizado pelo EEER no 1º e nos 30º dias após a alta hospitalar. Durante estas consultas, são abordados o estado geral da

peessoa, a adesão ao regime terapêutico, dúvidas relacionadas com cuidados à ferida ou material cirúrgico, hábitos de exercício físico, a adaptação ao regresso a casa, as restrições de movimentos e outras questões pertinentes.

Além disso, os EEER têm a responsabilidade semanal de contabilizar os estupefacientes e verificar o *stock* medicamentoso, incluindo fármacos, soros e solutos. Esta tarefa assegura a gestão eficaz dos recursos, evitando qualquer constrangimento no fornecimento de materiais essenciais para o cuidado.

HOSPITAL DE DIA DE INFECCIOLOGIA

O Hospital de Dia de Infeciologia (HDI), integrado noutra ULS na região de Lisboa, é amplamente reconhecido pela sua especialização no tratamento de patologias respiratórias complexas, com destaque para infeções provocadas por micobactérias não tuberculosas (MnT). A equipa de enfermagem é constituída por quatro EEER, sendo que uma das profissionais acumula funções como Enfermeira Gestora. Em situações de necessidade, esta também assume cuidados diretos às pessoas, garantindo uma gestão eficaz dos recursos humanos e a continuidade da assistência.

O funcionamento do HDI centra-se em sessões de treino cardiorrespiratório e técnicas de limpeza das vias aéreas, realizadas em dois ginásios equipados com dois leitos articulados, uma passadeira, uma bicicleta estática, um remo e uma elíptica. Além disso, os ginásios

dispõem de halteres de diferentes pesos, bastões e bolas suíças. Os EEER dividem-se entre os dois ginásios, onde realizam, em regime de ambulatório, as referidas sessões, procedem à colheita de amostras de expetoração, administração de antibioterapia endovenosa e nebulizações. As suas funções também abrangem a consulta externa para pessoas com MnT e o trabalho em duas enfermarias, com capacidades para 4 e 8 pessoas, respetivamente.

Na consulta externa, o EEER realiza uma avaliação somática, que inclui a monitorização de sinais vitais, revisão do regime terapêutico e dos fármacos, bem como o acompanhamento da autoadministração. Adicionalmente, avalia-se o Índice de Massa Corporal e a dispnea ao esforço. Para esta última, utiliza o Teste Sentar-Levantar de 1 minuto, seguido pela identificação do nível de dispnea através da Escala de *Borg* Modificada. Os resultados do teste, incluindo o número de repetições e o grau de dispnea reportado, são registados e analisados em conjunto com a pessoa, permitindo monitorizar a evolução, seja ela positiva ou negativa.

Nas enfermarias, os EEER concentram-se em intervenções de reabilitação respiratória para pessoas com diversas patologias do foro respiratório. Utilizando os recursos disponíveis nos ginásios, planeiam e registam as suas intervenções, documentando os ganhos obtidos e demonstrando a relevância da intervenção regular de enfermagem de reabilitação para este grupo populacional. Neste contexto, os EEER desempenham exclusivamente funções especializadas em reabilitação.

Para além do foco na especificidade do cuidado à pessoa com MnT, o HDI destaca-se pela inovação e pela busca contínua de excelência nos cuidados prestados. Os EEER da unidade estão ativamente envolvidos na elaboração de projetos, na publicação de artigos científicos e na apresentação de casos clínicos em congressos, contribuindo para aumentar a visibilidade do serviço e incentivando o investimento contínuo na melhoria da qualidade assistencial.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A compreensão e reflexão de conceitos como a capacitação, a autonomia e a independência é fundamental para o desenvolvimento de práticas em saúde holísticas e centradas na pessoa, especialmente no contexto da ER. Embora frequentemente utilizados de forma permutável, estes termos possuem nuances e diferenças que influenciam diretamente a abordagem terapêutica e a formulação de objetivos no cuidado.

Como proposto por Sousa et al. (2020), capacitar, no contexto da educação para a saúde, é um processo multidimensional que integra conhecimento, decisão e ação, promovendo o desenvolvimento contínuo de competências alicerçadas nos valores individuais. Esse processo dinâmico permite a reconstrução e adaptação dos saberes ao longo da vida, sendo influenciado por fatores sociais, culturais e religiosos, com o objetivo de fortalecer a autonomia e a eficácia na tomada de decisões em saúde (Sousa et al., 2020). Em contextos de reabilitação, a capacitação é um elemento essencial para restaurar ou maximizar as capacidades funcionais e cognitivas das pessoas. Segundo Moser et al. (2020), este conceito engloba intervenções realizadas desde a fase inicial da reabilitação, com enfoque na adaptação e no autoconhecimento da pessoa, sendo importante na re aquisição gradual de habilidades, que influenciam a realização de AVD, e na superação das

alterações impostas pela condição de saúde adquirida. Sousa et al. (2020) destacam que este conceito não se limita à aquisição de competências físicas, mas também abrange dimensões cognitivas e sociais, permitindo à pessoa enfrentar desafios de saúde de forma mais autónoma e resiliente. No âmbito da ER, a capacitação tem como objetivo último o empoderamento da pessoa para lidar com transições de saúde-doença, maximizando a sua funcionalidade e promovendo o bem-estar.

Relativamente à autonomia, esta é um conceito multidimensional que integra dimensões físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Sousa et al. (2020), descrevem autonomia como a capacidade da pessoa de gerir livremente a sua vida, tomando decisões de forma racional e consciente, de acordo com os seus valores e objetivos, garantindo a autodeterminação e a responsabilidade sobre as suas escolhas. Segundo Lima et al. (2021), a autonomia é um elemento essencial para a qualidade de vida, especialmente em populações vulneráveis, como idosos e pessoas com lesões incapacitantes. A sua promoção exige intervenções que fortaleçam tanto as capacidades físicas e cognitivas quanto a integração social e emocional. Estes mesmos autores destacam que a autonomia é central na promoção da saúde, pois permite que as pessoas exerçam o controlo sobre as suas escolhas e ações, participando ativamente na implementação de estratégias para melhorar o seu bem-estar. Além disso, o empoderamento, como subproduto do processo de capacitação, desempenha um papel crucial ao fomentar a autonomia, capacitando as pessoas a tomar decisões informadas e agir com base no conhecimento adquirido.

Ainda sobre a autonomia, Sousa et al. (2020) refere que a pessoa só pode envolver-se depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais, o que sublinha a importância da consciencialização de si como o ponto de partida num processo filosófico da tomada de decisão. Essa consciência permite à pessoa reconhecer o seu estado atual, identificar as mudanças necessárias e iniciar um processo ativo de transição. Na prática clínica, essa etapa é essencial para que o EEER possa alinhar as suas intervenções sob as perceções e objetivos da pessoa, traduzindo-se no respeito pela autonomia no cuidar. Esta lógica reforça a necessidade da criação de estratégias que promovam a reflexão e a aceitação das mudanças, enquanto se trabalha na capacitação e no empoderamento para enfrentar os desafios num processo de transição.

A independência, por sua vez, refere-se à capacidade da pessoa para realizar as atividades diárias com pouca ou nenhuma ajuda de terceiros, enquanto a autonomia diz respeito à sua capacidade de escolher como, quando e por que meios essas atividades serão realizadas, de acordo com as suas preferências (Lili et al., 2024). Enquanto a autonomia reflete a liberdade de decidir como, quando e por que realizar uma ação, a independência reflete a execução dessas escolhas de forma prática. Segundo Lili et al. (2024), a independência depende diretamente da capacidade funcional, influenciada por fatores como mobilidade e destreza física, podendo ser avaliada por instrumentos específicos, como a Medida de Independência Funcional (MIF) ou a *Spinal Cord Independence Measure* (SCIM). Estes instrumentos quantificam a autossuficiência na realização das AVD e nas atividades instrumentais

de vida diária (AIVD), conceitos basilares para a ER. A independência funcional assume, portanto, um papel primordial na recuperação e na maximização da qualidade de vida da pessoa com limitações físicas, especialmente em condições como LVM.

Embora interligados, os conceitos de capacitação, autonomia e independência possuem significados distintos que se complementam. A capacitação é o processo pelo qual a pessoa desenvolve as competências necessárias para atingir a independência e exercer a autonomia. Por sua vez, a autonomia transcende a independência ao envolver o controlo e a liberdade de escolha sobre como, quando e por que realizar determinadas atividades, enquanto a independência se limita à execução prática dessas ações. Por exemplo, uma pessoa pode ser independente na realização das AVD, mas ainda carecer de autonomia caso não tenha liberdade para decidir sobre o contexto ou os meios para as realizar, como frequentemente ocorre em situações de dependência institucional. Estes conceitos, embora distintos, são interligados e fundamentais para uma prática de saúde centrada na pessoa e na promoção da sua qualidade de vida.

Adicionalmente, o processo de capacitação descrito por Sousa et al. (2020), que combina os focos de “conhecimento” e “aprendizagem de capacidades”, reflete a abordagem integral da ER. Este modelo de intervenção não só promove a autonomia, ao capacitar a pessoa para a tomada de decisões informadas, mas também fortalece a independência funcional, ao desenvolver habilidades práticas para a realização das AVD. É relevante destacar que a capacitação transcende a pessoa, envolvendo o seu contexto familiar, social e laboral, o que

amplia o impacto das intervenções de reabilitação. Este enfoque integrador reafirma o papel essencial do EEER na promoção da inclusão social e no apoio à reinserção plena das pessoas na sociedade.

No mesmo sentido, as intervenções prescritas pelos EEER, como “ensinar sobre (...)” ou “orientar para o uso de (...)”, são fundamentais para a aquisição de conhecimentos que resultam em ganhos em saúde. Este foco no ensino e na orientação destaca-se como um pilar no empoderamento, pois possibilita que a pessoa compreenda melhor o seu contexto e adote estratégias eficazes para lidar com as limitações impostas pela doença ou deficiência (Sousa et al., 2020). Assim, o conhecimento torna-se um recurso transformador, que facilita a transição de estados de dependência para um estado de maior autonomia.

O entendimento e a aplicação integrada dos conceitos de capacitação, autonomia e independência são essenciais para uma prática clínica individualizada, especialmente no âmbito da ER. Os EEER devem ir além da recuperação física, considerando também a preservação da autonomia, o empoderamento e a capacitação contínua, de forma a promover a inclusão social e o bem-estar global das pessoas. Neste contexto, a ER assume um papel fundamental, integrando intervenções direcionadas não apenas ao desenvolvimento da capacidade funcional, mas também no fortalecimento da autonomia e na capacitação ao longo do tempo. Como enfatizam Sousa et al. (2020), esta abordagem requer um foco centrado na pessoa e uma compreensão aprofundada das transições saúde-doença, permitindo que as pessoas alcancem a máxima funcionalidade e uma qualidade de vida satisfatória. Dessa

forma, a prática clínica deve englobar estratégias que assegurem tanto a independência funcional quanto a autonomia, promovendo o empoderamento individual e a plena reinserção social.

Finalmente, a ideia de que “a aprendizagem de capacidades implica passar para ação o que se adquiriu como o empoderamento e tomada de decisão” (Sousa et al., 2020, p.67) ilustra a relação dinâmica entre teoria e prática no processo de reabilitação. A mestria na execução de AVD e AIVD não só reflete o sucesso do processo de capacitação, mas também contribui para a reformulação da identidade da pessoa, que passa a perceber-se como capaz e funcional. Essa integração de uma nova identidade é um marco de uma transição bem-sucedida, destacando o impacto positivo das intervenções direcionadas na ER.

MODELOS CONCEPTUAIS DE ENFERMAGEM

A evolução da ciência e da prática de enfermagem está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de paradigmas e teorias que moldaram e continuam a moldar a disciplina. Desde os primórdios, com o paradigma da categorização, passando pela integração, até ao mais atual paradigma da transformação, cada etapa reflete mudanças fundamentais no entendimento da saúde, do cuidar e da relação entre o enfermeiro e a pessoa. Esta transição não apenas acompanhou o progresso técnico-científico e sociocultural, mas também redefiniu o papel do enfermeiro enquanto agente autónomo de cuidado e promotor de saúde (Silva, 2002).

O paradigma da categorização, predominante no século XIX, priorizava uma visão reducionista, focada na doença como um fenómeno isolado. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem eram subordinados à medicina e orientados para o diagnóstico e tratamento, negligenciando a complexidade das experiências humanas (Ribeiro et al., 2018). Esta abordagem biomédica, embora eficaz no diagnóstico de patologias, não contemplava a pessoa na sua totalidade e complexidade.

Com o surgimento do paradigma da integração, nos anos 1950, a enfermagem evoluiu para uma abordagem mais holística, reconhecendo a pessoa como um ser bio-psico-socio-espiritual. Este paradigma, fortemente influenciado por teorias como a de Dorothea Orem, promoveu o reconhecimento da enfermagem como uma disciplina autónoma, capaz de atender às necessidades do cuidado de forma integrada e contextualizada (Ribeiro et al., 2018). Em Portugal,

esta mudança foi acompanhada por um reforço na formação e autonomia profissional, evidenciada pela criação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), em 1996, e pela fundação da Ordem dos Enfermeiros, em 1998.

O paradigma da transformação, vigente desde os anos 70, consolidou uma visão inovadora do cuidado. Aqui, a pessoa é vista como agente ativo no processo de cuidar, e os enfermeiros como parceiros corresponsáveis. Este paradigma é fortemente influenciado por teorias como a de Afaf Meleis, que coloca a transição como conceito central em enfermagem, promovendo intervenções focadas na estabilização e no bem-estar da pessoa em momentos de mudança (Ribeiro et al., 2018). Esta abordagem reflete uma evolução para uma prática que valoriza a autonomia, a individualidade e o empoderamento das pessoas.

A prática de enfermagem em Portugal, reflete um alinhamento com os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem – pessoa, saúde, ambiente e cuidado – demonstrando a relevância de modelos como o de Afaf Meleis na orientação profissional (Ribeiro et al., 2018). Apesar disso, permanece o desafio de integrar plenamente estas teorias na prática, superando resistências e promovendo uma enfermagem mais sistematizada e intencional.

Portanto, a enfermagem evoluiu significativamente desde os seus primórdios, passando de uma prática centrada na doença para uma abordagem holística e transformadora, baseada em teorias e paradigmas robustos. Este progresso é essencial para garantir cuidados

humanizados, eficazes e centrados na pessoa, refletindo o compromisso contínuo da profissão com a excelência e a inovação.

TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO

A teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem constitui uma das contribuições mais relevantes para a enfermagem contemporânea, estruturando os cuidados em torno da relação entre a capacidade individual para o autocuidado e as necessidades terapêuticas específicas de cada pessoa. Esta teoria compreende três subteorias interligadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Juntas, elas oferecem uma base teórica e prática sólida para a intervenção do enfermeiro, delineando estratégias de cuidado adaptadas às necessidades da pessoa (Orem, 1991)

A teoria do autocuidado descreve a capacidade das pessoas para cuidarem de si mesmos, de forma a manter a vida, promover a saúde e assegurar o bem-estar. Segundo Orem (1991), o autocuidado é uma função humana aprendida, deliberada e contínua, que deve ser desempenhada para atender às necessidades fundamentais. Essas necessidades incluem os chamados requisitos universais de autocuidado, que abrangem a ingestão adequada de alimentos e água; o equilíbrio entre atividade e repouso; a eliminação; a prevenção de perigos e a promoção do desenvolvimento humano no contexto social. Além dos requisitos universais, Orem (1991) identifica os requisitos de

desenvolvimento, que envolvem as mudanças ao longo do ciclo de vida e os desafios que surgem em diferentes estádios de crescimento e maturação. Por fim, os requisitos de desvio de saúde, que emergem em situações de doença ou incapacidade, exigindo alterações no autocuidado, como a adaptação a uma nova condição física ou psicológica (Orem, 1991, citado em George, 2000; Marriner-Tomey & Alligood, 2002).

Para Orem (1991), o conceito de autocuidado está intrinsecamente relacionado à ideia de ação deliberada. As pessoas são vistas como agentes ativos, responsáveis por regular o seu funcionamento e desenvolvimento humano. No entanto, fatores condicionantes básicos, como a idade, o género, o estado de saúde, o contexto sociocultural e a disponibilidade de recursos, podem influenciar a capacidade para o autocuidado. Quando esses fatores limitam ou comprometem a capacidade de uma pessoa para cuidar-se, surge o défice de autocuidado (Orem, 1991).

A teoria do défice de autocuidado é o núcleo da teoria geral de Orem e especifica quando a enfermagem se torna necessária. Esta necessidade é identificada quando a pessoa ou os seus cuidadores não conseguem satisfazer as exigências do autocuidado de forma eficaz ou contínua. Este défice pode ser parcial ou total, dependendo do grau da incapacidade ou das condições gerais da pessoa. Orem (1991) descreve que a enfermagem é necessária em situações em que o autocuidado está comprometido devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais. Por exemplo, pessoas em estado comatoso ou com limitações físicas incapacitantes, relacionadas com uma LVM, podem

apresentar défices totais de autocuidado (Orem, 1991, citado em Marriner-Tomey & Alligood, 2002).

Nesta teoria, Orem (1991) identifica cinco métodos de ajuda que podem ser aplicados pelo enfermeiro para atender às necessidades da pessoa: agir ou fazer pela pessoa; guiar ou orientar; providenciar apoio físico ou psicológico; criar e manter um ambiente favorável ao seu desenvolvimento pessoal; e instruir. Esses métodos refletem a natureza multifacetada da prática em enfermagem, que não apenas responde às necessidades imediatas, mas também promove a sua autonomia e bem-estar. A teoria do défice de autocuidado destaca a importância de compreender as necessidades individuais de cada pessoa, adaptando as intervenções de enfermagem no sentido de atender a essas necessidades da forma mais individualizada possível.

Por sua vez, a teoria dos sistemas de enfermagem descreve como as necessidades do autocuidado da pessoa podem ser consideradas através de diferentes níveis de intervenção por parte do enfermeiro. Esses níveis estão organizados em três sistemas: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação. Conforme estabelecido por Orem (1991), no sistema totalmente compensatório, o enfermeiro assume a responsabilidade total pelo cuidado, tendo em conta que a pessoa é incapaz de realizar qualquer ação para autocuidar-se, como no caso da LVM. No sistema parcialmente compensatório, tanto o enfermeiro quanto a pessoa partilham a responsabilidade pelo cuidado (Orem, 1991). Este sistema é frequentemente aplicado em situações em que a pessoa tem capacidades limitadas, mas é parte integrante no seu autocuidado, com

o apoio apropriado. Finalmente, no sistema de apoio-educação, o enfermeiro atua como um facilitador, educando, orientando e capacitando a pessoa para que esta desenvolva ou recupere a sua capacidade no autocuidado (Orem, 1991). Este sistema é particularmente relevante em contextos de prevenção e gestão de doenças crónicas, onde o envolvimento ativo da pessoa é fundamental para alcançar resultados de saúde positivos e desejáveis (Orem, 1991).

Já enquadrando a teoria de Orem nos paradigmas de enfermagem, esta está alinhada predominantemente com o paradigma da integração e, em menor escala, com o paradigma da transformação, a teoria de Orem percebe a pessoa como agente ativo no seu processo de saúde, mas reconhece que, em situações de limitação, precisará de apoio do enfermeiro. Esta visão destaca-se por transcender o paradigma da categorização, que tradicionalmente restringia a pessoa a um conjunto de sintomas isolados, promovendo, em vez disso, uma abordagem holística e colaborativa, que é característica dos paradigmas mais recentes da disciplina (Ribeiro et al., 2018; Silva, 2002).

O paradigma da integração, reorientou a enfermagem para uma visão global do ser humano, considerando as dimensões bio-psico-socio-espirituais. A teoria de Orem contribuiu significativamente para essa transição ao identificar o autocuidado como uma função essencial para a manutenção da saúde e ao enfatizar a necessidade de intervenção de enfermagem no caso de défices nessa capacidade. Este enfoque reflete a evolução da prática de enfermagem para um modelo centrado na pessoa como um todo, contrastando com a fragmentação típica do

paradigma biomédico predominante para a época (Marriner-Tomey & Alligood, 2002).

Este paradigma valoriza uma relação de parceria entre enfermeiro e a pessoa, promovendo a autonomia e a autodeterminação. A proposta de Orem de que o enfermeiro atua como facilitador, educador e apoio, reflete diretamente esses princípios, ao incentivar o desenvolvimento ou recuperação da capacidade para o autocuidado (Ribeiro et al., 2018).

No contexto contemporâneo, esta perspectiva é especialmente relevante valorizando o envolvimento da pessoa nas decisões da sua saúde e no planeamento do cuidado. No entanto, a implementação prática deste princípio ainda enfrenta barreiras significativas, incluindo resistências culturais e institucionais que perpetuam práticas baseadas no paradigma biomédico (Ribeiro et al., 2018). Para superar esses desafios, é importante investir na formação contínua e na promoção de uma cultura que valorize os fundamentos teóricos na prática de enfermagem.

Em Portugal, o conceito de autocuidado tem ampla aceitação, especialmente no contexto da ER, onde a promoção da autonomia e o desenvolvimento da independência são objetivos centrais. No entanto, desafios persistem, como a resistência de alguns enfermeiros à aplicação de modelos teóricos e dificuldades na integração desses conceitos na prática clínica diária (Ribeiro et al., 2018). Para enfrentar essas barreiras, é fundamental sensibilizar os profissionais para a relevância das teorias na fundamentação da prática e investir na formação contínua, como a especialização em enfermagem.

Finalizando, a integração destes conceitos permite uma prática de enfermagem sistemática, intencional e centrada na pessoa, que reconhece e valoriza as suas capacidades, limitações e necessidades. Além disso, a teoria de Orem enfatiza a importância da relação enfermeiro-pessoa, baseada na confiança, respeito e colaboração, como elementos essenciais para o sucesso das intervenções de enfermagem.

TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A realidade do cuidar em enfermagem é inerentemente complexa, marcada pela diversidade de contextos, experiências individuais e necessidades específicas das pessoas. Nenhuma teoria, isoladamente, consegue abarcar todas as nuances e particularidades que emergem no campo prático, sendo que cada modelo teórico é uma aproximação da realidade. Por essa razão, a abordagem do cuidado não deve restringir-se a uma única perspectiva, mas integrar diferentes teorias que complementem a compreensão e a intervenção do enfermeiro. Neste contexto, será utilizada a teoria do autocuidado, de Dorothea Orem, como base para identificar e suprir os défices de autocuidado, promovendo a autonomia e o bem-estar das pessoas. Simultaneamente, será aplicada a teoria das transições, de Afaf Meleis, que amplia a visão do cuidar ao focar-se nos processos de mudança vivenciados pelas pessoas, reconhecendo as suas vulnerabilidades e capacitando-as para alcançar a estabilidade e a adaptação nos

momentos de transformação. A conjugação destas teorias permitirá uma abordagem holística, individualizada e dinâmica, próxima das exigências e complexidades da prática em enfermagem.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é uma abordagem inovadora que amplia o entendimento das experiências na mudança, vivenciadas por pessoas, famílias e comunidades, particularmente no contexto da saúde-doença. Ao refletir sobre esta teoria, é evidente a sua relevância para a prática de enfermagem em diferentes contextos.

Afaf Meleis destaca que as transições não são apenas eventos, mas processos dinâmicos que começam antes do momento da mudança e podem prolongar-se até que a pessoa atinja um estado de estabilidade ou mestria. Estes processos são influenciados por fatores individuais, comunitários ou organizacionais, como o apoio social, as condições socioeconómicas e as interações entre o enfermeiro-pessoa (Smith & Parker, 2015). Assim, a teoria propõe um modelo holístico, no qual as dimensões física, emocional, cultural e espiritual da pessoa são consideradas no planeamento e na implementação das intervenções de enfermagem.

Um dos pressupostos centrais da teoria é que os enfermeiros devem facilitar as transições, ajudando as pessoas a adaptar-se a novas realidades, a adquirir novas competências, alcançando um estado de bem-estar suportado. Por exemplo, num cenário clínico, uma pessoa diagnosticada com uma limitação crónica secundária a uma LVM, enfrentará múltiplas transições, desde o diagnóstico inicial até a gestão contínua da patologia. A teoria das transições fornece ferramentas para

que os enfermeiros planeiem intervenções centradas na pessoa, promovendo não apenas a estabilidade clínica da doença, mas também a adaptação psicológica e social (Chick & Meleis, 1986).

A teoria das transições de Afaf Meleis insere-se no paradigma da transformação, refletindo a evolução do pensamento disciplinar e da prática da profissão. Este paradigma valoriza a pessoa como um ser único e dinâmico, em interação contínua com o ambiente, destacando-se pelo ênfase no processo de "ser com a pessoa" e reconhecendo-a como agente ativo nas decisões que afetam a sua saúde e bem-estar (Silva, 2002). Este alinhamento é evidente na proposta de Meleis, que coloca a transição como conceito central em enfermagem, indo além de mudanças fisiológicas ou de diagnósticos, para abarcar experiências subjetivas e contextuais associadas à adaptação a eventos significativos na vida, como o diagnóstico de doenças crónicas (Ribeiro et al., 2018).

Esta teoria reflete uma mudança gradual da lógica de "fazer pela pessoa" para "fazer com a pessoa", em que o enfermeiro atua como facilitador dos processos de transição, promovendo a adaptação e a estabilidade a um novo contexto. Esta abordagem está alinhada com o paradigma da transformação, que reconhece a saúde como uma experiência subjetiva e vivida, envolvendo a integração do ser humano e do ambiente (Ribeiro et al., 2018). Além disso, a teoria das transições alinha-se com a evolução da enfermagem em Portugal, onde se verifica uma maior valorização de abordagens holísticas e centradas na pessoa, como evidenciado pela harmonia dos profissionais de enfermagem com os conceitos metaparadigmáticos propostos por Meleis (Ribeiro et al., 2018).

Ao considerar as transições como processos dinâmicos, a teoria também se enquadra na tradição disciplinar da enfermagem de responder às complexas interações entre os fatores físicos, emocionais, culturais e sociais que moldam as experiências das pessoas (Silva, 2002). Este avanço é particularmente relevante no contexto contemporâneo, onde as exigências por cuidados integrados e humanizados são cada vez maiores.

Portanto, a teoria das transições complementa os paradigmas dominantes da enfermagem atual, mas também reforça a importância de intervenções baseadas na evidência, que considerem a totalidade das experiências humanas na mudança. A sua aplicação na prática contribui para uma enfermagem centrada na pessoa, alinhada com os valores fundamentais da disciplina.

A PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

A coluna vertebral é uma estrutura fundamental do corpo humano, sendo responsável por garantir a estabilidade e flexibilidade necessárias para o movimento, além de desempenhar um papel essencial na proteção da medula espinhal. Esta estrutura anatômica complexa é composta por um eixo ósseo formado por vértebras, discos intervertebrais e estruturas adjacentes, que colaboram para sustentar o peso corporal e permitir o movimento (Ferreira et al., 2016; VanPutte, Regan, & Russo, 2016).

A coluna vertebral é constituída por 33 vértebras, que se encontram organizadas em regiões distintas: sete vértebras cervicais, doze torácicas, cinco lombares, cinco sagradas, estas últimas fundidas, a formar o sacro, e quatro vértebras coccígeas que formam o cóccix (Ferreira et al., 2016). Esta organização segmentada confere à coluna características únicas, como a sua capacidade de absorver choques e realizar movimentos em múltiplos planos. Além disso, a presença de curvaturas fisiológicas – lordose cervical, cifose torácica e lordose lombar – contribui para a eficiência biomecânica, permitindo uma melhor distribuição das forças aplicadas durante AVD (VanPutte et al., 2016).

Cada vértebra apresenta uma estrutura característica composta pelo corpo vertebral, responsável pela sustentação do peso, e pelo arco vertebral, que protege a medula espinhal ao delimitar o canal vertebral. Entre as vértebras encontram-se os discos intervertebrais, compostos por um núcleo pulposo e um anel fibroso, que atuam como

amortecedores ao minimizar os impactos mecânicos sofridos pela coluna (Ferreira et al., 2016; VanPutte et al., 2016). É relevante destacar que a funcionalidade da coluna depende da interação entre essas estruturas ósseas e os tecidos moles, como ligamentos e músculos, os quais garantem estabilidade e mobilidade.

A medula espinhal, localizada no interior do canal vertebral, é a principal via de comunicação entre o cérebro e o restante corpo, desempenhando um papel crucial na transmissão de informações sensoriais e motoras (Ferreira et al., 2016). Estendendo-se do forame magno até ao nível da segunda vértebra lombar, a medula apresenta uma organização segmentar, com 31 pares de nervos espinais que emergem através dos forames intervertebrais (VanPutte et al., 2016). Estas estruturas nervosas estão organizadas em raízes dorsais, que transmitem informações sensoriais ao sistema nervoso central, e raízes ventrais, responsáveis pela condução de comandos motores para os músculos e glândulas.

A morfologia da medula espinhal varia ao longo da sua extensão, apresentando duas dilatações principais: o cervical e o lombossacral, que correspondem às regiões de maior densidade de neurónios associados à inervação dos membros superiores e inferiores, respetivamente (VanPutte et al., 2016). A porção inferior da medula, conhecida como cone medular, termina em fibras nervosas que formam a cauda equina, as quais se prolongam no canal vertebral até aos níveis sacral e coccígeo (Ferreira et al., 2016).

A coluna vertebral também é composta por elementos funcionais adicionais, como os ligamentos longitudinais e interespinhosos, que asseguram a coesão estrutural, e os músculos paravertebrais, que fornecem suporte dinâmico. Estes componentes são essenciais para a realização de AVD e para a manutenção da postura (VanPutte et al., 2016).

Assim, a estrutura e anatomia da coluna vertebral refletem uma complexa interação entre componentes ósseos, cartilagíneos, musculares e nervosos, que trabalham em sinergia para garantir a funcionalidade e proteção desta região tão vital. A compreensão detalhada da sua organização é imprescindível para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes, especialmente no contexto da reabilitação (Ferreira et al., 2016; VanPutte et al., 2016).

De acordo com Cerezetti (2012), a LVM é uma patologia caracterizada pela insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, resultante da interrupção das vias nervosas motores e sensoriais, podendo causar alterações nas funções motoras e défices sensitivos, superficiais e profundos, nos segmentos corporais situados abaixo do nível da lesão, bem como alterações viscerais, autonómicas, disfunções vasomotoras, esfínterianas, sexuais e tróficas. As manifestações clínicas dependem do nível e do grau da lesão, podendo ser de causa traumática ou não. As traumáticas, habitualmente são decorrentes de acidentes de automóvel, ferimentos por armas de fogo ou quedas, no caso das não traumáticas, estas podem ser secundárias a tumores, infeções, alterações vasculares, malformações e processos degenerativos ou compressivos. A instalação das manifestações clínicas

pode ocorrer de forma abrupta ou progressiva e podendo ir desde paralisia, anestesia abaixo do nível da lesão, ausência de reflexos intestinal e genital ou alterações na termorregulação.

Tal como descrito por Gondim et al. (2016), as LVM apresentam dor no local da lesão como um sintoma clássico, embora a ausência de dor não descarte completamente o diagnóstico. Conforme os autores, a associação frequente das LVM com traumas cerebrais e sistémicos pode dificultar a identificação e o tratamento inicial, influenciando negativamente o prognóstico.

Em função do que afirmam Gondim et al. (2016), uma LVM é considerada incompleta quando funções motoras ou sensitivas persistem mais de três segmentos abaixo do nível lesional. Por outro lado, as lesões completas carecem de qualquer função motora ou sensorial abaixo desse nível. Os autores destacam que aproximadamente 3% dos casos inicialmente classificados como completos podem apresentar recuperação parcial em 24 horas, mas a ausência de progressos após 72 horas confirma a gravidade.

A classificação das lesões segue a escala da American Spinal Injury Association (ASIA) (ANEXO I). Explicando-a, Gondim et al. (2016) descrevem as lesões completas (grau A) como a ausência total de funções motoras e sensitivas abaixo do nível da lesão, frequentemente acompanhadas de priapismo, hipotensão e bradicardia. Já as lesões incompletas (graus B a D) variam desde preservação sensorial sem função motora (B) até funções motoras parcialmente preservadas, com diferentes graus de força muscular (C e D). Por fim, o grau E indica

ausência de lesão medular, com preservação integral das funções motoras e sensitivas.

Relativamente às síndromes medulares Gondim et al. (2016) referem que as síndromes medulares resultam de lesões, que podem ser completas ou incompletas, sendo estas últimas mais comuns. A síndrome de transecção medular completa, frequente em lesões cervicais altas, apresenta quadriplegia, anestesia abaixo do nível da lesão, choque neurogénico e disfunções autonómicas como retenção urinária e hipotensão. Na fase subaguda, é comum o surgimento de espasticidade e hiperreflexia devido à perda do controlo descendente das vias motoras. A disreflexia autonómica, marcada por descargas simpáticas incontroladas, pode emergir em casos crónicos, acarretando riscos como hipertensão grave e hemorragias intracranianas (Gondim et al., 2016).

Gondim et al. (2016), referem também que outras síndromes incluem a síndrome do corno anterior, caracterizada pela paralisia e pela perda da sensibilidade dolorosa e térmica, enquanto funções como a propriocepção permanecem intactas. A síndrome do canal central envolve perda sensitiva, afetando principalmente os membros superiores. A síndrome de Brown-Sequard, menos comum, combina paralisia ipsilateral com perda contralateral da sensibilidade térmica e dolorosa. Por fim, lesões da cauda equina e cone medular comprometem funções esfinterianas e motores inferiores, frequentemente associadas a condições inflamatórias ou infecciosas (Gondim et al., 2016).

Relativamente ao tratamento cirúrgico para as LVM agudas, este foca-se na estabilização da coluna, redução de luxações e descompressão dos elementos neurais. (Godim et al., 2016) Embora não haja consenso sobre o momento ideal para a cirurgia, a decisão geralmente depende da experiência do profissional e das normas do serviço hospitalar. De acordo com estes autores, a tração/redução tem como objetivo alinhar e imobilizar a coluna cervical, reduzindo danos adicionais e facilitando a cicatrização. No entanto, esse método apresenta desvantagens, como insucesso de até 25% dos casos e risco de agravamento neurológico. Para estabilização adicional, podem ser necessárias reduções abertas e fixações internas ou externas (Gondim et al., 2016).

Segundo os mesmos autores, a descompressão e estabilização cirúrgica são destinadas para situações específicas, como fraturas complexas, compressão medular significativa e lesões incompletas com agravamento neurológico progressivo. Embora não melhorem os resultados neurológicos em pessoas com LVM completa, estes procedimentos são essenciais para estabilizar a coluna, permitindo benefícios funcionais e psicológicos, além de antecipar a reabilitação. As indicações cirúrgicas variam conforme a região afetada, com abordagens específicas para lesões cervicais, torácicas e lombares, utilizando vias anterior, posterior ou combinadas dependendo da complexidade do caso (Gondim et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2024), estima que mais de 15 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com LVM, sendo que a maioria dos casos tem origem em traumas, como quedas, acidentes de trânsito ou episódios de violência, os quais podem ser prevenidos.

Destacando ainda que a LVM figura entre as principais causas de incapacidade de longa duração, correspondendo a mais de 4,5 milhões de anos vividos com incapacidade em 2021 (OMS, 2024). Nesse contexto, a prevenção eficaz, aliada ao tratamento, à reabilitação e aos cuidados de saúde contínuos, desempenha um papel crucial na mitigação do impacto global dessas lesões.

TAXONOMIA EM ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

A intervenção do EEER com a pessoa com lesão vertebro-medular é um processo complexo que exige um planeamento cuidadoso e uma abordagem multidisciplinar. A utilização de metodologias padronizadas, como a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para diagnósticos de enfermagem, a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), permite estruturar um plano de cuidados que otimize resultados dentro das expectativas e capacidades individuais. Segundo Cafer et al. (2005), a lesão medular leva a limitações significativas na mobilidade, no autocuidado e nas funções fisiológicas, tornando a pessoa dependente dos cuidados de enfermagem. Dessa forma, a intervenção da ER pressupõe-se centrada na promoção da independência, incluindo aqui intervenções destinadas à reabilitação neuromuscular, à prevenção de complicações e ao incentivo na adaptação da pessoa às suas novas limitações.

Cafer e colaboradores (2005) afirmam que, no que diz respeito à criação de diagnósticos de enfermagem, a taxonomia NANDA permite a identificação de problemas prioritários que orientam as intervenções terapêuticas. Entre os diagnósticos mais comuns na intervenção com a pessoa com LVM, destacam-se a mobilidade física prejudicada, o déficit no autocuidado, a incontinência urinária, o risco para integridade da pele comprometida, a disfunção sexual e o risco para infecção. Realçando também que a mobilidade física prejudicada é um dos diagnósticos mais prevalentes e, devido à sua interligação com outros focos clínicos, exige intervenções que previnam complicações secundárias, como úlceras por pressão e a perda de força muscular (Cafer et al., 2005). O déficit no autocuidado, particularmente na higiene pessoal, será outro problema frequente, resultado da limitação na mobilidade e da incapacidade de alcançar os instrumentos necessários para a realização dessas atividades de forma independente. Já a incontinência urinária, fortemente associada à disfunção do controlo vesical, requer intervenções direcionadas para a prevenção de infecções do trato urinário.

A implementação de intervenções de enfermagem direcionadas para esses diagnósticos é estruturada pela NIC, permitindo a adoção de estratégias baseadas em evidência científica para a melhoria dos cuidados. Segundo McCloskey e Bulechek (2015), as intervenções destinadas à mobilidade incluem exercícios que promovem a mobilidade articular, visando manter a amplitude de movimento e prevenir contraturas, bem como exercícios de treino de marcha. O correto posicionamento também se revela fundamental na prevenção

de complicações, devendo ser adaptado às necessidades individuais, evitando o desenvolvimento de úlceras por pressão. No que concerne ao déficit no autocuidado, a assistência no banho e na higiene deve ser adaptada progressivamente, permitindo recuperar, na medida do possível, alguma independência. A disfunção urinária, um dos desafios mais impactantes na qualidade de vida da pessoa com LVM, deve ser gerida pelo ensino do cateterismo intermitente limpo, bem como de cuidados rigorosos para evitar infecções urinárias recorrentes.

A avaliação dos resultados das intervenções é possível através da NOC, que permite monitorizar a evolução da pessoa e ajustar o plano de cuidados conforme necessário. Johnson, Maas e Moorhead (2010) referem que, na reabilitação da pessoa com LVM, os principais indicadores incluem a recuperação da mobilidade, a diminuição do grau de dependência nas AVD, a manutenção da integridade da pele e a adaptação da função urinária. A melhoria da mobilidade pode ser medida através do aumento da amplitude do movimento e da capacidade de realizar movimentos funcionais, enquanto a variação no autocuidado é avaliada pelo nível de independência da pessoa para realizar tarefas básicas como higiene, alimentação e vestuário. A integridade da pele deve ser preservada através da prevenção de úlceras de pressão, enquanto a função urinária é orientada para evitar complicações como infecções recorrentes ou retenção urinária.

Dessa forma, a sistematização dos cuidados baseada na NANDA, NIC e NOC permite uma abordagem holística, mas ao mesmo tempo centrada nas necessidades da pessoa. Em harmonia com o referido por Cafer et al. (2005), a reabilitação não se restringe apenas ao suporte físico, mas

inclui também o apoio emocional e social, garantindo que a pessoa tenha os recursos necessários para reconstruir a sua autonomia e promover a sua reintegração na sociedade. A implementação de protocolos e *guidelines* baseadas na evidência empodera a prática clínica e contribui para a melhoria da intervenção da ER com as pessoas e respetivas famílias.

A utilização do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação reveste-se igualmente de elevada importância na sistematização da intervenção com a pessoa alvo de cuidados de ER. Tal como descrito pela OE (2015), este padrão documental foi concebido como um referencial essencial para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), permitindo estruturar a prática clínica, garantir a qualidade dos cuidados e evidenciar o impacto da intervenção do EEER nos ganhos em saúde.

A padronização da documentação dos CEER permite caracterizar de forma mais clara e objetiva as patologias das pessoas, facilitando a avaliação da resposta humana às transições da dependência para a independência e/ou ao processo terapêutico ao longo do ciclo de vida. Segundo a OE (2015), este padrão foi desenvolvido com base em referenciais científicos e normativos, seguindo o modelo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e integrando-se nos Sistemas de Informação em Enfermagem. A implementação deste instrumento tem como objetivos principais documentar e monitorizar a qualidade dos cuidados especializados, evidenciar o contributo dos EEER para os ganhos em saúde das pessoas

e sustentar a formação contínua dos profissionais nesta área. Além disso, o padrão documental contribui para a melhoria contínua da qualidade dos CEER, através da uniformização da linguagem e da parametrização do sistema de informação, promovendo assim uma prática baseada na evidência e uma melhor gestão dos recursos disponíveis. Não obstante, a documentação estruturada dos cuidados não só uniformiza a linguagem da intervenção dos EEER em Portugal como também permite construir uma personalidade própria e característica dentro desta especialidade.

A estruturação deste padrão documental reflete um modelo de ER orientado para o potencial de melhoria da pessoa, em detrimento de um enfoque exclusivo nas limitações identificadas. Esta abordagem pode encontrar sustentação nos modelos de autocuidado e de transições, os quais são essenciais para otimizar a qualidade do exercício profissional na reabilitação da pessoa com LVM. Como refere a OE (2015), a documentação é concebida de modo a facilitar a identificação dos diagnósticos de enfermagem, permitindo uma nomeação clara e fundamentada das necessidades e capacidades da pessoa. A sua construção obedece às diretrizes da Norma ISO 18104 da *International Organization for Standardization*, garantindo que a terminologia utilizada para diagnósticos e intervenções de enfermagem esteja em conformidade com padrões internacionais. Neste contexto, a integração deste padrão documental na prática clínica não apenas contribui para a sistematização dos cuidados, mas também viabiliza a recolha estruturada de dados, permitindo uma análise mais robusta dos resultados sensíveis aos cuidados de ER. Além disso, este instrumento

proporciona um suporte estruturado para a tomada de decisão dos EEER, permitindo a implementação de intervenções direcionadas para a maximização da funcionalidade da pessoa e para a prevenção de complicações secundárias.

Outro aspeto fundamental deste padrão documental prende-se com a sua aplicabilidade na investigação e na produção de indicadores de qualidade em ER. Segundo a OE (2015), a sua conceção teve por base um painel de peritos e foi estruturada para servir como um instrumento dinâmico, que pode ser continuamente atualizado à medida que novas evidências científicas emergem. Esta abordagem permite que os CEER sejam cada vez mais orientados para a obtenção de ganhos em saúde mensuráveis, através da documentação sistemática dos processos de decisão clínica e da avaliação contínua da eficácia das intervenções implementadas. Além disso, a incorporação deste padrão nos sistemas de informação em saúde garante a rastreabilidade das ações de enfermagem e facilita a análise comparativa dos resultados obtidos em diferentes contextos clínicos, permitindo uma avaliação mais abrangente do impacto dos cuidados da ER.

Desta forma, podemos afirmar que a utilização do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação constitui um avanço significativo na taxonomia, bem como na estruturação e qualificação dos CEER.

Considera-se, portanto, que a ER na pessoa com LVM requer uma abordagem multifacetada e individualizada, utilizando diagnósticos padronizados, intervenções direcionadas e indicadores de resultados

para garantir um cuidado eficiente e seguro. A integração destes recursos garante uma abordagem baseada na evidência, que não só facilita a monitorização da prática profissional, mas também contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, a adoção destes instrumentos pelos EEER revela-se essencial para assegurar a sistematização e a uniformização da documentação clínica, promovendo uma prática mais segura, centrada na pessoa.

FOCOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

Compreendendo agora os instrumentos que estruturam e orientam a taxonomia dos CEER, avancemos para a identificação e análise dos principais focos de atenção na intervenção da ER na pessoa com LVM, fundamentais para a maximização da funcionalidade e a promoção da independência.

De acordo com Oliveira Agostinho e Cunha (2024), um dos focos de atenção prioritários na reabilitação da pessoa com LVM é o movimento muscular, uma vez que a capacidade de realizar movimentos voluntários é frequentemente comprometida. A perda de força e a incapacidade de realizar movimentos voluntários afetam diretamente a qualidade de vida da pessoa, sendo essencial a implementar estratégias terapêuticas que desenvolvam a mobilidade e previnam complicações decorrentes da imobilidade. Neste estudo de caso, Oliveira Agostinho e Cunha (2024) aplicaram intervenções de mobilização passiva e passiva-

assistida, exercícios de fortalecimento muscular utilizando dispositivos auxiliares, como bandas elásticas e cicloergómetro elétrico, bem como o incentivo à realização de exercícios de ponte e rolamentos. Estes resultados corroboram a revisão de literatura realizada por Sousa et al. (2022), que destaca a importância de intervenções direcionadas à manutenção e recuperação da força muscular, como forma de prevenir atrofias e maximizar o potencial funcional da pessoa. De acordo com a OE (2009), a reabilitação da mobilidade deve ser individualizada, considerando o nível da lesão, a presença de choque medular, a espasticidade e a dor associada. O plano de cuidados inclui mobilizações ativas, ativas resistidas, passiva assistidas e passivas, que têm como objetivo preservar a amplitude articular, evitar contraturas musculoesqueléticas e estimular a propriocepção. O EEER deverá igualmente incentivar a realização de movimentos nos segmentos corporais onde a força e a sensibilidade estão preservadas, ajudando a manter o trofismo muscular e vascular. Para os segmentos mais afetados, a mobilização passiva assistida contribui para a manutenção da flexibilidade e para a prevenção de complicações secundárias à imobilidade, como úlceras por pressão e trombose venosa profunda (OE, 2009). Conforme destacado por Oliveira Agostinho e Cunha (2024), a implementação de programas estruturados de mobilização e fortalecimento muscular contribui para a maximização do potencial funcional da pessoa com LVM, promovendo a adaptação ao meio e reduzindo os impactos negativos da limitação motora.

Tendo em conta o foco movimento muscular, pela minha experiência vivida no EP, um dos fatores que mais influencia a adesão das pessoas

ao plano de reabilitação é a criatividade do EEER. Durante as várias interações, era claro que as pessoas demonstravam menor entusiasmo quando a sessão se cingia à continuidade das anteriores. Contudo, quando se planeavam sessões mais criativas com recurso a bolas de ténis, halteres ou a almofadas de equilíbrio, as pessoas demonstravam agrado na execução das atividades e pediam para repetir nas sessões posteriores. Isto demonstra o quão dinâmico terá que ser o planeamento do EEER nas sessões de reabilitação para que consiga cativar individualmente cada pessoa, tendo em conta as preferências e capacidades próprias.

O défice sensorial é outro aspeto crítico na reabilitação da pessoa com LVM, dado que a perda da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa aumenta o risco de complicações secundárias, como lesões cutâneas e queimaduras não percebidas. Segundo a OE (2009), a avaliação sensorial deve ser realizada de forma sistemática e incluir testes de sensibilidade superficial e profunda, permitindo identificar áreas de hipoestesia, anestesia ou hiperalgesia. O EEER deve educar a pessoa sobre a importância da inspeção diária da pele, incentivando o uso de superfícies de alívio de pressão e o ajuste postural frequente para prevenir úlceras por pressão. A estimulação sensorial por meio de massagem, vibração e texturas diferenciadas pode ser uma estratégia útil para reativar parcialmente as vias neurosensitivas em casos de lesão incompleta. Além disso, a monitorização do reflexo bulbocavernoso e da resposta autonômica permite diferenciar lesões medulares completas e incompletas, auxiliando no planeamento da reabilitação sensorial e funcional (OE, 2009).

A parésia, entendida como a diminuição parcial da força muscular, é uma limitação na LVM, resultando em dificuldades na realização de atividades motoras finas e grossas sendo por isso também um foco de atenção para o EEER. Segundo a OE (2009), a abordagem da parésia deve centrar-se na mobilização ativa assistida, bem como no treino de marcha assistido (quando aplicável), que não só preserva a amplitude articular, como estimula a propriocepção e a circulação sanguínea, evitando complicações musculoesqueléticas. O EEER desempenha um papel fundamental no ensino e incentivo à realização de movimentos dentro das capacidades da pessoa, ajustando as técnicas de fortalecimento muscular e promovendo o uso de dispositivos auxiliares, como ortóteses e suportes para otimizar a funcionalidade. A estimulação da mobilidade residual é essencial para retardar atrofia muscular e facilitar a adaptação da pessoa à sua nova condição.

Igualmente, como foco de atenção, a espasticidade, caracterizada por hipertonia, hiperreflexia e presença de clonus, é uma complicação comum na LVM, podendo interferir significativamente na mobilidade, na postura e na realização das AVD. Conforme descrito pela OE (2009), a espasticidade pode ter um efeito positivo, proporcionando estabilidade reflexa ao joelho durante a marcha, mas também pode ser incapacitante, impedindo a pessoa de se posicionar corretamente, realizar transferências seguras e manter a funcionalidade vesical e intestinal. A abordagem terapêutica inclui alongamentos passivos, posicionamento adequado e técnicas de inibição da resposta espástica, como a aplicação de calor e a utilização de ortóteses dinâmicas. Em casos mais graves, pode ser necessário recorrer a tratamento

farmacológico com baclofeno ou toxina botulínica para o controlo dos espasmos. A espasticidade pode também ser exacerbada por estímulos nociceptivos, como infeções urinárias, impactação fecal e estímulos cutâneos, tornando essencial a monitorização contínua da pessoa para a identificação de fatores desencadeantes. Assim, a intervenção do EEER deve focar-se na prevenção, monitorização e gestão da espasticidade (OE, 2009).

Um dos desafios mais marcantes que vivenciei frequentemente foi a gestão da dor nas pessoas com espasticidade ou parésia. Acompanhei pessoas que descreviam dor intensa nos membros, mesmo as que não possuíam sensibilidade nessas zonas. Esta situação não só interferia com o bem-estar, como também comprometia a adesão às sessões de reabilitação. Algumas intervenções não farmacológicas, como a massagem de relaxamento, utilização de sacos de água quente ou até a eliminação de alguns focos que potenciam estímulo (ex: meias de compressão, roupa apertada, irregularidades na roupa da cama), eram consideradas como importantes para as pessoas e fazia toda a diferença na adesão das mesmas ao plano de reabilitação. Leva-me a entender que o EEER tem que olhar a pessoa como um todo e ter em conta todos os fatores que impliquem a sua disponibilidade para aderir às sessões de reabilitação, respeitando inclusivamente os dias em que a mesma não quererá participar de todo.

Outro foco de atenção relevante identificado foi o equilíbrio corporal, uma vez que a LVM interfere na estabilidade postural e na capacidade da pessoa se manter em posição sentada ou realizar transferências seguras. Segundo Oliveira Agostinho e Cunha (2024), as intervenções de

enfermagem centraram-se na avaliação do equilíbrio corporal e na execução de técnicas de posicionamento e treino de estabilidade, incentivando o fortalecimento dos músculos do tronco e a adaptação postural em cadeira de rodas. Sousa et al. (2022) também referem que a melhoria do equilíbrio corporal está diretamente associada à redução do risco de quedas e à promoção da independência funcional, sendo crucial que o ER implemente estratégias individualizadas para facilitar essa adaptação.

A capacidade de transferir-se foi igualmente um dos focos prioritários identificados. A impossibilidade de realizar transferências seguras limita significativamente a independência da pessoa, tornando-a dependente de terceiros para as AVD. Oliveira Agostinho e Cunha (2024) utilizaram técnicas específicas para o ensino e treino das transferências, nomeadamente o uso da tábua de transferência como dispositivo auxiliar. Os resultados evidenciaram uma evolução positiva ao longo das sessões de reabilitação, demonstrando que intervenções estruturadas são fundamentais para a reintegração da pessoa no seu contexto social e domiciliário (Oliveira Agostinho & Cunha, 2024). A revisão de literatura conduzida por Sousa et al. (2022) também reforça que a capacitação da pessoa para a realização de transferências seguras deve ser um dos objetivos primordiais da ER, uma vez que impacta diretamente a qualidade de vida e reduz o risco de complicações associadas à imobilidade prolongada.

Durante o EP, tive a oportunidade de acompanhar uma pessoa que manifestava incapacidade na realização de auto transferência da cadeira para a cama, ainda que apresentasse índices satisfatórios de força

muscular e equilíbrio. Inicialmente, apresentava medo do movimento e uma clara dependência da equipa para realizar qualquer transferência. No planeamento do cuidado, identifiquei que um dos principais desafios seria ajudá-lo a desenvolver confiança e técnica adequada para a execução segura da tarefa. Com base nesta avaliação, tendo em conta o seu potencial, introduzi a utilização da tábua de transferências como estratégia. Paralelamente, o reforço positivo e incentivo progressivo, respeitando o seu ritmo e as suas capacidades, encorajavam a pessoa a tentar em cada sessão. A evolução foi notória ao longo das semanas, culminando na capacidade de realizar as transferências independentemente, fator determinante no seu regresso a casa.

Outro foco central na abordagem da ER à pessoa com LVM é o autocuidado, nomeadamente nas áreas da higiene, comer e beber e ir ao sanitário. De acordo com Oliveira Agostinho e Cunha (2024), a implementação de um programa de treino para o autocuidado resultou numa evolução progressiva da independência da pessoa, refletida na melhoria dos scores no Índice de Barthel e na MIF. A revisão de literatura de Sousa et al. (2022) também destaca que programas de educação para o autocuidado e o ensino de estratégias adaptativas são determinantes para que a pessoa possa recuperar alguma autonomia e reduzir a dependência de cuidadores.

A ventilação é um dos focos prioritários da ER na pessoa com LVM, especialmente nas lesões cervicais altas, onde o comprometimento da musculatura respiratória pode levar à insuficiência ventilatória. De acordo com a OE (2009), a reeducação funcional respiratória (RFR) é essencial para melhorar a ventilação alveolar, fortalecer a musculatura

respiratória e prevenir complicações como hipoventilação e atelectasias. A intervenção do EEER centra-se no ensino do padrão respiratório diafragmático, reduzindo a sobrecarga dos músculos acessórios e melhorando a eficiência respiratória. Técnicas como a respiração com lábios franzidos ajudam a manter as vias aéreas abertas durante a expiração, facilitando o intercâmbio gasoso e prevenindo colapsos alveolares. A ventilação é ainda otimizada com o uso de exercícios de expansão pulmonar, incentivadores respiratórios e fortalecimento dos músculos respiratórios através de resistência controlada, promovendo um padrão ventilatório mais eficiente (OE, 2009).

Além do treino respiratório, a ventilação deve ser trabalhada de forma integrada com a postura e o posicionamento da pessoa, uma vez que a correta mobilização torácica e o ajuste postural podem facilitar a expansão pulmonar. O Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular (2009, p.68), destaca que o EEER pode melhorar a ventilação da pessoa através de exercícios de reeducação costal, que “tonificam a musculatura inspiratória, corrigem assinergias e deficiências ventilatórias globais, previnem limitações, melhoram a mobilidade costal, fortalecem e coordenam a atividade muscular, recuperam a dinâmica torácica e diafragmática”. A monitorização contínua da capacidade ventilatória e a adaptação de dispositivos auxiliares, como ventilação não invasiva, são fundamentais na RFR, prevenindo complicações como insuficiência respiratória crónica. O EEER tem, portanto, um papel central na promoção de uma boa gestão da função respiratória,

responsabilizando-se que a pessoa compreende e adota as técnicas mais acertadas para otimizar a ventilação, prevenindo complicações secundárias.

A limpeza das vias aéreas é outro aspeto crítico da RFR, uma vez que a fraqueza da musculatura expiratória pode comprometer a capacidade de remoção de secreções, aumentando o risco de infeções pulmonares e insuficiência respiratória. Segundo a OE (2009), uma das técnicas mais eficazes para otimizar a higiene brônquica é a tosse assistida, que consiste na aplicação de compressão manual na região epigástrica durante a expiração forçada, auxiliando a expulsão das secreções pulmonares. Para pessoas com tetraplegia ou fraqueza muscular significativa, a tosse com técnica *Huff* pode ser uma alternativa, permitindo uma expulsão controlada das secreções sem comprometer as vias aéreas. Além disso, a drenagem postural, em conjunto com vibração torácica, pode facilitar a remoção de secreções acumuladas, evitando atelectasias e reduzindo o esforço respiratório.

A RFR deve incluir também estratégias preventivas, como o uso de medidas inalatórias para fluidificação de secreções e a implementação de protocolos de vacinação contra a gripe e pneumonia, minimizando o risco de infeções respiratórias recorrentes. A educação da pessoa e dos cuidadores é essencial para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio, permitindo a aplicação adequada de técnicas de higiene brônquica e exercícios respiratórios específicos. A abordagem sistematizada da ER garante, assim, uma melhor gestão da função respiratória, promovendo uma evolução favorável na pessoa com LVM (OE, 2009).

Frequentemente no SCPPC, com as cirurgias cervicais anteriores, pela manipulação das estruturas e pelo edema pós-cirúrgico, as pessoas apresentavam sialorreia, dispneia, tosse com expetoração e disfagia. Portanto, neste serviço, destacou-se a capacidade dos EEER em gerir os focos “ventilação” e “limpeza das vias áreas”, pela frequência com que os mesmos se deparavam com estes desafios. Aprendi uma nova abordagem na prevenção de pneumonias por aspiração através de sessões de RFR, do levante precoce ou do teste da disfagia através da escala de GUSS - *Gugging Swallowing Test*. Este serviço deu-me a conhecer uma nova perspetiva do quão independente e impactante o EEER poderá ser, através das suas intervenções específicas, muitas vezes evitando o uso de terapêutica (anticolinérgicos ou corticoides) ou de oxigenoterapia.

O autocontrolo: continência urinário é outro dos focos de atenção relevante, pois a bexiga neurogénica é uma consequência direta da disfunção neurológica resultante da lesão. De acordo com a OE (2009), a abordagem inicial durante a fase aguda da lesão inclui a algaliação permanente com drenagem livre, essencial para prevenir hiperdistensão vesical e complicações associadas, como infeções do trato urinário e deterioração da função renal. Contudo, à medida que a situação clínica se estabiliza, torna-se imprescindível definir um plano de reeducação vesical adequado ao tipo de disfunção urinária apresentada. O cateterismo intermitente surge como a opção mais recomendada, pois permite um esvaziamento regular e completo da bexiga, prevenindo infeções recorrentes e mantendo a continência urinária. A educação da pessoa e dos cuidadores desempenha um papel

fundamental, garantindo a correta manipulação dos dispositivos e minimizando riscos de complicações (OE, 2009).

Assim como referido pela OE (2009), a implementação de um programa de esvaziamento vesical sem cateter pode ser considerada em algumas situações, recorrendo a técnicas como a estimulação sensorial da região supra-púbica ou manobras de Valsalva suaves, dependendo da capacidade da pessoa para desencadear o reflexo miccional. A definição do tipo de bexiga neurogénica, seja reflexa ou autónoma, orienta a escolha das estratégias de reabilitação, permitindo uma abordagem ajustada às necessidades individuais. Para a pessoa com tetraplegia ou mobilidade reduzida dos membros superiores, a reabilitação deve incluir o ensino de técnicas alternativas para o manuseamento do material, ou o envolvimento de cuidadores no processo de auto-esvaziamento (OE, 2009). Conforme referido por Oliveira Agostinho e Cunha (2024), a autonomia na gestão da eliminação vesical tem um impacto significativo na reintegração social e qualidade de vida, sendo essencial garantir uma abordagem integrada.

Durante o acompanhamento da pessoa que integra o relato de caso do EP (APÊNDICE I), foi possível quebrar barreiras e criar um paradigma do qual ilimitados podem ser os cuidados do EEER. Ou seja, capacitar o pai para realizar cateterização intermitente ao filho que teria ficado paraplégico, de modo que este não ficasse algaliado cronicamente. Este desafio requereu criatividade, a criação de uma relação terapêutica excecional, disponibilidade para repetir o ensino até que o cuidador ficasse capacitado, resiliência do cuidador e da pessoa, bem como uma unificação da equipa profissional. Foi, sem dúvida, uma experiência

transformadora que deita por terra qualquer estigma sobre os limites da intervenção da ER, comprovando que o bem-estar pessoa será sempre o foco principal do nosso trabalho.

Também o autocontrolo: continência intestinal é outro desafio significativo na reabilitação da pessoa com LVM, uma vez que a lesão pode resultar em intestino neurogénico, levando a incontinência fecal ou a obstipação crónica. Segundo a OE (2009), durante a fase aguda da lesão, a complicação gastrointestinal mais frequente é o íleos paralítico, que exige dieta zero, entubação nasogástrica em drenagem e reposição hidroeletrólítica por via parentérica. Com a estabilização da condição clínica, é fundamental iniciar um programa de treino intestinal, ajustado ao tipo de disfunção intestinal presente. Para pessoas com intestino neurogénico reflexo, a estratégia passa pela estimulação do reflexo espinhal através da administração de laxantes, expansores de volume das fezes e supositórios, permitindo um esvaziamento controlado e prevenindo episódios de incontinência inesperada. Já no caso de intestino neurogénico autónomo, onde o reflexo espinhal está ausente, a abordagem inclui a utilização de emolientes e técnicas de estimulação manual, promovendo um padrão de evacuação mais previsível e reduzindo complicações associadas.

A reabilitação da eliminação intestinal deve ser orientada para a aquisição de um padrão intestinal regular e controlado, permitindo que a pessoa mantenha a continência e evite o impacto negativo da incontinência fecal na sua autoestima e interação social. A abordagem inclui a definição de um horário regular para a evacuação, a adaptação da dieta para aumentar o aporte de fibras e líquidos, e o ensino de

manobras facilitadoras, como a massagem abdominal e a flexão do tronco. Conforme destacado por Sousa et al. (2022), a manutenção da regularidade intestinal é um fator determinante na reabilitação, evitando fecalomas, episódios de diarreia paradoxal e complicações secundárias como hemorroidas e dor retal. A educação da pessoa e dos cuidadores é um elemento importante na continuidade dos cuidados pós-hospitalares, garantindo que as técnicas aprendidas são mantidas e ajustadas às necessidades individuais ao longo do tempo.

A comunicação com a pessoa com LVM não é exceção enquanto foco de atenção na intervenção do EEER, dado o impacto emocional e psicológico que acompanha a perda de funcionalidade. Segundo a OE (2009), o choque emocional provocado pelo trauma e pelas suas consequências leva a alterações psicológicas profundas, que influenciam a forma como a pessoa comunica com os profissionais de saúde, a família e o seu meio social. A fase aguda da hospitalização é frequentemente marcada por negação, ansiedade, tristeza e frustração, podendo a pessoa desenvolver comportamentos de isolamento ou agressividade. Para lidar com estas reações, o ER deve estabelecer uma comunicação clara, assertiva e empática, proporcionando um ambiente de confiança que favoreça a expressão emocional. A escuta ativa e o reforço positivo são estratégias fundamentais para ajudar a pessoa a compreender a sua condição e a mobilizar os seus recursos internos para o processo de reabilitação (OE, 2009).

Além do impacto emocional, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a pessoa com LVM é determinante para a adesão às intervenções terapêuticas e para a participação ativa no processo de

recuperação. Conforme referido pela OE (2009), EEER deve falar uma linguagem unificada e coerente, evitando informações contraditórias que possam gerar falsas expectativas ou aumentar a insegurança na pessoa. A informação deve ser transmitida de forma progressiva, adaptando-se ao ritmo de aceitação da pessoa, e garantindo que esta compreende as suas limitações, as possibilidades de reabilitação e as adaptações necessárias à sua nova realidade. De acordo com a OE (2009), a comunicação deve também incluir a família e os cuidadores, permitindo que estes participem ativamente no suporte emocional e na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. O EEER tem um papel essencial na orientação da pessoa e da família sobre estratégias de adaptação, promovendo uma melhor aceitação da nova condição de vida.

A comunicação na ER não se limita à transmissão de informação sobre o estado clínico da pessoa, mas envolve também o apoio na redefinição da identidade e dos objetivos de vida após a LVM. A OE (2009) destaca que a aceitação da deficiência é um processo gradual, que passa por diferentes fases, desde a negação e revolta até à adaptação e aceitação. Durante este percurso, o enfermeiro deve estar atento às manifestações emocionais da pessoa, ajudando-a a verbalizar medos, expectativas e dificuldades, sem desvalorizar as suas emoções. A reabilitação bem-sucedida não depende apenas da recuperação física, mas também do ajustamento psicológico e social da pessoa, sendo essencial que a comunicação terapêutica seja utilizada como ferramenta para facilitar este processo (OE, 2009). Assim, a abordagem centrada na pessoa e a criação de um espaço seguro para a expressão emocional são

fundamentais para promover a resiliência, a motivação e a qualidade de vida da pessoa com LVM.

A interação sexual não pode ser esquecida enquanto foco de atenção da ER, pois a sexualidade continua a ser parte integrante da identidade e bem-estar da pessoa, independentemente das limitações físicas impostas pela lesão. Segundo a OE (2009), a pessoa com LVM mantém o desejo sexual, ainda que a resposta fisiológica possa ser alterada devido às interrupções nos circuitos nervosos responsáveis pela ereção, lubrificação vaginal e orgasmo. Assim, a abordagem da sexualidade deve ser feita de forma aberta e empática, permitindo que a pessoa e o(a) parceiro(a) compreendam as mudanças na função sexual e aprendam estratégias adaptativas para manter a intimidade e a satisfação no relacionamento. O EEER tem um papel fundamental na desmistificação da sexualidade após a lesão, proporcionando informação ajustada sobre o impacto da LVM na função sexual e reprodutiva, e promovendo a adaptação a novas formas de prazer e contacto íntimo. A reabilitação sexual deve incluir o ensino de estratégias para a gestão da espasticidade, do défice de mobilidade e da sensibilidade reduzida, permitindo que a pessoa explore novas formas de interação sexual sem desconforto ou frustração (OE, 2009).

Além das alterações fisiológicas, fatores como a incontinência urinária e intestinal podem afetar a confiança da pessoa durante o ato sexual, tornando essencial a implementação de estratégias de gestão da eliminação antes da atividade sexual. Conforme referido pela OE (2009), é recomendável que a pessoa esvazie a bexiga e o intestino previamente, reduza a ingestão de líquidos antes do contato íntimo e

informe o(a) parceiro(a) sobre a possibilidade de perdas urinárias ou fecais inesperadas. A adaptação das posições sexuais e a participação ativa do(a) parceiro(a) são fundamentais para garantir conforto e segurança durante o ato, sendo importante a educação da pessoa para explorar diferentes abordagens que respeitem as suas limitações funcionais. O EEER pode ainda encaminhar a pessoa para apoio multidisciplinar, envolvendo outros profissionais, de modo a otimizar a funcionalidade sexual e reforçar a autoestima. Dessa forma, a abordagem da sexualidade na ER não se restringe à função fisiológica, mas estende-se ao bem-estar emocional e à reintegração social da pessoa, promovendo uma vivência plena da sua identidade sexual e afetiva.

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

A jornada para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista não se traduziu apenas na aquisição de conhecimentos teóricos ou no desenvolvimento de competências técnicas. Pelo contrário, emerge de um percurso intensamente vivido, onde cada experiência foi um pedaço de caminho percorrido na consolidação de um conjunto de competências essenciais ao exercício da especialidade. Mais do que um percurso formativo, foi um caminho que moldou uma identidade profissional robusta, marcada pela exigência, pela reflexão e pelo crescimento ininterrupto. Foram quase dois anos de entrega e de dedicação, bem como de disponibilidade emocional, intelectual e financeira.

A experiência transcendeu a aprendizagem convencional e tornou-se uma metamorfose profissional e pessoal. Cada obstáculo, cada interação com a pessoa, cada decisão tomada sob pressão, cada erro cometido e conseqüente reflexão, moldaram-me e tornaram-me um enfermeiro mais consciente, mais humano e, acima de tudo, mais preparado para enfrentar os desafios diários de um especialista em enfermagem.

Assim sendo, passemos para a análise e reflexão das competências comuns de enfermeiro especialista, das competências de mestre e, principalmente, das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, artigo 3.º, as quatro competências comuns do enfermeiro especialista são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Nenhuma delas se desenvolve isoladamente; todas são fruto de experiências vividas e absorvidas pelo contacto direto com realidades complexas e desafiantes, que testam os limites da prática pessoal e exigem um crescimento contínuo.

A responsabilidade profissional, ética e legal não é apenas uma exigência teórica, mas um compromisso diário. Recordo-me de cada decisão tomada em conjunto com os enfermeiros orientadores e com a pessoa/família, de cada dilema ético enfrentado e de cada momento em que foi necessário equilibrar o conhecimento científico com a empatia humana. O Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) estabelece que devemos respeitar a dignidade humana em todas as circunstâncias. No entanto, compreender esse princípio na prática é um exercício de complexidade, sobretudo no momento da tomada de decisão. Exige enfrentar situações de vulnerabilidade da pessoa e da família, aprendendo a agir com respeito e compaixão, mesmo quando o desgaste físico e emocional se faz sentir – especialmente num contexto desafiante como o de regressar à posição de estudante.

Este retorno ao estudo impôs desafios acrescidos, distintos daqueles que vivenciei na licenciatura em Enfermagem. Foi um período de gestão difícil, em que precisei de conciliar a atividade laboral e familiar com a exigência mental imposta pela componente teórica e prática do mestrado. Os estágios clínicos e os trabalhos académicos exigiam um equilíbrio constante entre responsabilidades e expectativas. Ao abordar esta temática, refiro-me essencialmente à responsabilidade profissional e ética: ser responsável significa estar no máximo das minhas capacidades para alcançar o meu melhor potencial – não apenas enquanto estudante de mestrado, mas, acima de tudo, enquanto enfermeiro. No Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), um dos deveres para com a profissão (artigo 111.º) é "manter, no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão" (p.8080). Portanto, pretende-se mostrar com este relatório, em responsabilidade para com a profissão, o esforço constante e eminente na elevação da mesma, na tentativa constante de praticar uma melhor enfermagem a cada dia que passa.

Em todos os estágios pelos quais passei, testemunhei e participei em decisões que impactam diretamente a vida das pessoas e das suas famílias. Contudo, talvez tenha sido no estágio no SCPPC que esse impacto se tornou mais evidente. Neste serviço, vivenciei histórias de pessoas que, até então independentes nas suas AVD, viram-se, de forma súbita, completamente dependentes, como o exemplo que uma pessoa, na sequência de um trauma grave, passou a viver com tetraparésia. Senti, mais que nunca, uma responsabilidade profissional para com estas "vidas". Senti, mais do que nunca, a responsabilidade profissional

perante estas "vidas", reconhecendo a importância de estar no máximo das minhas capacidades e conhecimentos para tomar as decisões certas em conjunto com a pessoa e a família. Só assim foi possível trabalhar as novas limitações impostas pela condição clínica e, por vezes, alcançar feitos inimagináveis.

É indescritível o trabalho que pode ser feito com as pessoas e até onde elas conseguem chegar com o apoio de enfermagem especializada. A intervenção do EEER numa pessoa com paraplegia e torná-la independente nas AVD, ou capacitar a família para conservar a autonomia de uma pessoa com tetraplegia, são exemplos de conquistas inspiradoras. Foi esta experiência que me inspirou a desenvolver o Relato de Caso no EP (APÊNDICE I). Este percurso reflete um profundo compromisso e respeito ético para com as pessoas, as instituições e a própria profissão, reiterando a necessidade de um cuidado humanizado e da valorização do potencial de cada pessoa.

Ainda na mesma linha de pensamento da competência anterior, a melhoria contínua da qualidade é um compromisso inegociável. Em cada dia de prática, encontrei espaço para aprender, corrigir e evoluir. Durante o estágio no SCPPC, em colaboração com o enfermeiro gestor e o orientador, tive a oportunidade de iniciar a construção de um Projeto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Disfunção Vesical da Pessoa com Lesão Vertebral-Medular. Este projeto, destinado à ULS e para aplicação no SCPPC, exigiu muito mais do que conhecimento técnico; exigiu observação atenta, reflexão crítica e, acima de tudo, uma capacidade constante de superação.

Entre as múltiplas responsabilidades que o mestrado acarreta, poder envolver-me num projeto desta magnitude foi motivo de grande orgulho. Ter a oportunidade de participar ativamente numa iniciativa que pode ter impacto direto nas práticas de outros enfermeiros e instituições é algo verdadeiramente significativo. No entanto, acredito que os principais beneficiários de projetos desta natureza são as próprias pessoas cuidadas. São elas que usufruirão de uma investigação aprofundada sobre o que de melhor se pratica pelo mundo neste tipo de temática.

Ainda no âmbito da melhoria contínua da qualidade, durante o estágio na comunidade, desenvolvi, em parceria com uma colega do mestrado, um conjunto de folhetos informativos intitulados "Guia de Exercícios" (APÊNDICE II). Foram elaborados quatro guias práticos, contendo exercícios específicos para a reabilitação da cintura pélvica, membros inferiores, mãos, ombros e membros superiores. O objetivo era criar uma ferramenta acessível e prática, permitindo que as pessoas com necessidade de continuidade de cuidados em ER pudessem realizar os exercícios de forma independente.

Esta abordagem envolvia a entrega personalizada dos folhetos, com explicação detalhada e a adaptação dos exercícios consoante as necessidades individuais de cada pessoa, garantindo que esta pudesse continuar a sua reabilitação na ausência direta do EEER. Posteriormente, os guias foram enviados ao Núcleo de Enfermagem de Reabilitação e ao Departamento de Marketing da ULS, que englobava esta UCC, para que fossem revistos, melhorados graficamente e posteriormente distribuídos pelas restantes unidades.

Suportando e valorizando esta prática, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2012) mencionam que no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. A aceitação da iniciativa foi extremamente positiva, tanto por parte das pessoas cuidadas, que demonstraram elevada adesão, como pela própria UCC, contribuindo significativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados – tanto pelos estudantes, futuros EEER, como pela equipa de enfermagem da unidade.

A gestão de cuidados é uma das competências essenciais do enfermeiro especialista, desempenhando um papel central na garantia de um serviço de saúde eficiente, seguro e centrado na pessoa. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, artigo 3.º, esta competência abrange a coordenação, planificação e supervisão dos cuidados de enfermagem, promovendo a otimização dos recursos humanos e dos materiais disponíveis, bem como garantir uma continuidade e eficácia nas intervenções. Mais do que uma habilidade técnica, a gestão de cuidados representa um exercício contínuo de liderança, comunicação e tomada de decisão, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e na segurança das pessoas.

A gestão de cuidados não se restringe à distribuição de tarefas ou ao acompanhamento dos planos terapêuticos; exige uma compreensão abrangente da realidade de cada pessoa, a antecipação de necessidades e a articulação eficaz com equipas multidisciplinares. Foi no contacto próximo com o enfermeiro gestor, especialmente no SCPPC, que pude

testemunhar e participar ativamente na complexidade inerente à coordenação dos cuidados.

Neste contexto, a gestão de cuidados exigiu tomadas de decisão, equilibrando as necessidades de cada pessoa ou profissional aos recursos disponíveis. A organização dos cuidados de enfermagem revelou-se um processo dinâmico, em que a adaptação e a capacidade de resposta eram importantes. A participação em reuniões multidisciplinares e a articulação com a equipa médica, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas demonstraram a importância da comunicação eficaz na gestão dos cuidados, originando uma harmonia entre todos os profissionais envolvidos no plano terapêutico para as pessoas. Durante o estágio, fui incentivado a participar ativamente no planeamento dos cuidados de reabilitação, ajustando estratégias às necessidades e limitações individuais de cada pessoa. A interdisciplinaridade foi decisiva neste processo, permitindo a definição de objetivos comuns entre diferentes áreas, garantindo que cada profissional contribuísse ativamente num plano dinâmico. O Regulamento n.º 140/2019 enfatiza precisamente a importância desta abordagem colaborativa na otimização dos recursos e na melhoria da qualidade assistencial.

No âmbito desta competência, o Regulamento n.º 140/2019 também realça a importância da liderança, coordenação e supervisão. O Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) destaca a necessidade de manter um padrão de conduta que dignifique a profissão, incluindo a capacidade de promover um ambiente de trabalho saudável e colaborativo. No SCPPC, essa realidade tornou-se particularmente

evidente quando observei o impacto positivo que uma gestão eficiente tinha no desempenho da equipa. Um ambiente de trabalho bem coordenado e leve, onde a comunicação fluía de forma transparente, refletia-se diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

A experiência adquirida ao longo da minha formação, especialmente no exercício da função de delegado de turma, foi essencial para lidar com desafios que encontrei posteriormente no mestrado. Antes mesmo do início dos estágios clínicos, esta função permitiu-me desenvolver competências fundamentais que terão impacto na minha prática profissional futura. A coordenação de um grupo de colegas, o papel de elo entre estudantes e docentes e a responsabilidade de garantir que as necessidades da turma fossem ouvidas e atendidas exigiram um elevado grau de organização, liderança e capacidade de adaptação.

Esta experiência permitiu-me aprender a gerir diferentes perspetivas, a trabalhar em equipa e a promover um ambiente colaborativo e motivador, aprendizagens que se revelaram valiosas no contexto clínico. Ao iniciar os estágios, já possuía uma maior segurança na comunicação e na coordenação de atividades, o que facilitou a minha integração nas equipas e a interação com outros profissionais. O desenvolvimento precoce destas competências reforçou a minha capacidade de agir de forma proativa e assertiva nos contextos clínicos.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais não se resume só à aquisição de novos conhecimentos ou à formação contínua; é um processo dinâmico e vivencial, onde a experiência prática se une com a reflexão para firmar um perfil profissional sóbrio e competente. O

caminho percorrido ao longo do mestrado, entre estágios desafiadores, a convivência com profissionais especializados e a participação ativa em projetos de melhoria da qualidade, permitiu que esta competência se tornasse numa dimensão intrínseca ao meu desenvolvimento profissional.

Desde o início deste percurso académico, percebi que a aprendizagem em ER exige uma disposição constante para evoluir e aperfeiçoar. O estágio de mobilidade internacional, na Polónia, foi uma experiência transformadora neste percurso. Foi através desta imersão numa realidade diferente que compreendi como a enfermagem é moldada por fatores culturais, estruturais e organizacionais. Pude observar novas metodologias, comunicar com pares estrangeiros e observar diferentes forma no “ser”. Esta experiência reforçou a importância da flexibilidade na prática de enfermagem, tornando-me mais preparado para enfrentar novos desafios em contextos diversificados.

A aprendizagem profissional também se fez através da investigação e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Um momento marcante do meu percurso foi a participação na elaboração do Projeto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Disfunção Vesical da Pessoa com Lesão Vertebral-Medular. Uma colaboração em conjunto com o enfermeiro gestor e o enfermeiro orientador foi determinante para compreender a complexidade da reabilitação vesical e a necessidade de desenvolver protocolos de intervenção baseados na evidência. Esta experiência mostrou-me que a enfermagem especializada também passa pela análise crítica da prática e pela

promoção de mudanças estruturais que beneficiem a qualidade dos cuidados.

A elaboração de folhetos informativos na UCC (APÊNDICE II) foi outro marco importante deste percurso. Criar materiais educativos sobre mobilizações articulares e reforço muscular, que permitissem a continuidade da reabilitação na ausência do EEER, exigiu não só mobilização de conhecimento técnico, mas também a capacidade de transformar informação complexa em ferramentas acessíveis à generalidade das pessoas. Este processo foi revelador, no sentido em que demonstrou que a enfermagem é transversal, universal e tem um poder limitado apenas à imaginação do enfermeiro.

O rigor e exigência dos enfermeiros orientadores, tanto nos contextos hospitalares como comunitários, foram elementos imprescindíveis no meu crescimento. Cada intervenção era analisada, cada estratégia era debatida e cada erro era uma oportunidade de aprendizagem. Foi através deste acompanhamento que desenvolvi um pensamento clínico mais estruturado e uma capacidade de reflexão sobre cada decisão tomada. Percebi que o desenvolvimento das aprendizagens não acontece de forma isolada, mas sim em interação com profissionais experientes que desafiam e orientam o nosso crescimento.

A participação em formações durante o estágio de SCPCC permitiu criar conhecimento em áreas não exploradas doutra forma, como o “Banho a seco – *Bathing 21*”, “Doente complexo internado no CRI Coluna” e a “Terapêutica regenerativa da lesão medular traumática com células estaminais pluripotentes”, cujos certificados se encontram em ANEXO

III. Estas formações complementaram a prática clínica, oferecendo uma visão mais ampla e atualizada sobre algumas abordagens emergentes.

O desenvolvimento do artigo científico "*Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility*", presente em apêndice (APÊNDICE IV), também contribuiu significativamente para a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, que transcendem a área específica da ER e se aplicam a um exercício profissional avançado. A necessidade de articular conhecimento teórico e prático, bem como de analisar criticamente as evidências científicas disponíveis, reforçou a competência investigativa e a capacidade de tomada de decisão fundamentada. Além disso, a experiência de escrita colaborativa e de publicação científica exigiu uma comunicação clara e assertiva, uma competência essencial para a interação interdisciplinar e para a promoção de uma prática de enfermagem centrada na evidência e na qualidade dos cuidados. A capacidade de liderança foi igualmente estimulada, ao assumir um papel ativo na produção e disseminação do conhecimento, incentivando a inovação e a melhoria contínua da prática profissional. Desta forma, a construção do artigo não só aprimorou a visão estratégica e reflexiva no enfermeiro especialista, como também fortaleceu a responsabilidade na implementação de cuidados baseados em evidência e na contribuição para o avanço da profissão.

Ao longo deste percurso, percebi que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais não é um ponto de chegada, mas um caminho sem fim. Cada experiência, cada desafio superado e cada

interação com profissionais de excelência contribuíram para moldar a minha identidade como enfermeiro especialista. O Regulamento n.º 140/2019 reforça a importância da aprendizagem contínua e da capacidade de integração do conhecimento teórico na prática. Hoje, ao olhar para trás, vejo um percurso repleto de desafios, mas também de conquistas que me permitiram tornar um profissional mais preparado, mais reflexivo e mais capaz de impactar positivamente a vida das pessoas que cuido.

ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O grau de mestre em ER representa um marco fundamental no desenvolvimento académico e profissional dos enfermeiros especialistas, conferindo-lhes um nível de conhecimento aprofundado, capacidade crítica e competências avançadas que os distinguem na prática clínica.

As competências inerentes ao grau de mestre encontram-se regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, nomeadamente no seu artigo 15.º, que estabelece que o mestre deve ser capaz de:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Possuir competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (p. 4162)

Estas competências refletem a necessidade de consolidar um perfil profissional autónomo, crítico e reflexivo, sustentado na tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível, promovendo a responsabilização de um futuro EEER.

A aquisição das competências do grau de mestre pressupõe um crescimento não apenas técnico-científico, mas também pessoal e profissional. A prática clínica dos EEER exige uma atualização constante do conhecimento, sustentada pela prática baseada na evidência e pela investigação científica. Esta prática é um elemento central nas competências de mestre, permitindo que os EEER fundamentem as suas intervenções na melhor evidência científica disponível, promovendo segurança e qualidade nos cuidados prestados. Para isso, é essencial desenvolver capacidades de pesquisa e análise crítica de artigos científicos, bem como competências de comunicação científica que facilitem a disseminação do conhecimento na comunidade profissional.

Como já vimos anteriormente, a ER afirma-se como uma área essencial na promoção da funcionalidade das pessoas, refletindo a complexidade da prática clínica, que requer competências de análise crítica e reflexiva. Esta abordagem permite questionar práticas instituídas e procurar soluções inovadoras, garantindo que os cuidados prestados sejam continuamente aperfeiçoados.

Outro aspeto fundamental das competências de grau de mestre é a capacidade de integrar conhecimento e lidar com questões complexas. A prática clínica impõe frequentemente desafios multifacetados,

exigindo do EEER um elevado nível de julgamento clínico, capacidade de adaptação e flexibilidade na tomada de decisão.

A aquisição e consolidação das competências de mestre resultaram de um percurso académico e profissional dinâmico, que integrou a experiência prática, a investigação científica e o desenvolvimento do pensamento crítico.

Conforme refere Néné & Sequeira (2022), a investigação é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico, sendo que o conhecimento só faz sentido na partilha. Portanto, a disseminação do conhecimento científico, por meio da publicação de artigos em revistas especializadas, como a Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, é essencial para fortalecer a ciência da especialidade e difundir informação relevante entre enfermeiros e estudantes.

Dada a vastidão da informação científica disponível, torna-se imperativo que os EEER desenvolvam competências de análise crítica, permitindo-lhes distinguir estudos de diferentes níveis de evidência. Este processo requer uma leitura criteriosa dos artigos científicos, tornando-se numa habilidade realçada durante este mestrado com a utilização de ferramentas de avaliação de qualidade de relatos de caso, como a *checklist* da CARE (ANEXO II), e como o instrumento de análise crítica de artigos científicos, concebido por Néné & Sequeira (2022).

A comunicação clara e objetiva é outra competência essencial do grau de mestre, permitindo que os EEER transmitam conhecimento não só a outros profissionais de saúde, mas também às pessoas e cuidadores. Estratégias como a realização de formações internas e a participação em

projetos de investigação, como ocorreu durante o estágio no SCPPC, são fundamentais para a disseminação e implementação de boas práticas.

De igual relevância, a redação do artigo científico "*Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility*" (APÊNDICE IV) representou um marco significativo no desenvolvimento das competências de mestre, consolidando a capacidade de análise crítica e reflexão científica sobre a prática de enfermagem. A necessidade de organizar e estruturar o conhecimento adquirido ao longo da experiência de mobilidade internacional exigiu desenvolvimento de competências metodológicas, como a revisão da literatura, a escrita científica e a aplicação do pensamento reflexivo. Além disso, a colaboração com os colegas autores e a submissão do artigo para publicação implicaram um rigoroso processo de revisão e aperfeiçoamento, promovendo a proficiência na argumentação baseada em evidência e na comunicação científica. Assim, este processo não só fortaleceu a aptidão para produzir conhecimento relevante sobre a aprendizagem em enfermagem, como também aprimorou a capacidade de integrar diferentes perspetivas, essenciais para o desenvolvimento académico e profissional.

Ao longo do meu percurso académico e profissional, a aquisição das competências de mestre revelou-se um processo dinâmico, marcado pela necessidade constante de atualização e aperfeiçoamento das práticas. A investigação e a prática clínica integrada permitiram-me consolidar o conhecimento adquirido e aplicá-lo em situações complexas, garantindo que as intervenções realizadas se baseiem sempre na melhor evidência disponível.

Portanto, as competências de grau de mestre constituem um diferencial na prática dos enfermeiros especialistas, promovendo uma intervenção mais qualificada, baseada na evidência e orientada para a inovação. A obtenção dessas competências exige um percurso formativo sólido, alicerçado na investigação científica, na análise crítica e na aprendizagem contínua.

ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A formação do EEER representa um percurso de aprofundamento do conhecimento e desenvolvimento de competências que permitem atuar em contextos clínicos complexos. Este processo exige a integração de saberes teóricos e práticos, sustentados por regulamentação específica da OE e pela evidência científica mais atualizada. Ao longo do Mestrado em ER, a aquisição de competências específicas resultou de um percurso formativo exigente, que conciliou a teoria com a prática, permitindo consolidar conhecimentos e desenvolver um pensamento crítico-reflexivo orientado para a promoção da autonomia e aumento da funcionalidade das pessoas cuidadas. Ainda que, ao longos dos estágios, apenas tenham sido formalizados relatos de caso sobre os cuidados especializados em reabilitação às pessoas com lesão vertebral medular (APÊNDICE I) ou pessoas com amputação com diabetes *mellitus* (APÊNDICE III). De qualquer modo, e mostrando a abrangência e polivalência deste percurso na ER, os folhetos desenvolvidos no estágio da comunidade são a prova da capacidade de universalidade que foi desenvolvida. Aprender os conhecimentos, integrar as competências e fazer chegar os cuidados especializados ao maior número de pessoas, sempre no máximo da sua qualidade.

A especialização em ER insere-se num enquadramento teórico e normativo que define os pilares fundamentais da prática especializada. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), os enfermeiros especialistas

devem evidenciar competências na gestão dos cuidados, liderança, tomada de decisão e supervisão clínica, promovendo a qualidade e segurança da prática profissional. Além disso, também conforme estabelece o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este profissional deve estar apto para atuar na prevenção, capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa ao longo do ciclo de vida, com um foco particular na reabilitação motora, respiratória, neurológica e na promoção da independência (OE, 2019). De acordo com Agostinho & Cunha (2024), cabe ao EEER desempenhar um papel fundamental, com ênfase na restauração da independência da pessoa ou, quando isso não for possível, na promoção da máxima independência e qualidade de vida, no menor tempo possível, através de um processo dinâmico orientado não apenas para os aspetos físicos, como também para os de natureza mental, espiritual, social e económico. Por isso, a reabilitação em enfermagem tem como principal objetivo a promoção da autonomia, independência e capacitação da pessoa, facilitando a sua transição para um novo estado funcional tanto quanto possível. A intervenção do EEER deve, portanto, basear-se no processo de enfermagem clássico, porém fazendo uso de técnicas especializadas para orientar a sua intervenção para a reeducação das pessoas. O processo de enfermagem, permite transversalmente a todos os enfermeiros, estruturar o raciocínio clínico e orientar a intervenção, diferenciando a enfermagem da simples execução de tarefas delegadas por outros profissionais. Como refere Ribeiro et al. (2018), o processo vai desde a recolha sistemática de dados, à formulação de diagnósticos

e à implementação de intervenções direcionadas para a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A fundamentação teórica da prática especializada deve ser sustentada por modelos conceptuais de enfermagem que orientam o raciocínio clínico e a tomada de decisão, nomeadamente a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que sustenta a necessidade de apoio na capacitação da pessoa para a sua autogestão, e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que realça a importância da adaptação da pessoa a uma nova realidade funcional e social. Os modelos conceptuais desempenham um papel fundamental na definição da enfermagem, proporcionando um enquadramento teórico que sustenta a tomada de decisão e a prática clínica autónoma. Além de sistematizar e uniformizar a prática, os modelos conceptuais possibilitam a replicação de intervenções em contextos semelhantes, contribuindo também para o avanço da investigação em enfermagem. A sua utilização não só comprova a evidência científica subjacente às intervenções, como também impulsiona a evolução do conhecimento e o desenvolvimento de novas abordagens e práticas na disciplina (José & Sousa, 2021). Além disso, a utilização da CIF, um instrumento apoiado pela Organização Mundial da Saúde, proporciona uma abordagem adicional e estruturada da avaliação e monitorização da funcionalidade.

A aquisição de competências ao longo do percurso formativo foi consolidada através da exposição a diferentes contextos clínicos, permitindo a aplicação prática de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências técnicas avançadas. A experiência no contexto comunitário, realizada numa UCC, revelou-se fundamental

para compreender a continuidade dos cuidados na transição do hospital para o domicílio. Conforme preconiza o regulamento da especialidade, o EEER deve avaliar (J1.1.) e implementar (J1.3.) estratégias que promovam a funcionalidade da pessoa, baseadas nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2019). A intervenção neste âmbito focou-se principalmente na reabilitação funcional motora no panorama domiciliar, recorrendo a técnicas de treino de marcha, mobilizações passivas e ativas e ensino do uso de produtos de apoio. A capacitação do cuidador informal (J2.1.1.) foi também um aspeto primordial da prática comunitária, promovendo o ensino de técnicas de posicionamento e mobilização, bem como estratégias de ergonomia para facilitar o cuidado diário. A elaboração de material educativo (J3.1.2.), incluindo folhetos informativos sobre mobilizações articulares e reforço muscular, constituiu uma estratégia facilitadora para garantir a continuidade dos cuidados na ausência do EEER. Igualmente importante, a oportunidade de elaborar um relato de caso descrevendo a reabilitação de uma pessoa amputada, num regresso a casa ainda precoce, foi extremamente enriquecedor, tanto pela oportunidade de ensino de produtos de apoio, como o ensino na realização da ligadura ao coto (J2.1.1.), o planeamento das acessibilidades (J2.2.3.; J2.2.4.) ou até a gestão no processo psicológico (J1.1.5.). Conforme refere o Regulamento de Competências Específicas (Regulamento n.º 392/2019), o EEER orienta para a eliminação de barreiras arquitetónicas, ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, bem como ensina a pessoa técnicas específicas de autocuidado. Portanto, considero ter tido uma oportunidade dourada neste sentido, pois seria uma área que ainda não tinha tido oportunidade de explorar.

A experiência internacional, através da participação num programa de mobilidade na Polónia, permitiu um contacto mais aprofundado com abordagens interculturais à percepção do corpo e da cinesiologia. Como já referido anteriormente, este programa incluiu *workshops* sobre avaliação da postura corporal, discussões sobre barreiras culturais na percepção da funcionalidade e exploração de estratégias de autoconsciência postural. Tendo tido a oportunidade única de partilhar esta experiência com pessoas que vivem em realidades distintas, considero que este programa proporcionou uma reflexão crítica sobre a diversidade de práticas na reabilitação e sobre a necessidade de uma abordagem holística, sensível às particularidades culturais de cada pessoa.

A elaboração do artigo "*Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility*" (APÊNDICE IV) potenciou o desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício do papel de EEER. O processo de escrita científica exigiu uma abordagem reflexiva sobre a prática, promovendo uma visão mais holística e fundamentada na tomada de decisão clínica. Além disso, a participação neste projeto consolidou competências pedagógicas (J1.3.3.), essenciais para a capacitação das pessoas e dos cuidadores, bem como para o trabalho em equipa multidisciplinar. A publicação do artigo reforça, assim, a importância da investigação e da disseminação de boas práticas na ER, contribuindo para uma atuação mais inovadora e baseada em evidência científica.

A prática hospitalar revelou-se uma das componentes mais exigentes e enriquecedoras do percurso formativo, destacando-se a experiência no

SCPPC. O contacto direto com pessoas com LVM proporcionou um ambiente clínico favorável ao desenvolvimento de competências, principalmente, na reabilitação funcional motora, respiratória e na gestão da disfunção vesical e intestinal (J1.1.6.). A complexidade da patologia exige uma abordagem ampla, sempre alinhada com as competências definidas no Regulamento de Competências Específicas, que estabelece que este profissional deve avaliar, planejar, implementar e monitorizar intervenções que promovam a maximização da funcionalidade (OE, 2019).

No que concerne à reabilitação motora, a mobilização precoce na pessoa com LVM, sobretudo mobilizações passivas, visou prevenir complicações secundárias, como contraturas, espasticidade e perda de massa muscular, bem como estimular a reorganização funcional. Neste sentido, foram implementados programas de treino de marcha na pessoa com paraparésia, treino de equilíbrio e coordenação, mobilização articular e reforço muscular, recorrendo a equipamentos especializados, como o *standing frame* ou o plano inclinado, importantes na adaptação ortostática progressiva (J1.3.1.; J1.3.2.). Estas intervenções estão em conformidade com o que é preconizado pelo regulamento da especialidade, que determina que o EEER deve desenvolver programas de reeducação funcional motora e treino da marcha, em função com os objetivos definidos pela pessoa (OE, 2019).

A gestão da disfunção vesical e intestinal representou outro dos desafios no SCPPC, exigindo a aquisição de competências específicas nessa temática e, dessa forma, alinhar-me com as melhores práticas. A capacitação da pessoa ou cuidador para o cateterismo intermitente

limpo foi um dos aspetos a ter em conta, com vista à prevenção de infeções do trato urinário ou complicações secundárias (J2.1.1.; J3.1.2.; J3.1.3.). Além disso, foram exploradas estratégias de gestão do intestino neurogénico, incluindo programas treino intestinal, controlo da dieta e hidratação.

A reabilitação respiratória foi igualmente uma área de grande destaque nesta experiência, possibilitando a aplicação de técnicas que promovem a função e eficácia ventilatória em pessoas com patologia respiratória restritiva, como é o caso da pessoa com LVM (J1.1.7.; J3.1.1.). Foram implementadas intervenções como técnicas de expansão torácica, respiração diafragmática ou de limpeza de vias aéreas, através da utilização de dispositivos como o *cough assist*, espirómetro de incentivo e *Aerobika*[®] (J1.2.4. J2.1.3.). Esta abordagem encontra-se alinhadas com o definido no Regulamento das Competências Específicas do EEER, que estabelece que o enfermeiro especialista tem a competência para implementa intervenções planeadas com o objetivo de otimizar funções cardiorrespiratórios, devendo selecionar dispositivos de compensação (OE, 2019).

A participação na consulta telefónica de enfermagem de reabilitação revelou-se altamente relevante, permitindo o acompanhamento pós-hospitalar. Esta iniciativa visou garantir a continuidade dos cuidados, reforçando a capacitação das pessoas e dos cuidadores para o seu autocuidado adaptando-o ao seu ambiente de casa. Segundo o Regulamento de Competências específicas (2019), o EEER identifica necessidade de intervenção para otimizar ou reeducar as funções da pessoa (J1.1.4.; J1.1.6.; J1.2.1.; J1.3.3.).

Assim, a experiência no SCPPC constituiu um marco determinante na consolidação das competências especializadas do EEER, proporcionando um contacto direto com situações complexas. A conjugação de técnicas, a individualização das intervenções e a participação ativa na equipa multidisciplinar foram determinantes para o sucesso desta prática clínica.

A experiência no HDI centrou-se na reabilitação de pessoas com patologia respiratória crónica, nomeadamente associada à infeção por Mnt, proporcionando um acompanhamento contínuo em programas de reabilitação cardiorrespiratória em regime de ambulatório. A intervenção do EEER, neste contexto, exige uma avaliação rigorosa da capacidade funcional da pessoa, permitindo a adaptação das estratégias terapêuticas às necessidades individuais, com vista à melhoria progressiva da função respiratória e da tolerância ao esforço (J1.1.1.; J1.1.2.; J1.1.6.; J1.1.7.; J1.2.1.; J1.2.3.; J1.3.2.; J1.3.1.; J1.3.2.; J1.4.1.; J1.4.2.). Conforme estabelecido no Regulamento das Competências Específicas do EEER, a atuação do enfermeiro nesta área deve basear-se na avaliação, implementação e monitorização de programas de treino cardiorrespiratório (OE, 2019).

A reabilitação desenvolvida envolve a aplicação de estratégias diversificadas, como o treino aeróbico em passadeira, bicicleta estática e remo, sempre com monitorização contínua de parâmetros clínicos, incluindo saturação periférica de oxigénio, tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória. Adicionalmente, foram realizados exercícios de fortalecimento muscular para membros superiores e inferiores, promovendo um aumento da resistência e da capacidade funcional,

fundamentais para a realização das AVD. A utilização de dispositivos de suporte à reabilitação respiratória, como o Shaker®, bem como a aplicação de técnicas de limpeza das vias aéreas, contribuíram para a otimização da capacidade respiratória e para a redução da sintomatologia associada. Estas abordagens alinham-se com a necessidade de maximizar a funcionalidade da pessoa, conforme preconizado pelo regulamento da especialidade, que determina que o EEER deve intervir na reeducação funcional respiratória (OE, 2019).

A implementação de sessões de treino cardiorrespiratório, associada à monitorização contínua da evolução funcional, culmina com a criação de registos de ER, permitindo a obtenção de indicadores sensíveis aos cuidados especializados. A avaliação do status da pessoa é realizada com recurso a instrumentos preconizados pela OE nos Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente o teste “Levantar-Sentar” de um minuto, utilizado para avaliar a tolerância ao esforço, e a Escala de Borg modificada, que quantificava o grau de dispneia sentido posterior. Estes métodos de avaliação delineavam a progressão da capacidade respiratória e funcional, bem como para reforçar a importância da adesão ao programa de reabilitação e à gestão do regime terapêutico, otimizando assim os ganhos em saúde.

A reabilitação cardiorrespiratória neste contexto não se limitava ao treino físico, mas integrou também uma forte componente educativa e motivacional, essencial para cativar o envolvimento ativo da pessoa no seu processo terapêutico. Conforme preconizado no Regulamento das Competências Específicas do EEER, é da sua responsabilidade interagir

com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais (OE, 2019). Neste sentido, a intervenção do EEER incluiu o ensino sobre técnicas de conservação de energia, garantindo a adesão ao regime terapêutico prescrito e promovendo a autogestão da patologia respiratória crónica.

A análise crítico-reflexiva da aquisição de competências ao longo do mestrado evidencia uma evolução significativa no meu desenvolvimento profissional e na consolidação de um pensamento clínico consonante com um EEER. A prática supervisionada possibilitou uma maior autonomia na avaliação e implementação de planos de cuidados, bem como um aperfeiçoamento das competências técnicas em áreas elementares da reabilitação. A experiência nos diferentes contextos clínicos permitiu um contacto direto com equipas multidisciplinares, reforçando também a importância da comunicação interprofissional.

O percurso formativo no Mestrado em ER ofereceu a oportunidade de adquirir competências essenciais para o exercício da especialidade autónomo e diferenciador. A diversidade de contextos clínicos possibilitou a consolidação de uma abordagem holística e adaptativa, orientada para a funcionalidade e para a promoção da autonomia da pessoa. Pode-se concluir por fim que a experiência adquirida ao longo deste percurso académico preparou-me para enfrentar desafios com segurança, compromisso e rigor profissional.

ANÁLISE SWOT

A caminhada ao longo deste mestrado representou um verdadeiro desafio pessoal e profissional, permitindo-me explorar e desenvolver competências fundamentais na ER. Olhando para trás, vejo que este percurso foi marcado por momentos de superação, aprendizagem intensa e crescimento, mas também por algumas dificuldades que testaram a resiliência e me encaminharam para encontrar estratégias, conquistando uma evolução. Com esta análise SWOT, procuro refletir sobre os elementos que mais influenciaram esta experiência, distinguindo entre o que me fortaleceu e impulsionou, e os obstáculos que tive de enfrentar e ultrapassar.

Forças

Uma das maiores forças desta experiência foi, sem dúvida, o contacto próximo com EEER, cujo conhecimento e dedicação foram determinantes para o meu crescimento. Desde o primeiro momento, senti-me acolhido e desafiado, envolvido num ambiente onde o rigor técnico e a qualidade dos cuidados não eram apenas conceitos teóricos, mas sim uma prática diária. Os Enfermeiros Orientadores mostraram-se sempre disponíveis para ensinar, corrigir e partilhar as suas experiências, o que me permitiu adquirir um olhar clínico mais apurado e perceber a complexidade real dos cuidados de reabilitação.

Além disso, a componente teórica durante o período letivo do mestrado foi fundamental para a minha preparação e evolução ao longo dos estágios. Cada professor transmitiu conhecimento de forma

estruturada, trazendo não só a teoria, mas também a sua experiência prática, o que tornou as aulas mais enriquecedoras e aplicáveis à realidade clínica. As partilhas dos colegas em sala, as reflexões sobre casos práticos e a exigência na realização de trabalhos e provas, foram fundamentais para desenvolver um raciocínio clínico sólido e crítico. A diversidade das áreas abordadas, desde a reabilitação respiratória à neurológica, passando pelas estratégias na avaliação funcional, deu-me as ferramentas certas para enfrentar o contexto clínico com segurança e confiança. Sem esta base teórica forte, teria sido muito mais difícil integrar e aplicar os conhecimentos no terreno, e hoje reconheço que essa foi uma mais-valias deste percurso.

Além disso, a autonomia progressiva que fui adquirindo ao longo do estágio deu-me confiança para planear e implementar intervenções, sempre com a supervisão e o apoio necessário. Tive a oportunidade de trabalhar diretamente em áreas como a reabilitação funcional motora, treino de AVD, teste de deglutição e reabilitação respiratória, o que me permitiu consolidar competências e sentir que estava, de facto, a fazer a diferença na vida das pessoas. Outra grande força foi a minha própria dedicação ao estudo e à investigação, algo que me ajudou a colmatar inseguranças iniciais e a sentir-me mais preparado para os desafios diários. Saber que podia recorrer a literatura científica, protocolos baseados na evidência e instrumentos padronizados fez a diferença na minha evolução.

Fraquezas

Por outro lado, houve momentos em que me senti fora da minha zona de conforto, e isso foi uma fraqueza. Uma das maiores dificuldades que enfrentei foi a inexperiência inicial de algumas patologias muito específicas, como a LVM e a patologia respiratória associada a doenças neuromusculares. A sensação de não ter domínio sobre determinados conteúdos gerou alguma insegurança, e o receio de errar esteve presente. No entanto, à medida que o estágio foi avançando e fui absorvendo conhecimento, essa dificuldade transformou-se numa motivação extra para aprender mais e consolidar aquilo que precisava de saber.

Outro aspeto que se revelou uma fraqueza inicial foi a minha falta de experiência em equipas multidisciplinares altamente especializadas. Integrar um grupo de profissionais com vasta experiência e encontrar o meu lugar entre eles não foi imediato. Tive de aprender a comunicar melhor, a expressar as minhas ideias de forma mais clara e a confiar no meu raciocínio clínico, pois percebi que, para ser ouvido, primeiro tinha de me sentir seguro naquilo que estava a dizer. Felizmente, com o tempo, comecei a sentir-me mais confortável e a interagir de forma mais ativa com a equipa.

Oportunidades

O ambiente de aprendizagem especializada nos contextos foi uma oportunidade única para desenvolver competências que dificilmente conseguiria adquirir noutros contextos. Pude trabalhar lado a lado com equipas experientes, embeber conhecimento e perceber como a ER pode ser profundamente transformadora na vida das pessoas. Além

disso, o facto de ter acesso a formações em serviço, como as sessões sobre “Banho a seco – Bathing 21”, “Doente complexo internado no CRI Coluna” e a “Terapêutica regenerativa da lesão medular traumática com células estaminais pluripotentes”, cujos certificados se encontram em ANEXO III, foi um privilégio que enriqueceu ainda mais a minha experiência.

Outra grande oportunidade foi a possibilidade de explorar diferentes modelos de reabilitação, desde os cuidados hospitalares até à fase de reintegração da pessoa na comunidade. Ter tido a oportunidade de acompanhar pessoas em todas as fases do processo saúde/doença, permitiu-me perceber o impacto real da ER. Estas experiências deram-me uma visão mais ampla do que significa ser um EEER, reforçando a certeza de que escolhi o caminho certo.

Ameaças

Porém, nem tudo foi fácil neste percurso, e algumas dificuldades externas representaram barreiras difíceis de ultrapassar. A complexidade dos casos clínicos foi, sem dúvida, uma das maiores ameaças. Muitas das pessoas que acompanhei apresentavam comorbidades severas, elevado grau de dependência e necessidades de cuidados extremamente exigentes. Estar num ambiente onde as decisões clínicas precisavam por vezes de ser rápidas, com situações complexas e novas todos os dias, colocou-me sob pressão, e houve momentos em que senti que precisava de mais tempo para estudo ou de experiências para responder a todas as exigências.

A duração limitada do estágio, principalmente no HDI, também se revelou um obstáculo. Quando finalmente comecei a sentir-me mais confiante e confortável na equipa, a minha passagem por este contexto chegou ao fim. Fiquei com a sensação de que ainda havia muito para aprender e explorar, mas o tempo não permitiu aprofundar todas as áreas que gostaria. Além disso, a gestão do tempo entre o estágio, a vida profissional e as exigências académicas do mestrado foram um verdadeiro teste à minha capacidade de organização e resistência emocional. Houve momentos em que o cansaço foi extremo, e manter o equilíbrio entre todas as responsabilidades, incluindo algumas financeiras, foi um dos desafios mais exigentes desta jornada.

Podemos refletir que foi um percurso cheio de desafios, mas também repleto de oportunidades e aprendizagens que me marcaram profundamente. Houve momentos em que me senti inseguro, pressionado e até exausto, mas cada dificuldade foi também um passo em direção ao crescimento profissional e pessoal. O que levo desta experiência não são apenas os conhecimentos técnicos e científicos, mas também a certeza de que quero ser um EEER capaz de fazer a diferença na vida das pessoas.

Olhando para trás, vejo que cada fraqueza foi uma oportunidade disfarçada e que cada desafio me tornou mais forte e mais preparado. Este percurso não foi apenas sobre aprender técnicas ou aprofundar conhecimentos, foi sobre descobrir a minha identidade enquanto EEER. E se há algo que este estágio me ensinou, é que ser um EEER é muito mais do que saber intervir clinicamente – é saber adaptar-se, evoluir e, acima de tudo, nunca deixar de querer aprender e melhorar.

CONCLUSÃO

A realização deste mestrado em ER determinou um percurso de crescimento e transformação, tanto a nível pessoal como profissional. Ao longo desta jornada, tive a oportunidade de integrar uma formação teórica exigente e uma prática clínica desafiadora, que me permitiu consolidar as competências essenciais do EEER. Desde os primeiros momentos do estágio, ficou claro que a ER vai muito além da aplicação de técnicas especializadas – trata-se de acompanhar a pessoa no seu processo de recuperação, capacitando-a para alcançar o seu potencial máximo de funcionalidade e independência. A experiência vivida nos diferentes contextos clínicos foi reveladora da importância do EEER na vida das pessoas com limitação funcional, especialmente no caso das pessoas com LVM, cujo percurso reabilitativo é marcado por desafios físicos, emocionais e sociais complexos.

Ao longo desta experiência, foi possível perceber que a ER exige um compromisso inabalável com a excelência, a investigação e a melhoria contínua da prática. A passagem pelos contextos, como o SCPPC, a UCC e o HDI, proporcionou um contacto direto com equipas multidisciplinares e metodologias inovadoras, que desafiaram a minha capacidade de adaptação e aprofundaram a minha compreensão sobre os diferentes modelos de intervenção na reabilitação. A análise crítico-reflexiva das competências adquiridas permitiu identificar não só os aspetos que já dominava, mas também aqueles que exigiam maior desenvolvimento. Se, por um lado, o conhecimento adquirido ao longo do mestrado se revelou essencial para a fundamentação da prática

clínica, por outro, foi no terreno que compreendi verdadeiramente o impacto da ER na qualidade de vida das pessoas.

Outro aspeto fundamental desta jornada foi a exploração e aplicação de teorias de enfermagem, que forneceram um suporte conceptual construtivo para a prática clínica. A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem foi essencial para estruturar as intervenções de enfermagem, uma vez que destaca a importância de avaliar e promover a capacidade da pessoa para cuidar de si mesma, orientando as intervenções de reabilitação para a autonomia e a independência funcional. Nos contextos clínicos em que estagiei, percebi que muitas das pessoas com LVM enfrentam défices significativos de autocuidado, e foi através desta teoria que consegui estruturar melhor a minha abordagem, garantindo que as intervenções não eram apenas focadas na recuperação física, mas também no desenvolvimento de estratégias adaptativas para a vida diária.

Além disso, a Teoria das Transições de Afaf Meleis revelou-se também importante para compreender os desafios emocionais e psicossociais que as pessoas com LVM enfrentam durante o processo de reabilitação. A transição de um estado de independência para um estado de dependência parcial ou total representa um impacto profundo na identidade da pessoa, e esta teoria permitiu-me perceber como as fases de adaptação e aceitação podem influenciar o envolvimento da pessoa na sua própria recuperação. Durante o estágio, testemunhei casos em que a transição foi vivida de forma abrupta, enquanto noutros, o apoio da equipa de reabilitação fez toda a diferença para que a pessoa e família se adaptassem à sua nova realidade com maior resiliência. Esta

teoria ajudou-me a desenvolver uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa, permitindo-me intervir não apenas nas necessidades físicas, mas também no impacto emocional da lesão, garantindo um suporte contínuo ao longo da reabilitação.

Olhando para trás, percebo que este percurso foi intenso, desafiante e, acima de tudo, transformador. Cada momento de incerteza, cada dificuldade e cada desafio foram oportunidades de crescimento, e cada conquista, por mais pequena que fosse, reforçou a minha convicção de que ser EEER é um papel de enorme responsabilidade, mas também de imenso significado. O relacionamento terapêutico com as pessoas cuidadas, a necessidade de compreender as suas limitações e aspirações, e a construção de planos de cuidados individualizados e baseados na evidência foram elementos fundamentais para consolidar a minha identidade enquanto futuro especialista nesta área. Este mestrado confirmou aquilo que já suspeitava: a ER não é apenas uma área da enfermagem – é uma filosofia de cuidado, uma abordagem que coloca a funcionalidade e a autonomia da pessoa no centro da intervenção.

Termino este relatório com um sentimento profundo de gratidão e dever cumprido. A caminhada foi exigente, mas cada esforço valeu a pena. Sei que saio desta formação não apenas com mais conhecimento, mas com uma visão mais clara do impacto real da ER e do papel que posso desempenhar no futuro da profissão. O desafio agora é continuar a evoluir, a manter o espírito crítico e inovador, e a contribuir para a qualidade dos cuidados e o reconhecimento da ER como uma área essencial na promoção da saúde e da funcionalidade das pessoas. Se há

algo que esta experiência me ensinou, é que o EEER é, antes de tudo, um facilitador de mudanças, um agente de esperança e um promotor de novas possibilidades. E é exatamente isso que pretendo continuar a ser.

BIBLIOGRAFIA

Belo Fernandes, J., Lourenço Sá, M. C., & Campos Nabais, A. S. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/131>

Cafer, C. R., Barros, A. L. B. L., Lucena, A. F., Mahl, M. L. S., & Michel, J. L. M. (2005). Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paul Enferm*, 18(4), 347-353.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing Research*, 35(4), 238-243.

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro - Criação das unidades locais de saúde. Presidência do Conselho de Ministros (2023). *Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07*, páginas 4 – 20.

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto - regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros (2018). *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*, páginas 4147 – 4182.

Ferreira, A., Condeça, B., Pereira, E., Faria, F., Raposo, F., Batista, G., Delgado, H., Lopes, H. M., Galhordas, J., Vences, M., Martin, M., Carvalho, M. P., & Ferreira, S. (2016). Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Artmed Editora.

Gomes, J., Soares, C.M., & Bule, M.J. (28 junho 2019) *Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/109>

Gondim, F. A. A., Thomas, F. P., & Graça, J. R. V. da. (2016). Lesões Medulares Clínicas e Experimentais. Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará.

Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2023). Classificação dos resultados de enfermagem – NOC (7ª ed.). Elsevier.

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico). Ministério da Saúde (2015). Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 – 8105.

Lili, L., Sunnerhagen, K. S., Rekan, T., & Alt Murphy, M. (2024). Participation and autonomy, independence in activities of daily living and upper extremity functioning in individuals with spinal cord injury. *Scientific Reports*, 14, 9120. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59862-2>

Lima, A. M., Martins, M. M. F. S., Ferreira, M. S. M., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021). Enfermagem de reabilitação: Diferenciação na promoção da autonomia do idoso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 15-22. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.152>

Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Baixinho, C. (2021). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (p. 3-12). *Sabooks Lusodidacta*.

Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Lusociência.

McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2015). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3ª ed.). Elsevier.

Ministério da Saúde (2023). Carta de Compromisso da Unidade de Cuidados Continuados de Vila Franca de Xira.

Moser, G. A. D. S., Gelbcke, F. L., Aguiar, D. C. M., Schoeller, S. D., & Castro, F. F. S. (2020). Independência funcional da pessoa com lesão medular: Do trauma à primeira internação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 70-76. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.9.5764>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática*. LIDEL.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2024). *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2024-2026* (13ª ed.). Thieme.

Oliveira Agostinho, I. M., & Cunha, R. (novembro 2024). *Enfermagem de reabilitação na recuperação funcional da pessoa com lesão medular: relato de caso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: <https://rper.pt/article/view/35645>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*. Cadernos OE, Série 1, Número 2.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby.

Organização Mundial de Saúde. (16 abril 2024). *Spinal cord injury*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

Ministério da Saúde (2024). *Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Continuados de Vila Franca de Xira*.

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 – 4750*.

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, páginas 13565 – 13568.

Ribeiro Neder Cerezetti, C., Rodrigues Nunes, G., Cavaglieri Liuthevicene Cordeiro, D. R., & Tedesco, S. (2012). Traumatic Medullary Injury and strategies for coping: a critical survey. *O Mundo Da Saúde*, 36(2), 318–326. <https://doi.org/10.15343/0104-78092012362318326>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e3970016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e3970016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Silva, D. M. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Millenium*, 26 (7), 1647-662X. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%aancias%20de%20enfermagem.pdf>

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice* (4ª ed.). F. A. Davis Company.

Sousa, L. M. M., Martins, M. M. F. S., & 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*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

VanPutte, C., Regan, J., & Russo, A. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley* (10ª ed.). McGraw Hill Brasil.

ANEXOS

ANEXO I – American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale

INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISNCSCI) ASIA ISCOS

Patient Name _____ Date/Time of Exam _____
 Examiner Name _____ Signature _____

RIGHT

MOTOR KEY MUSCLES

Elbow flexors: C5
 Wrist extensors: C6
 Elbow extensors: C7
 Finger flexors: C8
 Finger abductors (5th finger): T1

Hip flexors: L2
 Knee extensors: L3
 Ankle dorsiflexors: L4
 Long toe extensors: L5
 Ankle plantar flexors: S1

(VAC) Voluntary Anal Contraction (Yes/No)

RIGHT TOTALS
 (MAXIMUM) (50) (54) (54)

MOTOR SUBSCORES
 UER + UEL = UEMS TOTAL LER + LEL = LEMS TOTAL
 MAX (20) (20) (40) MAX (20) (20) (40)

• Key Sensory Points

SENSORY KEY SENSORY POINTS
 Light Touch (LTI) Pin-Prick (PPR)

SENSORY KEY SENSORY POINTS
 Light Touch (LTI) Pin-Prick (PPR)

LEFT

MOTOR KEY MUSCLES

Elbow flexors: C5
 Wrist extensors: C6
 Elbow extensors: C7
 Finger flexors: C8
 Finger abductors (5th finger): T1

Hip flexors: L2
 Knee extensors: L3
 Ankle dorsiflexors: L4
 Long toe extensors: L5
 Ankle plantar flexors: S1

(DAP) Deep Anal Pressure (Yes/No)

LEFT TOTALS
 (MAXIMUM) (50) (54) (54)

MOTOR SUBSCORES
 UEL + UER = UEMS TOTAL LEL + LER = LEMS TOTAL
 MAX (20) (20) (40) MAX (20) (20) (40)

NEUROLOGICAL LEVELS
 Step 1: 2 for coordination, all six segments

1. SENSORY R L

2. MOTOR R L

3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI)

4. COMPLETE OR INCOMPLETE?
 Neurological = Any Ankle or toe/finger flexor at S4-5

5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

6. ZONE OF PARTIAL PRESERVATION (ZPP) R L
 (Do complete boxes only. Must extend head with any preservation)

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. 809 31/10

ANEXO II – Checklist CARE com as informações a incluir ao escrever um relato de caso



CARE Checklist of information to include when writing a case report




Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	_____
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	_____
Patient Information	5a	De-identified patient specific information.	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient.	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings.	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	_____
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	_____
	10d	Adverse and unanticipated events	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	_____
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ANEXO III – CERTIFICAÇÃO DAS FORMAÇÕES EM SERVIÇO DURANTE O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE



Declaração

Declara-se que **PEDRO MIGUEL CORREIA RODRIGUES**, nascido a 23 de outubro de 1994, portador do Cartão de Cidadão nº 14311222, frequentou a **formação em serviço “Doente complexo internado no CRI Coluna”**, realizada no dia **17/12/2024**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 25 de fevereiro de 2025

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: **Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga**
Num. de identificação: 11286644



Declaração

Declara-se que **PEDRO MIGUEL CORREIA RODRIGUES**, nascido a 23 de outubro de 1994, portador do Cartão de Cidadão nº 14311222, frequentou a **formação em serviço “Terapêutica Regenerativa da Lesão Medular Traumática com Células Estaminais Pluripotentes”**, realizada no dia **08/11/2024**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 25 de fevereiro de 2025

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: **Ricardo Jorge Vicente de Almeida
Braga**
Num. de identificação: 11286644



Declaração

Declara-se que **PEDRO MIGUEL CORREIA RODRIGUES**, nascido a 23 de outubro de 1994, portador do Cartão de Cidadão nº 14311222, frequentou a **formação em serviço - “Bathing 21”**, realizada no dia **07/10/2024**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 25 de fevereiro de 2025

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: **Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga**
Num. de Identificação: 11286644



APÊNDICES

APÊNDICE I – Relato de Caso do Estágio Profissionalizante



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular - Estágio Profissionalizante

Relato de Caso Clínico

O Papel do Enfermeiro de Reabilitação com a Pessoa com Bexiga Neurogénica na Lesão Vertebral-Medular

Hospital de São José

Centro de Responsabilidade Integrado da Coluna

Elaborado por:

Pedro Rodrigues n° 2023016

Orientado por:

Professora Sandy Severino

Enfermeiro Supervisor:

Enfermeiro Especialista Márcio Ribeiro

Barcarena, novembro 2024

ABREVIATURAS E SIGLAS

CARE - CAsE REport Guidelines

CI - Cateterização Intermitente

EEER - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

LM – Lesão Medular

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

RESUMO	4
INTRODUÇÃO	5
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	9
Teoria Do Autocuidado	9
Teoria do Défice de Autocuidado	10
Teoria dos Sistemas de Enfermagem	10
MATERIAIS E MÉTODOS	12
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	14
RESULTADOS	26
DISCUSSÃO	28
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

RESUMO

Objetivo: Analisar o impacto do trauma vertebro-medular na função vesical da pessoa, destacando a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na gestão da bexiga neurogénica. Relatar o suporte conceptual fornecido por Dorothea Orem, na Teoria do Autocuidado, aplicado ao cuidado Enfermagem de Reabilitação na pessoa com esta patologia, prevenindo complicações, promovendo a autonomia e a funcionalidade. Por fim, delinear um plano de cuidados que capacite o sistema pessoa/família para o período pós-hospitalar.

Métodos: Elaborado segundo as diretrizes CARE, o relato de caso explorou a atuação do Enfermeiro de Reabilitação com uma pessoa com bexiga neurogénica, com tetraplegia devido a trauma vertebro-medular. O plano de cuidados abordou a gestão da continência urinária, as estratégias na prevenção da disreflexia autónoma, intervenções de Enfermeiro de Reabilitação e a importância do cuidador no processo de transição da pessoa. A avaliação foi realizada com base em instrumentos (Índice de *Barthel*, Medida de Independência Funcional, Escala de Equilíbrio de *Berg* e ASIA), deste modo torna-se possível definir o potencial que a pessoa tem para se autocuidar, seguindo as práticas mais recomendadas, e consequentemente desenhar objetivos, intervenções e expectativas para fase aguda e preparar a fase crónica.

Resultados: O plano de cuidados mostrou efetividade na prevenção de complicações, como a disreflexia autónoma ou infeções urinárias. A pessoa demonstrou conhecimento sobre sinais de alarme e cuidados com a continência urinária, empoderando a autonomia e o poder de decisão. A utilização de uma abordagem psicossocial positiva contribuiu para uma relação terapêutica eficaz com a pessoa e família.

Conclusões: O caso evidenciou o papel fulcral do Enfermeiro de Reabilitação na gestão holística e individualizada da pessoa com bexiga neurogénica, prevenindo complicações e promovendo a qualidade de vida. A aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem proporcionou a base necessária para a prática, destacando a importância da capacitação da pessoa e do cuidador, bem como considerar uma intervenção multidisciplinar para o bem-estar máximo da pessoa.

Descritores: Enfermagem, Reabilitação, Bexiga Neurogénica, Trauma Vertebro-Medular

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio Profissionalizante, em realização num serviço de cuidados ao cliente com patologia da coluna, pertencente à Unidade Local de Saúde (ULS) da região de Lisboa, foi proposto a elaboração de um relato de caso clínico à qual fosse tratado um tema de interesse na área de Enfermagem de Reabilitação, aplicado ao contexto de intervenção nesta tipologia de pessoas. Nesse seguimento, o tema a abordar será a o papel do Enfermeiro de reabilitação (ER) com a pessoa com bexiga neurogénica na lesão vertebro-medular.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009), o traumatismo vertebro-medular (TVM) é um evento que resulta de forças energéticas externas exercidas sobre o corpo, podendo provocar alterações estruturais e fisiológicas tanto na coluna como na medula espinhal. Segundo a OE (2009), estas lesões, frequentemente decorrentes de acidentes de viação, trabalho ou prática desportiva, envolvem maioritariamente as vértebras cervicais (C5 a C7) e a região toracolombar (D12 a L2), devido à elevada mobilidade e instabilidade biomecânica dessas áreas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2024), estima que, globalmente, mais de 15 milhões de pessoas vivam com lesão medular (LM), em que a maioria dos casos resulta de trauma, incluindo quedas, acidentes rodoviários ou violência, sendo, por isso, evitáveis. A OMS (2024) também refere que, a LM é uma das principais causas de incapacidade de longa duração, representando mais de 4,5 milhões de anos vividos com incapacidade em 2021, sendo que uma prevenção eficaz, o tratamento, a reabilitação e os cuidados de saúde contínuos são essenciais para aliviar o impacto global destas lesões. Em Portugal, segundo Moreira (2023), na consulta de Fisiatria do Centro Hospitalar Universitário do Porto, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2017, foram registadas 67 pessoas com lesão medular traumática, com maior incidência nas quedas (61%) e nas lesões cervicais (42%).

Entre as diferentes complicações que a lesão vertebro-medular acarreta, a bexiga neurogénica, ou a disfunção neurogénica da bexiga, é uma das mais prevalentes e desafiantes. A bexiga neurogénica resulta da interrupção das vias nervosas que controlam a função vesical, podendo ocorrer tanto em lesões completas como incompletas da medula espinhal. Segundo a OE (2009), face a problemas de eliminação vesical, a atuação do ER tem que atender a vários fatores que a irão direcionar: nível da LM, fase de evolução do TVM, existência ou não de lesões associadas, antecedentes urológicos, capacidade de

aprendizagem e de compreensão, motivação para aderir às atividades a desenvolver, capacidades motoras mantidas para desenvolver as atividades propostas e o envolvimento da família/cuidador em todo o processo. De acordo com Panicker (2020), a bexiga neurogénica manifesta-se de diferentes formas, dependendo do nível da lesão, ou seja, lesões suprasacrais resultam em hiperatividade do detrusor, enquanto lesões no cone medular ou cauda equina levam à disfunção do esvaziamento vesical por contrações insuficientes do detrusor resultando em retenção urinária. Segundo Panicker (2020), durante a fase de choque medular, as pessoas apresentam frequentemente retenção urinária, porém, numa fase mais tardia, desenvolvem o padrão típico de dissinergia detrusor-esfíncter e hiperatividade do detrusor à medida que os reflexos espinhais vão-se restabelecendo. As principais complicações da bexiga neurogénica são “a retenção urinária, espasmos da bexiga, infeções urinárias, obstipação que podem desencadear disreflexia autónoma em indivíduos com lesões a nível da medula espinhal em D6 ou acima” (Panicker, 2020, p.572).

Já relativamente aos tipos de bexiga neurogénica, estas são classificadas com base na disfunção predominante, “desinibida; reflexa; autónoma; parálitica sensorial e parálitica motora” (Hoeman, 2000, p. 462). Porém, apenas duas estão ligadas a eventos traumáticos na medula espinhal, acima do cone medular, ou nas raízes ventrais de S2, S3, S4: a **bexiga neurogénica reflexa** e a **bexiga parálitica motora**. (Hoeman, 2000, p.464)

De acordo com Hoeman (2000, p.468), a bexiga torna-se parálitica motora quando o lado motor ou aferente do arco reflexo da micção é afetado, tornando o controlo voluntário da micção variável. A sensibilidade mantém-se, uma vez que os nervos sensoriais continuam intactos, ou seja, a pessoa tem sensação de plenitude vesical. Existe dificuldade em iniciar a micção, diminuição da força do jato urinário e necessidade de fazer grande esforço para urinar, o que traduz a perda da função motora e da diminuição do tónus muscular. (Hoeman, 2000, p.468) “As pessoas com bexiga parálitica motora podem aprender a esvaziar a bexiga por meio das manobras de Vaslsalva e Credé”. (Giroux, 1988) Hoeman (2000) também refere que pode surgir incontinência de refluxo embora a distensão possa ser evitada através de algaliações intermitentes.

Segundo Hoeman (2000), a bexiga neurogénica reflexa ocorre devido à interrupção dos feixes sensoriais e motores da medula espinhal, comprometendo a ligação entre a bexiga e o centro supra-espinhal, permanecendo o arco reflexo intacto, com a

micção involuntária e frequentemente incompleta devido a contrações descoordenadas (dissinergia detrusor-esfincter). “Uma pessoa com bexiga neurogénica reflexa é incapaz de sentir a bexiga cheia e de urinar voluntariamente, por isso a micção não pode ser nem iniciada nem suspensa da forma normal.” (Hoeman, 2000, p.466)

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem servirá como base teórica para este relato de caso, proporcionando um enquadramento robusto para o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na promoção da independência da pessoa. No caso da bexiga neurogénica, a educação e capacitação para a realização do autocuidado são fundamentais. Intervenções como o ensino de técnicas, a monitorização da ingestão de líquidos e a deteção de complicações. Segundo Orem (1991), estas práticas de autocuidado ajudam a prevenir complicações e a promover a independência da pessoa. Até porque, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, “o enfermeiro especialista em ER previne complicações para a saúde dos clientes”, “conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde” e “ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (OE, 2011).

Em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) detém competências específicas que incluem: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que resultam em limitações na atividade e incapacidade; elaborar planos de intervenção destinados a promover capacidades adaptativas, favorecendo o autocontrolo e o autocuidado nos processos de transição entre saúde/doença ou incapacidade; implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função de eliminação; e avaliar os resultados das intervenções realizadas.

Este relato de caso tem como objetivos:

- Analisar o impacto de um TVM na função vesical;
- Referir a atuação do ER na gestão da bexiga neurogénica;
- Aplicar a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem na intervenção do ER com a pessoa com bexiga neurogénica;
- Delinear um plano de cuidados que capacite o sistema pessoa/família para o período pós-hospitalar;

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

- Delinear um plano de cuidados que capacite o sistema pessoa/família para o período pós-hospitalar;
- Evidenciar a importância da abordagem do ER na gestão e prevenção de complicações na pessoa com LVM.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem serve como base teórica para este relato de caso, proporcionando um enquadramento robusto para o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na promoção da autonomia da pessoa. A teoria de Orem, está estruturada em três teorias inter-relacionadas — a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem — permitindo que o EEER compreenda as necessidades de autocuidado das pessoas e estruture intervenções adequadas para suprir os défices identificados. De seguida, será feita uma caracterização sucinta de cada uma das três teorias, de modo a que seja possível uma aproximação do que é conhecer este relato de caso aos olhos de Dorothea Orem.

Teoria Do Autocuidado

A teoria do autocuidado aborda a capacidade das pessoas para realizarem ações intencionais com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Orem define o autocuidado como “atividades realizadas pela pessoa para o seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde e o desenvolvimento pessoal” (Orem, 1991). Estas atividades incluem ações essenciais para a sobrevivência e desenvolvimento, sendo categorizadas em três tipos de requisitos:

Requisitos Universais de Autocuidado: São associados às necessidades básicas da vida, como a ingestão de alimentos, hidratação, eliminação, respiração, manutenção de temperatura corporal, equilíbrio entre atividade e descanso, e proteção contra perigos. (Marriner-Tomey & Alligood, 2002)

Requisitos de Desenvolvimento: Relacionam-se com as mudanças e adaptações que ocorrem durante o crescimento e desenvolvimento da pessoa, exigindo ajustes para alcançar o bem-estar. (Marriner-Tomey & Alligood, 2002)

Requisitos de Desvio de Saúde: São necessidades específicas que surgem em situações de doença ou lesão, exigindo cuidados adicionais para diagnóstico, tratamento, e adaptação às novas condições de saúde. (Marriner-Tomey & Alligood, 2002)

Teoria do Déficit de Autocuidado

Esta teoria centra-se na identificação de situações em que o autocuidado da pessoa é insuficiente para satisfazer as suas necessidades de saúde. Segundo Orem (1991), o déficit de autocuidado ocorre quando a pessoa não consegue assegurar a quantidade e qualidade de cuidados terapêuticos necessários para manter a vida, recuperar de uma doença ou enfrentar as suas consequências. Nestes casos, a enfermagem é essencial para colmatar essas lacunas.

De acordo com Marriner-Tomey & Alligood (2002), o déficit de autocuidado é identificado através de uma análise das capacidades e limitações da pessoa, sendo o ponto de partida para intervenções de enfermagem direcionadas. Este componente teórico destaca o papel crítico da enfermagem em situações em que a pessoa está parcial ou totalmente incapacitada, devido a condições de saúde como lesões vertebro-medulares ou doenças crónicas incapacitantes.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A teoria dos sistemas de enfermagem descreve como a enfermagem intervém para suprir as necessidades de autocuidado da pessoa, considerando três sistemas distintos:

Sistema Totalmente Compensatório: A enfermagem assume total responsabilidade pelos cuidados quando a pessoa é completamente incapaz de realizar qualquer atividade de autocuidado. Exemplos incluem estados comatosos ou lesões graves que comprometem todos os movimentos autónomos (Orem, 1991).

Sistema Parcialmente Compensatório: O cuidado é partilhado entre o enfermeiro e a pessoa. Este sistema aplica-se quando a pessoa possui alguma capacidade de autocuidado, mas requer suporte para realizar determinadas tarefas. (George, 2000)

Sistema de Apoio-Educação: A pessoa consegue realizar o autocuidado, mas necessita de orientação, ensino e apoio emocional para desenvolver e fortalecer as suas capacidades. (George, 2000)

No caso de uma pessoa, com uma lesão vertebro-medular altamente incapacitante, esta não se consegue auto cuidar ou satisfazer as suas necessidades humanas básicas, nesse sentido, precisará da Enfermagem para suprir esse déficit.

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

Aplicando a Teoria de Orem à situação clínica, a Enfermagem é imprescindível no que cerne à visão clara e precoce das necessidades da pessoa no período pós-hospitalar, ainda durante o internamento; a abordagem preventiva de complicações graves; a preocupação constante em preservar a autonomia da pessoa; o envolvimento da família e/ou cuidador na tentativa de atingir a independência máxima; o envolvimento multidisciplinar para potenciar o potencial máximo de saúde da pessoa, são competências e padrões que garantem a qualidade de um EEER e que fazem a diferença no processo de transição como o desta pessoa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Relativamente à metodologia deste trabalho, como referido anteriormente, foi proposta a realização de um relato de caso clínico, tendo por base as *guidelines* da CARE (*Care REport Guidelines*) (Anexo I), para explorar um caso clínico trabalhado durante o presente estágio, dentro da temática sugerida, aos olhos do ER.

Segundo Riley (2017), os relatos de casos desempenham um papel essencial na compreensão e análise de doenças raras ou emergentes, na avaliação de efeitos terapêuticos e complicações adversas, ponderando os custos associados às intervenções. Além disso, são uma ferramenta valiosa para elevar a educação em saúde baseada na investigação, proporcionando evidências tangíveis da eficácia em cenários clínicos reais. Ao sinalizar benefícios, riscos e o valor das intervenções, os relatos de casos contribuem para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. As *guidelines* da CARE mitigam o risco de viés, aumentando a transparência e concebendo dados que ajudam a identificar as práticas que verdadeiramente funcionam. (Riley et al., 2017)

Neste caso, será abordada um caso clínico de uma pessoa que apresenta bexiga neurogénica secundária a um trauma vertebro-medular. É um caso de especial interesse, para um estágio integrado no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, pela variedade de diagnósticos e intervenções específicas e especializadas do ER, como é o caso da Ventilação, da Limpeza das vias áreas, Movimento muscular ou do Autocontrolo continência urinária, que será o foco deste caso.

A temática central delineada para este relato de caso reflete um interesse pessoal e profissional profundo. Este interesse decorre da necessidade de explorar e implementar os cuidados de ER direcionados às pessoas com LVM e disfunções associadas, como a bexiga neurogénica, presente no contexto do serviço onde ocorreu o estágio profissionalizante. Para além da necessidade de aprendizagem intrínseca ao estágio, o especial interesse pelo cuidado a pessoas com LVM foi consolidado pela sua complexidade, multidimensionalidade e exigência, características que desafiaram o estudante a investir enquanto aprendiz, Enfermeiro generalista e futuro Enfermeiro especialista.

Este tema surge ainda pela expertise extraordinária do Enfermeiro orientador, que possui uma vasta experiência e domínio na área da urologia/urodinâmica. Este facto,

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

aliado à raridade com que este enfoque é abordado em estudos deste nível académico em Enfermagem, contribuiu para a escolha definitiva do tema. Assim, o caso desta pessoa foi acordado e aceite mutuamente pelo estudante e pelo Enfermeiro orientador, representando uma oportunidade ímpar para aprofundar conhecimentos e competências numa área tão específica e desafiante.

De referir que durante a elaboração do plano de cuidados, a utilização da linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) permitiu padronizar diagnósticos, intervenções e resultados, garantindo uma comunicação clara e estruturada, demonstrando-se uma ferramenta basilar e transversal à prática de Enfermagem.

É importante também realçar que o desenvolvimento deste caso foi sob o consentimento informado, livre e esclarecido da pessoa, bem como aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

39 anos, sexo masculino.

Sem antecedentes pessoais ou qualquer medicação habitual.

Trauma vertebro-medular após mergulho no mar, no dia 20 de outubro, com fratura da vértebra C5, cominutiva com extensão às lâminas e retropulsão do muro posterior.

Admitido no Hospital São José, a 23 de outubro, para realização de corporectomia C5 com fixação anterior que ocorreu no dia posterior.

No pós-operatório imediato é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos. Neste serviço, os colegas referem dificuldade na gestão da salivacção, cansaço fácil a pequenos esforços e tosse presente, mas ineficaz necessitando de aspiração de secreções e uso do *Cough Assist*. Tendo em conta o risco de aspiração alimentar, é entubado nasogastricamente para alimentação entérica.

Quadro 1 – Avaliação sistémica da pessoa no dia 29 de outubro (6º dia de pós-operatório)

Neurológico	<p>Consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Comunicativo. Por vezes, discurso forçado e monossilábico.</p> <p>ASIA: A (Lesão Completa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade: sensibilidade mantida até ao C4, hipostesia em C5, anestesia abaixo de C6. Não apresenta sensibilidade anal. • Motor: Paralisia Total a partir de C4, realiza apenas elevação dos ombros. Não apresenta contractilidade anal. <p>Reflexos Medulares: não apresenta reflexos de extensão, dos órgãos de Golgi dos tendões, de retirada. Também não apresenta bulbocavernoso ou cremastérico.</p> <p>Ausência de episódios de disreflexia autónoma.</p> <p>Escala de Equilíbrio de Berg: 0 (Ausência de equilíbrio estático e dinâmico)</p>
--------------------	---

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

Respiratório	<p>Pele e mucosas acianóticas.</p> <p>Sialorreia, com necessidade de aspiração frequente da cavidade oral e administração de anticolinérgicos.</p> <p>Taquipneia, com uma média de 20-25 ciclos por minuto.</p> <p>Padrão respiratório simétrico, superficial e regular. Uso de musculatura acessória, nomeadamente esternocleidomastóideo e escalenos.</p> <p>À palpação expansibilidade superficial, simétrica com vibração aumentada e generalizada na expiração.</p> <p>Na percussão, som atimpânico geral.</p> <p>Auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Restantes quadrantes pulmonares com roncospersos, que melhora após tosse ou uso de <i>Cough Assist</i>.</p> <p>Saturação periférica de oxigénio de 92% com oxigenoterapia a 3L/min, por cânula nasal</p> <p>Cansaço fácil a pequenos esforços.</p> <p>Tosse presente, provocada, mas ineficaz pela fraca musculatura acessória. Secreções esbranquiçadas, mucosas, inodoras, fluidas, em moderada quantidade. Necessidade de aspiração de secreções pela cavidade oral e uso do <i>Cough Assist</i>.</p>
Cardiovascular	<p>Perfil Hipotensivo (tensão sistólica habitualmente de 80-90mmHg)</p> <p>Normocardico. Pulso periférico rítmico e cheio.</p> <p>Tempo de reenchimento capilar de 2-3 segundos.</p>
Digestivo	<p>Entubado nasogastricamente para alimentação entérica industrial.</p> <p>Sistema duplo: débito de alimentação de 42ml/h e débito de hidratação (água) de 21ml/h. Débitos</p>

15

Pedro Rodrigues – novembro 2024

	<p>definidos para 1,5L/dia, segundo indicação da Nutricionista. Não se alteraram os débitos pelo excesso de produção de saliva.</p> <p>Conteúdo gástrico residual. Sem episódios de estase gástrica.</p> <p>Peso: 76kg</p>
Deglutição	<p>Avaliação dos 5º, 7º e 12º pares cranianos sem alterações.</p> <p>Na avaliação do 9º e 10º pares cranianos, a pessoa demonstra úvula descaída, em contacto com a base da língua; hipofonia; “voz molhada” e salivação residual.</p> <p>Elevação laringea na deglutição de 2 dedos.</p> <p>Auscultação laringea e traqueal com roncos e realiza apneia durante a deglutição.</p> <p>(Tosse, salivação, auscultação pulmonar e saturação periférica de oxigénio já descritas anteriormente)</p> <p>Conclusão: Num teste com consistência Pudim (Goma Xantana) a pessoa demonstrou deglutição incompleta com necessidade de técnicas compensatórias (dupla deglutição, deglutição forçada e flexão anterior do pescoço).</p>
Tegumentar	<p>Normotermico.</p> <p>Sem lesões cutâneas.</p>
Musculosquelético	<p>Tetraplegia flácida.</p> <p><i>Medical Research Council</i>: Força 3 na elevação do ombro bilateralmente. Força 0 nos restantes segmentos articulares.</p> <p>Sem alterações ou limitações da amplitude articular.</p>
Excretor	<p>Algaliado com algália de silicone, calibre 16. Drenagem de urina concentrada. Sem sedimento ou odor fétido. Sem drenagem de urina extra</p>

	<p>algália. Débito urinário diário de aproximadamente 2000ml.</p> <p>Sob programa de treino intestinal, com administração de supositório de Bisacodilo 10mg de 2 em 2 dias. Habitualmente com perda intestinal em grande quantidade.</p>
Atividades de Vida Diárias e Funcionalidade	<p>Escala de <i>Barthel</i>: 0 (0+0+0+0+0+0+0+0+0)</p> <p>Dependência Grave</p> <p>Medida de Independência Funcional: 48 (1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+7+7+7+7)</p> <p>Dependência Grave</p>
Psicossocial	<p>Humor depressivo.</p> <p>Refere ansiedade quando está sozinho, pela dificuldade de gestão da salvação e das secreções.</p> <p>Recebe várias visitas de familiares diariamente, referindo ser algo importante e positivo para si. Pai presente diariamente e disponível para participar no plano de cuidados.</p>
Sexualidade	<p>Refere ter uma companheira, com quem era sexualmente ativo, e com quem tem uma filha.</p> <p>Refere satisfação com a sua autoimagem, prévia ao acidente.</p> <p>Sensibilidade peniana presente.</p> <p>Refere ainda ocorrer ereção ligeira (SIC) quando tem pensamentos eróticos.</p> <p>Refere preocupação sobre o futuro da sua vida sexual.</p>

Relativamente ao plano de cuidados, como foi possível verificar pela análise do quadro anterior, esta pessoa tem outros focos importantes, aos olhos do ER, como o autocontrolo: continência intestinal, autocuidados, défice sensorial, deglutição, expetorar, intolerância à atividade, interação sexual, limpeza das vias aéreas, movimento muscular ou até ventilação, no entanto para otimizar a clareza do objetivo deste trabalho, apenas será dado enfoque ao foco autocontrolo: continência urinária.

Como está descrito na avaliação, o pai da pessoa estava presente diariamente e disponível para participar no plano de cuidados quando foi questionado sobre a possibilidade de realização de cateterização intermitente (CI) no período pós-hospitalar.

Quadro 2 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Autocontrolo: continência urinária ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar a hiperdistensão vesical que poderá lesar de forma irreversível a parede muscular da bexiga, impossibilitando o retorno do seu controlo voluntário ou reflexo, lesar os ureteres e rins - Evitar complicações genito-urinárias resultantes da hiperdistensão vesical - Evitar disreflexia autónoma - Evitar cateterização urinária permanente - Evitar infeções do trato urinário - Preservar a autonomia e o poder de decisão da pessoa - Evitar ansiedade, agressividade ou depressão 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocontrolo: continência urinária (Medida de Independência Funcional, Índice de <i>Barthel</i>, avaliação de reflexos). Realizado na 1ª interação. Planeia-se avaliação semanal. - Estimulação externa (percussão, estimulação suprapúbica). Realizado 3x semana. - Exercício de rolamento dos membros inferiores. Todas as interações. - Monitorizar eliminação urinária (características da urina, volume urinário). Realizado todos os turnos. - Avaliar disreflexia autonómica de causa urinária (ex: infeção urinária, hipertensão, 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de episódios de disreflexia autónoma - Ausência de sintomatologia de infeção urinária e manutenção de características normais da urina - Débito urinário diário dentro dos valores recomendados

	<p>associada às novas limitações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar a pessoa e cuidador para o período pós-hospitalar - Preparar o cuidador para a técnica de cateterização intermitente 	<p>bradicardia, cefaleia intensa, sudorese, ansiedade, visão turva, “pele de galinha”). A realizar, se ocorrer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com Nutricionista na gestão de líquidos administrados. - Colaborar com a equipa médica para monitorização e deteção de infeção urinária. - Promover Discussão Multidisciplinar (ex: cistostomia suprapúbica, neuro modulação tibial, toxina botulínica, estimulador da raiz sagrada anterior, Beta3 agonistas) - Aplicar as orientações da DGS na norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”. Todos os turnos. - Apoiar pessoa no processo de adaptação à nova limitação. Todas as interações. - Reforçar positivamente 	
--	---	---	--

		<p>qualquer progresso. Todas as interações.</p> <p>- Utilizar linguagem positiva e encorajadora. Todas as interações.</p>	
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrole: continência urinária</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar regresso a casa - Evitar complicações genito-urinárias resultantes da hiperdistensão vesical - Evitar disreflexia autónoma - Evitar cateterização urinária permanente - Evitar infeções do trato urinário - Promover a autonomia da pessoa - Evitar ansiedade, agressividade ou depressão associada às novas limitações 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre autocontrole continência urinária (periodicidade do esvaziamento vesical – após estudo urodinâmico, quantidade de urina drenada, gestão dos esvaziamentos pelas atividades do seu dia, não ingerir grandes quantidades de líquidos perto do momento de esvaziamento, atitudes a tomar se volume de urina acima de 500ml). Todas as interações. - Se não existir contra-indicação, no pós-hospitalar, instruir para ingestão nunca inferior a 1,2L de água por dia. Todas as interações em conjunto com o prestador de cuidados presente. - Ensinar para a realização de 	<ul style="list-style-type: none"> - Escutou atentamente todas as informações providenciadas. - Colocou questões. - Demonstrou aprendizagem dos conteúdos aquando questionada sobre a informação providenciada. - Refere sentir-se menos ansioso, deprimido e inseguro relativamente ao período pós-hospitalar. - Refere sentir-se apoiada pelo estudante, EEER, pelo seu pai (cuidador) e pela sua família.

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

		<p>registo sobre a ingestão de líquidos, quantidade e características da urina drenada e intercorrências. Todas as interações.</p> <p>- Ensinar pessoa sobre técnica de cateterização da bexiga. Todas as interações em conjunto com o prestador de cuidados presente.</p> <p>- Ensinar sobre sinais de alarme da disreflexia autónoma (hipertensão, bradicardia, cefaleia intensa, sudorese, ansiedade, visão turva, “pele de galinha”). Todas as interações.</p> <p>- Apoiar pessoa no processo de adaptação à nova limitação. Todas as interações.</p> <p>- Reforçar positivamente qualquer progresso. Todas as interações.</p> <p>- Utilizar linguagem positiva e encorajadora.</p>	
--	--	---	--

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

		Todas as interações.	
--	--	----------------------	--

Quadro 3 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Prestador de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre autocontrolo: continência urinária	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar regresso a casa - Evitar complicações genito-urinárias resultantes da hiperdistensão vesical - Evitar disreflexia autónoma - Evitar cateterização urinária permanente - Evitar infeções do trato urinário - Promover a autonomia da pessoa - Promover a independência do sistema pessoa-cuidador - Evitar ansiedade, agressividade ou depressão associada às novas limitações 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre autocontrolo continência urinária (periodicidade do esvaziamento vesical – após estudo urodinâmico, quantidade de urina drenada, gestão dos esvaziamentos pelas atividades do dia, a ingestão de grandes quantidades de líquidos perto do momento de esvaziamento, atitudes a tomar se volume de urina acima de 500ml). Todas as interações. - Se não existir contra-indicação, no pós-hospitalar, instruir para ingestão nunca inferior a 1,2L de água por dia. Todas as interações. - Ensinar para a realização de registo sobre a ingestão de líquidos, quantidade e 	<ul style="list-style-type: none"> - Escutou atentamente todas as informações providenciadas. - Colocou questões. - Demonstrou aprendizagem dos conteúdos aquando questionada sobre a informação providenciada.

		<p>características da urina drenada e intercorrências. Todas as interações.</p> <p>- Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de cateterização da bexiga. Todas as interações.</p> <p>- Ensinar sobre sinais de alarme da disreflexia autónoma (hipertensão, bradicardia, cefaleia intensa, sudorese, ansiedade, visão turva, “pele de galinha”). Todas as interações.</p> <p>- Apoiar o cuidador no processo de adaptação. Todas as interações.</p> <p>- Reforçar positivamente qualquer progresso. Todas as interações.</p> <p>- Utilizar linguagem positiva e encorajadora. Todas as interações.</p>	
<p>Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para executar a técnica de</p>	<p>- Preparar regresso a casa</p> <p>- Evitar complicações genito-urinárias resultantes da</p>	<p>- Avaliar capacidade para usar técnica de cateterização da bexiga.</p>	<p>- Escutou e visualizou atentamente todas as informações providenciadas e</p>

<p>cateterização da bexiga</p>	<p>hiperdistensão vesical</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proteger a função renal - Manter o esvaziamento regular e completo da bexiga - Promover continência urinária, evitando micção por refluxo - Promover função das válvula vesico-uretral - Evitar disreflexia autónoma - Evitar cateterização urinária permanente - Evitar infeções do trato urinário - Promover autoimagem da pessoa - Promover a autonomia da pessoa - Promover a independência do sistema pessoa-cuidador - Promover a aceitabilidade da 	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre uso da técnica de cateterização da bexiga (técnica limpa rigorosa, utilização do material adequado, higiene do meato urinário). Todas as interações. - Ensinar sobre sinais de alarme da disreflexia autónoma pela estimulação do procedimento (hipertensão, bradicardia, cefaleia intensa, sudorese, ansiedade, visão turva, “pele de galinha”). Todas as interações. - Providenciar material educativo. - Apoiar o cuidador no processo de adaptação. Todas as interações. - Reforçar positivamente qualquer progresso. Todas as interações. - Utilizar linguagem positiva e encorajadora. Todas as interações. 	<p>técnicas realizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocou questões. - Demonstrou aprendizagem dos conteúdos aquando questionada sobre a informação providenciada. - Demonstrou aprendizagem dos conteúdos ao reproduzir as técnicas ensinadas
---------------------------------------	---	---	--

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

	situação pela pessoa e família		
--	-----------------------------------	--	--

RESULTADOS

A implementação do plano de cuidados especializados para a pessoa com LVM e bexiga neurogénica gerou desfechos clínicos e psicossociais significativos. Estes resultados evidenciam o impacto positivo da Enfermagem de Reabilitação, ancorada nas melhores práticas e em fundamentos teóricos robustos, como a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Prevenção de Complicações Agudas:

- Disreflexia autónoma: Não foram registados episódios ao longo das interações, o que demonstra eficácia nas estratégias preventivas, como a monitorização contínua e o ensino sobre sinais de alarme.
- Infecções urinárias: A implementação da norma da DGS garantiu a ausência de complicações infecciosas.
- Função renal preservada: O débito urinário diário manteve-se dentro dos valores recomendados, assegurando o funcionamento adequado do sistema urinário.

Capacitação da Pessoa

- Educação em saúde: A pessoa foi instruída sobre sinais de alarme, gestão da continência urinária e autocontrolo, demonstrando compreensão e autonomia no processo de decisão sobre os cuidados.
- Autonomia e poder de decisão: A aplicação de estratégias pedagógicas baseadas em reforço positivo e linguagem encorajadora facilitou a compreensão da transmissão de informação.

Adaptação Psicossocial

- Abordagem centrada na pessoa: Apesar do quadro de dependência grave, as intervenções psicossociais favoreceram um vínculo terapêutico sólido com a família e cuidador.
- Integração da família: A capacitação do cuidador revelou-se fundamental para construir uma continuidade dos cuidados no pós-hospitalares.

Sustentação Teórica

- Aplicação da Teoria do Autocuidado: A estruturação das intervenções com base num enquadramento conceptual reforçou a importância do suporte familiar e profissional no alcance do máximo potencial de saúde.

- Monitorização especializada: utilização de escalas e ferramentas associadas à ER evidenciaram uma avaliação sóbria e rigorosa.

- Práticas baseadas na evidência: A utilização da evidência científica encontrada, aliada aos documentos divulgados pela Ordem dos Enfermeiros e pelas normas de qualidade da DGS assegurou a coerência na construção do plano de cuidados.

Estes resultados fortificam e valorizam o papel do EEER na gestão com a pessoa com TVM e bexiga neurogénica. As intervenções realizadas não só garantiram a estabilidade clínica no período hospitalar, como também prepararam a pessoa e o cuidador para um ambiente não controlado, fora do hospital e do ambiente de internamento.

DISCUSSÃO

De acordo com o que indica a OE (2009), o choque medular manifesta-se pela abolição da atividade reflexa abaixo do local da lesão, incluindo a perda de função reflexa autónoma, motora e sensorial, dependendo a sua intensidade do nível da lesão, podendo durar dias ou semanas. Também, pelo que descreve a OE (2009), é que quando a medula recupera do choque, o arco reflexo, destinado ao músculo que permaneceu anatomicamente íntegro, volta a funcionar, porém sem impulsos inibidores e reguladores procedentes do cérebro, podendo surgir espasmos flexores ou extensores, esvaziamento reflexo do intestino e bexiga, rigidez em flexão ou em extensão, hiper-reflexia, priapismo ou ejaculação reflexa no homem. “O choque medular termina quando surgem o reflexo anal ou bulbocavernoso” (OE, 2009, p. 239). Segundo a OE (2009), na fase do choque medular, a bexiga só se esvazia na totalidade realizando cateterização permanente. Também, posteriormente, na “fase aguda clinicamente estável ainda é recomendada a algaliação permanente da pessoa” (OE, 2009, p. 45). Já Kennelly (2019) refere que, para as pessoas com disfunção do trato urinário inferior neurogénica que residem na comunidade, a CI limpa é o *gold standard* para o esvaziamento vesical, pois é o método mais seguro (procedimento voluntário, completo e de baixa pressão) para o menor potencial para complicações urológicas. Kennelly (2019) também expõe que, a cateterização vesical permanente e, menos frequentemente, a cistostomia suprapúbica, devem ser evitadas devido ao elevado risco de infeções do trato urinário e complicações significativas a longo prazo.

Através da análise dos dados recolhidos neste plano de cuidados confrontando com a informação recolhida e relatada anteriormente, tendo em conta que a pessoa está em fase de choque medular com a atividade reflexa abolida abaixo do nível da lesão, apresentando tetraplegia flácida com ausência de reflexos medulares, ainda não podemos concluir o desfecho da função vesical. Porém, tendo em conta o nível da lesão, a pessoa poderá desenvolver bexiga neurogénica reflexa com interrupção dos feixes sensoriais e motores na medula espinhal, comprometendo a ligação entre a bexiga e o centro supra-espinhal, permanecendo o arco reflexo intacto, com micção involuntária e frequentemente incompleta devido a contrações descoordenadas (dissinergia detrusor-esfincter). Portanto, segundo a literatura científica atual, a escolha certa no desenho deste plano de

cuidados seria a CI tendo em conta que os seus benefícios sobrepoem-se às restantes soluções.

Porém, tendo em conta o referido anteriormente e o perfil ainda precoce do choque medular, não é possível prever exatamente os défices motores e sensitivos permanentes desta pessoa. Por esse motivo, é também precoce o planeamento de ensinamentos sobre a CI realizada pelo próprio ou por um cuidador. De acordo com a OE (2009), a técnica de auto esvaziamento é ensinada a pessoas com lesão vertebral que já possuem equilíbrio dinâmico razoável, estão motivadas e têm competências cognitivas suficientes para utilizá-la em segurança, mesmo em circunstâncias de diminuição de força dos membros superiores e alteração dos movimentos de preensão, existindo instrumentos e técnicas de compensação. Como a pessoa apresentada não demonstra equilíbrio dinâmico, a técnica de auto CI não poderá ser levada a cabo. No entanto, tal como demonstra o plano de cuidados, a família/cuidador poderão ser a peça-chave deste processo adquirindo esta competência. Sobretudo no período pós-hospitalar, o cuidador poderá ser capacitado para compensar este défice e, deste modo, estará a cumprir com as melhores práticas atuais aos olhos da ciência, mas também preserva e promove tanto a autonomia como a independência do sistema pessoa-família. Portanto, conseguimos assim alcançar o que é o *ex-libris* da ER, valorizando a disciplina no que são os seus mais altos padrões de qualidade: “o EEER ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”. (OE, 2011, p.8)

Por outro lado, integramos a família/cuidador no processo de compensação do défice do autocuidado, desempenhando o papel de “Enfermeiro” no regresso a casa. Esta interação, pode-se encaixar tanto na Teoria dos Sistemas de Enfermagem como na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem evidencia que a atuação da família ou cuidador é crucial no período pós-hospitalar, especialmente quando a pessoa não possui total capacidade de realizar os próprios autocuidados. Atuando como sistema totalmente compensatório, o cuidador assume integralmente as funções de cuidado, nomeadamente a CI, devido a limitações físicas desta pessoa. Orem (1991) destaca que, em tais situações, o Enfermeiro é indispensável para manter a continuidade dos cuidados e prevenir complicações, promovendo o bem-estar físico e emocional da pessoa assistida, porém, neste caso, quem desempenhará este papel é o pai.

Não obstante, na Teoria do Défice do Autocuidado, Orem (1991) descreve que o cuidado é necessário quando há uma discrepância entre os requisitos de autocuidado da pessoa e a sua capacidade de as suprir. No período pós-hospitalar, a família ou o cuidador será vital para preencher as lacunas no desempenho do autocuidado, especialmente ao intervir na realização da CI e no seguimento das orientações terapêuticas. Orem (1991) afirma que este apoio deve ser contínuo, garantindo que as necessidades básicas e terapêuticas da pessoa sejam satisfeitas, enquanto o Enfermeiro orienta e capacita os cuidadores para desempenhar essas funções de maneira eficaz e segura.

Em jeito de reflexão, apesar de ter sido feito um trabalho digno e respeitável, o destino desta pessoa é ainda uma incógnita. No caso de optarem por encaminhar a pessoa para uma instituição que tenha presença de Enfermagem, todo o plano de cuidados e ensino prático realizado junto do cuidador, não trarão benefícios práticos diretos aplicáveis. Porém, tendo em conta que a presença e disponibilidade da família, existirá uma monitorização rigorosa do *status* da pessoa, representando um elemento facilitador na manutenção da saúde.

No entanto, é também importante lembrar que, tanto o Enfermeiro como o cuidador, são agentes que preenchem lacunas, ou seja, neste caso a pessoa tem as suas capacidades cognitivas integras levando à capacidade de o mesmo decidir sobre si próprio. Portanto, deverá planear, organizar e decidir as suas necessidades e qual será a melhor maneira de as satisfazer, como por exemplo, planear os *timings* para a realização da CI, responsabilizar-se pela correta realização da técnica, ou até pela vigilância das características da urina.

CONCLUSÃO

Em conclusão, este relato de caso clínico destaca a complexidade da gestão da pessoa com bexiga neurogénica e lesão vertebro-medular, evidenciando o papel basilar do EEER na abordagem holística e individualizada. Ao longo da análise, tornou-se claro que a intervenção especializada, ancorada em práticas baseadas na evidência e na Teoria de Dorothea Orem, não só promove a autonomia e o bem-estar, como também desempenha um papel crucial na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida.

A bexiga neurogénica, como uma das complicações mais frequentes e desafiantes do trauma vertebro-medular, requer uma abordagem multidisciplinar, porém o olhar e o conhecimento inerentes à ER são indispensáveis à abordagem destas pessoas, em todas as fases desta patologia. A capacidade de avaliar holisticamente a pessoa, diagnosticar todos os focos remanescentes, implementar planos de intervenção de Enfermagem de reabilitação e educar a pessoa e os seus cuidadores sobre as práticas do autocuidado são competências únicas da atuação do EEER. Esta abordagem integrada não só contribui para a evolução positiva dos desfechos clínicos, como promove a autonomia da pessoa, sempre em vista a adaptação à fase pós-hospitalar.

Outro aspecto relevante deste relato de caso é a elevação da importância da aplicação de modelos teóricos, como a Teoria do Autocuidado, na prática de Enfermagem de Reabilitação, proporcionando um enquadramento claro e coerente para a intervenção, sustentando a intervenção de cuidados especializados. Assim, fica clara a necessidade de reforçar e valorizar a intervenção especializada da ER, não apenas na gestão da função vesical, mas também no apoio psicossocial e na capacitação da pessoa e cuidador nos momentos de adaptação à sua nova realidade.

Por fim, a recolha transparente dos dados, orientada pelas diretrizes CARE, sublinha a pertinência deste relato como uma fonte valiosa de evidência, contribuindo para a melhoria contínua do desenvolvimento do estudante que, com exemplos da excecional orientação do Enfermeiro orientador e da Professora coordenadora, se tornará no futuro ele também um Enfermeiro de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS. (2022). NORMA CLÍNICA: 019/2015. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical”

George, J. B. (2000). Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional (4ª ed.). Artmed Editora.

Hoeman, S. P. (2000). Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo (2.ª ed.). Lusociência.

Kennelly, M., Thiruchelvam, N., Averbeck, M. A., Konstatinidis, C., Chartier-Kastler, E., Trøjgaard, P., Vaabंगाard, R., Krassioukov, A., & Jakobsen, B. P. (2019). Adult Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction and Intermittent Catheterisation in a Community Setting: Risk Factors Model for Urinary Tract Infections. *Advances in Urology*, 2019, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2019/2757862>

Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed.). Lusociência.

Giroux, J. (1988). Bexiga Paralítica Motora. In Hoeman, S. P. (2000). Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo (2.ª ed.). Lusociência.

Moreira CM, Andrade MJ. Lesões Medulares: Caracterização Epidemiológica da Última Década num Hospital de Agudos. *SPMFR*. 2023;35(2):36-42. Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/299>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular: Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série I. Número 2.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante – Relato de Caso Clínico

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of Practice. 4ª edição. Mosby-Year Book.

Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of Practice. 4ª edição. Mosby-Year Book.

Organização Mundial de Saúde (16 abril 2024). Spinal cord injury. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

Panicker, J. N. (2020). Neurogenic Bladder: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Seminars in Neurology*, 40(5), 569–579. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713876>

Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. (Maio de 2017) DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>

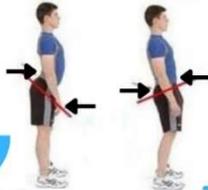
APÊNDICE II – “Guia de Exercícios”

ROTAÇÃO



Deite-se e dobre as pernas. Depois rode para a esquerda e para a direita

BÁSCULA



Apoiado numa bancada ou parapeito de uma janela, projete a sua cintura para trás e para a frente.

É essencial realizar os exercícios diariamente e seguir as orientações do seu Enfermeiro de Reabilitação para uma recuperação eficaz e segura.

Mantenha-se motivado e alegre, os resultados dependem de si!

Lembre-se, se sentir dor ou desconforto, pare um pouco e consulte o seu Enfermeiro de reabilitação.

Antes de começar... Reabilitação, porquê?

A **reabilitação** é fundamental para recuperar a força e a mobilidade. Os exercícios propostos neste guia são cruciais para ajudá-lo a realizar as suas atividades de vida diárias que são importantes para a sua independência e promovem a sua qualidade de vida, como vestir-se, tomar banho, cozinhar...



Os exercícios...

- São curtos, fáceis de realizar e não ocupam muito tempo do seu dia.
- Qualquer pessoa pode fazê-los, respeitando sempre as indicações do seu Enfermeiro de Reabilitação.

Como deve fazer?

- Deve fazer os exercícios 1 a 2 vezes por dia, dependendo da sua tolerância ao esforço;
- Em cada vez, deve fazer 3 séries de 10 repetições e descansar entre as séries: (10 -> Descanso -> 10 -> Descanso -> 10);
- Quando alcançar uma boa capacidade ao esforço e ao exercício, deve consultar o Enfermeiro de Reabilitação, pois este pode prescrever novos exercícios e aumentar as repetições.

IMPORTANTE!

Antes de iniciar, deve realizar um **exercício de respiração**, para se preparar. Deve repeti-lo 5 vezes.

- Encha o peito de ar inspirando profundamente pelo nariz.
- Liberte lentamente o ar pela boca até ficar com a sensação de pulmões vazios.

Durante a realização de cada exercício, deve fazer esta respiração, libertando o ar para fora na fase em que faz mais força.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



ULS ESTUÁRIO DO TEJO



ULS HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Unidade de Cuidados à Comunidade de Vila Franca de Xira

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Guia de Exercícios: Reabilitação da Cintura

Elaborado por:
Enf.ª Luciana Toscano
Enf.º Pedro Rodrigues

Coordenado por:
EEER Ana Paula Oliveira
EEER Antónia Garanhel

Julho, 2024

QUATRO APOIOS



Apoiado com as mãos e joelhos no chão, coloque o queixo junto ao peito e encolha a barriga com as costas curvadas. Depois, mova a cabeça para trás e estique a barriga em direção do chão.

PONTE



Deite-se de barriga para cima. Dobre os joelhos pousando totalmente os pés, e eleve a coxa até o máximo que conseguir.

Exercícios de PÉ

FLEXÃO



Apoiado numa bancada ou parapeito de uma janela, dobre o joelho para trás, em direção ao glúteo.

FLEXÃO DO JOELHO E DA PERNA



Apoiado numa bancada ou parapeito de uma janela, dobre o joelho e eleve a perna. Mantenha a perna elevada durante 5 segundos e depois desça lentamente.

É essencial realizar exercícios diariamente e seguir as orientações do seu Enfermeiro de Reabilitação para uma recuperação eficaz e segura.

Lembre-se, se sentir dor ou desconforto, pare um pouco e consulte o seu Enfermeiro de reabilitação.

**Antes de começar...
Reabilitação, porquê?**

A **reabilitação** é fundamental para recuperar a força e a mobilidade. Os exercícios propostos neste guia são cruciais para ajudá-lo a realizar as suas atividades de vida diárias que são importantes para a sua independência e promovem a sua qualidade de vida, como vestir-se, tomar banho, cozinhar...



Os exercícios...

- São curtos, fáceis de realizar e não ocupam muito tempo do seu dia.
- Qualquer pessoa pode fazê-los, respeitando sempre as indicações do seu Enfermeiro de Reabilitação.

Como deve fazer?

- Deve fazer os exercícios 1 a 2 vezes por dia, dependendo da sua tolerância ao esforço;
- Em cada vez, deve fazer 3 séries de 10 repetições e descansar entre as séries: (10 -> Descanso -> 10 -> Descanso -> 10);
- Deve realizar os exercícios em cada perna;
- Quando alcançar uma boa capacidade ao esforço e ao exercício, deve consultar o Enfermeiro de Reabilitação, pois este pode prescrever novos exercícios e aumentar as repetições.

IMPORTANTE!

Antes de iniciar, deve realizar um **exercício de respiração**, para se preparar. Deve repeti-lo 5 vezes.

- Encha o peito de ar inspirando profundamente pelo nariz.
- Liberte lentamente o ar pela boca até ficar com a sensação de pulmões vazios.

Durante a realização de cada exercício, deve fazer esta respiração, libertando o ar para fora na fase em que faz mais força.



**Guia de Exercícios:
Reabilitação do Membro Inferior**

Elaborado por:
Enf.ª Luciana Toscano
Enf.º Pedro Rodrigues

Coordenado por:
EER Ana Paula Oliveira
EER Antónia Garanhel

Julho, 2024

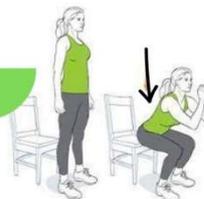
Exercícios de PÉ

ABDUÇÃO E ADUÇÃO



Apoiado numa bancada ou parapeito de uma janela, afaste a perna para o lado. Mantenha o corpo e as pernas direitas.

AGACHAMENTO



Sente-se numa cadeira com uma ligeira inclinação do tronco para a frente e com a parte detrás das pernas em contato com a cadeira. Poderá colocar as mãos como mostra na figura ou apoiá-las nas coxas para controlar a descida.

Exercícios SENTADO

EXTENSÃO



Sente-se numa cadeira com as costas direitas. Levante um pé até que a perna fique esticada. Mantenha 5 segundos e depois desça lentamente.

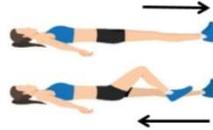
PONTA DOS PÉS E CALCANHARES



Eleve o máximo que conseguir os dedos e a ponta dos pés. Volte a pousar o pé totalmente no chão e eleve os calcanhares. Mantenha durante 5 segundos em cada posição do pé.

Exercícios DEITADO

FLEXÃO COM A BARRIGA PARA CIMA



Deite-se de barriga para cima. Dobre o joelho, movendo o calcanhar até ao glúteo. Evite arrastar o calcanhar.

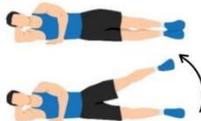
EXTENSÃO



Deite-se de costas, levante uma das pernas esticada e depois desça lentamente. A outra perna pode estar pousada na cama ou com o joelho dobrado.

Exercícios DEITADO

ABDUÇÃO E ADUÇÃO



Deite-se em lateral, afaste uma das pernas para cima e volte à posição inicial lentamente. É importante que o tronco fique direito.

Exercícios DEITADO

DORSIFLEXÃO E FLEXÃO PLANTAR



Deite-se e estique os dedos e aponte para trás e depois para a frente, movimentando lentamente o tornozelo para a frente e para trás.

Exercícios SENTADO

FLEXÃO COM A BARRIGA PARA BAIXO



Deite-se de barriga para baixo. Dobre o joelho, levando o pé em direção ao glúteo.

ABDUÇÃO E ADUÇÃO



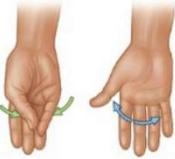
Sente-se numa cadeira com as costas direitas. Afaste uma das pernas, na direção da lateral da cadeira, e volte à posição inicial.

ABDUÇÃO E ADUÇÃO



Com os dedos esticados, afaste todos os dedos e volte a juntá-los.

OPONÊNCIA DO POLEGAR



Toque com o polegar na ponta de cada dedo.

É essencial realizar os exercícios diariamente e seguir as orientações do seu Enfermeiro de Reabilitação para uma recuperação eficaz e segura.

Mantenha-se motivado e alegre, os resultados dependem de si!

Lembre-se, se sentir dor ou desconforto, pare um pouco e consulte o seu Enfermeiro de reabilitação.



**Antes de começar...
Reabilitação, porquê?**

A **reabilitação** é fundamental para recuperar a força e a mobilidade. Os exercícios propostos neste guia são cruciais para ajudá-lo a realizar as suas atividades de vida diárias que são importantes para a sua independência e promovem a sua qualidade de vida, como vestir-se, tomar banho, cozinhar...



Os exercícios...

- São curtos, fáceis de realizar e não ocupam muito tempo do seu dia.
- Qualquer pessoa pode fazê-los, respeitando sempre as indicações do seu Enfermeiro de Reabilitação.

Como deve fazer?

- Deve fazer os exercícios 1 a 2 vezes por dia, dependendo da sua tolerância ao esforço;
- Em cada vez, deve fazer 3 séries de 10 repetições e descansar entre as séries: (10 -> Descanso -> 10 -> Descanso -> 10);
- Deve realizar os exercícios para cada mão;
- Quando alcançar uma boa capacidade ao esforço e ao exercício, deve consultar o Enfermeiro de Reabilitação, pois este pode prescrever novos exercícios e aumentar as repetições.

IMPORTANTE!

Antes de iniciar, deve realizar um **exercício de respiração**, para se preparar. Deve repeti-lo 5 vezes.

- Encha o peito de ar inspirando profundamente pelo nariz.
- Liberte lentamente o ar pela boca até ficar com a sensação de pulmões vazios.

Durante a realização de cada exercício, deve fazer esta respiração, libertando o ar para fora na fase em que faz mais força.

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE ULS ESTUÁRIO DO TEJO
Unidade de Cuidados à Comunidade de Vila Franca de Xira

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



**Guia de Exercícios:
Reabilitação da Mão**

Elaborado por:
Enf.ª Luciana Toscano
Enf.º Pedro Rodrigues

Coordenado por:
EER Ana Paula Oliveira
EER Antónia Garanhel

Julho, 2024

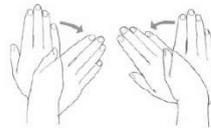
Exercícios do PUNHO

FLEXÃO E EXTENSÃO



Dobre o punho para a cima e para baixo.

DESVIO CUBITAL E RADIAL



Desvio Cubital

Desvio Radial

Movimente o punho em direção ao polegar e depois em direção ao dedo mindinho.

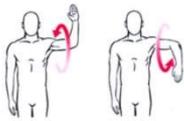
Exercícios dos DEDOS

FLEXÃO E EXTENSÃO



Dobre todos os dedos, fechando a mão. Depois estique os dedos, abrindo a mão.

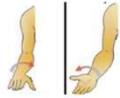
ROTAÇÃO EXTERNA E INTERNA



Com o braço na posição de acenar, rode o braço para cima e para baixo.

Exercícios do ANTEBRAÇO

PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO



Com o braço estendido, vire o braço para baixo e para cima.

Exercícios do COTOVELO

FLEXÃO E EXTENSÃO



Dobre o cotovelo, levando a mão em direção ao ombro. Depois estenda o braço levando a mão para longe do ombro.

É essencial realizar exercícios diariamente e seguir as orientações dos Enfermeiros de Reabilitação para uma recuperação eficaz e segura.

Mantenha-se motivado e alegre, os resultados dependem de si!

Lembre-se, se sentir dor ou desconforto, pare um pouco e consulte o seu Enfermeiro de reabilitação.



**Antes de começar...
Reabilitação, porquê?**

A **reabilitação** é fundamental para recuperar a força e a mobilidade. Os exercícios propostos neste guia são cruciais para ajudá-lo a realizar as suas atividades de vida diárias que são importantes para a sua independência e promovem a sua qualidade de vida, como vestir-se, tomar banho, cozinhar...



Os exercícios...

- São curtos, fáceis de realizar e não ocupam muito tempo do seu dia.
- Qualquer pessoa pode fazê-los, respeitando sempre as indicações do seu Enfermeiro de Reabilitação.

Como deve fazer?

- Deve fazer os exercícios 1 a 2 vezes por dia, dependendo da sua tolerância ao esforço;
- Em cada vez, deve fazer 3 séries de 10 repetições e descansar entre as séries: (10 -> Descanso -> 10 -> Descanso -> 10);
- Deve realizar os exercícios em cada braço;
- Quando alcançar uma boa capacidade ao esforço e ao exercício, deve consultar o Enfermeiro de Reabilitação, pois este pode prescrever novos exercícios e aumentar as repetições.

IMPORTANTE!

Antes de iniciar, deve realizar um **exercício de respiração**, para se preparar. Deve repeti-lo 5 vezes.

- Encha o peito de ar inspirando profundamente pelo nariz.
- Liberte lentamente o ar pela boca até ficar com a sensação de pulmões vazios.

Durante a realização de cada exercício, deve fazer esta respiração, libertando o ar para fora na fase em que faz mais força.



Unidade de Cuidados à Comunidade de Vila Franca de Xira

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



**Guia de Exercícios:
Reabilitação do Ombro e Braço**

Elaborado por:
Enf.ª Luciana Toscano
Enf.º Pedro Rodrigues

Coordenado por:
EER Ana Paula Oliveira
EER Antónia Garanhel

Julho, 2024

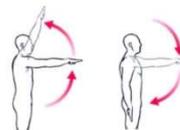
Exercícios do OMBRO

ELEVAÇÃO E DEPRESSÃO



Levante os ombros em direção às orelhas, como se estivesse a encolhê-los. Depois baixe os ombros, voltando à posição normal.

FLEXÃO E EXTENSÃO



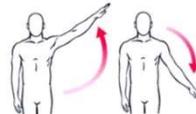
Com o braço estendido junto ao corpo, levante o braço à frente do corpo até à altura acima da cabeça e volte à posição inicial.

HIPEREXTENSÃO



Com o braço estendido junto ao corpo, leve-o para trás do corpo e depois volte à posição inicial.

ABDUÇÃO E ADUÇÃO



Com o braço estendido junto ao corpo, afaste o braço do corpo o máximo que conseguir e depois traga o braço novamente junto ao corpo.

APÊNDICE III – Relato de Caso do Estágio na Comunidade



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade

Relato de Caso Clínico

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Amputada com Diabetes *Mellitus*

Unidade de Cuidados na Comunidade – Vila Franca de Xira

Elaborado por:

Pedro Rodrigues nº 2023016

Orientado por:

Professora Sandy Severino

Enfermeira Supervisora:

Enfermeira Especialista Ana Paula Oliveira

Barcarena, junho 2024

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD – Atividades de Vida Diárias

DAP - Doença Arterial Periférica

DM2 – Diabetes *Mellitus* tipo 2

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

RESUMO	4
INTRODUÇÃO	5
MATERIAIS E MÉTODOS	8
PLANO DE CUIDADOS	10
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	20
BIBLIOGRAFIA	22

RESUMO

Objetivo: Realizar um relato de um caso real, experienciado durante o estágio de reabilitação na comunidade, confrontado com dados recolhidos da literatura disponível, que comprove o impacto da Enfermagem de Reabilitação aplicada à pessoa amputada com diabetes *mellitus 2*.

Métodos: O estudante utiliza o modelo proposto pelo Guia Orientador de Estágio, com o importante contributo da Enfermeira Supervisora e a Professora Orientadora, utilizar parâmetros de qualidade de estudos de caso da plataforma CARE e pesquisa pela plataforma EBSCOhost através da Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: A intervenção do EEER aumenta a qualidade de vida da pessoa amputada com DM2 podendo a sua intervenção aumentar os índices de força muscular, a sensibilidade, o equilíbrio e a independência na realização das atividades de vida.

Conclusões: A intervenção do EEER à pessoa amputada com diabetes *mellitus 2* deverá ser holística, atendendo aos seus componentes físicos, psicológicos, sociais e económicos. Desta forma, o EEER consegue envolver a pessoa no plano de intervenção individualizado, otimizando a probabilidade de esta vir a ter ganhos em saúde.

DESCRITORES: reabilitação, amputação, diabetes

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, foi proposta a elaboração de um relato de caso clínico à qual fosse tratado um tema de interesse na área de Enfermagem de Reabilitação, aplicado ao contexto da intervenção desta disciplina na comunidade. Nesse seguimento, o tema a abordar será a “intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa amputada com diabetes *mellitus*”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2023), uma amputação é a remoção de um membro ou qualquer outra parte do corpo devido a um trauma (lesão ou acidente), ou a uma cirurgia causada por vários motivos como cancro, diabetes ou infeção. Os sintomas após uma amputação podem variar entre incapacidade física, sensação de membro fantasma e dor fantasma, sendo que a localização, o tamanho da parte do corpo removida e a qualidade da cirurgia são fatores determinantes no desenvolvimento destes mesmos sintomas, bem como no impacto dos mesmos nas limitações da funcionalidade da pessoa. Não obstante, a questão psicológica da adaptação ao seu novo “eu” e da readaptação à nova autoimagem são também focos que merecem a máxima atenção da equipa multidisciplinar, pois determinam a motivação da pessoa na adesão aos planos clínicos, mas também a velocidade com que esta adquire a sua independência.

Também segundo Aledi (2023), as amputações causadas por doenças vasculares são cada vez mais frequentes, principalmente devido à doença arterial periférica (DAP), relacionada com o envelhecimento da população e ao aumento da incidência de diabetes e doenças ateroscleróticas. A DAP dos membros inferiores refere-se à obstrução ou estreitamento das grandes artérias dos membros inferiores, causada mais frequentemente pela presença de uma placa ateromatosa ou pela trombose da mesma. Embora em muitos casos de doença menos grave as pessoas possam estar assintomáticas, as principais manifestações clínicas da DAP são a claudicação intermitente e a isquemia crítica dos membros. Se a estenose arterial subjacente continuar a progredir, pode desenvolver-se isquemia crítica dos membros. A revascularização pode ser necessária nos casos em que a doença é grave ou não melhora com intervenções não cirúrgicas. Finalmente, naqueles cuja doença não é passível de procedimentos de revascularização ou que apresentam gangrena estabelecida, pode ser necessária a amputação. O treino de força, elaborado para desenvolver a força de um grupo muscular de cada vez, é uma técnica comum utilizada na reabilitação motora após a amputação de membros inferiores. Têm sido desenvolvidas intervenções inovadoras, que

podem ser realizadas no domicílio, como: a imaginação motora (movimento simulado ou ensaio mental da ação sem realmente realizar o movimento), ambientes virtuais (simulações geradas por computador) e a facilitação neuromuscular propriocetiva (alongamento dos músculos para alcançar a máxima flexibilidade estática).

Segundo a OMS (2023), estima-se que, em 2019, cerca de 176 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com amputações e problemas de funcionalidade, sendo, portanto, fundamental a intervenção e acompanhamento de um enfermeiro de reabilitação a este tipo de população. Aplicado a este tema, a intervenção da ER é necessária e imprescindível em áreas como o desenvolvimento da função motora; a prevenção de consequências secundárias à amputação; a seleção, adaptação e treino no uso de próteses; e o cuidado psicossocial no regresso à vida social e laboral. Não esquecendo também, que a pessoa amputada, em particular na amputação do membro inferior, tem uma probabilidade acrescida no risco de queda, necessitando de ensinamentos adaptados às infraestruturas que a rodeiam, mas também na seleção e treino com produtos de apoio que compensem o seu défice.

Relativamente à diabetes *mellitus*, a OMS (2023) refere que a reabilitação desempenha um papel importante na abordagem de algumas das complicações associadas à diabetes, como a amputação de membros inferiores. Por exemplo, uma pessoa com diabetes pode beneficiar de um programa de reabilitação que envolva exercícios aeróbicos, de resistência, flexibilidade, equilíbrio e marcha para melhorar a sensibilidade, o fluxo sanguíneo, a mobilidade das articulações, a mobilidade em geral e o controlo da diabetes.

Todo o trabalho de Reabilitação, anteriormente referido, está contemplado pelo colégio de especialidade da ER como competências inerentes a esta disciplina. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o EEER, dentro das suas diversas competências específicas, tem a competência de: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; elaborar e implementar programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; e promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Neste tema é pertinente referir que existem iniciativas que apoiam e aglomeram grupos de amputados por todo o mundo. No Reino Unido, existe uma aplicação para telemóvel chamada “*Apputee*”, na qual, segundo o seu *website*, oferece aos amputados um guia abrangente para a recuperação, conectando-os a recursos vitais, exercícios especializados, técnicas de

mindfulness e dicas úteis para a vida após a amputação. Também em Portugal existem associações que dão apoio a este tipo de pessoas como a ANDAMUS (Associação Portuguesa De Amputados) e a ANAMP (Associação Nacional de Amputados).

Relativamente aos objetivos para este relato de caso clínico, definem-se os seguintes:

- Desenvolver conhecimento científico relativamente à pessoa amputada de um membro inferior;
- Desenvolver competências de ER sobre a abordagem à pessoa amputada;
- Desenvolver um plano de cuidados de ER à pessoa amputada;
- Executar pesquisa de literatura que suporte a prática a desenvolver;
- Mapear a documentação da Ordem dos Enfermeiros e do Colégio de Especialidade;
- Desenvolver um processo de reflexão sobre o planeamento, os resultados esperados e os resultados obtidos;
- Realçar o impacto da intervenção do ER perante o caso relatado;
- Refletir sobre o processo de aprendizagem e os ganhos obtidos para a formação do estudante.

MATERIAIS E MÉTODOS

No presente trabalho, o tipo de estudo a ser desenvolvido será um relato de caso com base numa situação verídica, vivenciada durante o estágio de ER na comunidade e acordada entre o estudante e a Enfermeira Supervisora.

Segundo a plataforma CARE (2024), os relatos de casos têm sido fundamentais para conhecer e estudar doenças novas ou raras, avaliar os efeitos terapêuticos, eventos adversos e custos das intervenções, bem como melhorar a educação médica baseada na investigação, fornecendo evidências de eficácia em contextos reais. Os relatos de caso melhoram os cuidados de saúde uma vez que oferecem sinais iniciais de benefícios, danos e valor, fornecem informações sobre a utilização de recursos, apoiam a investigação clínica e providenciam *feedback* sobre a implementação de *guidelines* de prática clínica. A recolha precisa e transparente de dados a partir de episódios de cuidados de saúde é essencial para a prestação de cuidados de saúde individualizados de alta qualidade. As diretrizes CARE para relatos de casos ajudam a reduzir o risco de viés, aumentando a transparência e fornecendo dados iniciais sobre o que funciona, para quais pacientes e em quais circunstâncias.

A pesquisa foi realizada de 17 a 23 de junho de 2024, através da plataforma EBSCOhost por via do *website* da Ordem dos Enfermeiros. De acordo com os descritores *rehabilitation* AND *amputation* AND *diabetes* foram identificados 1.008 resultados. Após aplicar os filtros de apenas textos integrais e o limite temporal (2019-2024), os resultados foram reduzidos para 73. Por fim, foi aplicado o filtro do idioma de modo a que apenas fossem apresentados resultados em língua inglesa, espanhola e portuguesa, resultando em 67 resultados.

Tabela 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos artigos no estudo

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Limite temporal 2019-2024;	Redigidos em qualquer outro idioma que não seja a língua inglesa, espanhola e portuguesa;
Artigos redigidos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa;	Com data anterior a 2019;

Intervenções de reabilitação dirigidas a pessoas amputadas e diabéticas;	Sem correlação com o objeto de estudo;
	Não disponíveis em texto integral;

A seleção dos artigos realizou-se em três fases, tendo sempre em consideração o tema em estudo e os critérios de inclusão e exclusão. Na primeira fase, foi analisada a pertinência dos artigos identificados com base na leitura do título, seguindo-se a análise do resumo e, por último, procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados. Este processo culminou na recolha de 3 artigos científicos:

- “Amputação por complicações do diabetes: protocolo de cuidados de enfermagem” - Nalva Kelly Gomes de Lima, Jessyka Chaves da Silva, Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, Alexsandro Silva Coura, Nuno Damácio de Carvalho Félix, Inacia Sátiro Xavier de França;
- “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro inferior” - Lourdes Villegas Flores;
- “Interventions for motor rehabilitation in people with transtibial amputation due to peripheral arterial disease or diabetes (Review)” - B Aledi L, Flumignan CDQ, Trevisani VFM, Miranda Jr F.

PLANO DE CUIDADOS

79 anos, sexo masculino.

Reside com a atual companheira (ativa profissionalmente, estando pouco tempo em casa) em apartamento, 3º andar. Tem 2 filhas que residem e trabalham na mesma localidade.

Previamente independente na realização das suas atividades de vida diárias.

Antecedentes Pessoais: DM 2 não insulino-tratado; Hipoacusia; Dislipidémia; Doença venosa crónica; Doença arterial periférica oclusiva (seguido em consulta Cirurgia Vascular); *Status* pós-ressecção transuretral de tumor vesical por carcinoma urotelial; 10/2023: trombose *bypass*, evolução necrótica de D2, palidez de todos os dedos e úlcera de calcâneo.

Medicação Habitual: Metformina + Sitagliptina 850/50mg 2id; Pantoprazol 40mg 1id; Apixabano 5mg 2id; Tramadol + Paracetamol 75/650mg 2id; Metamizol magnésico 575mg 2id; Rosuvastatina + Ezetimiba 20/10mg 1id.

Alérgico à Cefuroxima.

Em abril de 2024, por isquemia de grave, sem potencial de revascularização, foi submetido a amputação transfemoral esquerda, complicada de deiscência com infeção do coto (cumpru 7 dias de Amoxicilina + Ácido Clavulânico e 15 dias de Piperacilina + Tazobactam).

A 22/05/2024, por manutenção dos sinais inflamatórios do coto, foi submetido a amputação pelo terço inferior da coxa. Nesta segunda intervenção, apresentou boa evolução cicatricial, sem intercorrências no pós-operatório.

Admissão em ECCI realizada a 16/05/2024.

Nível de Consciência: Consciente e orientado em todas as vertentes.

Expectativas da pessoa: aumentar a força muscular e que o processo de adaptação à prótese seja rápido para recuperar a sua independência. Expectativa desajustada pela demora do processo de colocação da prótese.

Potencial da pessoa: Motivado no processo de reabilitação, atribuindo importância às intervenções feitas. Pretende uma evolução muito rápida para readquirir a sua independência, através da prótese e de carro adaptado. (*sic*) Compreende indicações simples, mas com

Pedro Rodrigues – junho 2024

dificuldade na retenção da informação. Há necessidade de revalidação e correção dos exercícios. Tem potencial de ganhos no índice da força muscular, no aumento da amplitude articular e na aprendizagem da marcha com ajudas técnicas.

Conhecimento da pessoa: O utente tem défice no conhecimento do seu autocuidado. Marcha com ajudas técnicas realizada por intuição, com elevação frequente do coto. Tem dúvidas relativamente à sua medicação habitual. Não tem conhecimentos sobre os cuidados ao coto. Não tem conhecimento sobre mobilizações do coto e dos restantes membros.

Gestão/adesão ao regime terapêutico: Alguma confusão relativamente ao seu esquema terapêutico - refere que lhe foi receitado um analgésico neuropático, mas não cumpre pois não foi referido na alta deste último internamento. Tendo ficado para esclarecer nas próximas consultas programadas. De entre algumas cartas de alta hospitalar, as caixas de medicamentos juntas que tem e listas de medicação habitual, não há um esquema terapêutico bem definido, prévio à admissão na ECCI. Após a admissão na ECCI, a situação foi distribuída por uma enfermeira generalista e por uma EEER. A enfermeira generalista intervém no tratamento da ferida cirúrgica, na ligadura ao coto e na gestão do regime terapêutico.

Hábitos de exercício: Nulos.

Produtos de apoio: Andarilho sem rodas, 2 cadeiras de rodas (uma adaptada a piso exterior e outra a piso interior), 2 canadianas e 1 pinça de pressão longa para alcançar objetos.

Condições habitacionais: Habitação com condições gerais garantidas, zonas amplas, de fácil deslocação em andarilho e com espaço de manuseio entre divisões para cadeira de rodas de interior. Wc com banheira. Desloca-se livremente em casa por cadeira de rodas ou por andarilho sem rodas.

Avaliação articular: Membros superiores sem limitação dos movimentos, apenas com abdução do ombro dolorosa para $> 110^\circ$. Membro inferior direito com abdução da coxofemoral até cerca de 45° , flexão até cerca de 70° . Sem limitação nas rotações e adução da coxofemoral e da mobilização da articulação tibiotársica. A hiperextensão apenas foi testada em decúbito dorsal, contra a cama, e durante a marcha, que aparentemente cumpre angulação favorável. No membro inferior esquerdo (coto) realiza flexão até 70° , hiperextensão e abdução até 45° . Adução e rotações sem alterações angulares.

Avaliação do equilíbrio (Escala de Equilíbrio de *Berg*): 19 (Equilíbrio diminuído e elevado Risco de queda) 2+0+4+3+3+0+0+2+0+3+1+1+0+0

Avaliação da marcha (Medida de Independência Funcional MIF): 96 (dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa) 7+4+3+7+5+6 7+7 5+6+3 4+2 7+7 7+7+4

Avaliação da Força Muscular (Escala de *Lower*):

Membro superior direito: 4/5

Membro superior esquerdo: 4/5

Membro inferior direito: 4/5

Membro inferior esquerdo (coto): 3/5

Dependência nas AVDs (Índice de *Barthel*): 65 (ligeiramente dependente nas AVDs) 10+5+5+0+10+5+0+10+10+10

Avaliação do Risco de Queda (Escala de *Morse*): 50 (Alto risco de queda) 0+15+15+20+0

Avaliação da Dependência nas AIVDs (Escala de *Lawton e Brody*): 3 (dependência moderada) 1+0+0+0+0+0+1+1

Avaliação da Sensibilidade (Avaliação Sensorial de *Nottingham*): Sensação Tátil e Estereognosia: 1+1+2+2+2+2 Não distingue moeda + Distingue objetos / Propriocepção: 2 (OE, Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 2016) / Discriminação entre 2 pontos: 2 (Lado afetado esquerdo, sem edema, ainda refere sentir o membro que não tem por períodos)

Segundo informações recentes da consulta de Medicina Física e Reabilitação, a pessoa referiu que o médico que o observou, aprovou o caso para disponibilização da prótese ainda que, sendo pelo SNS, este processo demoraria cerca de 1 ano e meio, *timing* esse já após o término do estágio. Por esse motivo, não irão ser planeadas intervenções de enfermagem de reabilitação relacionadas com a fase intra e pós aquisição da prótese.

Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:

- Andar com auxiliar de marcha comprometido;
- Autocuidado (higiene, ir ao sanitário, vestuário) diminuído;
- Défice sensorial;
- Equilíbrio Corporal comprometido;
- Movimento muscular diminuído;
- Ansiedade presente;
- Expectativas comprometidas.

Objetivos de Enfermagem de Reabilitação:

- Readaptar a pessoa à nova situação;
- Estimular para o autocuidado e readaptação às atividades de vida diárias;
- Otimizar equilíbrio;
- Promover estratégias de marcha e readaptação do domicílio para prevenção de quedas - treino do levante na queda (escadas - prédio com elevador);
- Promover aumento dos índices de força muscular e amplitude articular;
- Prevenir complicações secundárias (contraturas musculares em flexão das articulações);
- Ensinar estratégias de utilização correta dos produtos de apoio;
- Reeducação funcional – preparação do coto para a prótese, ensino do posicionamento do coto;
- Cuidado ao coto;
- Dessensibilização.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação:

- Realizar ligadura ao coto (massagem, moldagem, diminuir edema, proteção, diminuir dor fantasma);
- Executar estimulação da sensibilidade tátil (dessensibilização - estímulos sensitivos na extremidade distal do coto com algodão, escova, leve percussões, e massagem);
- Executar ensinamentos sobre marcha com andador (ensino da marcha a 3 pontos – andador, conscientização da posição do coto e membro remanescente – conscientiza a posição do coto durante a marcha e prepara para a prótese);
- Executar ensinamentos de utilização e transferência da cadeira de rodas para longas distâncias ao exterior;
- Executar ensinamentos sobre posicionamento do coto (alinhamento em pé, não cruzar perna, evitar a posição sentado por longos períodos, não colocar almofadas por baixo do coto, evitar flexão da anca ou posições viciosas);
- Realizar exercícios isométricos (tonificação muscular dos abdominais, glúteos, quadríceps e isquiotibiais);
- Executar mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas (fortalecimento dos membros superiores, músculos abdominais, membro inferior direito e coto) - com ênfase nos membros inferiores;
- Executar técnica de exercício muscular articular ativa e ativa resistida (movimentos de abdução/adução, flexão/extensão da coxofemoral, do ombro e cotovelo com pesos de 0,75kg e 1kg)
- Executar treino de equilíbrio - balanceio do tronco, transferência de peso corporal entre 2 apoios;
- Ensinar levantar na queda (rolar para ventral, apoiar as duas mãos, joelho da perna remanescente entre os braços, e elevar ou rolar para dorsal, sentar no chão e tentar alcançar algum suporte/parede por perto);

Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade – Relato de Caso Clínico

- Ensinar acerca da importância do ambiente seguro no domicílio e eliminação de barreiras que promovam ocorrência de acidentes;
- Instruir para vestir, despir, uso do wc e banho (alteador de sanita com apoio lateral, banco de banheira e treinar o seu uso);
- Instruir sobre a existência da plataforma Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA);
- Incentivar para envolvimento no regime terapêutico;
- Encaminhar para apoio psicológico, em caso de necessidade;

Periodicidade do Plano de Enfermagem de Reabilitação: 1 a 2 vezes por semana.

RESULTADOS

De modo a apresentar esquematicamente os resultados obtidos, das intervenções de ER, realizadas a esta pessoa, foi construída uma tabela que se divide em diagnósticos, intervenções e resultados obtidos.

Tabela 2 –Resultados obtidos de acordo com os respetivos diagnósticos de ER

Diagnósticos de ER	Resultados
Andar com auxiliar de marcha comprometido	Marcha a 3 pontos conseguida; Postura corporal melhorada durante a utilização do andador; Aumento do <i>score</i> na escala de Berg (19 -> 24); Sem alteração do <i>score</i> na escala MIF; Aumento no <i>score</i> na escala de <i>Lower</i> (MID 4 -> 5)
Movimento muscular diminuído	Sem alteração do <i>score</i> na escala MIF; Aumento no <i>score</i> na escala de <i>Lower</i> (coto 3 -> 4, MID 4 -> 5)
Equilíbrio Corporal comprometido	Aumento do <i>score</i> na escala de <i>Berg</i> (19 -> 24)
Défice sensorial	Ainda sem alteração do <i>score</i> da avaliação Sensorial de <i>Nottingham</i> , pois ainda não foram retirados os pontos limitando as intervenções.
Autocuidado (higiene, ir ao sanitário, vestuário) diminuído	Ainda sem alteração do <i>score</i> da escala de <i>Barthel</i>

Como demonstrado na tabela anterior, foram obtidos ganhos importantes e metricamente palpáveis através da intervenção de ER, através do aumento de índices nas escalas avaliadas. Não obstante, os diagnósticos de ER ainda permanecem sem alterações, tendo em conta o curto tempo de intervenção.

DISCUSSÃO

Enquanto discussão dos resultados obtidos, é de realçar a motivação e a adesão da pessoa às intervenções. Através da estratégia de *feedback*, demonstra e exemplifica que repetiu mobilizações e técnicas no intervalo de tempo entre as visitas domiciliárias, nomeadamente: a dissociação dos tempos respiratórios prévio ao exercício, mobilização dos membros superiores e inferiores, de acordo com o instruído nas sessões. Esta adesão tem-se mostrado importante na evolução positiva dos índices das escalas avaliadas, desencadeando um efeito circular em que, ao observar evolução positiva, a pessoa adere ainda mais ao plano de intervenção. De notar que, apesar de todo o progresso positivo já obtido, há necessidade de revalidar e corrigir o que fez na ausência da equipa de ER e durante as sessões. Este facto deve-se ao desejo de uma evolução rápida, mas também em alguma dificuldade de retenção da informação (tal como descrito em plano de cuidados). Desta forma, há dificuldade na identificação de erros, que possa cometer na execução dos exercícios quando está sem acompanhamento, visto que o *feedback* que demonstra é frequentemente feito de forma rápida e pouco rigorosa. Após realçar a importância de demonstrar rigorosamente os exercícios, na maioria das vezes, o mesmo apresenta a apreensão dos mesmos. Portanto, é dúbia a correta realização dos exercícios sem acompanhamento, comprometendo a eficiência das intervenções planeadas. De realçar também que, tendo em conta o perfil gratuito desta prestação de serviços de saúde, pode-se também associar uma maior motivação na adesão ao plano de intervenção.

Segundo Flores (2023), na implementação de um plano de reabilitação, foi demonstrado que em idades ≥ 70 anos há uma menor adesão ao plano de intervenção, o que pode ser explicado pela perda de memória, um fator relevante na abordagem à pessoa idosa. Os achados também sugerem uma relação significativa entre o nível socioeconómico das pessoas e a adesão ao plano.

Através da pesquisa da literatura, anteriormente referida neste trabalho, encontrou-se um “protocolo de cuidados em Enfermagem à pessoa com amputação por complicações diabéticas”, criado em 2022 por uma equipa do Brasil, que recolheu dados como a avaliação da dor, a avaliação do coto, a avaliação da ferida cirúrgica, a avaliação dos défices motores, a gestão do regime terapêutico na DM2, a avaliação do estado emocional, o autocuidado pós-alta, a adaptação à prótese e as possíveis referenciações. Esta abordagem holística e individualizada é extremamente oportuna e de total interesse da ER. Fornece um paradigma

geral, permitindo ao enfermeiro apontar os principais défices, definir prioridades e comparar *status* antes e após a intervenção. Projeto este que se propõe ser adaptado para a realidade portuguesa e complementar com métrica específica do EEER.

Aledi, Flumignan, Trevisani e Miranda (2023), na sua pesquisa da literatura sobre as “intervenções da reabilitação motora na pessoa com amputação trans tibial causada por doença arterial periférica ou diabetes”, recolheram vários estudos com resultados comprovados através da reabilitação. Dos quais:

- Saruco (2019), relatou uma melhoria significativa na marcha, no teste *Timed Up-and-Go* e no subir e descer escadas durante o programa de reabilitação;
- Highsmith (2016), no seu estudo sobre treino da marcha para amputados dos membros inferiores, relatou que o treino em solo, combinado com intervenções de consciencialização (auditiva, manual e psicológica), foi eficaz na melhoria da marcha;
- Wong (2016), na sua revisão sistemática de programas de exercício para melhorar o desempenho na marcha em pessoas com amputação de membro inferior, a partir de diferentes programas de exercício (fortalecimento muscular específico, caminhada supervisionada, treino de equilíbrio e treino funcional de marcha), relatou melhorias no desempenho da marcha (velocidade de marcha).

O desenvolvimento deste relato de caso contribuiu significativamente para a formação do estudante, enquanto futuro mestre e EEER, ao proporcionar a oportunidade de confrontar uma pesquisa da literatura, mostrando os resultados, já documentados, do que tem sido a aprendizagem das intervenções e técnicas ao longo deste estágio. Este estudo de caso permitiu ao estudante adquirir e aplicar conhecimentos teóricos, num contexto real, promovendo uma aprendizagem através da experiência, ostentando uma prática baseada na evidência. Além disso, o estudo sobre a interação entre a DM2 e amputação reforçou a compreensão sobre a importância de um cuidado holístico, centrado no doente, em que todos os sistemas se interligam e comunicam.

Na melhoria do cuidar enquanto enfermeiro, bem como o desenvolvimento de competências enquanto EEER, o estudo de caso ajudou o estudante a desenvolver competências essenciais, como a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1); conceção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidade adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de

transição saúde/doença e ou incapacidades (J1.2); implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo e cardiorrespiratório (J1.3); avaliação dos resultados das intervenções implementadas (J1.4); elaboração e implementação de programas de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1); conceção e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório (J3.1).

Em suma, este relato de caso mostrou útil, vantajoso e uma excelente oportunidade para confrontar, adquirir e avaliar conhecimento científico; rever as competências específicas do EEER a desenvolver; refletir sobre os objetivos, métodos de recolha de dados, diagnósticos e intervenções de EEER já aplicados; e promover o *insight* do processo de aprendizagem.

CONCLUSÃO

A reabilitação à pessoa amputada e com diabetes *mellitus* revela-se de extrema importância, não apenas na recuperação física, mas também na reintegração social e emocional. A abordagem holística do EEER promove, garantidamente, a recuperação da mobilidade, a prevenção de complicações secundárias e a melhoria da qualidade de vida. Além disso, a educação para a saúde é um componente fundamental na capacitação da pessoa em autocuidar-se autonomamente, minimizando o risco de novas complicações, envolvendo-a no processo do cuidar, dando continuidade ao trabalho do EEER e promovendo uma vida mais ativa.

Como limitações à intervenção, no seguimento deste estudo de caso, identifica-se as poucas oportunidades disponíveis para trabalhar com a pessoa, sendo que apenas se contabilizam 5 contactos com a mesma. O período de tempo de estágio, a tipologia do serviço da ECCI (máximo de 2 contactos semanais com a pessoa) e a difícil logística estágio/trabalho por parte do estudante, representam igualmente uma limitação na obtenção de resultados advindos das intervenções realizadas. Também, enquanto limitação a este relato de caso, identifica-se o fim do período de intervenção numa fase ainda inicial do processo, o que representou uma grande vantagem na intervenção aos ensinamentos no autocuidado e na marcha, porém uma desvantagem na adaptação à prótese e na dessensibilização do coto, pois ainda não tinha retirado a totalidade dos pontos cirúrgicos e encerrado completamente a ferida cirúrgica, o que impediu algumas intervenções.

Durante a aplicação das escalas, para recolha da métrica dos resultados, notou-se uma desadequação das escalas para avaliação de pessoas amputadas. Como por exemplo, na escala de Equilíbrio de *Berg*, na alínea 7: “permanece em pé sem apoio com os pés juntos” ou em qualquer outro parâmetro que indique ficar de pé com os dois pés, ou a utilização separada dos mesmos. Nesses parâmetros, a pessoa em estudo, teve classificação de 0 criando viés na aplicação da escala e consequentemente na avaliação de equilíbrio.

Os benefícios da intervenção do EEER vão muito além da reabilitação motora, abrangendo também o bem-estar emocional e social dos indivíduos. A aceitação da nova imagem corporal, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a reintegração na vida social são passos essenciais para a total reabilitação da pessoa. Em suma, é também responsabilidade do EEER envolver a pessoa no plano de cuidados individualizados de ER, para que esta atribua

Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade – Relato de Caso Clínico

importância ao mesmo, motivando-a para cumprir rigorosamente o planeado, de modo a otimizar significativamente o potencial máximo de ganhos.

Para continuar a progredir nesta área, é fundamental investir na investigação que explore novas técnicas de reabilitação, produtos de apoio inovadores e estratégias de intervenção na pessoa diabética antes, durante e após a amputação, pois só assim se contribui para a construção de uma ER sólida, eficiente e imprescindível na qualidade de vida das pessoas de quem cuidamos.

BIBLIOGRAFIA

- CARE. (Junho de 2024). Obtido de CARE - Case Report Guidelines: <https://www.care-statement.org/case-reports-> acessado a 21 de junho de 2024
- Flores, L. V. (2023). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro inferior.
- L, B. A., CDQ, F., VFM, T., & F, M. J. (2023). Interventions for motor rehabilitation in people with transtibial amputation due to peripheral arterial disease or diabetes (Review). *Cochrane Library: Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lima, N. K., Silva, J. C., Rebouças, C. B., Coura, A. S., Félix, N. D., & França, I. S. (2022). AMPUTAÇÃO POR COMPLICAÇÕES DO DIABETES: PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.
- OE. (20 de Novembro de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- OE. (24 de Janeiro de 2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- OE. (Março de 2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Enfermagem de Reabilitação*.
- OMS. (13 de Novembro de 2023). *Increasing access to assistive technology and rehabilitation for people living with diabetes*. Obtido de OMS: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/increasing-access-to-assistive-technology-and-rehabilitation-for-people-living-with-diabetes-> acessado a 18 de junho de 2024
- OMS. (2023). Package of interventions for rehabilitation. *Musculoskeletal conditions*, pp. 63-80.

ARTIGO PUBLICADO NO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE MOBILIDADE – “PROFESSIONAL DEVELOPMENT AND NURSING EDUCATION: AN EXPERIENCE REPORT ON CULTURAL DIVERSITY AND INTERNATIONAL MOBILITY”

Short Communication

Professional Development and Nursing Education: An Experience Report on Cultural Diversity and International Mobility

Desarrollo Profesional y Formación en Enfermería: Informe de Experiencia sobre la Diversidad Cultural y la Movilidad Internacional

Ana Gouveia ^{1,2}, anagouveia24@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-7953-5501>
Rafaela Pereira ^{1,2}, rafaela.maria.86@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-0476-0375>
Patrícia Sousa ^{1,2}, patricia.sousa.2016@sapo.pt, <https://orcid.org/0009-0001-1375-6515>
Rita Ruivo ^{1,3}, ritamiguelruivo@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0001-0525-9746>
Pedro Rodrigues ^{1,3}, pedromcrodrigues.enf@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-2571-1343>
Sandy Severino ¹, sseverino@uatlantica.pt, <https://orcid.org/0000-0002-5162-2980>
Luís Sousa ^{1,4}, luismmsousa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

¹ Higher School of Atlantic Health, Atlantic University, Nursing Department. Barcarena, Portugal.

² Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca. Amadora, Portugal.

³ Unidade Local de Saúde São José. Lisboa, Portugal.

⁴ Comprehensive Health Research Centre, University of Évora, Évora, Portugal.

Corresponding author: Luís Sousa, luismmsousa@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Growing cultural diversity presents new challenges and opportunities in healthcare, requiring approaches that promote culturally sensitive care. Differentiated nursing education advocates for an active methodology, providing strategies to develop skills connected to social reality, such as participation in mobility programs in diverse international contexts. This study aims to conduct a reflexive analysis of the learning experiences gained for the formative and professional development process.

Methodology: A descriptive study, experience report type, which describes the journey of five students of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing during the Blended Intensive Programme (Erasmus+) at the University of Applied Sciences in Tarnów.

Discussion: Description of the activities carried out during the physical mobility period, which included various theoretical and practical classes on postural assessment, posture self-awareness techniques, interactive activities on posture evaluation and interpretation across different cultures, linguistic and cultural differences, role-playing games applying culturally sensitive language in different contexts. The program emphasized cultural diversity awareness, communication, self-awareness, and understanding of others.

Conclusions: It is essential to promote the use of these educational resources in academic practice to share knowledge, change practices, and strengthen peer relationships, fostering an open-minded approach to the world.

Keywords: Nursing, Cultural Diversity, Communication, International Educational Exchange.

RESUMEN

Introducción: La creciente diversidad cultural presenta nuevos desafíos y oportunidades en el área de la salud, que requieren abordajes que promuevan una atención culturalmente sensible. La enseñanza diferenciada en enfermería aboga por una metodología activa, que ofrece estrategias para el desarrollo de competencias vinculadas a la realidad social, como la participación en programas de movilidad, en diferentes contextos internacionales. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis reflexivo de los aprendizajes obtenidos para el proceso de desarrollo formativo y profesional.

Método: Estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, que describe el recorrido vivido por los estudiantes de la maestría en Enfermería de Rehabilitación durante el programa intensivo de movilidad mixta, realizado en la Universidad de Ciencias Aplicadas de Tarnów.

Discusión: Descripción de las actividades desarrolladas durante el período de movilidad física, que incluyeron diversas clases teórico-prácticas sobre evaluación postural, técnicas de autoconciencia postural, actividades interactivas sobre evaluación e interpretación de la postura en diferentes culturas, diferencias lingüísticas y culturales, juegos de interpretación de roles con aplicación de un lenguaje culturalmente sensible en distintos contextos. El programa enfatizó la sensibilidad a la diversidad cultural, la comunicación, la autoconciencia y la comprensión del otro.

Conclusiones: Es fundamental promover el uso de estos recursos educativos en la práctica de los estudiantes académicos, con el fin de compartir conocimientos, cambiar prácticas y fortalecer las relaciones entre pares, integrando una postura de apertura al mundo.

Palabras clave: Enfermería, diversidad cultural, comunicación, intercambio educativo internacional

INTRODUCTION

European societies are evolving towards multicultural contexts, bringing new challenges and opportunities for health systems, and the need to integrate cultural content into nursing education curricula is therefore emerging, in order to promote safe, fair and equitable care. ⁽¹⁾

The Blended Intensive Programme (BIP), also known as a blended intensive or blended mobility program, is an educational and training initiative promoted by the European Union under the Erasmus+ program. These programmes are short and intensive, characterized by the use of innovative forms of teaching and learning, through cooperation between higher education institutions in partner countries. ⁽²⁾

Mixed mobility programs are made up of a combination of physical mobility and a virtual component and their objectives are to expose students to different international contexts, with different perspectives, experiences and professional practices; the development of different types of skills, including critical and reflective thinking, language, digital, intercultural and research skills, which will enable them to better respond to future challenges and, not least, personal development through training to adapt to change. ⁽³⁾ BIPs are thus a modern, inclusive and flexible way of increasing international cooperation, through the use of digital strategies and sharing knowledge from different areas, addressing issues such as the Sustainable Development Goals and other challenges related to specific areas of intervention.

In nursing, it is essential to promote learning environments with shared experiences and knowledge, which allow for the development of self-critical skills and self-knowledge that are essential for acquiring competencies based on reflective praxis and conscious decision-making. ⁽⁴⁾ Participation in mobility programs allows for the exchange of knowledge that is transposed into the development of more conscious and culturally adapted care. Sharing experiences in a reflective and accessible way is a driving force behind the internationalization of nursing teaching and research, promoting the exchange of knowledge and the expansion of knowledge. ⁽⁵⁾ Postgraduate education should provide opportunities to develop and improve cognitive functions and critical self-awareness, encouraging autonomy, reflection, criticism and proactivity, underpinned by solid theoretical foundations that add value to the learning process. ⁽⁶⁾

This report describes our experience as students of the Rehabilitation Nursing Master's Degree, as part of the BIP mobility program "Intercultural differences in perceiving the human body through reflection on body posture and body-mindfulness". This study aims to describe the acquisition of skills related to understanding body posture and well-being across different cultures, as well as to identify the contributions that students perceive—through the critical-reflective analysis process—to their formative and professional development.

METHODOLOGY

This is a descriptive study, of the experience report type, which aims to describe the journey experienced during the BIP exchange program, focusing on cultural differences in the perception of the human body and reflection on posture and body awareness. An experience

report is a type of knowledge production that describes and analyzes an academic and/or professional experience in a particular area of knowledge, the main objective of which is to describe the intervention on a scientific and critical reflection basis. ⁽⁷⁾

The program took place at the Tarnów University of Applied Sciences in southern Poland in May 2024. It consisted of three virtual sessions and five days of physical mobility with face-to-face activities. The group of participants included undergraduate and master's students in nursing, physiotherapy and engineering, as well as lecturers from different countries: Portugal, Poland, Malta and Hungary, reflecting a great cultural and academic richness. This experience report refers specifically to the 5 students from the Rehabilitation Nursing Master's Program.

In the area of physical mobility, professionals from the fields of physiotherapy and nursing gave various practical workshops on postural assessment, body self-awareness techniques and interactive activities on assessing and interpreting posture in different cultures, linguistic and cultural differences, role-playing games, with the application of culturally sensitive language in different contexts. The program emphasized themes such as sensitivity to cultural diversity, the importance of effective communication, with an emphasis on non-verbal language, self-expression and feelings about body posture that differ between people, age groups, backgrounds and beliefs.

DISCUSSION

The experience of this program allowed us to identify and compare different cultural expressions in different contexts, recognizing the variations in the meanings attributed to body posture and stimulated critical reflection on posture after participating in the practical workshops, leading us to recognize the importance of postural awareness for well-being. The exchange of knowledge promoted the development of empathy and respect for cultural differences.

The training of health professionals is related to an approach of continuity, due to the evolution of the world, the transcendence of borders and globalization, the expansion of technologies and changes in lifestyles that require flexibility, creativity and a critical attitude in the exercise of functions, and to an approach of rupture with pedagogical practices that do not enable students to act in the face of the complexity and specificity of everyday situations. ⁽⁸⁾

In this context, the use of role play and scenario simulation strategies during academic training in the health area has been widely described in the literature. These tools bring out feelings such as empathy and self-confidence, helping the process of building intrapersonal and interpersonal skills, developing communication skills and teamwork. ^(6, 9)

The basic aim of this exchange was to show participants the importance of proper body posture for physical and psychological well-being, while also understanding it as a form of non-verbal communication influenced by cultural factors. This purpose was clearly superseded, becoming more than an exchange of knowledge. Meeting and thinking about other cultures emphasized that caring for others begins with empathy and understanding the multiple ways of living and understanding the world.

In today's globalized context, characterized by growing intercultural interactions and wide-ranging diversity, it is essential to understand the complex interaction between cultural variations, body image and mental health, which goes beyond the individual, with clear repercussions at a social level. ⁽¹⁰⁾

The BIP program provided a rich and transformative experience, combining theoretical and practical knowledge with the diversity of multiple nationalities, allowing cultural sensitivity to be enhanced. The activities encouraged reflection on the relationship between body and mind, exploring how different cultures perceive body posture, self-care and human interaction based on empathy. This approach was especially important for the professional context that surrounds me, caring for people from diverse backgrounds, with different beliefs and perceptions about the body, health and well-being.

Body awareness, a process of identity formation throughout life, is not only influenced by individual experiences, but also by social and cultural norms, and it is essential to recognize and value these factors in order to promote health in all contexts. ⁽¹¹⁾

Learning, as a process inherent to the human condition, is essentially experiential and social in nature, with experiences throughout the life cycle becoming an integral part of the individual and acting as a driving force for the acquisition of new knowledge and skills. ⁽⁴⁾

The activities carried out promoted reflection on body postures and the importance of non-verbal communication. Being aware of the various aspects and variations that influence body posture and non-verbal communication can make all the difference to how a person perceives us and how we perceive others. This experience, as nurses and students of the rehabilitation nursing specialty, has enabled us to recognize and respect individuality and prepared us to understand body language as a form of communication, promoting a holistic view of the person, where humanization is central to the quality of care.

Studies show that people in culturally disparate environments, due to different ways of understanding health and care, different needs and different expectations of health services, experience poorer quality care than the rest of the population. ⁽¹⁾

The literature shows that mobility programs in the field of nursing have a personal and professional impact on the participants, broadening their knowledge, awareness and cultural sensitivity, as well as strengthening other fundamental skills for person-centered care, such as critical thinking and decision-making skills. ⁽¹²⁾ In the academic training process, it's not just a question of training a good professional who is technically and scientifically competent. The aim is to develop an active attitude towards the profession, the world and life, which encourages people to express their uniqueness and potential and to seek alternatives to individual and collective health needs. ⁽⁸⁾

Contributions to nursing education

It is essential to promote the use of these educational resources in the practice of nursing students and future teachers, enabling them to expand their vision of the world and the other, promoting inclusive and humanized care.

The development of cultural sensitivity, resulting from direct contact with different cultures and disciplines, enables the student/professional to deal with the complexity of care in a globalized context and without borders in care.

CONCLUSIONS

This work provided us with the construction of an enriching dynamic analysis that allowed us to develop a deeper knowledge related to body posture.

The BIP was fundamental to the professional and personal development of the five students in the Master's Degree In Rehabilitation Nursing, thanks to the many lessons they learned that went beyond the academic context. Sharing knowledge about and with other cultures, integrating a posture of openness to the world, overcoming limitations and difficulties, resignifying habits, practices and behaviors, allowed us to broaden our view of the world and strengthen relationships between peers, which is fundamental in building knowledge.

REFERENCES

1. Antón-Solanas I, Tambo-Lizalde E, Hamam-Alcober N, Vanceulebroeck V, Dehaes S, Kalkan I, et al. Nursing Students' Experience of Learning Cultural Competence. *Plos One*. 2021 Dec 17;16(12). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0259802>
2. European Commission. Blended Intensive Programmes. [Internet] Europa.eu. 2025a. [cited 2025 Feb 09]. Available from: <https://wikis.ec.europa.eu/display/NAITDOC/Blended+Intensive+Programmes>
3. European Commission. Erasmus+ Programme Guide 2025. [Internet]. Erasmus+. 2025b. [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://erasmus-plus.ec.europa.eu/document/erasmus-programme-guide-2025-version->

- [1?pk_source=website&pk_medium=link&pk_campaign=pg&pk_content=pg-landing-download](#)
4. Sousa MBB. Os serviços de saúde: contextos de formação e aprendizagem. In R. Marques R., Nené M., Sequeira C. Coord. *Enfermagem Avançada*. Lisboa: Lidel; 2024. 178-184.
 5. Silva GTR. Advanced training and international educational exchange: learning, overcoming and experiences. *Rev Bras Enferm*. 2022 Jan 1;75(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0841>
 6. Melo POC, Mendes RCMG, Linhares FMP, Guedes TG. Production and use of educational technologies in nursing post-graduation. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0510>
 7. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práx Educ*. 2021 Sep 1;17(48):60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
 8. Backes DS, Grando MK, Gracioli MSA, Pereira AD, Colomé JS, Gehlen MH. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012 Sep;16(3):597-602. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000300024>
 9. Negri EC, Mazzo A, Martins JCA, Junior GAP, Almeida RGS, Pedersoli CE. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Aug 3;25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>
 10. Abdoli M, Scotto Rosato M, Desousa A, Cotrufo P. Cultural Differences in Body Image: A Systematic Review. *Soc Sci*. 2024 Jun 1;13(6):305. <https://doi.org/10.3390/socsci13060305>
 11. Kjölstad G, Gyllensten AL, Gard G. Body awareness in healthy subjects - a qualitative study. *Eur J Physiother*. 2020 Nov 16;24(4):1-8. <https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1845792>
 12. Jansen MB, Lund DW, Baume K, Lillyman S, Rooney K, Nielsen DS. International clinical placement - Experiences of nursing students' cultural, personal and professional development; a qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2021 Feb;51(1). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102987>

FINANCING

The authors did not receive financing for the development of this research.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest.

AUTHORSHIP CONTRIBUTION:

Conceptualization: Ana Gouveia, Rafaela Pereira, Patrícia Sousa, Rita Ruivo, Pedro Rodrigues.

Research: Ana Gouveia, Rafaela Pereira, Patrícia Sousa, Rita Ruivo, Pedro Rodrigues.

Formal analysis: Ana Gouveia, Rafaela Pereira, Patrícia Sousa, Rita Ruivo, Pedro Rodrigues, Sandy Severino, Luís Sousa.

Drafting - original draft: Ana Gouveia, Rafaela Pereira, Patrícia Sousa, Rita Ruivo, Pedro Rodrigues, Sandy Severino, Luís Sousa.

Writing - proofreading and editing: Ana Gouveia, Rafaela Pereira, Patrícia Sousa, Rita Ruivo, Pedro Rodrigues, Sandy Severino, Luís Sousa.

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

