

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

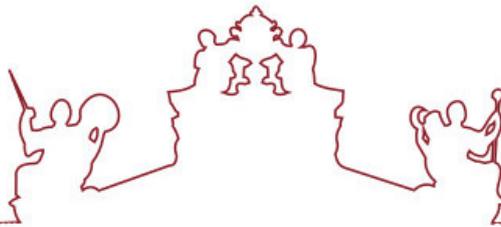
Relatório de Estágio

**Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com
alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Maria de Fátima Mendes Pinto Águas Ferreira

Orientador(es) | César Fonseca

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

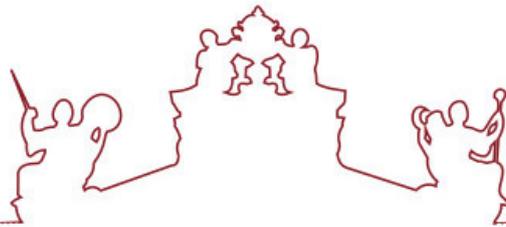
Relatório de Estágio

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Maria de Fátima Mendes Pinto Águas Ferreira

Orientador(es) | César Fonseca

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora) (Orientador)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Enquanto estiveres vivo, sente-te vivo.
Se sentires saudades do que fazias, volta a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amareladas...
Continua, quando todos esperam que desistas.
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.
Faz com que, em vez de pena, tenham respeito por ti.
Quando não conseguires correr através dos anos, caminha.
Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala.

Mas nunca te detenhas.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Gratidão...

É o sentimento que tenho para com todos que se cruzaram comigo ao longo deste percurso e que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Como cada um teve total relevância para o resultado final, destaco sem nenhuma ordem especial, algumas dessas pessoas.

Sou grata a todos os doentes com que me cruzei e prestei cuidados, sem eles nada disto faria sentido.

Sou grata ao Professor Doutor César Fonseca, pela forma sábia de orientar, com a qual me deu o espaço e apoio necessário para o crescimento individual e profissional.

Sou grata às minhas orientadoras de estágio que se disponibilizaram de forma genuína e acolhedora, transmitindo o seu conhecimento e aprendizagem de anos de experiências, estimulando dia-a-dia a minha capacidade de desempenhar o meu trabalho como especialista.

Sou grata a todos os meus colegas de trabalho e dos serviços por onde realizei os estágios, por todo o apoio, incentivo e compreensão disponibilizados.

Sou grata aos meus pais pela compreensão pelo pouco tempo disponibilizado.

Sou grata ao Gustavo e à Vitória, por tantas horas que não lhes disponibilizei, por todo o AMOR, carinho e compreensão que me souberam dar, por todo o incentivo e força nas horas mais difíceis.

A todos vós o meu sincero OBRIGADO!

RESUMO

Título: Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Enquadramento: Ao longo dos últimos anos tem sido notório um crescente envelhecimento da população, contribuindo para um maior número de pessoas dependentes quer pela perda de capacidades funcionais, quer pela prevalência de doenças incapacitantes. Deste modo, este torna-se o grande grupo alvo dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que através da sua intervenção poderá promover a melhoria da qualidade de vida deste grupo etário e também dos seus cuidadores. **Objetivo:** Desenvolver competências específicas do EEER e de Mestre no âmbito da capacitação da pessoa com alterações respiratórias, com défice de autocuidado e do seu cuidador. **Metodologia:** com o intuito de desenvolver um projeto de intervenção recorreu-se à Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), metodologia de Estudos de Caso de Yin (2018); Teoria do Défice do Autocuidado de Orem através dos instrumentos de avaliação *ElderlyNursing Core Set* (Lopes e Fonseca, 2018). **Resultados:** Demonstra-se a diminuição no défice do autocuidado em todos os casos estudados, através da melhoria da funcionalidade. **Conclusão:** Comprova-se a aquisição de ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nas pessoas que participaram no projeto de intervenção, confirmando a relevância dos EEER, nos mais variados contextos de trabalho.

Palavras-chave: autocuidado, ganhos em saúde, Enfermagem de Reabilitação, alterações respiratórias.

ABSTRACT

Title: Proposal for Training in Self-Care of the Person with Respiratory Disorders and their Caregiver: Sensitive Gains of Rehabilitation Nursing Care

Background: Over the last few years, there has been an increasing aging of the population, contributing to a greater number of dependent people, either due to the loss of functional capacities or the prevalence of disabling diseases. In this way, this becomes the major target group of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (EEER) care, which through its intervention can promote the improvement of the quality of life of this age group and also of their caregivers. **Objective:** To develop specific competences of the EEER and Master in the scope of training the person with respiratory disorders and their caregiver, with self-care deficit. **Methodology:** in order to develop intervention project, Medium Range Theory by Lopes (2006), the methodology of Case Studies by Yin (2018), Orem's Self-Care Deficit Theory was used through ElderlyNursing assessment instruments Core Set (Lopes and Fonseca, 2018). **Results:** A decrease in the self-care deficit is demonstrated in all the cases studied, through the improvement of functionality. **Conclusion:** The acquisition of sensitive gains from Rehabilitation Nursing care in the people who participated in the intervention project is proven, confirming the relevance of the EEER, in the most varied work contexts.

Keywords: self-care, health gains, Rehabilitation Nursing, respiratory changes.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS	9
1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	10
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO	16
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	22
3.1 – O envelhecimento demográfico – O impacto da doença respiratória na pessoa idosa	22
3.2 ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM 65 E MAIS ANOS DE IDADE COM DÉFICE DE AUTOCUIDADO E PATOLOGIA DO FORO RESPIRATÓRIO.....	26
Proposta de Enfermagem de reabilitação na pessoa com déficit de autocuidado por alterações respiratórias – Revisão Sistemática da Literatura	27
4. MODELO DO AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	40
4.1 Justificação da estratégia de intervenção	45
5. METODOLOGIA	50
5.1 POPULAÇÃO ALVO	51
5.2 INSTRUMENTOS DE APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA.....	53
5.3 PLANO DE INTERVENÇÃO	54
5.3.1 – Plano de Intervenção foro ortopédico	55
5.3.2 – Plano de Intervenção foro respiratório	57
5.3.3 – Plano de Intervenção foro neurológico	60
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA.....	64
ESTÁGIO DE REABILITAÇÃO	64
ESTÁGIO FINAL.....	65
6.1 DISCUSSÃO	66
7- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	73

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

7.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	73
7.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	78
7.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	82
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
BIBLIOGRAFIA	87

ÍNDICE FIGURAS

Figura n.º 1 – Esperança média de vida à nascença

Figura n.º 2 – Metodologia de pesquisa desenvolvida através do Prisma 2009 Flow Diagram

Figura n.º 3 – Modelo de Autocuidado

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição sumária dos resultados

Tabela 2 – Ganhos em saúde de Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Plano de Intervenção foro ortopédico

Quadro nº2 - Plano de Intervenção foro respiratório

Quadro nº3 - Plano de Intervenção foro neurológico

Quadro nº4 – Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo A.

Quadro nº5 – Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo B.

Quadro nº6 – Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo C.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD's – Atividades de Vida Diária
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade
CNAT - Catálogo Nacional de Ajudas Técnicas
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ENCS – Elderly Nursing Core Set
ER – Enfermagem de Reabilitação
HTA – Hipertensão Arterial
EEER – Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação
EGA – Equipa de Gestão de Altas
GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
mMRC - modified Medical Research Council Dyspnea Scale
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PICOD – Patient/Problem Intervention, Comparison, Outcome, Design
REPE – Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro
RFM – Reeducação Funcional Motora
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RR – Reabilitação Respiratória
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SMI – Serviço de Medicina Interna
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
WHO – World Health Organization

1. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da 5ª edição do curso de mestrado em associação em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, foi elaborado o presente relatório, intitulado Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Este tem como finalidade a obtenção do Grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, dando resposta à metodologia e objetivos de aprendizagem, definidos para este mestrado.

O envelhecimento humano e saudável assume-se como um processo progressivo de mudança pautado por alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais (OMS, 2015). Alvo dos constantes progressos científicos e tecnológicos, a nossa sociedade encontra-se em permanente mudança e atualização, donde advém uma maior longevidade para a sua população. O envelhecimento é um fenómeno global, apresentando-se como um dos problemas cruciais do século XXI, definido com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. Considerando que em Portugal a pessoa idosa é descrita como a pessoa com 65 ou mais anos de idade, é a faixa etária com maior crescimento, à semelhança das sociedades mais desenvolvidas (Moniz, 2003; Lopes et al, 2013; PORDATA, 2020; Encarnação et al, 2021).

As mudanças no funcionamento do organismo, a fragilidade do sistema imunológico e o acréscimo das necessidades nutricionais são características do processo de envelhecimento do ser humano, sendo este instalado de forma gradual e natural (Encarnação et al, 2021).

O índice de envelhecimento em Portugal sofreu um grande aumento nas últimas décadas, passando de 27,5% em 1961 para 165,1% em 2020, sendo considerado o quarto país, a nível mundial, com mais idosos. Segundo os dados disponíveis de 2020, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 22,1 % de toda a população residente em Portugal (PORDATA, 2021).

As intervenções que promovam um envelhecimento ativo e saudável surgem como uma prioridade do nosso século. Ao longo do processo de envelhecimento individual está associado um aumento dos riscos de incidência de doenças crónicas, quer pelo processo biológico, quer

por uma maior exposição a agentes patogénicos, agressões ambientais e traumatismos, havendo uma maior procura pelos serviços de saúde (Lopes et al, 2013; Canhestro, 2018).

O aumento da esperança média de vida acompanhada pela maior prevalência de doenças crónicas originou um aumento de indivíduos com limitações a nível físico, cognitivo e emocional, trazendo um maior grau de dependência dos mesmos. Todos estes fatores proporcionam um forte impacto ao nível dos sistemas de saúde, sociais e financeiros (Moniz, 2003; Petronilho, 2012; Lopes et al, 2013).

Em Portugal, tal como verificado a nível mundial, de forma a criar uma resposta a este novo paradigma, têm sido criadas políticas de saúde com vista à responsabilização dos indivíduos e das famílias/cuidadores, de forma a capacitá-los a cuidarem de si próprios, quer ao nível das atividades de vida diária (AVD), como na integração de comportamentos que criam respostas mais seguras aos processos de transição durante o ciclo de vida, nomeadamente através de programas terapêuticos criados com a ajuda de profissionais de saúde (Petronilho, 2012).

Com o intuito de melhorar o funcionamento e atenuar a lacuna originada entre as pessoas com determinadas condições de saúde e o seu ambiente surge a reabilitação com o seu vasto leque de intervenções. As condições de saúde passam por distúrbios, doenças agudas ou crónicas, lesões ou traumas, mas também, momentos característicos do ciclo de vida, como a gravidez, o stress, o envelhecimento, anomalias congénitas ou predisposições genéticas (WHO, 2020).

Olhando para o contexto sociodemográfico descrito da população portuguesa compreende-se o papel indispensável do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, profissional especializado que cuida de pessoas com necessidades especiais (Sousa e Vieira, 2017).

A reabilitação maximiza o potencial e a capacidade das pessoas, bem como reduz o impacto das dificuldades funcionais que emergem durante o processo de envelhecimento, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos e promovendo a sua independência (Sousa e Vieira, 2017; WHO, 2020).

Encarar a reabilitação como um processo contínuo, que possui várias etapas e uma abordagem sistémica é fundamental para alcançar os objetivos. Sendo capaz de fomentar o desenvolvimento de capacidades perdidas ou diminuídas, a Enfermagem de reabilitação surge como um pilar fundamental na promoção do autocuidado, no regresso ao quotidiano do indivíduo com a maior funcionalidade possível (Sousa e Vieira, 2017).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) a reabilitação engloba um corpo de conhecimentos e procedimentos característicos, que promovem a independência e a melhoria funcional dos indivíduos, aumentando a satisfação e preservando a sua autoestima.

O EEER possui um elevado nível de conhecimentos e uma experiência acrescida, que lhe permitem *“conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa”* (OE, 2011, página 1). Estas competências acrescidas consentem que o profissional tome decisões mais eficazes com vista a maximizar o potencial da pessoa, nomeadamente ao nível da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (OE, 2011).

Este relatório descreve o desenvolvimento das competências específicas do EEER, desenvolvidas ao longo dos estágios, na área de ortotraumatologia, cardiorespiratório e neurológico, indo de encontro às competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de EEER (OE, 2018).

Ao longo deste relatório serão descritos os planos de intervenção desenvolvidos nos vários contextos de estágio, bem como as pessoas incluídas neste percurso, salvaguardando sempre a sua identidade. Os campos de estágio incluíram a área ortopédica, respiratória e neurológica, descrevendo-se, ao longo deste documento, os planos de intervenção desenvolvidos nesses contextos, tendo como objetivo encaminhar o processo de reabilitação para a capacitação no autocuidado através dos planos referidos, com vista à consecução do projeto de intervenção (OE, 2019).

O primeiro estágio, com duração de 6 semanas, ocorreu em contexto hospitalar, no serviço de Ortopedia, com doentes do foro ortopédico e do foro traumatológico, podendo, deste modo, ser uma cirurgia programada ou um internamento de urgência, com a oportunidade de trabalhar com doentes em contexto pré-operatório e pós-operatório, bem como em tratamento conservador. No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, a investigação em

Portugal demonstra os ganhos em saúde de uma intervenção precoce nesta área, com o aumento da força muscular e amplitude do movimento articular, a diminuição da dor, melhoria no equilíbrio, melhoria no desempenho do autocuidado, diminuição do tempo de internamento conduzindo à melhoria na qualidade de vida (Sousa e Vieira, 2017).

O estágio final decorreu num serviço de Medicina Interna, em contexto hospitalar, fragmentando-se em dois estágios, o primeiro direcionado à prestação de cuidados à pessoa com alterações respiratórias, com a duração de 10 semanas, sendo o tema principal deste relatório e onde foi implementado um Programa de Intervenção em Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), desenvolvido no trabalho de projeto. Por fim, sucedeu o estágio final, focado no doente com alterações neurológicas, sendo fundamental a intervenção precoce do EEER, que através de intervenções curtas e periódicas ao longo do dia, contribui para a melhoria e desenvolvimento do máximo potencial de autonomia do doente (Sousa e Vieira, 2017).

O foco principal em todos os estágios foi o autocuidado, temática base deste relatório, definindo-se como a *“prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”* (Orem, 2001, página 43). A dependência no autocuidado surge muitas vezes associada ao contexto de doença, tornando-se um dos focos principais do processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. O EEER garante a manutenção e maximização dos ganhos já conquistados, através de estratégias que facilitam o processo adaptativo de quem cuida e de quem é cuidado (Sousa e Vieira, 2017).

O tema do Autocuidado foi iniciado por Orem em 1956 e validado formalmente em 1967, através do trabalho realizado pelo *Nursing Development Conference Group*. Segundo Orem, o autocuidado é uma função humana reguladora, em que cada pessoa tem potencial para se autocuidar, através de competências adquiridas ao longo da vida, e quando deixa de ser capaz, em situações de doença por exemplo, esta função é colmatada pelos cuidadores, quer sejam formais (profissionais de saúde) ou informais, como familiares ou amigos (Sousa e Vieira, 2017).

Uma das habilitações descritas no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação prende-se com o conceito do autocuidado, em que descreve que o EEER planeja um conjunto de planos e intervenções com o intuito da

melhoria de capacidades, de modo a promover o autocontrolo e o autocuidado em processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (OE, 2019).

Neste sentido, com este relatório retrata-se o percurso desenvolvido nos estágios, descrevendo as experiências passadas, através do projeto de intervenção, da sua implementação e resultados obtidos, bem como, relacionando as intervenções desenvolvidas com as competências do EEER descritas nos regulamentos da profissão, nomeadamente, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas para o exercício de ER e Competências de Mestre.

A Ordem dos Enfermeiros descreveu através do Regulamento nº140/2019 as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, reconhecendo que estes têm competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados. Deste modo, estes profissionais diferenciam-se pela competência acrescida nas áreas da educação, orientação e aconselhamento, bem como liderança, colaboração em programas de melhoria contínua e investigação, para que através do autoconhecimento e assertividade a sua prática se alicerce em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Na área da reabilitação, as Competências Específicas do EEER são *“Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (Regulamento n.º 392/2019, página 2).

As Competências atribuídas ao grau de Mestre estão descritas no Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto, conferindo ao seu detentor conhecimentos e capacidades que lhe possibilitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo essencialmente auto-orientado ou autónomo, consolidando e aprofundando os conhecimentos da licenciatura, desenvolvimento de estudos de investigação, com é o caso da realização de uma revisão sistemática da literatura (RSL), descrita neste relatório e desenvolvida durante o estágio. O mestre demonstra ainda capacidade de resolver problemas em situações novas, aplicando os seus conhecimentos e capacidade de compreensão, responsabilidade ética e social, sendo capaz de comunicar de forma clara e sem ambiguidade as suas conclusões, que aos seus pares especialistas ou não (Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto).

Com o intuito de descrever o percurso desenvolvido ao longo dos estágios, tendo em consideração as competências descritas acima, e ainda, relacionar os conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo desta jornada, definimos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Reconhecer e desenvolver competências de EEER, fundamentados na pessoa com necessidades ao nível do autocuidado, aferindo os ganhos em saúde obtidos.

Objetivos Específicos: Adquirir competências em EEER através da implementação de um programa de reabilitação composto pela promoção do autocuidado, avaliando os défices das pessoas com patologias do foro ortopédico, neurológico e respiratório, e identificando os ganhos sensíveis aos cuidados prestados.

A estrutura deste relatório divide-se em capítulos, sendo o primeiro a descrição do contexto dos estágios e da população abrangida pelo centro hospitalar onde decorreram os mesmos. De seguida, realiza-se o enquadramento teórico e conceptual do tema abordado, bem como a justificação da intervenção do EEER, contextualizada na elaboração da RSL. Posteriormente, surge a metodologia e a sua implementação em contexto prático, desenvolvidos no âmbito do projeto de intervenção profissional, mencionando os planos de intervenção desenvolvidos mediante a patologia em foco. De seguida, são apresentados os resultados obtidos pelo projeto de intervenção, bem como a discussão dos mesmos. O capítulo seguinte apresenta uma reflexão sobre as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, de EEER e de Mestre. O último capítulo descreve as considerações finais, indicando as conclusões obtidas com o projeto e do relatório bem como as dificuldades e limitações encontradas. O relatório foi elaborado com recurso às normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Universidade de Évora e as referências (bibliografia, citações e fontes) com as normas APA American Psychological Association 6th edition. De referir ainda que o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa esteve na base da redação deste trabalho.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

No presente capítulo pretende-se a caracterização do centro hospitalar e dos serviços onde decorreram os estágios clínicos, sendo unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Através destes estágios colocar-se-á em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da componente letiva teórica, bem como a aquisição de competências transmitidas pela especificidade de cada serviço. Será ainda descrita a composição de recursos humanos desta especialidade e materiais específicos para a prática da ER.

Centro Hospitalar da Área Metropolitana de Lisboa

O centro hospitalar é uma Entidade Pública Empresarial do Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo provido de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de personalidade jurídica e natureza empresarial (Decreto-Lei N.º 18/2017). Enquanto entidade do setor público tem por missão facultar cuidados de saúde especializados, em colaboração com outras unidades de cuidados do Sistema Nacional de Saúde (Sampaio et al, 2017).

O centro hospitalar tem como *“missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa”* (Plano de ação Serviço de Medicina Interna, 2019).

Este hospital dá resposta a sete concelhos da sua zona envolvente, prestando cuidados de saúde a cerca de 324 mil habitantes (INE, 2021). De ressaltar que a população residente nesta área apresenta um nível elevado de índice de envelhecimento em comparação com a média nacional. Relativamente ao índice de dependência verifica-se semelhante em relação à média portuguesa (INE, 2021).

O número de camas disponíveis no centro hospitalar é de 409, distribuídas pelos dois hospitais que constituem o centro hospitalar.

Dados relativos a agosto do ano 2021, demonstram que a demora média de internamento situa-se em 8,7 dias, acima da média no total do Serviço Nacional de Saúde (ACSS, 2021).

Apresenta ainda uma percentagem de 4,1 % de internamentos com demora superior a 30 dias, o que contraste com o elevado nível de dependência e com a elevada percentagem de doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (ACSS, 2021).

Serviço de Ortopedia

O primeiro estágio decorreu no serviço de Ortopedia do referido Hospital, durante o período de 17 de Maio a 2 de Julho de 2021 (6 semanas). O referido serviço tem uma capacidade para 49 camas, dando resposta aos doentes cirúrgicos do foro ortopédico e ortotraumatológico daquele centro hospitalar.

Neste serviço são desenvolvidas atividades de âmbito de internamento cirúrgico, abrangendo várias áreas, nomeadamente, cirurgia de ambulatório, as cirurgias artroscópicas, com um internamento curto, 24 a 48h, e internamento mais prolongado, como a cirurgia da anca e do joelho, cirurgia da coluna vertebral, cirurgia do ombro, e traumatologia. A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por Enfermeiros generalistas, Médicos, Assistentes operacionais, Assistente social, nutricionista, técnicas administrativas e por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a trabalhar como especialista.

A existência de modelos de prática profissional demonstra-se eficaz para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, culminando num elevado nível de satisfação quer dos profissionais como dos utentes. Estes permitem uma melhoria ao nível da autonomia, da comunicação e no trabalho em equipa (Ribeiro, 2016).

Ao nível do planeamento de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, existem no serviço panfletos criados pelo EEER, com as intervenções a realizar nas cirurgias mais frequentes do serviço, nomeadamente, Prótese Total do Joelho, Prótese da Anca, Cirurgia da Coluna, Artroscopia do Joelho, Autocuidados e Produtos de Apoio e Prevenção de Quedas. Estes procedimentos são conhecidos por toda a equipa de Enfermagem, tendo recebido formação realizada pelo EEER, com o intuito de uniformizar os cuidados pré e pós operatórios, de forma a melhorar todo o processo de recuperação do doente, levando a internamentos cada vez mais curtos.

No momento de admissão é preenchido um documento com a avaliação inicial do doente, onde se descrevem os antecedentes pessoais, o motivo de internamento, bem como dados sociais e familiares. É também nesta fase inicial que se apura se o doente tem condições para o regresso a casa, nomeadamente, características da residência e da existência de cuidador ou não, para deste modo agilizar com o serviço social caso seja necessário apoio social no domicílio ou integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

De seguida, o ER formula um plano de intervenção para cada doente, tendo em conta a especificidade da cirurgia, bem como as características individuais de cada um. Os objetivos, as condições que facilitam ou dificultam todo o processo de reabilitação, bem como as limitações funcionais e restrições necessárias de acordo com o tipo de cirurgia, são fatores deveras importantes a integrar em todo este processo (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021).

A intervenção do ER inicia-se logo após a admissão, ainda durante o período pré-operatório, com o ensino e treino de exercícios no leito, transferência para cadeira de rodas e treino de marcha. Se a capacidade cognitiva assim o permitir, são realizados também ensinamentos e treino de atividades de vida diária, tentando não fornecer demasiada informação que possa dificultar o processo de aprendizagem. É nesta fase que são entregues os panfletos para que os doentes possam ir integrando a informação facultada (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021).

Relativamente aos materiais existentes para a prática das atividades de ER, podemos verificar a existência de cadeiras de rodas convencionais, para o levante diário, bem como, andarilhos e canadianas para o treino de marcha (Sousa e Vieira, 2017). Verificamos ainda a utilização do artromotor, instrumento que realiza um movimento passivo contínuo, permitindo um aumento da amplitude de movimento do joelho nos primeiros dias pós-operatório. Como é um movimento realizado de forma passiva, ou seja, sem esforço do doente, não se verifica a fadiga que por vezes interfere com o movimento (Lesh, 2005). Para além destes, o serviço possui umas escadas que possibilitam o treino de subir e descer escadas, e ainda alguns instrumentos para treino de atividades de vida diária¹, como a esponja com cabo longo, calças com fio para evitar a flexão da anca, calçadeira, pesos para treino da força muscular, pedaleira, pinça de cabo longo e bola.

¹ No contexto da reabilitação, o termo atividades de vida diária (AVD) refere-se a um conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia (OE, 2011).

Serviço de Medicina Interna

O segundo e terceiro estágio foram desenvolvidos no Serviço de Medicina Interna (SMI) do referido hospital. Os estágios decorreram entre os dias 28 de Setembro de 2021 e 27 de Janeiro de 2022, perfazendo um total de 16 semanas.

O serviço de medicina interna dedica-se à avaliação do doente adulto, como um todo, tendo em consideração que o organismo humano é complexo e que vários distúrbios podem afetar a pessoa. As patologias variam desde a cardíaca, à respiratória e neurológica, passando pelos distúrbios metabólicos e endócrinos, nunca esquecendo que a maioria dos doentes são idosos, polimedicados e com várias doenças crónicas associadas (Carvalho, 2016).

De acordo com o plano de ação do SMI (2019, página 3), este tem como missão a *“promoção da saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa”*.

Tem como visão *“ser reconhecido como um serviço de referência interna e externa no tratamento dos doentes, no desenvolvimento de técnicas eficientes e terapêuticas inovadoras, assim como na excelência da prática médica e de enfermagem; Diferenciar-se pela fácil acessibilidade, pela competência na organização assistencial, pela ética profissional, pelo compromisso com o doente e seus familiares; Desenvolver atividades complementares do foro médico e de enfermagem, como sejam o ensino pré e pós-graduado e ainda investigação”* (SMI, 2019, p. 3).

A faixa etária prevalente neste serviço é composta por pessoas idosas com idade mais avançada, sendo a sua maioria doentes complexos, com uma elevada taxa de comorbilidades, trazendo consigo um maior índice de dependência, fragilidade de complexidade (SMI, 2019).

O cuidado ao idoso com perda de funcionalidade ou incapacidade relacionada com uma ou várias patologias é o foco central do cuidado do EEER neste serviço. Como tal, produzir ganhos em saúde criando uma adaptação ao processo de doença com a maximização das capacidades e prorrogação das perdas é o papel do EEER (Ribeiro et al, 2019).

Com as competências adquiridas enquanto especialista, o Enfermeiro de Reabilitação tem a capacidade de avaliar o risco de alterações de funcionalidade relacionadas com o internamento, mesmo nos idosos mais jovens, e deste modo, elaborar e implementar planos de intervenção que visam promover o máximo potencial de autonomia de cada doente internado (OE, 2019).

No serviço de Medicina Interna o EEER desenvolve os seus planos de cuidados de acordo com a tipologia de doente que encontra no dia-a-dia, tendo em conta quer a situação aguda que o levou ao internamento, como as patologias crónicas que o acompanham. Como tal, toda a intervenção desenvolvida tem como objetivo último promover a independência do doente, maximizando capacidades funcionais de modo a proporcionar um regresso à vida ativa na sociedade em que se encontra inserido (OE, 2019).

O serviço dispõe de diversas ajudas técnicas que possibilitam ao EEER desenvolver a sua atividade de forma eficaz. O andarilho, a bengala, a cadeira de rodas, o bastão, as faixas elásticas para treino de força muscular e reabilitação respiratória, a tábua de atividades, o peso e o espelho são utilizados nas variadas intervenções incrementadas. Estas são algumas das ajudas técnicas existentes para auxiliar o trabalho do EEER, estando disponível no catálogo nacional de ajudas técnicas (CNAT) uma panóplia de artigos que podem ajudar a orientar o doente a encontrar a melhor solução para a sua incapacidade. Este catálogo foi criado pela primeira vez em Portugal em 2005, surgindo de um projeto do secretariado nacional para a reabilitação e integração de pessoas com deficiência, e o ministério do trabalho e da segurança social, sendo o referido secretariado entretanto designado por Instituto Nacional para a Reabilitação (Filho, 2009; INR, 2021).

O Instituto Nacional para a Reabilitação (INR) define ajuda técnica como um produto, equipamento, instrumento ou sistema tecnológico, usado por uma pessoa com alguma incapacidade como forma de prevenção, compensação, diminuição ou anular uma deficiência ou incapacidade (Filho, 2009; INR, 2021).

A garantia da manutenção e maximização dos ganhos já conquistados é um dos objetivos do EEER ao criar estratégias que facilitam o processo de adaptação do cuidador e da pessoa cuidada. Neste sentido, cada intervenção de Enfermagem com o propósito de aumentar a independência no autocuidado culmina em ganhos no desempenho das AVD, na capacidade

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

funcional e na melhoria na consciência da qualidade de vida (Neves, 2014; Sousa e Vieira, 2017).

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O capítulo que se segue contém a fundamentação teórica da estratégia de intervenção profissional escolhida para a aprendizagem e desenvolvimento de competências com a intenção de obter do grau de mestre na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação. Este integra o enquadramento teórico e conceitual acerca da temática, abordando o impacto das doenças de foro respiratório e do envelhecimento no autocuidado da pessoa idosa. A seguir descreve-se o percurso da elaboração da RSL, bem como a sua importância ao longo deste projeto, passando pelo modelo profissional prático de enfermagem que emergiu como solução a esta problemática e a metodologia do projeto de intervenção.

3.1 – O envelhecimento demográfico – O impacto da doença respiratória na pessoa idosa

No presente capítulo abordam-se as doenças respiratórias como um fator de impacto no nível de dependência no domínio do autocuidado, clarificando conceitos e demonstrando a importância da intervenção do EEER na reabilitação das pessoas idosas, fazendo a ponte com caracterização demográfica a nível mundial e do nosso país.

A população portuguesa segue a tendência mundial de um envelhecimento crescente, tornando-se crucial intervir nesta área, desenvolvendo estratégias para minimizar o impacto do envelhecimento e das doenças respiratórias no dia-a-dia das pessoas idosas, proporcionando-lhes uma maior autonomia e bem-estar (Moniz, 2008; Lopes et al, 2013; OMS, 2015; WHO, 2020).

Estima-se que o número de idosos, nível mundial, duplique até 2050 e até triplicar até 2100, afastando-se dos 962 milhões de 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. Entenda-se que aqui nos referimos a idoso como a pessoa com 60 ou mais anos. Sendo esta faixa etária a que tem um crescimento mais veloz, é crucial encarar esta população como uma área prioritária no contexto de cuidados de saúde. A Europa possui a maior percentagem de população idosa, na qual Portugal se insere (OMS, 2015; WHO, 2020; Encarnação, 2021).

Em 1982 realizou-se a primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, dando origem ao plano Internacional de ação de Viena, e desde então várias iniciativas têm sido desenvolvidas com o intuito de desenvolver políticas internacionais para responder a esta tendência crescente do envelhecimento do século XXI, surgindo em 2002 a segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento em Madrid (OMS, 2015; Sousa e Vieira, 2017).

Em seguimento das iniciativas desenvolvidas a nível mundial, surge a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) a partir do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas de Madrid (2002), estando ainda inserido na agenda 2030 das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável tendo em vista os seus objetivos (WHO, 2020).

A iniciativa Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) tem como objetivo promover o envelhecimento saudável e melhorar o bem-estar dos idosos através da atuação em quatro áreas fundamentais: *“mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as habilidades dos idosos; prestar cuidados integrados centrados na pessoa e serviços de saúde primários que respondam aos idosos e ainda fornecem acesso a cuidados de longa duração para pessoas idosas que precisam”* (WHO, 2020, página 21).

A manutenção da capacidade intrínseca e funcional, bem como a prevenção de doenças e promoção da saúde são a intenção destas linhas de ação deliberadas pela Década do Envelhecimento Saudável. Deste modo, a otimização da capacidade funcional é a chave para o envelhecimento saudável (Sousa e Vieira, 2017; WHO, 2020; Encarnação, 2021).

O envelhecimento saudável é então caracterizado por três componentes: a capacidade funcional, a capacidade intrínseca e os ambientes. Estas três componentes interagem entre si, uma vez que a capacidade funcional combina a capacidade intrínseca da pessoa com o tipo de ambiente em que vive e interação com o mesmo (WHO, 2020).

Visualizar a pessoa idosa como alguém dependente não é característica definidora desta população, dado que se até encontrámos pessoas que precocemente apresentam alguma perda da sua capacidade funcional, deparámo-nos com outras que se mantêm saudáveis e funcionais bem para além dos 65 anos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

À medida que a idade avança é natural o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas, acompanhadas de alterações fisiológicas, causando um maior nível de dependência de terceiros (Nogueira, 2003; WHO, 2020).

O nível de dependência no autocuidado resulta dos compromissos corporais, relacionando-se com a capacidade de realizar autonomamente as atividades que incorporam cada tipo de autocuidado (Petronilho, 2012).

Tendo em conta os fatores anteriormente descritos, é crucial travar a crescente dependência de terceiros nas pessoas idosas através de políticas de saúde que proporcionem uma resposta eficaz a esta temática (WHO, 2017; WHO, 2019).

Portugal apresenta uma esperança de vida superior à média europeia, atingindo em 2019 uma estimativa de 81,9 anos, diferenciando-se para os homens em 78,07 anos e nas mulheres 83,67 anos. Já a média europeia ronda os 81,3 anos (PORDATA, 2019).

Estimativas da esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 2019-2021

Idade (anos)	Estimativa pontual	Intervalo de confiança a 95%	
		Limite Inferior	Limite Superior
0	80,83	80,56	81,03
65	19,44	19,26	19,58

Figura 1 – Esperança média de vida à nascença. Fonte: INE, Tábuas completas de mortalidade (exercício prospetivo).

As intervenções que promovam um envelhecimento ativo e saudável surgem como uma prioridade do nosso século. Ao longo do processo de envelhecimento individual está associado um aumento dos riscos de incidência de doenças crónicas, quer pelo processo biológico, quer por uma maior exposição a agentes patogénicos, agressões ambientais e traumatismos, havendo uma maior procura pelos serviços de saúde (Canhestro, 2018).

O processo de envelhecimento deve ser entendido como natural, dinâmico, gradual e irreversível que acompanha a pessoa desde que nasce até ao final da sua vida. Está dependente de um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que surgem ao longo do ciclo de vida, para além de ser um fenómeno pessoal e que varia de indivíduo para indivíduo (Sequeira, 2018) e é influenciado pela família, comunidade e sociedade em que se insere (Cabral et al, 2013).

Proporcionar um envelhecer com qualidade e suas estratégias têm sido referidas ao longo de décadas através da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Direção Geral de Saúde (DGS) através do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em 2004, integrado no Plano Nacional para a Saúde, mais recentemente, com a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável elaborado em 2017 (ENEAS), de acordo com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável (ENEAS, 2017).

São pilares fundamentais do envelhecimento ativo a Saúde, a Participação, a Segurança e a Medição, Monitorização e Investigação, sendo que é sobre estes eixos estratégicos que a OMS, a DGS e a ENEAS se focam. Importa salientar que é sobre estas linhas orientadoras de ação e medidas que se fundamentam os valores e princípios defensores dos interesses da população em envelhecimento (ENEAS, 2017).

Várias organizações internacionais (OMS, ONU e CE) defendem a reorganização dos sistemas de saúde, tendo em conta o envelhecimento da população, não apenas direcionados à doença, mas com o intuito de um envelhecimento ativo. Nomeadamente trabalhando as questões da funcionalidade, promovendo a sua sustentabilidade e aumentando a atividade das pessoas com 65 anos ou mais (Fonseca, 2013).

Em Portugal, as doenças do aparelho respiratório têm uma elevada prevalência, sendo a principal causa de internamento hospitalar e são responsáveis por 19% das mortes. Uma das principais causas de consultas nos cuidados de saúde primários é sintomatologia respiratória (WHO, 2007). Para além de uma tendência crescente do número de internamentos, a gravidade e taxa de mortalidade também é superior à média dos doentes internados da área da medicina, sendo mais frequentes nos grupos etários mais elevados (ONDR, 2018).

A dispneia e o cansaço estão sintomas predominantes nas pessoas com doença respiratória crónica, influenciando todo o processo respiratório e causando um elevado impacto no autocuidado. Neste sentido, é fundamental a educação da pessoa com dificuldade respiratória, no sentido de adaptar o seu comportamento para a redução da dispneia, aumentar a tolerância ao esforço e gestão da energia do dia-a-dia. Para além disso, já é de conhecimento geral que o treino de exercício e o aumento da atividade física proporcionam ganhos em saúde nestas pessoas (Gaspar, 2018).

Vários estudos demonstram o impacto positivo da intervenção do EEER no estado de saúde das pessoas que participam em programas de treino de exercício com doença respiratória crónica (Gaspar e Martins, 2018; Varão e Saraiva, 2019; Pereira et al, 2020; Rodrigues et al, 2021).

No processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, um dos focos primordiais é a dependência no autocuidado, onde o objetivo é capacitar a pessoa para executar as atividades que integram cada um dos domínios do autocuidado (Sousa e Marques-Vieira, 2017).

Na perspetiva de Høy, Wagner e Hall (2007) citado por Fonseca (2013), o autocuidado pode ser visto como um recurso de saúde, pois intervindo nesta área é possível diminuir os custos com a saúde ao aumentar o estado funcional da pessoa.

Autonomia, independência e responsabilidade pessoal são características definidoras do autocuidado, um dos temas centrais da Enfermagem, de modo que várias teorias têm sido estudadas no que concerne a esta temática, sendo um fenómeno complexo e multidimensional (Petronilho, 2012).

O EEER tem um papel transversal em qualquer fase do ciclo de vida da pessoa e um impacto especial no que concerne ao cuidado à pessoa idosa com alterações respiratórias. Deste modo, todo e qualquer programa a instituir terá, sempre, de se adaptar de forma individual, apropriando as técnicas aos objetivos pretendidos (Cordeiro e Menoita, 2012; Gaspar, 2018).

3.2 ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM 65 E MAIS ANOS DE IDADE COM DÉFICE DE AUTOCUIDADO E PATOLOGIA DO FORO RESPIRATÓRIO

O desenvolvimento de áreas específicas do conhecimento tem-se verificado ao longo dos anos. A reabilitação não é exceção, segue também esta tendência, ambicionando a melhoria do estilo de vida das pessoas, potenciando as suas capacidades, com vista a melhorar a

qualidade de vida, mesmo nos casos em que as capacidades funcionais se encontram diminuídas (Hesbeen, 2008).

A reabilitação descreve-se como uma forma de minimizar o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos a completa integração social, através de todos os meios necessários (WHO, 2001) e caracteriza-se como um processo global e dinâmico, dirigido para o restabelecimento físico e psicológico da pessoa portadora de deficiência (DGS, 2003).

A condição de vida da pessoa cuidada, bem como as suas funções e estruturas corporais, passando pelos níveis de atividade e participação e ainda os fatores ambientais, são premissas dos cuidados de reabilitação (Sousa e Vieira, 2017).

O acréscimo significativo do número de pessoas com doenças incapacitantes tem conduzido a um aumento das necessidades em cuidados de reabilitação, prestados por equipas de reabilitação. A estratégia de trabalho em equipa por vários profissionais da área da reabilitação tem-se mostrado benéfica para a pessoa cuidada, reduzindo o tempo de internamento, e consequentemente os custos, melhorando a satisfação do doente e dos profissionais envolvidos (Sousa e Vieira, 2017; Lima et al, 2019).

O objetivo do EEER no seu processo de intervenção é maximizar as capacidades funcionais da pessoa detentora de uma deficiência ou incapacidade, de modo a readquirir as capacidades perdidas, capacitando a pessoa com conhecimentos e estratégias para lidar com a sua alteração de estado de saúde, promovendo uma maior autonomia na realização de atividades de vida diária e autocuidado (OE, 2018; Lima et al, 2019; Santos et al, 2021).

Proposta de Enfermagem de reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações respiratórias – Revisão Sistemática da Literatura

Fomentar o diagnóstico precoce e intervenções preventivas é um dos objetivos da intervenção do EEER. Para além disso, visa ainda assegurar a manutenção de capacidades funcionais das pessoas cuidadas, prevenindo complicações e evitando incapacidades. Passa ainda por implementar intervenções terapêuticas que tendem a melhorar as funções residuais

de modo a manter ou recuperar a independência. Tudo isto, permite a diminuição do impacto de incapacidades já instaladas, quer a nível respiratório, cardíaco, motor e neurológico. Assim sendo, um dos objetivos basilares do decurso da reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado (OE, 2011).

Neste capítulo pretendemos a sistematização do conhecimento sobre os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com défice de autocuidado por alterações respiratórias, através da realização de uma RSL, que resume-se à identificação e análise de artigos relacionados com o tema em investigação. Por forma a dar credibilidade ao assunto em investigação, a RSL permite a interligação entre o conhecimento já existente e a problemática em estudo (Coutinho, 2020).

De seguida é apresentada a RSL com o intuito de indicar quais os ganhos sensíveis na intervenção nas pessoas com défice de autocuidado por alterações respiratórias, seguindo as diversas etapas da RSL, desde a introdução, metodologia, resultados e conclusão.

O envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida. Num cenário ideal o ser humano vive saudável, de forma autónoma e independente ao longo da sua vida, no entanto, temos verificado que a partir dos 65 anos de idade mulheres e homens veem a sua esperança média de vida aumentada e, conseqüentemente, os anos de vida não saudável são preocupantes; 83 anos com 15,1 anos de vida não saudável e 78 com 10,4 anos de vida não saudável, respetivamente (PORDATA, 2019). É fácil compreender estes valores, vive-se mais tempo com a melhoria das condições sanitárias, os avanços da medicina e da tecnologia, o que proporcionou um aumento da sobrevida em doenças e traumas potencialmente fatais (OE, 2018), no entanto, trouxe consigo uma maior prevalência de dependência da população (Sequeira, 2018).

Dar qualidade aos anos de vida não saudável deve ser uma prioridade dos governos nos seus sistemas de saúde, para que as crescentes necessidades deste novo paradigma sejam colmatadas. Perante uma sociedade progressivamente mais dependente, menos funcional e com necessidade de cuidados cada vez mais especializados é urgente a existência de cuidados específicos em enfermagem de reabilitação, que permitam responder de forma mais efetiva aos desafios desta nova realidade, de modo a obter ganhos em saúde (OE, 2018).

Em Portugal, “Promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” é a missão da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017). Neste sentido, a população idosa necessita de uma intervenção dirigida para a promoção da sua saúde, e não apenas intervenção curativa. É emergente promover a funcionalidade, evitar internamentos desnecessários, desperdício de recursos, stress do prestador de cuidados/família, incremento de dependências potencialmente evitáveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, para uma sociedade mais justa e solidária (DRE, 2006).

Melhorar a funcionalidade do idoso deve ser a base da intervenção, pois mudanças neste âmbito implicam alterações no autocuidado, isto é, na capacidade do ser humano cuidar de si mesmo em todas as suas dimensões, segundo a perspectiva de Orem. Sendo assim, através dessa melhoria damos à pessoa o seu direito fundamental de Dignidade Humana. É na análise de indicadores de incapacidade, especialmente os que se referem a limitação da atividade e de capacidade funcional que se podem definir necessidades de cuidados de saúde (Lopes e Fonseca, 2013). Neste sentido, com base na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), é criado o instrumento Elderly Nursing Core Set (ENCS) que permite perceber as verdadeiras necessidades da pessoa idosa, em que, tendo o enfermeiro um papel orientador desta avaliação multidisciplinar, é avaliada a funcionalidade da pessoa idosa nas suas diferentes interações, seja com o seu contexto ou nas relações complexas entre os fatores ambientais e pessoais e a condição de saúde da pessoa idosa. O foco encontra-se na manutenção da autonomia e/ou na promoção da readaptação aos défices que se instituíram a nível do autocuidado, percebendo a participação do idoso numa dimensão multifatorial (Lopes e Fonseca, 2013).

Com grande impacto no autocuidado, surgem as doenças respiratórias crónicas. O Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) refere a sua elevada prevalência, sendo que em Portugal atingem cerca de 40% da população, responsabilizando-se por cerca de 19,3% dos internamentos e cerca de 11,8% dos óbitos (ONDR, 2018). Estes valores tornam-se muito preocupantes uma vez que as pneumonias são uma das patologias com maior incidência, apesar de ser uma patologia potencialmente curável.

As doenças respiratórias trazem uma série de incapacidades em que a reabilitação respiratória é essencial no cuidar. Como 3º país europeu com um índice de envelhecimento

mais elevado, aliado a défices na promoção da saúde e prevenção da doença, ao fraco investimento na educação para a saúde e praticamente a inexistência de reabilitação respiratória, que deveria fazer parte do plano terapêutico de todos os doentes respiratórios crónicos sintomáticos, é emergente a intervenção neste âmbito (ONDR, 2018). Estas situações de doença, habitualmente, têm uma tipologia crónica, que se prolonga no tempo e provoca dependência precoce. O comprometimento do autocuidado e as agudizações frequentes vão alterar toda uma dinâmica familiar, sujeitando-a a uma crescente necessidade de apoio e cuidado por terceiros, nomeadamente por familiares cuidadores. Estas incapacidades são sobejamente conhecidas, por isso a Reabilitação Respiratória (RR) assume um papel essencial no cuidar, uma vez que tem implicação direta no desempenho do autocuidado e na qualidade de vida do utente e família. O efeito benéfico da RR verifica-se quer no prognóstico da doença, na diminuição do número de (re) internamentos, menor taxa de mortalidade e maior rentabilização dos recursos em saúde. Deste modo, é competência do EEER dar resposta a esta situação, avaliando e intervindo mediante o contexto ou situação patológica do utente respiratório (OE, 2018).

É inequívoco que a prestação de cuidados de excelência de enfermagem de reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos. Ao nível dos doentes respiratórios é urgente uma intervenção efetiva, de forma a prevenir incapacidades e potenciar capacidades perdidas, e ou minimizadas por processos de doença crónica ou aguda que acarretam défices funcionais. Através destes cuidados especializados é possível dotar a pessoa de maior autonomia, permitindo uma nova forma de viver quer ao doente como à sua família.

A intervenção do EEER permite uma melhor gestão da doença respiratória (OE, 2018), sendo considerada uma das áreas de investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação. O estudo no âmbito dos processos fisiológicos na função respiratória, dos processos adaptativos na dependência no autocuidado em contexto domiciliário, assim como em efetividade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação, permitem uma maior estrutura do corpo de conhecimentos e priorização de áreas de investigação (OE, 2015). Como tal, torna-se pertinente esta revisão sistemática que se prende com uma necessidade de investigar quais os ganhos sensíveis das intervenções de Enfermagem de Reabilitação promotoras de autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias, ou seja, de que forma a intervenção do EEER promove ganhos em saúde.

Metodologia:

A presente revisão sistemática da literatura (RSL) surgiu com o intuito de dar resposta a uma questão de investigação assumida como relevante. A RSL agregando uma grande quantidade de informação num único estudo torna-se um dos alicerces para a prática baseada na evidência (Sousa et. al, 2018). Abrangência, transparência, metodologia e replicabilidade são características inerentes às revisões sistemáticas (Siddaway, 2019).

Uma revisão sistemática é um artigo de investigação que identifica sistematicamente todos os artigos relevantes publicados ou não relativamente a uma questão de investigação, recorrendo a métodos pré-definidos, avaliando a qualidade desses mesmos artigos, extraindo os dados relevantes de forma a sintetizar os resultados encontrados. Deste modo, torna-se uma investigação científica menos dispendiosa (Donato, 2019).

A enunciação da questão de investigação é o ponto de partida para a prática baseada na evidência, sendo a fase mais desafiadora, pois uma questão corretamente definida vai delinear todo o percurso da investigação, orientando a pesquisa de forma a obter resultados relevantes para o problema em questão (Sousa et al, 2018).

As estratégias de investigação utilizadas no desenvolvimento da presente revisão sistemática alicerçaram-se no desenho metodológico da Joanna Briggs Institute [JBI] e no modelo PICOD [*Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Design*].

Seguidamente, definiu-se a questão de investigação com base no modelo PICOD: **“Quais os ganhos sensíveis das intervenções de Enfermagem de Reabilitação promotoras de autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias?”**. Durante o mês de outubro de 2021 foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCO *Host Web*, utilizando descritores validados no vocabulário da “Medical SubjectsHeading”(MeSH), em língua inglesa: *[[nursing] or [nursing care] or [nursing interventions]] AND [[respiratory tract diseases] or [respiratory therapy] or [respiratory rehabilitation] or [dyspnea] or [pulmonary disease]] AND [[rehabilitation] or [rehabilitation nursing] or [quality of life]] AND [[self-care] or [health self-care]]*. O friso cronológico utilizado 2011 a 2021, e como limitador conter texto integral.

Tal como pode ser observado no Prisma 2020 Flow Diagram (Page et. al, 2020) (figura 1) foram encontrados 336 artigos, e após aplicar o limitador de texto integral restaram 66 artigos, foi ainda aplicado o friso cronológico, sendo identificados um total de 41 artigos.

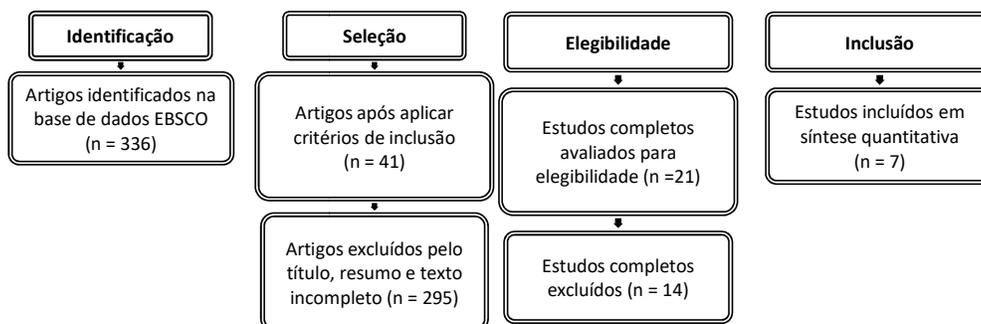


Figura 2. Metodologia de pesquisa desenvolvida através do *Prisma 2020 Flow Diagram*

De seguida, procedeu-se à análise destes 41 artigos, por dois revisores independentes, analisando o título, resumo, metodologia, resultados e conclusão. Foram aplicados os critérios de inclusão: estudar pessoas com 65 ou mais anos de idade, com patologia respiratória, fazer referência a intervenções de enfermagem relacionadas com o autocuidado. Foram excluídos ainda artigos cuja metodologia era dúbia e que não respondiam à questão de partida. Por fim, seleccionaram-se 7 artigos e estes foram analisados criticamente, segundo os critérios da Joanna Briggs Institute.

Resultados:

Após a seleção e aferição da qualidade dos artigos encontrados nas bases de dados, foram incluídos sete artigos nesta revisão sistemática, que se encontram descritos tabela 1, com o objetivo de melhor compreender o conteúdo dos mesmos.

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Título/ Origem /Autores /Metodologia/Participantes/Descrição/ Nível de Evidência	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título –Theeffectof a nurse-led self-management programonoutcomesofpatientswithchronicobstructivepulmonarydisease.</p> <p>Origem-China</p> <p>Autores – Lian Hong Wang, YanZhao, Ling Yun Chen, Li Zhang, Yong Mei Zhang</p> <p>Metodologia –Ensaio clínico randomizado controlado, simples-cego</p> <p>Descrição metodologia- Os participantes do grupo de intervenção foram submetidos a umprograma de autogestão com enfermeiros, além dos cuidados de rotina, e os participantes do grupo de controle receberam apenas os cuidados de rotina. As principais medidas de desfecho foram readmissão relacionada à DPOC e visitas ao departamento de emergência, o teste de distância de caminhada de 6 minutos (6MWD) para medir a capacidade de exercício, o St George RespiratoryQuestionnaire (SGRQ) para medir a qualidade de vida relacionada à saúde e o DPOC Transicional Questionário de Satisfação do Paciente Care (CTCPSQ) para medida de satisfação. A recolha de dados foi realizada no início do estudo (T1) e após 3 (T2), 6 (T3) e 12meses (T4).</p> <p>Participantes –154</p> <p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 1c</p>	<p>Verificar a eficácia de um programa de autogestão liderado por enfermeiros em resultados de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).</p>	<p>Em comparação com o grupo de controle, os participantes do grupo de intervenção mostraram um número significativamente menor de internamentos hospitalares relacionadas à DPOC (P = 0,03) e visitas aodepartamento de emergência (P = 0,001) e pontuações totais do CTCPSQ mais altas (P = 0,001) aos 12 meses. Enquanto isso, a análise de variância mostrou uma melhoria significativamente maior na capacidade de exercício e estado de saúde ao longo do tempo no grupo de programa liderado por enfermeiras do que no grupo de controle. P < 0,001.</p> <p>Conclusões: Este estudo demonstrou que o programa de autogestão liderado por enfermeiras foieficaz na redução das readmissões hospitalares e visitas ao departamento de emergência e namelhoria da capacidade de exercício, qualidade de vida relacionada à saúde e satisfação parapacientes com DPOC.</p>
<p>Título - Eficacia de una intervención educativa a pacientes com enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus cuidadores.</p> <p>Origem- Espanha</p> <p>Autores – Núria ArestéAlbà, Joan Torres Puig-Gros</p> <p>Metodologia – Estudo quase experimental antes - depois</p> <p>Descrição metodologia- um estudo preliminar quase experimental do tipo antes edepois foi realizado em pacientes com diagnóstico de DPOC > 6 meses de evolução e seus cuidadores, no Centro de Saúde Fraga (Huesca). Foi realizada uma intervenção educativa, analisando sua eficácia imediatamente após, com um mês, com três meses e com seis meses, quanto aos conhecimentos, atitudes e habilidades.</p> <p>Participantes –13 paciente e 7 cuidadores</p> <p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 2d</p>	<p>Avaliar o impacto de uma intervenção educacional em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e seus cuidadores.</p>	<p>Resultados: Houve redução das visitas mensais à Unidade de Emergência, e a média de acertos no teste de reconhecimento antes da intervenção foi de 16,8 (DP: 1,9) (pacientes 17,0 e cuidadores 17,3), passando a 18,5 (DP: 2) (pacientes 18,6 e cuidadores 18,3) seis meses após a intervenção. Houve um aumento no número de pacientes que receberam a vacina pneumocócica 23-valente. O teste de uso de inalador teve um aumento de 3 pontos nas pontuações médias para cada tipo de inalador. Um aumento estatisticamente significativo foi observado no nível de conhecimento em diferentes momentos, e no uso de inaladores de cartucho pressurizado em diferentes momentos, para aqueles que vieram acompanhados.</p> <p>Conclusões: embora o tamanho da amostra seja pequeno, observou-se aumento do conhecimento, melhor manuseamento do uso de inaladores e maior cobertura da vacina pneumocócica 23-valente.</p>

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Título/ Origem /Autores /Metodologia/Participantes/Descrição/ Nível de Evidência	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título - Evaluation of a Nurse-Led Educational Telephone Intervention to Support Self-Management of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Feasibility Study Origem- Reino Unido Autores – Julia Billington, Samantha Coster, Trevor Murrells, and Ian Norman Metodologia – Ensaio randomizado Descrição metodologia - 73 pacientes foram alocados aleatoriamente em um grupo de controle que recebeu cuidados padrão, incluindo um plano de autogestão ou um grupo de intervenção que recebeu, além disso, duas ligações telefônicas agendadas durante seis semanas de uma enfermeira. As ligações eram adaptadas às necessidades do paciente, mas forneciam educação sobre o uso de seu plano para gerir exacerbações, uso de serviços de saúde e medicamentos de emergência. Participantes – 73 NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 1c</p>	<p>O objetivo deste estudo foi examinar se uma intervenção de suporte por telefone projetada para promover o uso de seu plano de ação para autogestão aumentou o bem-estar do paciente e reduziu a gravidade dos sintomas em cuidados primários do Reino Unido. Os objetivos específicos foram determinar: 1) viabilidade do procedimento de estudo, 2) viabilidade da intervenção, 3) tamanhos de efeito potencial da intervenção e 4) custos de entrega da intervenção.</p>	<p>Este estudo é o primeiro estudo randomizado conhecido no Reino Unido que investiga o impacto dos planos de autogestão com reforço telefônico liderado por enfermeiras, mas sem outros de autogestão de múltiplos componentes. Esses programas, mesmo se comprovados como benéficos em termos de conhecimento do paciente e auto-eficácia, costumam ser desafiadores para atender a uma população idosa e num serviço nacional de saúde com recursos financeiros e de força de trabalho limitados. Mais estudos maiores são necessários para confirmar a eficácia e o custo-benefício de uma intervenção de enfermagem por telefone de baixo custo para apoiar o uso de planos de autogestão da DPOC pelos pacientes.</p>
<p>Título - Telecare for Diabetes, CHF or COPD: Effect on Quality of Life, Hospital Use and Costs. A Randomised Controlled Trial and Qualitative Evaluation Origem- Nova Zelândia Autores – Timothy W. Kenealy, Matthew J. G. Parsons, A. Paul B. Rouse, Robert N. Doughty, Nicolette F. Sheridan, Jennifer K. Harré, Hindmarsh, Sarah C. Masson, Harry H. Rea Metodologia – Ensaio clínico randomizado Descrição metodologia- Os pacientes foram designados aleatoriamente para atendimento usual ou para inserir adicionalmente os seus dados num dispositivo eletrônico disponível comercialmente que carregava os dados uma vez por dia numa estação de monitorização liderada por enfermeiras. Os pacientes tinham insuficiência cardíaca congestiva (Local A), doença pulmonar obstrutiva crônica (Local B) ou qualquer condição de longo prazo, principalmente diabetes (Local C). O Centro C contribuiu apenas com pacientes de intervenção - eles consideraram uma opção de cuidado usual anti-ética. O estudo ocorreu na Nova Zelândia entre setembro de 2010 e fevereiro de 2012, e durou de 3 a 6 meses para cada paciente. O desfecho primário foi a qualidade de vida relacionada à saúde (SF36). Os dados sobre as experiências foram colhidos por meio de entrevistas individuais e em grupo e por questionário. Participantes – 171 NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 1c</p>	<p>Avaliar o efeito do tele-atendimento na qualidade de vida relacionada à saúde, autocuidado, uso hospitalar, custos e experiências de pacientes, cuidadores informais e profissionais de saúde.</p>	<p>Qualidade de vida, autoeficácia e medidas específicas da doença não mudaram significativamente, enquanto a ansiedade e a depressão diminuíram significativamente com a intervenção. Os internamentos hospitalares, dias no hospital, visitas ao departamento de emergência, visitas ambulatoriais e custos não diferiram significativamente entre os grupos. Os pacientes em todos os locais foram universalmente positivos. Muitos sentiram-se mais seguros e cuidados, e disseram que eles e suas famílias aprenderam mais sobre como lidar com sua condição. Todos os funcionários puderam ver os benefícios potenciais do tele-atendimento e, após alguns problemas técnicos iniciais, muitos funcionários sentiram que o tele-atendimento lhes permitiu monitorizar mais pacientes de maneira eficaz. Conclusões: experiências e atitudes fortemente positivas do paciente e da equipe complementam e contrastam com mudanças quantitativas pequenas ou não significativas. O telecare fez com que os pacientes e suas famílias assumissem um papel mais ativo na autogestão. É provável que subgrupos de pacientes tenham se beneficiado de maneiras que não foram medidas.</p>

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Título/ Origem /Autores /Metodologia/Participantes/Descrição/ Nível de Evidência	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título - Supportinghealthbehaviourchange in chronicobstructivepulmonarydiseasewithtelephon ehealth-mentoring: insights from a qualitativestudy.</p> <p>Origem- Austrália</p> <p>Autores – Julia A E Walters, Helen Cameron-Tucker, Helen Courtney-Pratt, Mark Nelson, Andrew Robinson, JennScott,Paul Turner, E Haydn Waltersand Richard Wood-Baker</p> <p>Metodologia – Estudo randomizado controlado</p> <p>Descrição metodologia- Enfermeiros comunitários treinados como mentores de saúde usaram uma abordagem centrada no paciente com pacientes com DPOCrecrutados na prática geral para facilitar a mudança de comportamento, usando uma estrutura de comportamentos de saúde; 'SNAPPS' Tabagismo,Nutrição, Álcool, Atividade Física, Bem-estar Psicossocial e Gestão de Sintomas, por meio de ligações telefônicas regulares durante 12 meses.Entrevistas semi-estruturadas em uma amostra intencional investigaram feedback sobre a orientação e as mudanças de comportamento adotadas. Asentrevistas foram analisadas por meio de abordagens temáticas e interpretativas de conteúdo iterativas por dois investigadores.</p> <p>Participantes – 90</p> <p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA –1c</p>	<p>Este estudo qualitativo investigou as mudanças de comportamento de saúde adotadas porparticipantes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) moderada ou grave, recrutados para um estudo controlado randomizado deorientação sobre saúde por telefone.</p>	<p>Dos 90 participantes alocados para aconselhamento de saúde, 65 (72%) foram convidados para a entrevista em 12 meses deacompanhamento. Os 44 entrevistados, 75% com DPOC moderada, tiveram uma mediana de 13 contatos com mentores ao longo de 12 meses, variandode 5 a 20. Os participantes entrevistados (n = 44, 55% homens, 43% fumadores atuais, 75% DPOC moderada) foram representativos do grupo total comidade média de 65 anos, enquanto 82% tinham pelo menos uma comorbilidade. O contato por telefone foi altamente aceitável epermitiu um bom relacionamento. Os participantes classificaram 'ser ouvido por um profissional de saúde atencioso' como muito valioso. Três grupos departicipantes foram identificados pela atitude em relação à mudança de comportamento em relação à saúde: 14 (32%) fazendo mudanças ativamente; 18(41%) estão abertos e fazendo algumas mudanças e 12 (27%) são mais resistentes a mudanças. A gravidade da DPOC ou o tabagismo atual não foramrelacionados à categoria do grupo. Orientar o aumento da conscientização sobre os efeitos da DPOC, ajudando a desenvolver e personalizar estratégiasde mudança de comportamento, mesmo por aqueles que não estão a fazer mudanças ativamente. A atividade física foi alvo de 43 (98%) participantes eo tabagismo por 14 (74%) fumadores atuais, com 21% relatando parar de fumar. A motivação para manter as mudanças aumentou com o apoio domentor.</p> <p>Conclusões: A prestação de aconselhamento de saúde por telefone é viável e aceitável para pessoas com DPOC na atenção primária. Oscomportamentos de saúde visados por esta população, principalmente com doença moderada, foram principalmente atividade física eredução ou cessação do tabagismo. A orientação sobre saúde aumentou a motivação e ajudou as pessoas a desenvolverem estratégias para fazer e sustentar mudanças benéficas.</p>

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Título/ Origem /Autores /Metodologia/Participantes/Descrição/ Nível de Evidência	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título - Developing a specialist-nurse-led 'COPD in-reach service' Origem- Inglaterra Autores – Kathryn Cope, Laura Fowler and Zara Pogson Metodologia –Estudo de Caso Descrição metodologia- Os dados colhidos durante o desenvolvimento do serviço foram comparados com os dados existentes quando nenhum serviço de DPOC ao alcance estava disponível. Os dados foram comparados sobre o tempo médio de internamento, taxas de readmissão, alta assistida precoce e experiência do paciente. Participantes – 12 participantes NÍVEL DE EVIDÊNCIA –3. d</p>	<p>-Melhorar a experiência do paciente - Garantir que os pacientes admitidos com DPOC fossem atendidos imediatamente por um especialista respiratório, dentro de 24 horas da admissão - Aumentar o número de pacientes que receberam alta em um esquema de 'alta assistida precoce' - Reduzir o número de readmissões por DPOC, esta sendo definida como pacientes que foram internados em até 30 dias após a alta, tendo o diagnóstico primário de DPOC em ambos os internamentos.</p>	<p>O serviço de entrada para DPOC reduziu o tempo médio de permanência de pacientes com DPOC em 2,53 dias e as taxas de readmissão foram reduzidas em uma média de 4,5 por mês; 17% dos pacientes receberam alta com um esquema de alta assistida precoce e, em geral, os pacientes se sentiram mais preparados e prontos para a alta. -Cuidado holístico e individualizado que visa capacitar os pacientes para a autogestão de suas próprias condições este sucesso em sua tentativa de reduzir a carga sobre o sistema de saúde e de capacitar os pacientes para administrar sua própria condição a satisfação do paciente revela que os pacientes se sentiram muito mais preparados para a alta tendo as informações adicionais e o suporte que foi fornecido.</p>
<p>Título –Facilitating education in pulmonary rehabilitation using the Living Well with COPD programme for pulmonary rehabilitation: a process evaluation Origem- Irlanda do Norte Autores – Denise Cosgrove, Joseph MacMahon, Jean Bourbeau, Judy M Bradley Brenda O'Neill Metodologia – Estudo Qualitativo Descrição metodologia- As adaptações ao programa Living Well With COPD (LWWCOPD) foram informadas por grupos de foco, prática atual, pesquisa relevante e documentos de orientação. Os locais de reabilitação pulmonar usaram o programa adaptado, o programa LWWCOPD para reabilitação pulmonar, para fornecer o componente educacional da reabilitação pulmonar. A avaliação do processo foi realizada: elementos incluídos alcance (taxas de atendimento dos pacientes), dose entregue (quantidade de programa entregue), dose recebida (profissional de saúde e satisfação do paciente) e fidelidade (impacto no conhecimento do paciente, compreensão e autoeficácia no Questionário de compreensão da DPOC). Estatísticas descritivas (média, DP) foram usadas para resumir os dados demográficos e os principais dados dos questionários de feedback. O feedback qualitativo sobre o programa foi coletado e categorizado. Participantes – 57 pacientes com DPOC NÍVEL DE EVIDÊNCIA –3</p>	<p>-Adaptar o programa de autogestão Living Well with COPD (LWWCOPD), para inserção na reabilitação pulmonar; -Conduzir uma avaliação de processo do programa adaptado.</p>	<p>A avaliação do processo apresentou resultados positivos: 62,3% dos pacientes atendidos ≥ 4 sessões de educação (alcance); média (DP) 90 (10)% do conteúdo da sessão foi entregue (dose entregue); a maioria das sessões foi avaliada como excelente ou boa por profissionais de saúde e pacientes. A satisfação dos pacientes foi alta: média (DP) da Seção B do questionário Compreendendo a DPOC: 91,67 (9,55) % (dose recebida). Conhecimento, compreensão e autoeficácia melhoraram significativamente: mudança média (IC 95%): Seção A do questionário Compreendendo a DPOC: 26,75 (21,74 a 31,76) %, BCKQ 10,64 (6,92 a 14,37) % (fidelidade).</p> <p>Em conclusão, esta avaliação de processo rigorosa demonstrou que o LWWCOPD para reabilitação pulmonar pode ser usado para fornecer sessões de educação de alta qualidade, consistentes e equitativas durante a reabilitação pulmonar de DPOC hospitalar e comunitária</p>

Tabela 1 – Descrição sumária dos resultados

Discussão

Os diferentes artigos analisados permitiram reportar-nos aos objetivos principais da Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente melhoria da funcionalidade, promoção da

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

independência e autonomia, levando à satisfação da pessoa. Após análise detalhada dos diferentes artigos foi possível identificar vários indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, e agrupar os mesmos em indicadores de resultado, como evidencia a tabela 2:

Indicadores de resultados	Indicadores sensíveis
Estado funcional	- Aumento da tolerância e capacidade para exercício (Wang et al, 2020; Walters et al, 2012); - Melhoria da aptidão física (Walters et al, 2012);
Capacitação para o autocuidado	- Melhoria na autogestão (Kenealy et al, 2015, Cope et al, 2015, Cosgrove et al, 2013); - Capacitação para o autocuidado (Kenealy et al, 2015, Cope et al, 2015);
Relação profissional/pessoa	- Melhoria na implementação, incentivo e acompanhamento (Kenealy et al, 2015); - Melhoria na satisfação das necessidades (Kenealy et al, 2015);
Controlo de sintomas	-Melhoria da percepção das pessoas face à doença (Cope et al, 2015);
Satisfação da pessoa	- Melhoria do equilíbrio emocional (Kenealy et al, 2015, Walters et al, 2012); - Elevada satisfação das pessoas relativamente ao programa (Wang et al, 2020, Billington, 2015, Walters et al, 2012, Cosgrove et al, 2013); - Participação elevada nos programas (Cosgrove et al, 2013);
Utilização de serviços de saúde	- Melhoria do estado de saúde (Cosgrove et al, 2013); - Diminuição da necessidade de recorrer aos serviços de saúde (Wang et al, 2020, ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017, Cope et al, 2015, Cosgrove et al, 2013); - Diminuição dos custos de saúde (Cosgrove et al, 2013); - Aumento de altas precoces (Cosgrove et al, 2013).
Capacitação para o conhecimento	- Melhoria da educação para a saúde (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017, Billington, 2015); - Melhoria do conhecimento acerca da doença (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017); - Melhoria do conhecimento acerca do uso de inaladores (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017); - Melhoria na adesão a terapêuticas (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017); - Sessões educativas adicionais (Cosgrove et al, 2013);
Adesão terapêutica	- Aumento da cessação tabágica (Walters et al, 2012); - Melhoria das técnicas inalatórias (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017, Cope et al, 2015); - Melhoria da compreensão acerca da terapêutica (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017);
Capacitação para a qualidade de vida	- Melhoria da qualidade de vida (Wang et al, 2020);
Mortalidade	- Redução da mortalidade (Cope et al, 2015).

Tabela 2. Ganhos em saúde de Enfermagem de Reabilitação

A implementação de programas de RR contribui para a melhoria da capacidade funcional, verificada através do aumento da capacidade para o exercício (Walters et al, 2012; Wang et al, 2020).

Falar de cuidados de enfermagem de reabilitação e na procura da excelência do cuidado é fundamental para que a satisfação do doente seja uma prioridade. Promover o autocuidado, o bem-estar do doente e família, melhorar a condição de saúde do doente, a motivação para cumprir planos de reabilitação e auxílio no processo de doença, permite melhorar a sua

satisfação. Vários estudos analisados revelam que os programas implementados melhoram a autogestão e capacitação para o autocuidado (Kenealy et al, 2015; Cope et al, 2015; Cosgrove et al, 2013), que foram impulsionados pelo acompanhamento constante do profissional de saúde, tendo por base uma relação de confiança (Kenealy et al, 2015) levando a um maior equilíbrio emocional (Kenealy et al, 2015; Walters et al, 2012). Esta relação contribui para a satisfação do utente (Wang et al, 2020; Billington, 2015; Walters et al, 2012; Cosgrove et al; 2013), permitindo assim uma participação mais efetiva nos programas de reabilitação (Cosgrove et al, 2013).

Os conhecimentos aprofundados e especializados que caracterizam o EEER, levam à tomada de decisões que potenciam a funcionalidade da pessoa, de forma a prevenir complicações e evitar incapacidades, minimizando o impacto das incapacidades nas diferentes funções fisiológicas, proporcionando uma melhoria da perceção das pessoas face à doença (Cope et al, 2015), através da educação da pessoa e pessoas significativas, planeando altas, dando continuidade aos cuidados, promovendo a reintegração na comunidade, proporcionando à pessoa dignidade e qualidade de vida (OE, 2019). Estes cuidados diferenciados traduzem-se em melhoria do estado de saúde (Cosgrove et al, 2013), diminuição da necessidade de recorrer aos serviços de saúde (Wang et al, 2020; ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017; Cope et al, 2015; Cosgrove et al, 2013), diminuição dos custos de saúde (Cosgrove et al, 2013) e o aumento de altas precoces (Cosgrove et al, 2013).

O conhecimento sobre o processo de doença é a base para uma maior capacidade de gerir a sua condição de saúde, pelo que a intervenção do enfermeiro de reabilitação através dos programas educacionais é fundamental. Dos estudos analisados, vários são aqueles que referem melhoria da educação para a saúde (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017; Billington, 2015), do conhecimento acerca da doença (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017), do conhecimento acerca do uso de inaladores (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017) melhoria na adesão a terapêuticas (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017) e realização de sessões educativas adicionais (Cosgrove et al, 2013) quando se mostra necessário.

Doentes com maior literacia em saúde, acerca do seu processo de doença obtêm maior compreensão (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017) acerca dos aspetos que influenciam todo o processo, daí que é fundamental incentivar à adesão terapêutica através da cessação tabágica (Walters et al, 2012) e melhoria nas técnicas inalatórias (ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017; Cope et al, 2015). Esta capacitação acerca das estratégias para gerir o seu processo de saúde/doença

promove a qualidade de vida (Wang et al, 2020) e uma redução na mortalidade (Cope et al, 2015).

É através da reflexão sobre a nossa intervenção, alicerçada na evidência científica mais recente, que se consegue uma melhoria dos cuidados prestados, constituindo a base para estabelecer planos de reabilitação seguros e de qualidade. Permite ainda organizar cuidados de forma mais eficaz, obtendo a excelência do cuidado e garantindo a efetividade da intervenção do EEER no doente respiratório, contribuindo para uma importante melhoria da qualidade de vida do doente e das pessoas que lhe são significativas.

Conclusão:

Esta RSL permitiu evidenciar a importância da intervenção do EEER no doente respiratório e no desenvolvimento do seu autocuidado, para que a prática seja cada vez mais apoiada na evidência científica, orientada para os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, dando ênfase à satisfação do utente, o seu bem-estar e autocuidado. Ao efetuar a pesquisa para esta RSL verificou-se algumas lacunas em termos de informação sobre o tema em estudo, corroborando a importância de se priorizar estudos nesta área da reabilitação. Apesar disso, com esta RSL, conseguimos perceber que o contributo do EEER é extenso e através da sua intervenção os ganhos em saúde são possíveis.

4. MODELO DO AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A promoção da independência no autocuidado é o propósito basilar da ação profissional dos enfermeiros descrita desde sempre pelas teorias de Enfermagem. Tendo em conta que o domicílio é o ambiente natural para o desenvolvimento e manutenção do equilíbrio e bem-estar de um indivíduo, a alteração da capacidade funcional para o autocuidado, quer seja temporária ou permanente, é um foco central do exercício profissional dos enfermeiros, nomeadamente ao nível da promoção das competências dos familiares cuidadores. Como tal, é objetivo do profissional de Enfermagem capacitar o familiar cuidador no sentido de responder de forma adequada aos desafios oriundos das necessidades que a pessoa dependente não consegue satisfazer (Petronilho, 2021).

O preâmbulo do Regulamento de Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019) menciona: “ *A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima* (página 13565).”

Neste contexto de atuação evidencia-se o contributo dado pelos profissionais detentores desta especialidade na saúde das populações. Em 2006 com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei nº 101/2006) deu-se mais um passo, a nível social e político, na visão do autocuidado como o foco mais relevante na saúde das populações, constituindo-se a dependência no autocuidado uma das principais áreas de atuação do EEER (RNCCI, 2006; Petronilho, 2021).

O conceito de autocuidado é utilizado em diversos contextos, sendo indispensável compreendê-lo e enquadrá-lo profissionalmente, com compromisso e sustentabilidade (Miller e Grise-Owens, 2020).

Para Orem (2001, página 43), o autocuidado é definido como a “*prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*”. Esta definição vem ao encontro da utilizada atualmente pela CIPE® Versão 2.0 (ICN, 2011), definindo-se como “*Tratar do que é necessário para se manter, manter-*

se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (página 41).

Em 1981, o termo autocuidado foi adicionado ao *Medical Subject Heading*, sendo definido por *“caring for self when ill or positive actions and adopting behaviors to prevent illness”*, tornando-se um marco importante na história deste conceito (Martins e Brito, 2021).

O autocuidado caracteriza-se por um conjunto de atividades que a pessoa realiza para a manutenção da saúde e bem-estar, quer para si como para os seus familiares, a nível físico, mental, social e psicológico; na prevenção de acidentes ou doenças; cuidar de doenças crónicas e menores; e ainda, manter a saúde e bem-estar após um episódio de doença aguda (Department of Health, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a definir o conceito de autocuidado ao longo dos anos, tendo em 2009 atualizado o mesmo para que integre a possibilidade dos profissionais ajudarem na concretização das atividades. Neste sentido, a OMS define autocuidado como *“a capacidade das pessoas, famílias e comunidade de promover a saúde, prevenir doenças, manter a sua saúde e lidar com as suas incapacidades/limitações, com ou sem o apoio dos serviços de saúde”* (World Health Organization, 2021, página 134).

A Enfermagem tem-se afirmado, ao longo dos anos, como uma disciplina científica com características próprias, criando e utilizando um corpo de conhecimento exclusivo, enquanto ciência humana prática. Neste sentido, a nível teórico verifica-se um crescendo em riqueza conceptual, com o desenvolvimento de conceitos e teorias que descrevem o que de melhor se faz na Enfermagem. Uma teoria que acrescentou grande valor à prática de Enfermagem foi a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985 (Queirós, 2014).

Sabendo que as doenças crónicas para além de serem a principal causa de mortalidade são também a o fator principal de incapacidade no mundo, distinguindo-se pela impossibilidade de cura definitiva. Deste modo, o autocuidado é visto como uma dimensão deveras importante na área da saúde e do bem-estar de cada indivíduo, principalmente os mais fragilizados (Petronilho, 2013).

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Importa salientar que a capacidade de autocuidado é adquirida ao longo do ciclo de vida de cada pessoa, isto é, não é inata (Queirós, 2014).

Tendo em conta as definições de autocuidado anteriormente descritas, assumimos que as intervenções psicoeducacionais, cognitivas e comportamentais têm como base teórica o autocuidado. Ou seja, tendo em conta que cada indivíduo necessita de tomar decisões decorrentes das transições vividas ao longo do ciclo de vida, há a necessidade de aumentar o nível de conhecimento e habilidade de cada pessoa através do planeamento de atividades de aprendizagem (Meleis et al, 2000; Meleis, 2007; Meleis 2010).

A teoria geral do autocuidado em Enfermagem é composta por três teorias que estão interligadas e inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A teoria do Autocuidado descreve como as pessoas cuidam de si próprias e porquê; A teoria do Défice de Autocuidado descreve e desenvolve o motivo pelo qual as pessoas podem ser auxiliadas através da Enfermagem; a Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve e explica o nível relacional que é necessário para que se produza Enfermagem (Figura 3) (Petronilho, 2012; Queirós et al, 2014; Sousa e Vieira, 2017; Martins, 2021).

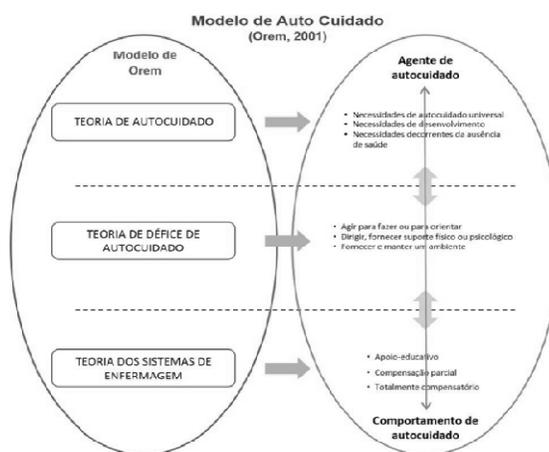


Figura 3 – Modelo de Autocuidado (Fonseca, 2013)

A Teoria do Autocuidado firma o motivo para a pessoa tratar de si, mantendo a vida, realizando quer as funções físicas como mentais para o seu desenvolvimento enquadrado no seu contexto de vida. Nesta Teoria é relatado o autocuidado como um agregado de comportamentos individuais que irão regular os fatores que interagem com o bem-estar, a saúde, o desenvolvimento e a funcionalidade. É através da cultura, da educação e das experiências anteriores que se irá adquirir o autocuidado de cada indivíduo, permitindo um crescimento individual complexo através da tomada de decisões em cada situação. As necessidades de autocuidado universal (atividades de vida diária), de desenvolvimento (como a integração de novo emprego) e decorrentes de ausência de saúde (recuperação de uma cirurgia), são as três categorias em que esta teoria se divide (Petronilho, 2012; Fonseca, 2013).

A Teoria do Défice de Autocuidado exprime a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de Enfermagem, evidenciando a incapacidade das pessoas em satisfazer as suas necessidades individuais de autocuidado, ou dos seus dependentes. Esta teoria descreve três métodos que os enfermeiros utilizam para ajudar os indivíduos a darem resposta às suas necessidades: agir para fazer ou para orientar e dirigir, fornecer suporte físico ou psicológico e fornecer e manter um ambiente de apoio e ensino (Petronilho, 2012; Fonseca, 2013).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve a forma como os enfermeiros ajudam os doentes a recuperar o seu autocuidado. Esta teoria apresenta três classificações: o sistema de apoio-educativo baseado no fornecimento de apoio psicológico e educação; o sistema de compensação parcial quando as pessoas necessitam de temporariamente uma ajuda moderada na realização do autocuidado; o sistema totalmente compensatório já inclui toda uma substituição da pessoa na realização do autocuidado, estando o enfermeiro responsável por culmar todas as 48 atividades necessárias para a manutenção da vida da pessoa, desde os cuidados de higiene à alimentação (Petronilho, 2012; Fonseca, 2013).

O Modelo de Autocuidado desenvolvido por Fonseca (2013) é suportado pela teoria do Autocuidado de Orem (2001), e tendo em conta o exposto anteriormente, optou-se pela utilização do mesmo no corrente trabalho. Este modelo utiliza a avaliação da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) para desenvolver estratégias para o planeamento e execução de cuidados, enquadrada no modelo de qualidade de cuidados (Fonseca, 2013). Assim, estabelecer a correspondência entre os perfis funcionais e as necessidades de cuidados de Enfermagem é o seu objetivo (Fonseca, 2013).

Com a aplicação da CIF pode-se descrever situações relativas à funcionalidade do ser humano e as suas restrições, servindo como enquadramento para organizar esta informação. Esta é usada para avaliar e definir perfis funcionais: não há problema (nenhum, ausente, insignificante - 0-4%); problema ligeiro (leve, pequeno - 5-24%); problema moderado (médio, regular - 25- 49%); problema grave (grande, extremo - 50-95%); problema completo (total - 96-100%) (CIF, 2004).

De encontro ao quadro de referência específico dos EEER, o fenómeno do autocuidado, requer destes profissionais um nível de competências científicas, técnicas e relacionais, diferenciadas, sendo visto como um foco altamente sensível (Martins, 2021).

Um indicador, deveras importante, da saúde dos idosos é a capacidade funcional, pois a sua diminuição contribui para a perda de autonomia e, conseqüentemente, independência, principalmente ao nível do autocuidado. Importa salientar que o nível de dependência e as multimorbilidades combinadas com diversos fatores biológicos, culturais e ambientais do indivíduo influenciam a prestação de cuidados (Lopes et al, 2021).

Em suma, com o objetivo de verificar as necessidades de cuidados de enfermagem, nas pessoas com 65 anos ou mais, são utilizados os conceitos de autocuidado, capacidade funcional e conhecimento, nos três modelos teóricos mencionados (Fonseca, 2013).

O modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem de Fonseca (2013) divide as necessidades em níveis de défice: Quando não há problema (0-4%) ou um problema ligeiro (5-24%); Défice de autocuidado moderado (25-49%) e Défice de autocuidado terapêutico grave (50-95%) e completo (96-100%).

No défice de autocuidado ligeiro (5-24%) a pessoa é autónoma ou apresenta défices ligeiros na realização das atividades de autocuidado, sendo apenas necessário uma supervisão ou acompanhamento por parte do enfermeiro (Fonseca, 2013).

No défice de autocuidado moderado (25-49%) as necessidades ultrapassam a capacidade da pessoa, resultando num défice de autocuidado, necessitando de apoio para a realização dos seus autocuidados. Segundo a teoria dos sistemas de Enfermagem, neste nível, aplica-se um sistema parcialmente compensatório, em que o enfermeiro ou outros profissionais realizam

ações de autocuidado, baseadas em intervenções terapêuticas que promovam o apoio físico e psicológico (Fonseca, 2013).

No déficit de autocuidado terapêutico grave (50-95%) e completo (96-100%) a pessoa encontra-se totalmente dependente e sem possibilidade de realizar o seu próprio autocuidado, apresentando-se dependente dos outros para sobreviver e alcançar o bem-estar, deste modo, o enfermeiro é o responsável por um sistema totalmente compensatório (Fonseca, 2013).

Um modelo de prática profissional fornece o suporte e orientação para uma prática de Enfermagem de qualidade (Slatyer et al, 2015; Ribeiro, 2016), descrevendo de que forma os enfermeiros praticam, colaboram, comunicam e se desenvolvem profissionalmente (Ribeiro, 2016; Ribeiro et al, 2019).

É notório, na investigação existente, que apesar de já existirem vários modelos de prática profissional em Enfermagem ainda está muito enraizada a prática baseada no modelo biomédico, dando prioridade à gestão da sintomatologia e cooperação com a medicina, verificando-se uma dificuldade em introduzir aspetos dos novos modelos. Tal fato é verificado quer em Portugal como noutros países (Ribeiro et al, 2019).

Este projeto de intervenção encontra-se alicerçado pela Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), pela teoria de autocuidado de Orem (2001) e no modelo de autocuidado de Fonseca (2013).

4.1 Justificação da estratégia de intervenção

Este subcapítulo tem a finalidade de espelhar a intervenção do EEER e os ganhos sensíveis oriundos da sua atuação, de modo a clarificar a intervenção profissional ao longo do ensino clínico. Estando a intencionalidade na ação profissional intrínseca às terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010), as intervenções do EEER propõem-se à capacitação, maximização da funcionalidade e independência das pessoas, indo sempre de encontro à satisfação das necessidades demonstradas pelas pessoas (Ribeiro, 2021).

A população mundial tem sofrido transformações ao longo do tempo verificando-se uma importante neste século, o envelhecimento. É notório que o crescimento no número e

proporção de pessoas idosas está a tornar-se numa das mais significativas transformações do Século XXI. Este facto está a trazer consigo um conjunto de implicações para a sociedade, desde as estruturas sociais à dinâmica das estruturas familiares (ONU, 2022).

Em Portugal, tal como se verifica na Europa, ainda se verifica que a maioria das pessoas idosas vive em sua casa, quer sozinhas ou acompanhadas, na sua maioria de forma independente (Moreira, 2020; Fonseca et al, 2021).

Para além disso, também se tem verificado que este grupo populacional tem tendência para diminuir, progressivamente, a sua capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária, bem como, a aumentar o nível de fragilidade e incapacidade, passando pela maior probabilidade de surgirem doenças crónicas (Moreira, 2020; Fonseca et al, 2021).

Das principais causas de morte e morbilidade em Portugal e a nível mundial continuam a ser as doenças respiratórias. Apesar de estas poderem ser prevenidas e tratadas de forma economicamente acessível, não se tem verificado tal diminuição da sua prevalência (ONDR, 2020).

As pessoas com doenças respiratórias crónicas apresentam como manifestações mais frequentes a dispneia, a intolerância à atividade e a redução da qualidade de vida (Ferreira, 2018; Gaspar, 2019).

As doenças respiratórias têm crescentes implicações a nível económico e social, principalmente, olhando à sua característica de cronicidade e as suas relativas consequências. A autonomia e a qualidade de vida são drasticamente afetadas pelos problemas respiratórios, e desde 2015 que são a terceira causa de morte em Portugal (INE, 2019; ONDR, 2020).

As manifestações decorrentes das doenças respiratórias não resultam apenas da perda da função pulmonar, mas também da disfunção muscular periférica, pois verifica-se que a medicação por si só não promove o aumento da tolerância à atividade (Gaspar, 2017; Ferreira, 2018).

A intolerância à atividade verificada nas pessoas com doenças respiratórias deve-se em parte às alterações nas trocas gasosas mas também na perda de força e massa muscular características da disfunção muscular periférica. Estas alterações, mencionadas pelas pessoas

como cansaço, falta de ar, dores musculares e diminuição da força nos músculos resultam numa redução na capacidade para o exercício (Hoeman, 2011; Gaspar, 2019).

Entre 2007 a 2016 verificou-se um acréscimo de 26% dos internamentos hospitalares relacionados com as patologias respiratórias. Dentro das doenças respiratórias, a pneumonia e o tumor maligno da traqueia, brônquios ou pulmão são as principais causas de morte por patologia respiratória. Verifica-se ainda que as pneumonias têm vindo a apresentar uma maior incidência no número de internamentos hospitalares, com morbilidade e mortalidade significativas (ONDR, 2018).

As pessoas com doenças respiratórias crónicas passam por um agravamento lento e gradual do seu estado, passando por episódios de exacerbações agudas como resposta a infeções respiratórias das vias superiores e inferiores (Hoeman, 2011). Estas exacerbações e a evolução da patologia contribuem para o aumento da intolerância à atividade com consequente diminuição da independência funcional, culminando na diminuição da capacidade para o autocuidado (Kenealy, 2015) e no aumento da mortalidade (Cope, 2015; Ferreira, 2018; Gaspar, 2019).

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), as doenças das vias aéreas inferiores, a tuberculose e a asma são outras das causas de morbilidade e mortalidade por doenças respiratórias, verificando-se uma diminuição da taxa de mortalidade das mesmas nos últimos anos (ONDR, 2020).

O treino de exercício tem-se revelado um importante impulsionador da melhoria da qualidade de vida dos doentes respiratórios (Gaspar et al, 2019; Wang et al, 2020), através do aumento da tolerância ao exercício contribuindo para a diminuição do consumo de oxigénio e sensação de dispneia face à mesma quantidade de exercício (Walters et al, 2012; Ferreira et al, 2018; Gaspar et al, 2019; Wang et al, 2020).

A intervenção do EEER permite uma melhor gestão da doença respiratória, sendo considerada uma das áreas de investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, é crucial a intervenção do EEER à pessoa com doença respiratória de forma a diminuir o impacto causado pela sintomatologia na capacidade da pessoa gerir a sua patologia e atividades de vida diária, através de estratégias que otimizem as habilidades funcionais e capacidades intrínsecas da pessoa idosa (OE, 2018).

O perfil de competências do EEER estabelece que este profissional identifique necessidades da sua intervenção especializada, concebendo, implementando e avaliando planos especializados e dirigidos especificamente à pessoa cuidada. Através da capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa o EEER promove a sua capacidade adaptativa para otimizar o autocuidado e auto-controlo no contexto de incapacidade ou processo de transição saúde-doença em qualquer fase do seu ciclo de vida (OE, 2019).

De forma a compreender a efetividade dos cuidados prestados pelos EEER e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem surgiram os indicadores de cuidados de Enfermagem de reabilitação para avaliar os ganhos em saúde (OE, 2019).

Os ganhos em saúde dependem da capacidade de intervir, utilizando a prevenção e controlo de fatores causais, fortalecendo a solução desses fatores através da pesquisa das necessidades, da gestão do conhecimento e afetação dos recursos existentes (Lopes et al, 2016).

Tal como referido anteriormente, o presente projeto de intervenção tem como base metodológica a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), Teoria de Défice de Autocuidado de Orem (2001) e o modelo de autocuidado de Fonseca (2013), que associa a teoria de autocuidado de Orem e o continuum da funcionalidade perspectivado pela CIF, relatando o nível funcional, caracterizando o défice de autocuidado e a necessidade de cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, delineamos os seguintes objetivos, para esta estratégia de intervenção profissional, referidos anteriormente na introdução deste trabalho:

Objetivo geral: - Desenvolver competências de EEER e de mestre nos cuidados à pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias com défice de autocuidado;

Objetivos específicos: - Desenvolver apreciação diagnóstica da pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias e com défice de autocuidado;

- Planear programas de intervenção de enfermagem de reabilitação, de acordo com a área de intervenção, para a pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias, centradas nas necessidades de autocuidado;

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

- Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação às pessoas com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias com base no modelo de autocuidado de intervenção desenvolvido.

Tendo em conta os objetivos apresentados, vai ser realizada uma avaliação inicial, com individualidade, apontando as necessidades e os objetivos individuais de cada participante, permitindo a avaliação do défice de autocuidado e dos diagnósticos de Enfermagem reais, procedendo numa fase posterior ao desenvolvimento de um plano de intervenção de acordo com a patologia em foco, com posterior avaliação da sua implementação.

5. METODOLOGIA

A Ordem dos Enfermeiros (2019, página 4745) definiu como competências específicas aquelas que *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”*. Uma delas menciona que o enfermeiro especialista utiliza a evidência científica como base da sua praxis clínica.

Este projeto de intervenção tem como principal intuito o desenvolvimento de competências específicas de mestre em enfermagem, nomeadamente na especialidade de reabilitação, no ambiente dos três ensinamentos clínicos definidos pela instituição organizadora do curso.

Apesar de ainda ser muito notória a ideia de que a Enfermagem é uma disciplina prática não podemos descurar a sua base teórica, que sempre irá fundamentar a prática. Isto é, Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, tem uma teoria por trás desse conhecimento, não sendo possível exercer Enfermagem sem uma teoria que a fundamenta (Nunes, 2020).

Sendo as teorias de médio alcance (TMA) compreendidas como estruturas teóricas que aliam grandes teorias com a prática de enfermagem, neste projeto de intervenção será utilizada a Teoria de Médio Alcance de Lopes para o desenvolvimento de competências na descrição dos casos. Esta teoria descreve o processo de implementação de uma relação terapêutica, nomeado de processo de ralação, que permite crescimento da confiança da pessoa/família, quer em relação ao enfermeiro como aos cuidados prestados e técnicas utilizadas. Para tal, é realizado um processo de avaliação diagnóstica e um de intervenção terapêutica de Enfermagem (Lopes, 2006).

A avaliação diagnóstica perspetiva a análise desenvolvida pelo enfermeiro relativamente ao estado da pessoa, com o intuito de estabelecer prioridades e desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem adequados, utilizando um conjunto de instrumentos e estratégias que considera mais adequados à situação. Posteriormente, a fase de intervenção, engloba as intervenções de Enfermagem, dirigidas ao doente e à família (Lopes, 2006).

O presente trabalho de projeto, procura diagnosticar necessidades de autocuidado em pessoas com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias e seu cuidador, desenvolvendo um programa de intervenção da área de reabilitação, característico para cada caso.

Os cuidados desenvolvidos pelos EEER têm sustentação no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº392/2019) e no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2018).

Sendo a Enfermagem de reabilitação uma área especializada da Enfermagem que tem por intuito central a manutenção e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa, bem como o restabelecimento da funcionalidade através da prevenção de complicações, da promoção do autocuidado e da maximização das capacidades, o EEER tem competências para prestar cuidados especializados a pessoas com incapacidades decorrentes das diversas transições que vivenciam ao longo da vida (Ribeiro, 2021).

5.1 POPULAÇÃO ALVO

Para a realização deste projeto de intervenção vai ser determinada como população alvo o conjunto de pessoas que possuem características comuns e que reúnem os critérios de seleção definidos (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão selecionados para este projeto de intervenção são: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade, com algum tipo de alteração respiratória, internados no local e período de estágio, e com défice no autocuidado e funcionalidade.

De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, adotámos a metodologia de atribuição de uma letra e número a cada caso. Assim, escolhemos um total de dez pessoas em todo o contexto de estágio para a análise no presente relatório. No estágio do foro ortopédico relatadas duas pessoas (A1, A2); no estágio do foro respiratório incluídas seis pessoas (B1, B2, B3, B4, B5 e B6) e no estágio de foro neurológico abrangidas duas pessoas (C1, C2).

Foi possível verificar que a média de idades dos participantes é de 76,6 anos, em que a pessoa mais nova tem 66 anos e a mais velha 88 anos. Participaram seis pessoas do sexo masculino e quatro do feminino, sendo todos de nacionalidade portuguesa. Verificou-se ainda

que metade dos participantes é casado e a outra metade viúvo. Denota-se que mais de metade dos participantes vive com a esposa/esposo ou filhos, e os restantes residem sozinhos.

Tal como mencionado previamente, as pessoas que participaram neste projeto de intervenção foram escolhidas tendo em conta a apresentação de défice de autocuidado, com alterações motoras e funcionais, dentro dos três contextos estudados, foro ortopédico, respiratório e neurológico. Após a escolha das pessoas envolvidas, que se mostraram um contexto rico para a aprendizagem, vai ser desenvolvido um plano direcionado a cada pessoa, tendo em conta as suas características individuais e patológicas, em respeito com o potencial de reabilitação da autonomia e funcionalidade.

5.2 INSTRUMENTOS DE APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA

Para a operacionalização deste projeto de intervenção preferiu-se o instrumento de apreciação clínica a *Elderly Nursing Core Set*. A ENCS é um instrumento indicado para avaliar as necessidades e/ou os resultados das intervenções de enfermagem em pessoas com 65 ou mais anos (Fonseca et al, 2018).

A ENCS é constituída por quatro dimensões da pessoa: autocuidado; aprendizagem e funções mentais; comunicação; e relação com amigos e cuidadores. Este instrumento de recolha de dados é constituído por 25 códigos, em que cada um dos itens tem a possibilidade de uma resposta segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos (1. NÃO há problema: 0-4%; 2. Problema LIGEIRO: 5-24%; 3. Problema MODERADO: 25-49%; 4. Problema GRAVE: 50-95%; 5. Problema COMPLETO: 96-100%). Este instrumento de apreciação clínica para além de validado, é sensível e fidedigno (Fonseca, 2013).

Para além da ENCS, será utilizada a Escala de Borg Modificada, que permite a avaliação da dispneia (OE, 2016), com o objetivo de ir de encontro ao foco e respetivos indicadores da intolerância à atividade (OE, 2014), é utilizada para a formulação de programas de realitação do exercício na pessoa com alterações respiratórias (OE, 2018). E ainda o *modified Medical Research Council Dyspnea Scale [mMRC]* (OE, 2016), enquanto questionário para avaliação do grau de dispneia, permitindo analisar focos como a ventilação, o expetorar e a limpeza das vias aéreas, relacionados diretamente com os enunciados descritivos readaptação e reeducação funcional, propostos pela OE (2014).

5.3 PLANO DE INTERVENÇÃO

A reabilitação é hoje em dia ferramenta fundamental na melhoria da funcionalidade e redução da incapacidade, prespetivando a independência. Apesar da maior incidência de perda da funcionalidade, devido a situações agudas ou crónicas, se verificar em idade mais avançada, a reabilitação tem a sua população alvo situada ao longo de todo o ciclo vital (WHO, 2019).

O planeamento dos cuidados em Enfermagem garante a resposta às necessidades das pessoas de forma específica e segura, trazendo melhorias nos cuidados e reconhecimento profissional do EEER (Ribeiro, 2021). A reabilitação compreende uma panóplia de conhecimentos e procedimentos específicos, sendo uma especialidade multidisciplinar, que permitem a preservação da autoestima, a promoção da independência e cultivo da máxima funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019).

Neste capítulo busca-se a apresentação de planos de intervenção direcionados às três áreas abordadas em contexto de estágio, a ortopédica, a respiratória e a neurológica. Para tal, inicialmente foi realizada a RSL que permitiu oferecer uma base de evidência científica a todo o planeamento. Assim sendo, utilizando a linguagem de Classificação Internacional Profissional de Enfermagem (CIPE) e a linha conceptual do processo de Enfermagem, foram criados diagnósticos e intervenções para cada área de atuação.

5.3.1 – Plano de Intervenção foro ortopédico

Plano de Intervenção foro ortopédico	
Pré-Operatório	Pós-Operatório
A intervenção no período pré-operatório é fundamental para o sucesso da recuperação da funcionalidade pós-cirurgia, pois um programa de reabilitação e suporte social adequados podem preparar e familiarizar a pessoa com a situação (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021).	Prevenir complicações músculo-esqueléticas articulares, rigidez da articulação envolvida, promovendo a força muscular e da amplitude do movimento articular com ganhos na autonomia e qualidade de vida (Ribeiro, 2021).
<p>Reabilitação Funcional Respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino dirigido à pessoa, tendo em conta as patologias respiratórias de base; - Consciencialização da Respiração (“Cheirar a flor” e “Soprar a vela”); - Exercícios abdomino-diafragmáticos; - Exercícios de reeducação costal global; - Ensino da tosse dirigida e assistida (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021). <p>Reeducação Funcional Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios isométricos: contrações isométricas abdominais e dos glúteos, dos quadríceps (3 séries de 10 repetições); - Exercícios isotónicos: com a realização de mobilizações ativas/livres/assistidas e/ou resistidas dos membros superiores (3 séries de 10 repetições). - Exercícios para realização da ponte (com auxílio de trapézio) (3 séries de 10 repetições); - Exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores com auxílio de trapézio (3 séries de 10 repetições) (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021). 	<p style="text-align: center;">Reeducação Funcional Respiratória e Reeducação Funcional Motora</p> <p>Manter as intervenções supracitadas no pré-operatório, sendo possível adequar as mobilizações ao tipo de cirurgia e respeitando o limite da amplitude articular e o limiar da dor (Sousa e Vieira, 2017, Ribeiro, 2021)</p> <p>As intervenções no período pós-operatório determinam-se pela:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo da dor (Sousa e Vieira, 2017, Ribeiro, 2021). - Crioterapia no local da fratura para estabilização da fratura e redução do edema; - Promoção da consciencialização do novo estado de saúde, incentivando a tomada de decisão; - Realização do 1º levante no 2º dia pós-operatório e remoção de drenos (em caso de existirem); - Ensino sobre o autocuidado, posicionamento no leito, equilíbrio, transferir-se, andar com o auxiliar de marcha e prevenção de queda (Sousa e Vieira, 2017). - Treino de AVD’S com promoção da função cognitiva Aftab et al (2020); Gkirni et al, (2021), - Avaliação da força muscular (Escala de Lower), da funcionalidade (ENCS e MIF), capacidade para se transferir e andar com auxiliar de marcha (Fonseca, 2013). <p>Planeamento da alta e interface com família</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir o envolvimento da pessoa significativa no processo de cuidados e preparação de alta Realização de ensinamentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Adequação das condições do domicílio; - Transferência cama/cadeira de rodas e vice-versa, de acordo o grau de descarga - Treino e ensino sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas) - Ensino sobre estratégias de prevenção de quedas no domicílio (retirar tapetes, corredores sem obstáculos, calçado antiderrapante) (Sousa e Vieira, 2017).

Diagnósticos de Enfermagem – CIPE	
<p>Potencial para melhorar a adesão ao Regime de Reabilitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e recuperação - Ensinar sobre o regime de reabilitação - Incentivar a adesão ao regime de reabilitação (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021) 	<p>Ventilação comprometida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas de posicionamento para otimizar a ventilação - Executar técnicas respiratórias - Informar e instruir a pessoa sobre técnica de posicionamento - Ensinar e instruir sobre técnicas respiratórias de otimização de ventilação - Treinar instruir sobre técnicas respiratórias de otimização de ventilação - Incentivar o uso de técnicas respiratórias (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021)
<p>Movimento corporal comprometido no membro inferior:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca - Ensinar sobre exercícios musculares (isométricos) - Treinar exercícios musculares (exercícios isométricos) - Executar técnica de exercício muscular e articular (passivos, ativo-assistidos, ativo-resistidos (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021) 	<p>Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se; - Instruir sobre dispositivo para transferir-se - Treinar o uso de dispositivo de apoio para transferir-se - Instruir sobre prevenção de complicações durante o transferir-se entre cama-cadeira e vice-versa - Providenciar material educativo - Incentivar a pessoa a transferir-se (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021)
<p>Potencial para melhorar a capacidade para vestir-se e despir-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para vestir-se e despir-se; - Instruir sobre dispositivo de apoio para vestir-se/despir-se (ex: pinças de cabo longo, calçadeira) - Treinar sobre o dispositivo de apoio para vestir-se/despir-se - Ensinar sobre prevenção de complicações da articulação durante o vestir/despir-se (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021) 	<p>Potencial para melhorar a capacidade para autocuidado: uso do sanitário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para uso de sanitário -- Instruir sobre uso de dispositivo de apoio para uso de sanitário (alteador de sanita e presença de barras laterais) - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação ao usar o sanitário (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021)
<p>Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar - Ensinar sobre auxiliar de marcha - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha, dependendo da situação (carga ou descarga do membro operado) - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (subir e descer as escadas) - Providenciar material educativo (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021) 	<p>Potencial para melhorar a capacidade para autocuidado: uso do sanitário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para uso de sanitário - Instruir sobre uso de dispositivo de apoio para uso de sanitário (alteador de sanita e presença de barras laterais) - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação ao usar o sanitário (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021)

Quadro nº 1 - Plano de Intervenção foro ortopédico

5.3.2 – Plano de Intervenção foro respiratório

Plano de intervenção foro respiratório	
<p>Alterações ao nível da função cardiorespiratória implicam um processo de transição saúde-doença, sendo a intervenção do EEER na avaliação sintomática resultante do exame físico e da avaliação da função muscular, qualidade de vida e ansiedade vs depressão (Ribeiro, 2021).</p>	<p>Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções</p> <p>Reabilitação Funcional Respiratória</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o grau de dispneia segundo a escala de Borg - Executar técnicas para otimizar a ventilação <ul style="list-style-type: none"> • Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; • Reeducação diafragmática • Reeducação Costal - Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação - Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação - Treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação - Incentivar o uso de técnicas para otimizar ventilação (Ribeiro, 2021) <p>Potencial para melhorar a capacidade para gestão de ambiente e fatores indutores de agravamento da dispneia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas de descanso e relaxamento <ul style="list-style-type: none"> • Posição de cocheiro (Ordem dos Enfermeiros, 2018) • Expiração com lábios semicerrados - Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento - Instruir sobre técnicas de descanso e relaxamento - Treinar técnicas de descanso e relaxamento (Ribeiro, 2021) <p>Reeducação Funcional Motora</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculoesqueléticos</p>

Plano de intervenção foro respiratório	
	<ul style="list-style-type: none">- Executar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores- Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores- Instruir sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores- Treinar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores (Zhang et al, 2021 Mahoney et al, 2020) <p>Limpeza das vias aéreas comprometida</p> <ul style="list-style-type: none">- Executar técnicas de limpeza da via aérea (Belli et al, 2021)<ul style="list-style-type: none">• Drenagem postural• Tosse• Manobras acessórias• Huffing• Ciclo ativo da respiração- Ensinar sobre técnicas para limpeza das vias aéreas- Instruir sobre técnicas para limpeza das vias aéreas- Incentivar ingestão hídrica <p>Treino de equilíbrio corporal</p> <p>Equilíbrio estático/dinâmico comprometido</p> <ul style="list-style-type: none">- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado/pé) (Xiao et al, 2020, Lin et al, 2020, Yin et al, 2021)- Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé).<ul style="list-style-type: none">• Transferência do peso para os braços- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé)- Treinar exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé)- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé).- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé)- Treinar exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé) (Ribeiro, 2021) <p>Treino de marcha</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para andar</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistir a pessoa a andar- Ensinar técnica de adaptação para andar- Instruir sobre técnica de adaptação para andar

Plano de intervenção foro respiratório	
	<p>- Treinar técnica de adaptação para andar (Sousa e Vieira, 2017).</p> <p>Treino de AVD's.</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para se transferir - Assistir na pessoa a transferir-se - Ensinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira - Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira (Ribeiro, 2021) <p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para vestir/despir-se - Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Instruir técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se (Ribeiro, 2021) <p>Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para arranjar-se - Ensinar técnica de adaptação para arranjar-se - Instruir técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se - Treinar técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se (Ribeiro, 2021) <p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de gestão de energia durante o autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado - Instruir o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado - Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado - Gerir atividade (GOLD, 2022) - Vigiar atividade física - Planear repouso (Ribeiro, 2021).

Quadro nº 2 - Plano de Intervenção foro respiratório

5.3.3 – Plano de Intervenção foro neurológico

Plano de Intervenção foro neurológico	
<p>Domínio cognitivo, comportamental</p> <p>Readquirir capacidades de controlo corporal, praticar os mecanismos de reflexo postural e estimular a sensibilidade proprioceptiva, são estratégias com o objetivo de tornar a pessoa o mais independente possível nas AVD's (Sousa e Vieira, 2017, Ribeiro, 2021).</p> <p>Domínio físico</p> <p>É de extrema relevância a mobilização precoce quer dos membros superiores quer dos membros inferiores de forma a facilitar a realização de atividades terapêuticas bem como o autocuidado (Ribeiro, 2021).</p>	<p>Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções</p> <p>Potencial para melhorar a consciencialização sobre negligência unilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a perceção cognitiva, através de treino de raciocínio e capacidade de atenção (Xiao et al, 2020, Lin et al, 2020). - Executar técnica de estimulação sensorial: dicas visuais, verbais e auditivas (Ribeiro, 2021); - Instruir sobre exercícios para melhoria de perceção: ativação do membro, rotação do tronco, terapia do movimento induzido por restrição e facilitação cruzada, com orientação para a prática de atividades de vida diária e estimulação cognitiva como treino da memória, atenção e memória executiva (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021). - Treinar exercícios de melhoria da perceção. <p>Reeducação Funcional Motora</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro superior</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular <ul style="list-style-type: none"> • Automobilização do membro superior • Exercícios de inibição do membro superior - Ensino sobre exercícios musculares e articulares - Instruir exercícios musculares e articulares - Treinar exercícios musculares e articulares (Lin et al, 2020, Yin et al, 2021, Ribeiro, 2021). <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro inferior</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativo-assistidos e ativo-resistidos) (Sabbah et al, 2020)

Plano de Intervenção foro neurológico	
	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre exercícios musculares e articulares<ul style="list-style-type: none">• Exercício da ponte• Dissociação da cintura pélvica com elevação da pelve.- Instruir sobre exercícios musculares e articulares- Treinar exercícios musculares e articulares (Ribeiro, 2021). <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico</p> <ul style="list-style-type: none">- Posicionar em padrão antiespástico- Executar massagem- Ensinar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado)- Instruir sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado)- Treinar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado)- Incentivar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) (Menoita et al, 2012; Sousa e Vieira, 2017, Ribeiro, 2021; Stoykov et al, 2022). <p>Treino de equilíbrio corporal</p> <p>Equilíbrio estático/dinâmico comprometido</p> <ul style="list-style-type: none">- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado/pé) (Xiao et al, 2020, Lin et al, 2020, Yin et al, 2021)- Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé).<ul style="list-style-type: none">• Transferência do peso para os braços- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé)- Treinar exercícios de treino de equilíbrio estático (sentado/pé)- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé).<ul style="list-style-type: none">• Carga no cotovelo/facilitação cruzada• Alternância unipodal (Ribeiro, 2021).- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé)- Treinar exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (sentado/pé) (Mentiplay et al, 2020; Ribeiro, 2021) <p>Treino de marcha</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para andar</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistir a pessoa a andar- Ensinar técnica de adaptação para andar – a abordagem do Enfermeiro deve ser sempre do lado

Plano de Intervenção foro neurológico	
	<p>afetado, controlando o membro superior através do suporte a nível proximal (ombro) e distal (mão) (Ribeiro, 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre técnica de adaptação para andar - Treinar técnica de adaptação para andar (Sousa e Vieira, 2017, Xiao et al, 2020, Hasset et al, 2021, Yin et al, 2021). <p>Treino de AVD's.</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para se transferir - Assistir na pessoa a transferir-se - Ensinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira - Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira-cama e de cama-cadeira (Ribeiro, 2021) <p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despirm-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para vestir/despirm-se - Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despirm-se - Instruir técnica de adaptação para vestir-se/despirm-se - Treinar técnica de adaptação para vestir-se/despirm-se (Ribeiro, 2021). <p>Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para arranjar-se - Ensinar técnica de adaptação para arranjar-se - Instruir técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se - Treinar técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se (Ribeiro, 2021)

Quadro nº 3 - Plano de Intervenção foro neurológico

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

É através do código deontológico do enfermeiro e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que a Enfermagem, enquanto profissão autoregulada, espelha os princípios éticos e deontológicos que cada profissional tem obrigação de cumprir no desenvolvimento das suas funções. Quer seja ao nível da investigação ou em projetos de intervenção, deverá haver um cuidado redobrado, uma vez que se lida de perto com a fragilidade e vulnerabilidade dos indivíduos em estudo. Assim sendo, os dados colhidos devem ser tratados de modo a garantir o anonimato e confidencialidade dos participantes e das fontes (Nunes, 2020).

De forma a garantir os pressupostos descritos, a divulgação deste projeto de intervenção e respetivos resultados não permitirá identificar qualquer um dos indivíduos estudados, havendo referência aos autores utilizados.

6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA

Ao longo deste capítulo serão apresentados os dados recolhidos ao longo dos estágios, com base na intervenção do EEER e nos planos de intervenção desenvolvidos para cada área de atuação, ortopédica, respiratória e neurológica.

Em resposta aos objetivos propostos e para o tratamento dos dados obtidos, iremos reduzir e codificar os dados, bem como a sua análise de conteúdo. Esta forma de atuação permite conhecer dados e evidenciar padrões de pensamento ou comportamento, palavras ou frases. Esta codificação é extremamente útil para a descrição e compreensão do fenómeno estudado (Coutinho, 2020).

Para o tratamento dos dados utilizou-se a plataforma ENCS, tendo por base teórica a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e o Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013).

ESTÁGIO DE REABILITAÇÃO

O Estágio de Reabilitação desenvolveu-se no serviço de ortopedia de um Centro Hospitalar da área metropolitana de Lisboa, durante 6 semanas. Neste serviço a intervenção do EEER é fundamental para a rápida recuperação do doente cirúrgico, diminuindo o tempo de internamento e possíveis complicações. O EEER começa por intervir no período pré-operatório, sendo um fator preponderante para o sucesso da intervenção no período pós-operatório e preparação da alta. Neste sentido, realizou-se a avaliação em dois momentos distintos, no pré-operatório e pós-operatório, imediatamente antes da alta, onde é realizada toda a preparação do regresso a casa.

Foram estudadas duas pessoas alvo de intervenção (A1, A2), acerca das quais foi elaborada a avaliação inicial e a avaliação final, recorrendo aos instrumentos de apreciação diagnóstica acima descritos. Os ganhos médios encontram-se apresentados no quadro nº5.

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Participantes	Instrumento ENCS	Avaliação Diagnóstica	Após Intervenção de ER	Ganhos
A1	Funcionalidade geral	31,75%	22,50%	9,25%
	Autocuidado	77,00%	40,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	10,00%	10,00%	
	Comunicação	20,00%	20,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	20,00%	20,00%	
A2	Funcionalidade geral	29,75%	19,50%	10,25%
	Autocuidado	67,00%	28,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	12,00%	10,00%	
	Comunicação	20,00%	20,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	20,00%	20,00%	

Quadro nº5 – Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo A.

ESTÁGIO FINAL

O Estágio final decorreu no serviço de medicina interna do mesmo centro hospitalar com a duração de 16 semanas. Sendo um período longo, permitiu uma intervenção abrangente, incidindo no contexto respiratório e neurológico. Do mesmo modo adotado no contexto ortopédico, estes casos foram divididos em B1, B2, B3, B4, B5 e B6 (foro respiratório) e C1, C2 (foro neurológico). Dando continuidade ao estágio anterior no que concerne aos instrumentos utilizados, é descrito de forma sumária os resultados obtidos através da ENCS.

Participantes	Instrumento ENCS	Avaliação Diagnóstica	Após Intervenção de ER	Ganhos
B1	Funcionalidade geral	63,75%	20,50%	43,25%
	Autocuidado	92,00%	32,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	40,00%	10,00%	
	Comunicação	70,00%	20,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	53,00%	20,00%	
B2	Funcionalidade geral	27,00%	17,50%	9,50%
	Autocuidado	55,00%	20,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	13,00%	10,00%	
	Comunicação	20,00%	20,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	20,00%	20,00%	
B3	Funcionalidade geral	59,50%	23,25%	36,25%
	Autocuidado	88,00%	28,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	30,00%	20,00%	
	Comunicação	60,00%	25,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	60,00%	20,00%	
B4	Funcionalidade geral	42,25%	22,50%	19,75%
	Autocuidado	77,00%	32,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	30,00%	18,00%	
	Comunicação	30,00%	20,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	40,00%	20,00%	
B5	Funcionalidade geral	40,50%	22,75%	17,75%
	Autocuidado	77,00%	38,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	30,00%	13,00%	
	Comunicação	35,00%	20,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	20,00%	20,00%	
B6	Funcionalidade geral	43,75%	21,75%	22,00%
	Autocuidado	67,00%	37,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	30,00%	10,00%	
	Comunicação	45,00%	20,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	33,00%	20,00%	

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Quadro nº6 – Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo B.

Participantes	Instrumento ENCS	Avaliação Diagnóstica	Após Intervenção de ER	Ganhos
C1	Funcionalidade geral	54,00%	26,75%	27,25%
	Autocuidado	90,00%	47,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	33,00%	10,00%	
	Comunicação	60,00%	30,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	33,00%	20,00%	
C2	Funcionalidade geral	54,25%	31,00%	23,25%
	Autocuidado	78,00%	52,00%	
	Aprendizagem e funções mentais	32,00%	10,00%	
	Comunicação	60,00%	35,00%	
	Relação com amigos e cuidadores	47,00%	27,00%	

Quadro nº7 – Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo C.

6.1 DISCUSSÃO

Após a descrição dos resultados obtidos ao longo dos estágios de reabilitação e final é essencial proceder à discussão dos mesmos, procurando verificar a concordância com os resultados observados na RSL. Deste modo, ao longo deste capítulo são descritos os resultados e os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do ER, a qual teve como meta o aumento da capacidade para o autocuidado na população escolhida para esta intervenção.

Tendo em conta que o EEER fundamenta a sua intervenção no regulamento nº 392/2019, onde é explícito que este tem como objetivo geral cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, reconhecemos que este grupo profissional tem o propósito de maximizar o potencial funcional e independência, isto é, o EEER não intervém de modo a fazer pela pessoa, mas sim ensinando e capacitando a nível físico, emocional, mental e psicológico com o intuito de desempenhar as suas atividades de vida diária e vencer obstáculos (Sousa e Vieira, 2017).

Ao longo deste capítulo intenta-se proceder à discussão dos resultados obtidos durante a aplicação do projeto de intervenção, de acordo com o modelo de autocuidado escolhido, relacionando-os com os domínios de autocuidado de Orem (2011), evidenciando os ganhos em saúde obtidos pela intervenção do EEER em contexto dos estágios.

De acordo com os pressupostos de Orem a capacidade das pessoas em desempenharem o seu autocuidado integra um domínio cognitivo, emocional ou psicossocial, físico e de comportamento (Petronilho e Machado, 2017).

Domínio físico:

O domínio físico reporta-se à capacidade física da pessoa para desempenhar a ação de autocuidado (Petronilho e Machado, 2017). A capacidade, neste contexto de educação para a saúde, é percebida como um processo multidimensional que engloba conhecimento, decisão e ação. Neste prisma, a capacitação é um decurso que envolve domínios cognitivo, físico e material (Sousa, Martins e Novo, 2020).

O processo de Enfermagem desenvolvido pelo EEER envolve um raciocínio clínico que passa pela identificação das necessidades das pessoas cuidadas e, através dos dados colhidos, desenvolve um programa individual de ensino e treino, com vista a melhorar a capacitação e adaptação ao seu novo estado de saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021).

Ao longo dos estágios foram utilizados os instrumentos de avaliação Elderly Nursing Core Set (Fonseca, 2013), a escala de Borg e a escala de dispneia modificada do *Medical Research Council* (mMRC) (OE, 2016). A utilização da ENCS permitiu a monitorização da funcionalidade das pessoas que participaram no projeto de intervenção, contribuindo para a determinação das necessidades de cuidados de Enfermagem de reabilitação e posterior planeamento de um programa de reabilitação (Sousa e Vieira, 2017).

O grupo A corresponde aos doentes do foro ortopédico, nos quais é de extrema relevância o início do programa de reabilitação em contexto pré-operatório, diminuindo a incidência de complicações, como a rigidez articular, a atrofia muscular e o aparecimento de luxações, contribuindo assim para a redução do tempo de internamento (Sousa, 2017; Ribeiro, 2021).

A intervenção do EEER no participante A1, um caso de fratura do membro inferior para tratamento conservador, incidiu desde o primeiro dia, com exercícios de reeducação funcional

motora, com a realização de exercícios isométricos (contração de glúteos, abdominais e quadríceps) e exercícios isotônicos, como a dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica, bem como a reeducação funcional respiratória (RFR), com a consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos, exercícios de reeducação costal e ensino da tosse (Sousa e Carvalho, 2017; Ribeiro, 2021). Este plano de intervenção, incorporou também mobilizações ativas e ativo-resistidas dos membros não afetados, com o objetivo de manter a amplitude articular, permitindo manter o tônus articular, promover a tensão do aparelho capsulo-ligamentar e o estiramento das fibras musculares (Sousa e Carvalho, 2017; Ribeiro, 2021).

No caso do participante A1, um tratamento conservador, o tempo de repouso foi superior ao habitual em caso de cirurgia para colocação de prótese total de anca (habitualmente de 48h), o que por si só aumenta o risco de infecção, tromboembolismo, escaras de decúbito e atrofia muscular (Silva, 2013). Como tal, foi essencial manter o plano de reabilitação até à autorização para o levante, que ocorreu após 15 dias de internamento. Este plano de reabilitação sendo personalizado ao participante A1 insidiu ainda no fortalecimento muscular dos membros superiores, tendo em consideração uma limitação ao nível de força do membro inferior contralateral, situação originada por uma doença ocorrida na infância. Deste modo, demos um enfoque especial ao ensino, instrução e treino dos exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores, com o intuito de preparar o participante para a fase seguinte, o levante sem carga no membro afetado, para além de proporcionar uma maior destreza na mobilização no leito (Leitão et al, 2022).

Após a indicação para levante deu-se continuidade ao plano de reabilitação complementando com o ensino e treino da técnica de marcha com andador e posteriormente com canadianas (Sousa e Carvalho, 2017; Ribeiro, 2021).

No caso A2, iniciou-se um programa de reabilitação logo no primeiro dia de internamento que correspondeu ao dia anterior à cirurgia, altura ideal para esclarecer dúvidas e desmistificar alguns medos relativos à cirurgia. Durante este período realizaram-se exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR), incluindo a consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos, exercícios de reeducação costal e ensino da tosse, e ainda a reeducação funcional motora, com a realização de exercícios isométricos (contração de glúteos, abdominais e quadríceps) e exercícios isotônicos, como a dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica, flexão/extensão do joelho, abdução/adução da articulação coxo-femural e flexão/extensão da articulação coxo-femural com extensão/flexão joelho (Sousa e Carvalho,

2017; Ribeiro, 2021). Associado a este plano de intervenção, foram realizadas mobilizações ativas e ativo-resistidas dos membros livres de forma a manter a amplitude articular, possibilitando a manutenção do tónus articular, promovendo a tensão do aparelho capsulo-ligamentar e o estiramento de fibras musculares (Sousa e Carvalho, 2017).

No período pós-operatório, manteve-se todo o programa de reabilitação pré-operatório acrescentando a mobilização precoce, realizando o primeiro levante às 48 horas, com objetivo de alívio da dor, a prevenção de fenómenos tromboembólicos, diminuição do edema, a recuperação da amplitude de movimento articular, o fortalecimento muscular, o ganho da extensão da articulação do joelho, o aumento da propriocepção e a melhoria da mobilidade e da coordenação (Ioshitake et al, 2016). O fortalecimento dos membros superiores também é essencial de modo a criar as condições necessárias para a utilização de auxiliares de marcha, onde o treino da técnica de marcha, transferências e subir e descer escadas é essencial para a eficácia da recuperação pós-cirúrgica (Leitão et al, 2022). Foram ainda realizadas mobilizações ativas, assistidas e resistidas do membro operado respeitando o limite articular e o limiar da dor (Leitão et al, 2022).

Note-se que no caso dos participantes do grupo A foi essencial o ensino de prevenção de complicações no domicílio (transferências cama-cadeira de rodas e vice-versa) e do treino subir/descer escadas, adaptando sempre os planos ao caso do doente em intervenção (Sousa e Carvalho, 2017). Para além disso, foi programado o regresso a casa desde o primeiro dia de internamento, avaliando as condições do domicílio descritas pelos participantes e capacitando-os para a realização dos autocuidados de forma autónoma ou com ajuda de cuidador, caso necessário. O fornecimento de material de leitura, nomeadamente panfletos e o manuseamento de alguns produtos de apoio existentes no serviço também se mostrou benéfico para o aumento da autonomia dos participantes (Martins e Fernandes, 2009).

Verificou-se ainda que após o programa de intervenção os ganhos em força muscular do membro operado/afetado, visível no caso dos participantes A1, A2 (2/5 segundo escala de força de Lower para valores de 4/5 segundo escala de força de Lower), o que vai de encontro aos resultados encontrados por Fernandes (2016) e Palma et al (2021), evidenciando a força muscular como um indicador relevante na capacidade funcional, melhorando a qualidade de vida e diminuindo o risco de reinternamento hospitalar.

Relativamente aos participantes do grupo B, compreendemos que a patologia respiratória acumula quer à pessoa como à sua família um processo de transição saúde-doença, acompanhada pela diminuição da capacidade física para a realização de AVD'S, com consequentes alterações na qualidade de vida e no equilíbrio emocional (Walters, 2012; Kenealy, 2015; Wang et al, 2020).

O programa de intervenção nos participantes do grupo B, incorporou o processo de conhecimento e capacidade para gerir a patologia e as suas consequências, adotando estratégias para controlar sintomas e prevenir complicações (Ribeiro, 2021). Realizaram-se técnicas de otimização de ventilação como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global com recurso a bastão e reeducação costal (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021), com o objetivo de melhorar a coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, melhorando a mobilidade e expansão torácica e a ventilação pulmonar (Walters, 2012; Wang et al, 2020; Ribeiro, 2021).

Os diagnósticos mais frequentes que emergiram dos participantes do grupo B foram a ventilação comprometida, a dispneia funcional, a limpeza das vias aéreas comprometida e o expetorar comprometido (Ribeiro, 2021). Em todas as sessões procedeu-se à avaliação, antes e após a intervenção, da tensão arterial e da frequência cardíaca, nas quais não se verificaram alterações significativas. No que concerne à saturação de oxigénio verificou-se uma melhoria muito significativa, observando-se que no início da intervenção os participantes detinham valores de SPO2 entre 86% e 90% e após a intervenção passaram para valores compreendidos entre os 95% a 99%. A aplicação da escala de *Borg* modificada também nos demonstrou os ganhos obtidos com a intervenção, observando-se uma melhoria na dispneia, tolerância ao esforço e maior capacidade para realização de AVD's (Walters, 2012; Cope, 2015; Kenealy, 2015; Wang, 2020).

A capacitação para o conhecimento acerca do estado de saúde, da patologia e reconhecimento de sinais de alerta são aspetos fundamentais do processo de intervenção nos doentes respiratórios, pelo que se demonstrou ser eficaz este tipo de estratégia corroborando os estudos existentes (Cosgrove et al, 2013; Billington et al, 2015; ArestèAlbà e Pruig-Gros, 2017). Ao longo das sessões realizadas com os participantes do grupo B verificamos uma crescente capacidade para gerir a sintomatologia decorrente das atividades do dia-a-dia, passando pela alimentação, aos cuidados de higiene e até o andar.

A melhoria da força muscular periférica e da capacidade aeróbia pode ser obtida através do treino de fortalecimento dos membros superiores e inferiores, uma vez que permite o aumento da massa e força dos músculos exercitados e a melhoria da sua função (Ribeiro, 2021). Como tal, o programa de resilição do grupo B, os participantes com patologia do foro respiratório incluiu exercícios de fortalecimento muscular com recurso a pesos e alteres de 0,5 kg e ainda bandas elásticas de resistência.

Relativamente à limpeza das vias áreas, importa compreender que as alterações da função respiratória, podem traduzir-se numa diminuição da eficácia da tosse colocando em risco a eficácia da ventilação pulmonar, capaz de originar situações patológicas (Sousa e Vieira, 2017). As técnicas de limpeza da via área facilitam a eliminação de secreções, beneficiando a permeabilidade da via área e a função pulmonar (Belli et al, 2021). Utilizamos técnicas de tosse assistida e dirigida, técnica de expiração forçada e ciclo ativo de respiração, promovendo a expansão pulmonar e a mobilização de secreções (Sousa e Vieira, 2017).

Ao nível do grupo C, foram aplicadas diversas atividades terapêuticas pós-AVC, a realização da estimulação sensorial, com terapia de movimento induzido por restrição e facilitação cruzada nos casos de negligência unilateral, adotando uma abordagem dos doentes lado afetado (Ribeiro, 2021).

Exercícios de fortalecimento dos músculos, o rolar, a ponte, a rotação controlada da anca, automobilização e carga no cotovelo, foram alguns dos exercícios para a preparação para a posição sentado (Menoita et al, 2012).

Os exercícios de treino de equilíbrio, foram fundamentais para o sucesso da nossa intervenção, pois o equilíbrio vai permitir a realização de AVD's (Ribeiro, 2021).

O treino de marcha é dos pontos mais satisfatórios para os doentes pós-AVC, no entanto, para que tal se desenrole com sucesso, foi essencial o treino de atividades terapêuticas necessárias para readquirir o padrão automático perdido (Menoita et al, 2012).

Domínio cognitivo e comportamental:

O domínio cognitivo, reporta ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas essenciais para cumprir a ação, enquanto o domínio comportamental refere-se às habilidades para realizar os comportamentos de autocuidado (Petronilho e Machado, 2017).

Através da utilização do ENCS foi possível avaliar o estado de consciência e as funções cognitivas dos participantes ao longo do projeto de intervenção, no âmbito dos conceitos de “Aprendizagem e Funções Mentais” e “Comunicação”. No grupo de participantes do grupo A verificou-se que o participante A1 não teve qualquer tipo de lateração, uma vez que não chegou a passar pelo processo cirúrgico. Já no que diz respeito ao participante A2, verifica-se uma ligeira alteração das funções mentais, nomeadamente ao nível do estado de orientação, relacionada com o período pós-operatório, que após a intervenção do EEER, possibilitou a diminuição desse défice e um impacto significativo no processo de autocuidado.

No que diz respeito ao grupo B é onde se verifica um grande impacto na melhoria ao nível “Aprendizagem e Funções Mentais” e “Comunicação”, pois no início do internamento estes doentes apresentavam níveis mais baixos de saturação de oxigénio, o que acarretava um elevado nível de desorientação, que através da EEER pode ser melhorada e conseqüentemente uma melhoria ao nível da orientação.

Domínio emocional e psicossocial:

A perceção de competência da realização da ação de autocuidado, a atitude, o desejo, a motivação e os valores enquadram-se no domínio emocional ou psicossocial (Sousa e Vieira, 2017).

Neste sentido, a intervenção do EEER tendo como objetivo potencializar as capacidades funcionais dos doentes, procurando desenvolver um processo adaptativo com vista à inclusão da pessoa na sociedade (Sousa e Vieira, 2017).

Em suma, foi possível observar ganhos em saúde em todos os participantes, principalmente ao nível de autocuidado, repercutindo-se no nível de funcionalidade geral.

7- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este capítulo compreende uma análise reflexiva das competências adquiridas durante a realização dos estágios, criando uma ponte entre o conhecimento adquirido a nível teórico e a sua aplicabilidade na prática. Através desta interação é possível sustentar a intervenção do EEER, incluindo todas as que lhe são inerentes, as gerais de especialista, as específicas de reabilitação e as de mestre.

Para exercer a profissão de EEER é necessário adquirir determinadas competências, diferentes das encontradas no curso de licenciatura, e assim se diferenciar do enfermeiro generalista. Importa assim saber em que consiste a competência, na sua base, enquanto conceito, sendo definido como uma medida individual de conhecimentos e habilidades que capacitam as pessoas para desenvolver determinada função (ICN, 2019). O Código Deontológico dos Enfermeiros destaca que a competência declarada pela escola oferece *“o início do percurso profissional, mas é o processo de desenvolvimento de competências individual, com base na formação, que permite a atualização a nível do conhecimento e o amadurecimento ao nível da capacidade de reflexão”* (OE, 2005, página 139).

A Ordem dos Enfermeiros definiu tanto as competências atribuídas aos enfermeiros generalistas como aos especialistas, a nível geral e específico para cada especialidade. Neste sentido, as competências de enfermeiro especialista emergem no continuidade do perfil do enfermeiro de cuidados gerais, alicerçado no Regulamento nº 190/2015, que refere o enfermeiro como detentor de conhecimentos, aptidões e capacidades que canaliza na sua prática clínica, e o permite avaliar as necessidades de saúde de um determinado grupo promovendo a sua atuação mediante os diversos contextos (OE, 2015).

7.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

É chamado enfermeiro especialista ao profissional depositário de conhecimentos teóricos e práticos relacionados com determinada especialidade, detentor de um nível elevado de prática, complementado pela responsabilidade da evolução da prática de enfermagem, por meio do ensino e orientação, como garante de um exercício de enfermagem baseado na evidência (*International Council of Nurses* [ICN], 2020). Contudo, existem algumas competências que são transversais às várias especialidades, fundamentadas pelo Regulamento nº 140/2019.

O dever ético, legal e profissional, bem como, a continuidade no desenvolvimento da qualidade, coordenação dos cuidados e evolução da aprendizagem a nível profissional, são os quatro campos descritos pelo referido regulamento, mostrando assim as competências que são comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019).

“Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”
(Regulamento n.º 140/2019: 4745);

A prática clínica dos enfermeiros e, neste caso, dos enfermeiros especialistas, é sustentada em condutas deontológicas, caracterizadas por um conjunto de deveres, que espelham a responsabilidade face à pessoa recetora dos cuidados de enfermagem (OE, 2005).

Neste sentido, foram aperfeiçoadas ao longo do estágio competências norteadas pela decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas que são propósitos transversais a todo o exercício profissional de Enfermagem. Assim sendo, as decisões e comportamentos adotados durante a prestação de cuidados refletiu o respeito pela pessoa, considerando-a um ser único, com dignidade, portador de autonomia, inserido num ambiente com o qual interage (OE, 2002).

A prática desenvolvida por todos os enfermeiros deve ser suportada pelo REPE e Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). É nestes documentos orientadores que estão declarados os termos de regulação e suporte da prática profissional (OE, 2015). Não obstante, a exigência da prática profissional deverá andar de mãos dadas com a ética e o código deontológico da profissão, pois esta relação é crucial para o bem comum para todos (Kitson e Campbell, 1996).

Penso que a minha prestação de cuidados, ao longo dos estágios, teve por base uma atuação com dever ético-deontológico, integrando uma atitude de respeito e proteção dos direitos humanos, promovendo a dignidade, privacidade e segurança dos doentes. Tendo em conta que a população abrangida são pessoas idosas e com necessidades crescentes de cuidados de saúde, o que aumenta a sua vulnerabilidade e fragilidade, o EEER tem um papel privilegiado para a promoção de um envelhecimento saudável e qualidade de vida ao longo dos últimos anos de existência destes seres humanos (Sousa e Vieira, 2017).

Um outro aspeto essencial na prática de cuidados é a informação acerca dos cuidados que irão ser prestados, isto é, todo o doente tem direito ao consentimento informado de todos os cuidados que lhe são prestados, respeitando desta forma a sua autonomia, dignidade e liberdade. Deste modo, ao longo dos cuidados prestados, sinto que informei o doente acerca das intervenções que foram realizadas, englobando os objetivos e os pressupostos, bem como garantindo o anonimato dos dados colhidos (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005; CNECV, 2020).

“Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº 140/2019: 4745);

Os profissionais de saúde devem olhar para a segurança da do doente como uma inquietação, um objetivo e uma obrigação prática. Como tal, é esperado que estes gozem de competências para a fomentar em todas as circunstâncias da prestação de cuidados (Fernandes e Vareta, 2018).

Tendo por base a melhoria contínua da qualidade, é essencial desenvolver uma prática baseada na melhor e mais recente evidência científica, de forma a dar suporte a toda a prática. Neste sentido foi desenvolvida a RSL no sentido de indentificar indicadores sensíveis relativos à intervenção do EEER, com o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados prestados, no que concerne à capacitação da pessoa com patologia associada, quer em forma aguda como crónica. Sendo a aplicação da evidência científica complexa, *“definido como um conjunto de atividades de capacitação destinadas a envolver os principais interessados para que a tomada de decisão possa ser informada pela evidência e gerar melhoria sustentada na qualidade da prestação de cuidados de saúde”* (Apóstolo, 2017, página 115).

Nestas competências, evidencia-se o dever no incentivo e apoio de métodos estratégicos institucionais no âmbito da governação clínica, na criação de práticas de qualidade, assim como, gestão e colaboração nos objetivos para a melhoria contínua, e ainda fomentar um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

No estágio final foi possível desenvolver uma tábua de atividades para o desenvolvimento de algumas atividade de vida diária e um poster relativo a uma formação acerca do autocuidados dos profissionais, com o intuito de diminuir o risco de lesões musculares e síndrome de burnout.

Conjuntamente, foi desenvolvido um Modelo de Autocuidado fundamentado no modelo de autocuidado de Fonseca (2013) e na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) que possibilitou organizar os cuidados de enfermagem de reabilitação, “na procura da excelência no exercício profissional, (...) maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2018, p.12). Como tal, ambicionamos reconhecer os problemas reais ou potenciais, planeando um conjunto de intervenções de Enfermagem de Reabilitação com a intenção de promover a autonomia e qualidade de vida (OE, 2018).

A qualidade será sempre um elemento essencial na intervenção de ER, de tal modo que foi desenvolvido um programa de RFR durante o estágio, tendo em consideração os indicadores de qualidade da instituição e a investigação realizada pela RSL. De forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados foram concebidos planos de cuidados para as três áreas de intervenção, tendo em conta as necessidades específicas das pessoas cuidadas.

Uma outra competência deste domínio é a promoção de um ambiente seguro e terapêutico, pelo que foi sempre criado um ambiente gerador de segurança e proteção dos doentes, recorrendo aos materiais existentes no serviço, escolhendo os mais adequados a cada situação (OE, 2018).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 evidencia a necessidade de intervenção junto da população idosa, nomeadamente ao nível da literacia e participação do cuidador, bem como, da sociedade na segurança do doente durante a prestação de cuidados, com o recurso a planos de sensibilização (Despacho nº 9390/2021). Como tal, durante os estágios para além da sensibilização do doente, principalmente quando o estado de orientação assim o permitia, incidimos na atuação com o prestador de cuidados, sempre que possível, que a nível presencial como telefónico, uma vez que devido às medidas de contigência da COVID-19 nem sempre nos foi possível abordar o cuidador no serviço.

“Competências do domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019: 4745);

Gerir os cuidados prestados desenvolvendo, em conjunto com a equipa, a qualidade e segurança dos mesmos, moldando a sua liderança e recursos de acordo com os contextos encontrados na prática é uma das competências inerentes aos enfermeiros especialistas (Regulamento nº 140/2019).

Este estágio possibilitou o desenvolvimento da capacidade de realizar a avaliação global da pessoa, das suas necessidades e habilidades. Usando uma visão holística, ao considerar a pessoa como um todo, em interação com o seu ambiente (Miller, 2012). Esta foi uma das permissas para o planeamento dos cuidados de saúde, interagindo de forma eficaz com os restantes elementos da equipa multiprofissional. As intervenções permitiram-nos uma gestão dos cuidados de enfermagem em função dos recursos existentes e das necessidades da pessoa e família, permitindo delegar tarefas agilizando recursos ao envolver os elementos da equipa de Enfermagem na prestação de cuidados de Enfermagem de reabilitação. Esta permissa esteve muito notória no serviço de Ortopedia, pois são iniciados programas de reabilitação desde o primeiro momento do internamento, recorrendo ao uso de panfletos (Apêndice I) e formação da equipa de enfermeiros generalistas, com o objetivo de internamentos mais curtos e diminuição de complicações pós-operatórias (Sousa e Vieira, 2017; Ribeiro, 2021).

Relativamente ao serviço de medicina também foi possível desenvolver competências ao nível da gestão em saúde, desde a articulação no uso de equipamentos e ajudas técnicas, bem como na coordenação da equipa para melhor gestão do tempo de forma a rentabilizar tempo e recursos (Regulamento nº 149/2019).

Ao longo dos estágios também nos deparámos com situações em que o regresso a casa não seria possível por questões sociais, pelo que também agimos de forma a encontrar a melhor solução, quer para a pessoa como para a sua família, pois o processo de transição e adaptação a uma nova realidade nem sempre é fácil de gerir. É nesse contexto que o enfermeiro de reabilitação atua como um elo de ligação crucial para a compreensão do processo de transição e no planeamento de terapêuticas efetivas para a recuperação da estabilidade e bem-estar. Esta atuação por vezes implica referenciar o doente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) com o objetivo de continuar o plano de reabilitação, havendo uma articulação com a restante equipa multidisciplinar (Sousa e Vieira, 2017).

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”
(Regulamento nº 140/2019: 4745);

O enfermeiro especialista é responsável pela aquisição de novos conhecimentos com objetividade, fundamentando a prática e cuidados especializados na evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

Em cada processo de prestação de cuidados realizámos um processo de reflexão de modo que a tomada de decisão refletisse o conhecimento estudado, desenvolvendo competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Esta reflexão possibilitou a tomada de consciência acerca do porquê de determinada ação perante uma situação. Permitiu equacionar várias hipóteses, priorizar e deliberar sobre o que é mais adequado, respeitando os seus direitos e valores das pessoas e agindo de acordo com as necessidades da pessoa (Nunes, 2006).

A aquisição das competências deste domínio exigiu a ampliação de conhecimentos teóricos e práticos, através de pesquisa em bases científicas, de forma a garantir que os planos de cuidados e as intervenções inerentes estavam com a qualidade exigida a este nível de prática profissional. Para além disso, foi fundamental o conhecimento transmitido pelos supervisores clínicos, uma fonte de saber baseada na prática diária, alicerçada em conhecimento já adquiridos ao longo dos anos. A junção de todos estes fatores possibilita a prestação de cuidados especializados e, conseqüentemente, ganhos em saúde para as pessoas cuidadas (OE, 2018).

No âmbito desta competência, foi elaborado o artigo de investigação “Rehabilitation nursing in the person with self-care deficit due to respiratory alterations - Systematic Review of the Literature” baseado numa RSL e que foi apresentada no “Workshop IWOG'21, Fourth International Workshop on Gerontechnology”, aguardando publicação.

7.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Na descrição dos Padrões de qualidade em Enfermagem de Reabilitação, a OE (2011, página 3) menciona que a intervenção do EEER *“traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.”*

Seguindo esta linha orientadora, o cuidado assistencial realizado pela Enfermagem de Reabilitação desenrola-se quer em contextos hospitalares como comunitários, nas várias transições experienciadas ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo (Sousa e Vieira, 2017).

A reabilitação assimila um corpo de conhecimentos, competências e comportamentos especializados e diferenciados, com o objetivo de ajudar toda a pessoa portadora de doença aguda, crónica, com deficiência ou sequelas, a atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, preservando a sua autoestima, para além de reduzir o risco de complicações e promover o desenvolvimento de potenciais remanescentes (Regulamento nº 125/2011; OE, 2004).

As competências específicas do EEER, encerram o cuidado a pessoas com défices ao longo do ciclo de vida, através dos vários momentos da prestação de cuidados, capacitando a pessoa com problemas de desempenho e/ou limitação da atividade, possibilitando a sua reintegração na sociedade, desenvolvendo capacidades com a finalidade de maximizar a sua funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019). Perante isto, passamos à abordagem de cada competência específica em EEER.

“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019: 13566):

De acordo com a teoria das consequências funcionais promover o bem-estar deve compreender uma intervenção de enfermagem, que considere as dimensões biopsicoespiritual e da funcionalidade da pessoa, isto é, a pessoa é vista como um ser único, onde as diversas dimensões estão interligadas (Miller, 2012).

Esta competência evidencia o contributo do EEER e da sua própria capacitação para reconhecer *“as necessidades da intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, em todas as idades, que estão impossibilitadas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária”* (Regulamento n.º 392, 2019, página 13565).

A realização dos estágios já descritos anteriormente permitiu a prestação de cuidados a pessoas em contexto hospitalar, foram elaborados planos de intervenção de ER para reeducação funcional à pessoa de foro ortopédico, respiratório e neurológico. Intervimos com várias idades, mesmo para além das mencionadas nos casos descritos, acabámos por também cuidar de pessoas mais jovens e de meia idade. Neste contexto, as situações sociais e profissionais das pessoas cuidadas também eram ricas em variedade, de tal modo que

permitiu desenvolver a capacidade de adqur os cuidados de forma individualizada a cada sujeito dos nossos cuidados. De forma a avaliar de forma progressiva a evolução do processo de reabilitação foram utilizados instrumentos de colheita e avaliação de dados, nomeadamente a ENCS (Lopes e Fonseca, 2018), a escala de Borg modificada e a mMRC (OE, 2016).

Após a avaliação das necessidades de cada doente foi estruturado um plano de cuidados personalizado a cada caso, tendo por base os programas já descritos para o foro ortopédico, neurológico e respiratório. Simultaneamente, procedeu-se à seleção da melhor ajuda técnica para cada caso e tendo em conta o plano de reabilitação desenvolvido, tais como o andarilho e as canadianas, ou até a cadeira para realização dos cuidados de higiene no wc. Desta forma, atuámos sempre com vista a preparar o regresso a casa desde o primeiro dia de intervenção, avaliando as condições do doente e do seu domicílio, integrando a família neste processo e orientando a mesma para a continuidade de cuidados em casa (Regulamento nº 392/2019; Sousa e Vieira, 2017). Por fim, é importante perceber se a nossa intervenção obteve ganhos em saúde, pelo que através da utilização da ENCS foi-nos possível avaliar a pessoa antes e após a intervenção, possibilitando a visualização dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER, a nível pessoal, familiar e social (Regulamento nº 392/2019).

“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019: 13566):

Esta competência demonstra a capacidade do EEER incorporar a problemática da deficiência, limitação da atividade e da limitação da participação na sociedade, através da realização de treino de AVD’S, com ensino de técnicas adaptativas, com vista à máxima capacidade funcional e promoção da acessibilidade e participação social (Regulamento n.º 392/2019).

A independência e o futuro da pessoa são condicionados pela capacidade funcional, pois está intimamente ligada ao seu bem-estar e qualidade de vida. De forma a diminuir este risco, o EEER deve intervir com a pessoa, capacitando-a através da promoção da mobilização e prática de exercício físico, treino específico de AVD, realizando sessões de educação para a saúde e promovendo a prevenção de quedas (Miller, 2012).

No decorrer dos estágios de reabilitação foram estruturados vários planos de intervenção de reeducação funcional, englobando o foro ortopédico, neurológico e respiratório. Esta intervenção teve enfoque no treino de AVD's, com o intuito de promover a autonomia do doente, criando estratégias para este usar no seu dia-a dia e se sentir mais incluído na sociedade (Sousa e Vieira, 2017).

Para ir de encontro a este objetivo procedeu-se a uma avaliação inicial para a identificação das necessidades e sugerido um plano de intervenção, de forma a intervir ao nível do seu autocuidado. O ensino da utilização de ajudas técnicas e de produtos de apoio adequados a cada doente foi fundamental para desenvolver este objetivo. Uma exploração das necessidades do doente incluindo as existentes no domicílio proporcionou uma orientação mais dirigida para a eliminação das barreiras arquitetónicas que pudessem existir no domicílio (Regulamento nº 392/2019).

“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019: 13566):

Esta competência, esclarece o papel do EEER na interação com a pessoa no objetivo de *“desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal”* (Regulamento n.º 392/2019, página 13566). Decorrente da intervenção proposta para cada participante, de forma individualizada, e tendo em conta o modelo de autocuidado trabalhado e as sessões de treino desenvolvidas, demonstrou-se um conjunto de ganhos em saúde na população alvo.

Foi possível observar ao longo dos estágios diversos ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da mobilidade com o aumento da tolerância e capacidade para exercício (Wang et al, 2020; Walters et al, 2012) e a melhoria da aptidão física (Walters et al, 2012). A nível cognitivo, a intervenção do EEER demonstrou melhoria do equilíbrio emocional (Kenealy et al, 2015; Walters et al; 2012); elevada satisfação das pessoas relativamente ao programa (Wang et al, 2020; Billington, 2015; Walters et al, 2012; Cosgrove et al, 2013); participação elevada nos programas (Cosgrove et al, 2013); melhoria da perceção das pessoas face à doença (Cope et al, 2015); melhoria na implementação, incentivo e acompanhamento (Kenealy et al, 2015) e ainda melhoria na satisfação das necessidades (Kenealy et al, 2015). Para além disso, ainda se verificou uma melhoria na autogestão (Kenealy et al, 2015; Cope et al, 2015; Cosgrove et al,

2013), na capacitação para o autocuidado (Kenealy et al, 2015; Cope et al, 2015), com consequente, melhoria do estado de saúde (Cosgrove et al, 2013), diminuição da necessidade de recorrer aos serviços de saúde (Wang et al, 2020; ArestéAlbà e Puig-Gros, 2017; Cope et al, 2015; Cosgrove et al, 2013), diminuição dos custos de saúde (Cosgrove et al, 2013) e aumento de altas precoces (Cosgrove et al, 2013).

Tal como descreve Lopes (2016) é essencial a criação de uma relação terapêutica com o doente para o sucesso da intervenção do EEER. Deste modo, foi necessária a criação dessa relação nas sessões de treino, através da melhoria das capacidades e prevenção de riscos, com o intuito de promover o autocuidado e contribuir para a melioria do estado de saúde. Deste modo, foi possível observar, diariamente, ganhos significativos no estado de saúde do doente, verificando-se um aumento da sua autonomia física e funcional.

7.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O grau de mestre é atribuído à pessoa, que de acordo com a sua especialidade, demonstre conhecimentos e capacidades superiores aos obtidos no nível do 1º ciclo, isto é, na licenciatura. Deste modo, desenvolve e aprofunda os conhecimentos, participa em investigação, tem capacidade para lidar com situações novas e complexas, integrando os conhecimentos da sua área de estudo, bem como desenvolver uma auto aprendizagem contínua ao longo da vida, tendo a capacidade de transmitir o seu conhecimento de forma clara (Decreto-lei n.º 63/2016).

Neste sentido, de forma a desenvolver as competências de mestre, para além do percurso desenvolvido ao nível das disciplinas de investigação e fundamentos de Enfermagem de reabilitação, onde os conhecimentos teóricos foram aprofundados, desenvolvemos uma RSL. Esta componente de investigação, que nos permitiu estudar a evidência científica mais recente de forma a organizar de um programa de RFR, e servir de ponto de orientação para a formulação dos planos de intervenção.

Pensámos que a implementação de diferentes metodologias enraizadas na teoria de défice de autocuidado de Orem, na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e no modelo de autocuidado de Fonseca (2013) possibilitou o desenvolvimento de um modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade com défice de autocuidado por alterações respiratórias, o que permitiu ganhos em saúde a vários níveis. Para tal, recorreu-se a aplicação

de instrumentos de colheita de dados como a ENCS (Fonseca, 2013), a escala de Borg Modificada (OE, 2016) e a *mMRC* (OE, 2016).

Consideramos que a “procura de conhecimento científico, para prestação de cuidados de enfermagem, baseados na qualidade e excelência” (Sousa et al, 2018) é fundamental para o enriquecimento a nível profissional. Como tal, no decorrer do nosso percurso quer a nível teórico como prático, foram adquiridas competências e conhecimentos, com alicerce na pesquisa e evidência científica, tanto na área da especialidade como do mestrado.

Não descorando a importância do Código Deontológico dos enfermeiros que evidencia a importância do conhecimento técnico, científico e humano para a melhoria dos cuidados prestados (OE, 2015), bem como o Estatuto da OE (2016), no seu artigo 97º, que evidencia que o exercício da profissão deve considerar o respeito pela vida humana, saúde e conforto no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados (OE, 2016).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O último capítulo reporta-se à conclusão de todo um percurso formativo com vista à aquisição de competências de especialista e de mestre em Enfermagem de reabilitação. Esta jornada incluiu a passagem por dois contextos diferentes, criando oportunidades únicas, com realidades e participantes diferentes, que cooperaram para um enriquecimento pessoal e profissional.

O envelhecimento da população é, e continuará a ser, uma preocupação para os cuidados de saúde, pois é uma realidade a nível mundial a tendência para um aumento da população idosa acompanhada pela diminuição da natalidade. Para além disso, não podemos descorar que o próprio processo de envelhecimento trás consigo um conjunto de alterações físicas que contribuem para a diminuição das capacidades físicas e mentais, contribuindo para um défice de funcionalidade e diminuição da capacidade para o autocuidado.

Considerando a capacidade funcional um importante indicador da saúde do idoso, pois a sua decadência acarreta um risco acrescido de perda de autonomia e aumento da dependência, principalmente ao nível do autocuidado, com consequências diretas na qualidade de vida destas pessoas.

Com grande impacto quer a nível familiar como social, a população idosa tem vindo a fazer parte de políticas de envelhecimento ativo e saudável, com o objetivo de capacitar este grupo mais vulnerável no autocuidado e diminuir o impacto a nível económico e de recursos para as famílias e instituições.

As alterações a nível respiratório têm grandes repercussões na saúde da pessoa, ainda mais na população idosa, já de si mais vulnerável tendo em conta o impacto do processo natural de envelhecimento do organismo. A autonomia e a qualidade de vida são áreas fortemente impactadas, sendo urgente a intervenção especializada com esta população com vista à melhoria da funcionalidade e conseqüente diminuição de dependência de terceiros.

É neste sentido que a intervenção do EEER tem um papel crucial no cuidado à pessoa idosa com alterações respiratórias e seu cuidador, pois através da sua intervenção especializada, baseada numa avaliação pormenorizada das necessidades do doente, com a

criação de planos de cuidados de Enfermagem de reabilitação dirigidos e posterior avaliação periódica do impacto dessa mesma intervenção, contribuem para a prevenção de complicações e promoção da saúde dos mesmos, bem como cooperam para atingir o máximo potencial daquela pessoa.

O EEER detém no seu perfil de competências capacidade para identificar necessidades nos doentes que necessitam de uma intervenção especializada, com o objetivo de promover a autonomia e independência, otimizando as funções e a forma de executar as AVD's. Esta intervenção dirigida proporciona um aumento da qualidade de vida e dignidade na população abrangida.

Tendo por base a problemática a ser estudada, emergiu a necessidade de adquirir competências que possibilitassem a verificar ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da funcionalidade, da população estudada. Para tal, foi necessário estudar um modelo profissional de Enfermagem que incluísse os pressupostos da problemática em estudo, nomeadamente a autonomia e a qualidade de vida, para que através de planos de intervenção individualizados e enquadrados no ambiente familiar e da comunidade prestássemos cuidados holísticos, humanizados e eficazes.

Olhando agora para os objetivos que nos propusemos no início deste relatório, no que concerne ao objetivo geral de reconhecer e desenvolver competências de EEER, fundamentados na pessoa com necessidades ao nível do autocuidado, aferindo os ganhos em saúde obtidos, considerámos ter sido atingido, desenvolvendo um enquadramento teórico acerca da problemática, passando pela elaboração de uma RSL acerca da temática e criando de seguida um programa de reabilitação de acordo com a mesma, permitindo a obtenção de ganhos em saúde para o doente e, ao mesmo tempo, a aquisição de competências de especialista, EEER e de mestre.

Durante a realização do enquadramento teórico considerámos pertinente e mais adequado a utilização da Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e a teoria de défice de autocuidado de Orem (2001), pois vão de encontro aos objetivos traçados para estes programas de intervenção.

Observámos ainda que foram adquiridas competências em EEER através da implementação de um programa de reabilitação composto pela promoção do autocuidado,

avaliando os défices das pessoas com patologias do foro ortopédico, neurológico e respiratório, e identificando os ganhos sensíveis aos cuidados prestados. Estes programas incluíram a implementação de instrumentos de apreciação diagnóstica, nomeadamente a ENCS (Fonseca, 2013), a escala de Borg Modificada (OE, 2016) e a *mMRC* (OE, 2016), que através de avaliações antes e após a intervenção do EEER possibilitaram a visualização dos ganhos em funcionalidade derivados dos programas implementados.

Os resultados obtidos confirmaram os ganhos resultantes de uma intervenção especializada, nomeadamente do EEER, demonstrando a importância destes especialistas no ambiente hospitalar e com uma atuação o mais precoce possível, através da identificação de necessidades e planeamento de cuidados individualizados. Esta intervenção permite uma recuperação mais precoce, reduzindo o tempo de internamento e não só, através da capacitação das pessoas para a gestão mais eficaz da sua condição de saúde, possibilita a redução da necessidade de reinternamentos e institucionalização. Estes ganhos são obtidos através da potencialização das capacidades de cada doente, identificando e promovendo a melhoria do seu nível funcional com vista a uma maior independência e qualidade de vida no seu domicílio.

Assim sendo, considerámos que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos e proporcionámos a melhoria da qualidade de vida a cada doente que usufruiu da nossa intervenção.

As dificuldades e limitações encontradas ao longo deste percurso passam pela limitação do tempo de estágio, que por vezes não permitia a implementação de um programa completo com todos os doentes cuidados, e o contexto pandémico da COVID-19 que impossibilitou a intervenção com os cuidadores, relacionado com as restrições nas visitas. Para além disso, a carga horária acumulada com o trabalho laboral tornou-se excessiva em determinadas fases, pelo que uma proposta de melhoria seria o prolongamento do tempo de estágio, bem como uma preparação prévia ao nível de conhecimentos sobre a problemática a ser estudada, nomeadamente a realização da RSL anteriormente ao estágio, permitindo uma maior disponibilidade para o restante trabalho durante o período de estágio.

9. BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2021). Monitorização Mensal dos Hospitais - Produção e rácios de eficiência. Retirado de https://benchmarking-acss.minsaude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard, em 12-03-2022.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Retirado de <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>, em 15-02-2022.
- ArestéAlbà, N., ePuig-Gros, J. T. (2017). Eficacia de una intervención educativa a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus cuidadores. *Metas de Enfermería*, 20(1), 50–56. Retirado de <https://medes.com/publication/118718>, em 20-12-2021.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016. Retirado de: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf> em 10-01-2022.
- Beckman, M., Bruun-Olsen, V., Pripp, A., Bergland, A., Smith, T., e Hieberg, K. (2021). Effect of an additional health-professional-led exercise programme on clinical health outcomes after hip fracture. *Physiotherapy Research International*, 26. Retirado de: <https://doi.org/10.1002/pri.1896>, em 05-01-2022.
- Belli, S., Prince, I., Savio, G., Paracchini, E., Cattaneo, D., Bianchi, M., B. (2021). Airway Clearance Techniques: The Right Choice for the Right Patient. *Frontiers in medicine*, 8, 544826. Retirado de: <https://10.3389/fmed.2021.544826>, em 02-02-2022.
- Billington J, Coster S, Murrells T, e Norman I. (2015). Evaluation of a Nurse-Led Educational Telephone Intervention to Support Self-Management of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Randomized Feasibility Study. *COPD*, 12(4), 395–403. Retirado de: <https://doi.org/10.3109/15412555.2014.974735>, em 02-02-2022.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., e Marques, T. (2013). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de:

<https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>, em 10-01-2022.

Canhestro, A.M.G (2018). *Envelhecer com saúde – Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Retirado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf, em 10-01-2022.

Cope, K., Fowler, L., e Pogson, Z. (2015). Developing a specialist-nurse-led “COPD in-reach service”... Chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Nursing*, 24(8), 441–445. Retirado de: <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.8.441>, em 12-10-2021.

Cordeiro, M. e Menoita, E (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência.

Cosgrove, D., Macmahon, J., Bourbeau, J., Bradley, J. M., e O’Neill, B. (2013). Facilitating education in pulmonary rehabilitation using the living well with COPD programme for pulmonary rehabilitation: a process evaluation. *BMC Pulmonary Medicine*, 13(1), 50. Retirado de: <https://doi.org/10.1186/1471-2466-13-50>, em 15-12-2021.

Coutinho, C. (2020). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Almedina.

Decreto-lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro. *Diário da República nº 30/2017, Série I de 2017-02-10, páginas 694 - 720*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>, em 20-02-2022.

Decreto-lei nº 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República nº 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 - 4182*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Retirado de: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>, em 20-02-2022.

Direcção-Geral da Saúde (2003). *Direcção de Serviços de Planeamento Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação*. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Retirado de: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/RNEHRMedFisicaReab_vf.pdf, em 10-03-2022.

- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227. Retirado de: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>, em 10-10-2021.
- Encarnação, C., Santos, G., Gonzalez, L., Barradas, N., Sousa, P. e Faria A. (2021). Envelhecimento na terceira idade. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, vol. I, pp. 119-127. Retirado de: <https://10.34640/universidademadeira2021encarnacaosantosgonzales>, em 10-10-2021.
- Fernandes, Ana A. e Botelho, Maria A. (2007). Envelhecer ativo, envelhecer saudável: o grande desafio. Retirado de: <http://journals.openedition.org/sociologico/1593>, em 10-10-2021.
- Fernandes, J. e Vareta, D. (2018). *Enfermagem Avançada*. Papa-lettras.
- Filho, T. A. G. (2009). A Tecnologia Assistiva: de que se trata? In: Machado, G. J. C.; Sobral, M. N. (Orgs.). *Conexões: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade*. 1 ed. Porto Alegre: Redes Editora, p. 207-235. Retirado de : <http://www.galvaofilho.net/assistiva.pdf>, em 15-01-2022.
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Retirado de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/12196>, em 10-09-2021.
- Fonseca, C., Carretas, N., Galhofas, M., e Costa, A. (2018). Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível de autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico. *Journal of Aging e Innovation*, 7(1), 103-119. Retirado de <https://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-7-edicao-1/>, em 10-09-2021.
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., e Marques, C. (2019). Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. *Gerontechnology Communications in Computer and Information Science*, Springer, 1016, 143-153. Retirado de: https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13, em 10-09-2021.
- Fonseca, C., Pinho, L., Lopes, M., Marques, M., Garcia-Alonso, e J. (2021). The Elderly Nursing Core Set and the cognition of Portuguese older adults: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20. Retirado de: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-1>, em 10-01-2022.

- Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, 1.ª ed. Portugal: Lusodidacta.
- Gaspar, L., Ferreira, D., Vieira, F., Machado, P., & Padilha, M. (2019). O treino de exercício em pessoas com doença respiratória crónica estabilizada : uma Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 59–65. Retirado de: <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.08.4567>, em 12-02-2022.
- GOLD . (2022). *Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2022 Report*. Retirado de: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>, em 10-03-2022.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação, Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário*. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_indicadoreseindOcorrCod=0008273, em 15-09-2021.
- Instituto Nacional para a Reabilitação [INR]. (2021). *Guia de produtos de apoio*. Retirado de: <https://www.inr.pt/sistema-de-atribuicao-de-produtos-de-apoio>, em 10-03-2022.
- International Council of Nurses [ICN] . (2019). *Core competencies in disaster nursing* . Retirado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-CompReport_WEB.pdf, em 02-02-2022.
- International Council of Nurses [ICN]. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing* . Retirado de https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf, em em 02-02-2022.
- Ioshitake F, Mendes D, Rossi M, Rodrigues C. (2016). Reabilitação de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho: revisão de literatura. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba*. 18(1):11-14.
- Kenealy, T. W., Parsons, M. J. G., Rouse, A. P. B., Doughty, R. N., Sheridan, N. F., Hindmarsh, J. K. H., Masson, S. C., e Rea, H. H. (2015). Telecare for diabetes, CHF or COPD: effect on quality of life, hospital use and costs. A randomised controlled trial and qualitative

- evaluation. PLoS One, 10(3), e0116188. Retirado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116188>, em 10-10-2021.
- Lei n.º 156/2015. (16 de setembro de 2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Ordem dos Enfermeiros.
- Leitão, J. M., Vigia, C., Mesquita, A. C., e Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. Retirado de: <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>, em 15-06-2021.
- Lesh, S. (2005). *Ortopedia para o Fisioterapeuta*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- LOPES, M.J., et al (2013). Avaliação da Funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vols.21.
- Lopes, M., Nunes, L., Ruivo, A., Amaral, A., e Mendes, F. (2016). Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. *RIASE*, 2(3). Retirado de: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(3\)](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(3)), em 12-12-2021.
- Lopes, M., Pinho, L., Fonseca, C., Goes, M., Oliveira, H., . . . Afonso, A. (2021). Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers: A Comparative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). Retirado de: <https://doi.org/10.3390/ijerph18137030>, em 12-03-2022.
- Martins, M. M.; Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca Referência - *Revista de Enfermagem*, vol. II, núm. 11, dezembro, 2009, pp. 79-91 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Coimbra, Portugal.
- Martins, M. R. (2018). O Contributo Dos Enfermeiros Especialistas Em Enfermagem De Reabilitação Para A Qualidade Dos Cuidados. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação*, 1, 22-29. Retirado de: [10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386](https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386), em 10-01-2022.
- Meleis, A., Sawyer I., Im, E., Messias D., e Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

- Meleis, Afaf (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.
- Meleis, Afaf (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendonça, S., e Lopes, M. (2020). *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no serviço de urgência - Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem*.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa – a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures, Lusociência.
- Novo, A., Ferreira, M., Martins, M., Fernandes, C. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*. 2019 jul-dez; 4(2): 28-43.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf, em 10-10-2022.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer nº12/2011 - MCEER. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf, em 10-02-2022.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Parecer sobre atividades de vida diária. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf, em 12-02-2022.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem em Reabilitação. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf, em 12-02-2022.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Divulgar - Regulamento do Perfil das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2014). *Áreas investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Retirado de

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf, em 10-01-2022.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Core dos Indicadores por categoria de Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf, em 10-01-2022.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf, em 10-09-2021.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respiratoria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf, 10-09-2021.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Anuário Estatístico. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>, em 12-10-2021.

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice. Mosby.

Petronilho, F. (2012). O autocuidado como conceito central da enfermagem; da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Queirós, P., Vidinha, T., e Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência(3), 155-164. Retirado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rretarget=publicationDetailsepesquisa=eid_artigo=2477eid_revista=24eid_edicao=68, em 10-01-2021.

- Regulamento n.º 392/2019. (03 de Março de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/2019, Série II. Ordem dos Enfermeiros.
- Reis, G. e Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida In Marques-Vieira e Sousa (Ed.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida (57-65). Loures: Lusodidacta.
- Ribeiro, L.; Silva, P.; Gois, S.; Grilo, E.; e Reis, G. (2017). Enfermagem de reabilitação e a acessibilidade da pessoa com incapacidade. *Revista Ibero-Americana De Saúde e Envelhecimento*. abril. 3(1): 823 – 834. Retirado de: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).823](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).823), em 10-02-2022.
- Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR, Silva JMAV, Forte ECN. Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(Suppl 1):24-31. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>, em 10-02-2022.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Martins, M, Tronchin, D, Silva, J., e Forte, E. (2019). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 24-31. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>, em 10-02-2022.
- Ribeiro, O., Martins, M., e Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>, em 10-02-2022.
- Riegel, B., Jaarsma, T., e Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. Retirado de: <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>, em 13-01-2022.
- Sampaio, F.; et al (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Física e Reabilitação. Serviço Nacional de Saúde. Retirado de: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/RNEHRMedFisicaReab_vf.pdf, em 10-03-2022.
- Santos, J., Prata, A., Cunha, I., Santos, e M. (2021). Independência no Autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: Contribuição da enfermagem de reabilitação.

Enfermagem Foco, 12(2), 346-353. Retirado de: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4180, em 10-10-2021.

Sequeira, C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel.

Stake, R.E. (2012). A arte da investigação com estudos de caso (3ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). Envelhecer em Família. Os Cuidados Familiares na Velhice. Lisboa: Ambar.

Sousa, L., e Marques-Vieira, C. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta.

Sousa, L., Martins, M., e 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. Retirado de: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>, em 12-03-2022.

Walters, J. A. E., Cameron-Tucker, H., Courtney-Pratt, H., Nelson, M., Robinson, A., Scott, J., Turner, P., Walters, E. H., e Wood-Baker, R. (2012). Supporting health behaviour change in chronic obstructive pulmonary disease with telephone health-mentoring: insights from a qualitative study. BMC Family Practice, 13, 55. Retirado de: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-55>, em 10-01-2021.

Wang, L. H., Zhao, Y., Chen, L. Y., Zhang, L., e Zhang, Y. M. (2020). The effect of a nurse-led self-management program on outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease. The Clinical Respiratory Journal, 14(2), 148–157. Retirado de <https://doi.org/10.1111/crj.13112>, em 10-01-2022.

World Health Organization [WHO]. (2020). State's of the World's Nursing. Retirado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>, em 10-02-2022.

World of Health Organization [WHO]. (2020). Decade of Healthy Ageing - Baseline Report . Retirado de: <https://www.paho.org/en/documents/decade-healthy-ageing-baseline-report>, em 10-02-2022.

World of Health Organization. (2021). Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders. Retirado de: <https://cdn.who.int/media/docs/default->

Proposta de Capacitação no Autocuidado da pessoa com alterações respiratórias e seu cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

source/brainhealth/first-draft-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurologicaldisorders_180621_en.pdf?sfvrsn=16474e26_24edownload=true, em 10-02-2022.

Yin, K. R. (2010). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. (4ªed.). Porto Alegre: Bookman.