



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção do Autocuidado na pessoa com 65
ou mais anos de idade com alterações
respiratórias: Ganhos sensíveis aos cuidados
de Enfermagem de Reabilitação**

Rita Sofia dos Santos Ribeiro

Orientação: Prof. Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Projeto

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Prof^a. Doutora Alice Ruivo

Arguente: Prof. Doutor Rogério Ferrinho

Orientador: Prof. Doutor César Fonseca

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção do Autocuidado na pessoa
com 65 ou mais anos de idade com
alterações respiratórias: Ganhos
sensíveis aos cuidados de Enfermagem de
Reabilitação**

Rita Sofia dos Santos Ribeiro

Orientação: Prof. Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Projeto

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Prof^a. Doutora Alice Ruivo

Arguente: Prof. Doutor Rogério Ferrinho

Orientador: Prof. Doutor César Fonseca

Setúbal, 2023

“É preciso sair da ilha para ver a ilha. Não nos vemos se não saímos de nós”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

É necessário agradecer a quem tornou este percurso académico mais enriquecedor cientificamente e mais leve emocionalmente, porque o caminho não é reto e linear e torna-se mais bonito junto das pessoas certas.

Ao professor Doutor César Fonseca, pelo orientação, pela disponibilidade, pelo suporte e pela ajuda no contorno dos obstáculos que existiram.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que se cruzaram no meu caminho e que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, Andreia Duarte, Carlos Silva, Maria João Pechorro, Maria João Soares e Ricardo Grenhas, o meu obrigada pelo espaço que me concederam e me permitiu crescer.

À minha Enfermeira gestora, pela compreensão e pela motivação na continuação do meu desenvolvimento académico e profissional.

À minha família, pais, irmã e avós e ao Francisco, por serem o suporte e o apoio que necessito e sempre que necessito, sem vocês o caminho não seria tão recompensador.

Aos meus amigos, por sempre estarem presentes.

RESUMO

Enquadramento: O envelhecimento demográfico é um desafio da sociedade atual, uma vez que, a par do aumento da esperança média de vida, aumentam as doenças respiratórias crónicas, com um elevado impacto na morbimortalidade, afetando a funcionalidade global, com compromisso do autocuidado, da autonomia e independência dos idosos. Este fenómeno requer a adoção de novas políticas que devem ir de encontro às necessidades da população idosa. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolve programas de reabilitação, cujas intervenções visam a maximização da autonomia, a promoção do autocuidado e da funcionalidade da pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias e défice de autocuidado. **Objetivo:** Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de mestre em enfermagem, nos cuidados à pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias e défice de autocuidado. **Metodologia:** Implementou-se um projeto de intervenção baseado na Teoria de défice de autocuidado de Orem e na teoria de Médio Alcance de Lopes, com apreciação diagnóstica da *Elderly Nursing Core Set* e do *Mini Mental State Examination*, com o objetivo de avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado da pessoa idosa com alterações respiratórias e com défice de autocuidado. **Resultados:** Verificaram-se ganhos após a intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no domínio físico, cognitivo e comportamental e no domínio emocional ou psicossocial do autocuidado e da funcionalidade global. **Conclusão:** Foram adquiridas competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e mestre na promoção do autocuidado das pessoas com défice de autocuidado e alterações respiratórias, com ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Palavras chave: Envelhecimento; Autocuidado; Alterações respiratórias; Ganhos em saúde; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Background: Demographic ageing is a challenge of today's society, since, along with the increase in life expectancy, chronic respiratory diseases are on the rise, with a high impact on morbidity and mortality, affecting the overall functionality and compromising self-care, autonomy and independence of the elderly. This phenomenon requires the adoption of new policies that should meet the needs of the elderly population. The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing develops rehabilitation programs, whose interventions aim at maximizing the autonomy, self-care and functionality of people aged 65 years and older with respiratory disorders and self-care deficit. **Objective:** To develop the skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the nursing master in caring for people aged 65 and over with respiratory alterations and self-care deficit. **Methodology:** An intervention project based on Orem's Theory of self-care deficit and Lopes' Middle Range theory was implemented, with diagnostic assessment of the Elderly Nursing Core Set and Mini Mental State Examination, with the purpose of assessing the gains sensible to Rehabilitation Nursing care in the empowerment for self-care of the elderly person with respiratory alterations and self-care deficit. **Results:** There were gains after the specialised intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the physical, cognitive and behavioural domain and in the emotional or psychosocial domain of self-care and global functionality. **Conclusion:** Skills of Rehabilitation Nursing Specialist and Master in the promotion of self-care of people with self-care deficit and respiratory changes were acquired, with sensitive gains in Rehabilitation Nursing care.

Keywords: Aging; Self-care; Respiratory Changes; Health Gains; Rehabilitation Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

6MWT- Six Minute Walking Test
APA - American Psychological Association
AVD's – Atividades de Vida Diárias
CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems
CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMA - Comprehensive Meta-Analysis
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EEER - Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EEMI - Equipa de emergência médica intra-hospitalar
ENCS - Eldery Nursing Core Set
ER – Enfermagem de Reabilitação
GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
INE – Instituto Nacional de Estatística
INE – Instituto Nacional de Estatística
JBI – Joanna Brigs Institute
MMSE – Mini Mental State Examination
MPP – Modelos de Prática Profissional
OCNAF – Oxigenoterapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de saúde
p. - Página
PaCo2 – Pressão Parcial arterial de Dióxido de Carbono
PaO2 – Pressão Parcial arterial de Oxigénio
PR – Programa de Reabilitação
RCT - Randomized Controlled Trials
RFM – Reeducação Funcional Motora
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SNS – Serviço Naciona de Saúde
SpO2 – Saturações periféricas de oxigénio
TDAC - Teoria do Défice de Autocuidado
TSE - Teoria dos Sistemas de Enfermagem

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UE – União Europeia

UMA – Unidades Maço Ano

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	11
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO	14
3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	25
3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	25
3.1.1 Envelhecimento da População e a sua Implicação na Saúde das Pessoas	25
3.1.2 Autocuidado	32
3.1.3 Alterações respiratórias	37
3.1.3 Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação	41
4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COM META-ANÁLISE – PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NAS PESSOAS COM 65 OU MAIS ANOS DE IDADE COM ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS	44
5. MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL.....	59
6. JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	66
7. METODOLOGIA	68
7.1 População alvo.....	70
7.2 Instrumentos de apreciação diagnóstica	71
7.3 Considerações éticas.....	75
7.4 Plano de intervenção.....	77
7.4.1 Plano de intervenção do foro ortopédico.....	78
7.4.2 – Plano de intervenção do foro respiratório	81
7.4.3 – Plano de intervenção do foro neurológico.....	85
8. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA.....	89
9. DISCUSSÃO.....	116
10. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	130
10.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	130
10.2 Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação	137
10.3 Competências de mestre.....	142
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Metodologia de pesquisa tipo PRISMA 2020

Figura nº2 - Gráfico *forest plot* relativo à variável funcionalidade após a implementação de um PR nos estudos de Chug et al (2021), Martin-Sanchez et al (2020), Wang et al (2019) e Tsang et al (2018).

Figura nº 3 – Modelo de Prática Profissional

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Características e síntese dos artigos analisados

Tabela nº2 – Síntese das intervenções promotoras de autocuidado identificadas nos artigos selecionados para a RSL

Tabela nº3 – Relação entre os resultados sensíveis aos cuidados de ER (Doran & Pringle, 2011) e as intervenções promotoras de autocuidado

Tabela nº4 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso A1

Tabela nº5 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso A1

Tabela nº6 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso A2

Tabela nº7 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso A2

Tabela nº8 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso B1

Tabela nº9 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso B1

Tabela nº10 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso B2

Tabela nº11 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso B2

Tabela nº12 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso B3

Tabela nº13 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso B3

Tabela nº14 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso C1

Tabela nº15 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso C1

Tabela nº16 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso C2

Tabela nº17 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso C2

Tabela nº18 – Ganhos em saúde por domínios do ENCS, por grupo de intervenção e por participante, após implementação do programa de ER

Tabela nº19 – Ganhos (pontos) no MMSE após o programa de ER

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório de estágio insere-se no plano de estudos que integra o Mestrado em Associação de Enfermagem, com especialidade em Enfermagem de Reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, enquanto instituição acolhedora. Este congrega em si, o resultado do desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) durante o estágio clínico, subdividido nas áreas de intervenção motora, respiratória e neurológica, que decorreram em contexto hospitalar, num serviço de ortopedia (6 semanas), serviço de cirurgia geral (10 semanas) e num serviço de cuidados intensivos (6 semanas).

A temática desenvolvida ao longo do relatório de estágio foi a “Promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação”.

O envelhecimento demográfico é uma tendência que se verifica há vários anos na Europa, e Portugal não é exceção (INE, 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015) considera que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, acompanhado por alterações biopsicossociais ao longo de todo o ciclo de vida e que se traduz em variações consideráveis no estado de saúde, nível de independência e autonomia das pessoas, o que significa maior número de pessoas com problemas de saúde e dependências.

O conceito de idoso é variável conforme o nível socioeconómico de cada país, e é considerado idoso nos países em desenvolvimento a pessoa com 60 anos ou mais de idade, enquanto nos países desenvolvidos refere-se à pessoa com 65 anos ou mais de idade (OMS, 2015).

O autocuidado é percebido como um comportamento que alivia os sintomas e as complicações das doenças, uma vez que ao existir capacidade de autocuidado a pessoa é capaz de desempenhar atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar, pelo que, quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado, as pessoas vivenciam desvios de saúde e necessitam que lhe satisfaçam as suas necessidades de autocuidado (Orem, 2001; Fonseca 2014; Santos et al, 2017). Este é considerado um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem, com tradução positiva na

promoção da saúde e do bem-estar, com o aumento dos conhecimentos e habilidades das pessoas, onde os enfermeiros têm uma intervenção decisiva (santos et al, 2017; Fonseca, 2014).

A par do aumento da esperança de vida é expectável um aumento acentuado na morbilidade e mortalidade das doenças respiratórias crónicas nos próximos anos, embora estas possam ser prevenidas e tratadas de forma acessível para os sistemas de saúde, implicam um desafio para os mesmos, juntamente com a definição de novas políticas nesta área do envelhecimento (DGS, 2017; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020; Lopes, 2018).

Podemos encontrar uma resposta a este desafio no avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, assim como na especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que o acréscimo de conhecimentos destes profissionais permite aumentar a qualidade dos cuidados e gerar indicadores de saúde, que se refletem em ganhos de eficiência e efetividade.

O aumento da necessidade de cuidados de reabilitação faz com que se constitua um desafio para os EEER, cujo alvo da sua intervenção é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que se encontra, quer seja em unidades de internamento de agudos e reabilitação, em cuidados continuados, paliativos e na comunidade (Regulamento nº350/2015, 2015). Assim, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar *“compreende um corpo de conhecimentos e de procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas (...), com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”* (Regulamento nº392/2019, 2019, p.13565). Cabe assim, ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de Enfermagem de reabilitação, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas, com o propósito de desenvolver capacidades que visem a promoção do autocontrolo e do autocuidado em processos de transição e ou incapacidade (Regulamento nº392/2019, 2019).

Com este relatório de estágio pretende-se relatar o conjunto de situações vivenciadas durante o estágio clínico, apresentando casos clínicos, cuja identidade e privacidade dos participantes se encontra salvaguardada, com o planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação (ER) dirigidas à individualidade da pessoa e família, sustentadas teoricamente no modelo de projeto profissional desenvolvido, mediante uma avaliação dos resultados após a intervenção, através de instrumentos de avaliação, de forma a avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER e relacionar as demais intervenções de EEER desenvolvidas no estágio com a aquisição das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com as Competências Específicas do EEER e com as competências de Mestre.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se regulamentadas em regulamento próprio, Regulamento nº.140/2019, e assentam em 4 domínios de competências, nomeadamente o domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da Melhoria contínua da qualidade; o domínio da Gestão dos cuidados e o domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

As Competências Específicas do EEER encontram-se definidas através do Regulamento nº392/2019, sendo competência do EEER avaliar a funcionalidade, diagnosticar alterações que determinam limitações, conceber planos de intervenção, com o objetivo de promover capacidades adaptativas, otimizar e/ou reeducar as funções a diversos níveis, como por exemplo motor, sensorial e cognitivo, garantir a maximização e capacitação funcional, implementando programas de treino de AVD'S, com estratégias adaptativas inerentes às limitações de mobilidade ou incapacidade, promovendo a autonomia e a qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

Quanto às competências de Mestre, descritas no Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto, estas devem assentar na posse de conhecimentos e capacidade de compressão elevados, a um nível que permita a base de desenvolvimento, em muitos casos em contexto de investigação, assim como aplicar os conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações complexas e em contextos multidisciplinares na área de estudos, cuja emissão de juízos seja refletida nas responsabilidades éticas e sociais e comunicando as suas soluções de forma clara e sem ambiguidades, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, autorientando o desenvolvimento do seu conhecimento e competências.

Assim, é objetivo geral deste relatório desenvolver competências de EEER e de mestre, na promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias. Os objetivos específicos delineados são:

(1) Realizar uma avaliação diagnóstica da pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias e défice de autocuidado, com recurso a instrumentos de avaliação que permitam avaliar a funcionalidade;

(2) Planear e implementar um programas de reabilitação que dê respostas às necessidades de cuidados diagnosticadas da pessoa/família;

(3) Monitorizar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER, após a implementação do programa de reabilitação.

Estruturalmente este relatório encontra-se composto por uma análise sociodemográfica do centro hospitalar e dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, um enquadramento teórico-conceitual da problemática em estudo e a justificação da intervenção do EEER, através de uma RSL com meta-análise. Segue-se a metodologia e o modelo de prática profissional, com os planos de intervenção elaborados de acordo com a patologia em foco. De seguida apresentam-se os resultados e a discussão dos mesmos, com uma reflexão sobre as competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER. Por fim encontram-se as considerações finais.

Este relatório encontra-se redigido conforme o novo acordo ortográfico, o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Setúbal e a 7ª Edição das Normas da *American Psychological Association* (APA).

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

Nesta secção será realizada uma apreciação do contexto clínico onde foram realizados os estágios, assim com uma breve descrição do Centro Hospitalar, onde estes foram desenvolvidos, assim como dos serviços (Serviço de Ortopedia, Cirurgia Geral e Unidade de Cuidados Intensivos) onde estes decorreram, quer do ponto de vista estrutural, organizacional e de recursos materiais, como na ótica dos cuidados de ER.

Centro Hospitalar distrital de Lisboa e Vale do Tejo

Este Centro Hospitalar foi constituído segundo a publicação em Diário da República do Decreto-Lei nº233/2005, de 29 de Dezembro, resultando da fusão de dois hospitais. É atualmente uma entidade coletiva de natureza empresarial, de direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, cujo regime jurídico é o das entidades públicas empresárias e respetivos estatutos (CHS, 2020).

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” (CHS, 2020, p.7).

A área geográfica de abrangência deste centro hospitalar ocupa a parte sudoeste litoral da Península de Setúbal e Litoral Alentejano, com uma área urbana de grande densidade populacional e uma zona rural dispersa, que apresenta algumas dificuldades em termos de acessibilidades. Encontra-se implantado na interseção de um conjunto de meios de circulação viária e ferroviária, próximo de um porto marítimo e de um parque industrial em que as indústrias química e de construção naval assumem particular relevo (CHS, 2016). No que concerne à envolvente social, existem bolsas urbanas com problemas de desemprego, exclusão social, toxicodependência e patologias associadas como o HIV/SIDA e a tuberculose (CHS, 2016).

Em termos departamentais este centro hospitalar é constituído pelos departamentos de Cirurgia, Medicina, Anestesiologia, Mulher e Criança, Psiquiatria e Saúde Mental, Aparelho Locomotor e Meios complementares de Diagnóstico e Terapêutica, apoiados pelos serviços de suporte à ação médica e de apoio geral e logística. Apresenta um total de 28 especialidades médicas, cirúrgicas e de diagnóstico, com uma lotação de 394 camas, as quais permitiram no ano de 2020 tratar 12.602 utentes (CHS, 2020).

De acordo com o INE (2020), a área onde este centro hospitalar se encontra implantado apresenta um elevado índice de dependência de idosos de 36,1, superior ao índice de dependência de idosos em Portugal (nº35), apesar do índice de envelhecimento nesta região ser inferior (nº150,5) ao índice de envelhecimento do país (nº168), o que significa que a população idosa se encontra mais dependente comparativamente a outras regiões de Portugal, e por isso com maior necessidade de cuidados de ER, o que motivou a escolha dos locais de estágio, dada a temática e a população alvo do projeto de intervenção.

Serviço de Ortopedia

O serviço de Ortopedia localiza-se em instalações que outrora foram um antigo sanatório marítimo, destinado ao tratamento da tuberculose óssea e é hoje o serviço de referência de ortopedia para vários distritos, encontrando-se acreditado pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS) pelo nível de excelência atingido de acordo com a entidade reguladora da saúde (Ribeiro et al, 2019).

Neste serviço é predominante a patologia ortopédica e traumatológica, no que concerne às áreas da ortopedia, enquanto especialidade que diagnostica e trata as doenças do aparelho locomotor, tendo este serviço como objetivos definidos o tratamento e reabilitação de doentes com patologias ortopédicas e traumatológicas, desenvolver atividades de ensino pré e pós-graduado e de investigação, de forma a prestar um serviço de qualidade à sua população (Ribeiro et al, 2019). Os utentes chegam até aqui referenciados através dos cuidados de saúde primários, ou referenciados de outras especialidades, para serem avaliados em consulta externa, ou em contexto de urgência, por patologia traumatológica urgente, sendo que o acesso ao internamento ocorre por um destes dois processos, cirurgia eletiva ou urgente, no entanto alguns doentes são transferidos para este serviço já intervencionados cirurgicamente (Ribeiro et al, 2019).

O serviço de ortopedia tem como missão “*a prestação dos melhores cuidados de saúde com elevados nível de competência, excelência, humanização e rigor, respeitando a dignidade dos doentes, estimulando o orgulho e o sentido de pertença dos seus profissionais, a valorização do ensino pré e pós graduado e a formação profissional, possuindo unidades funcionais especializadas no tratamento de patologias do ombro, cotovelo, punho e mão, anca, joelho, tornozelo e pé, coluna e ortopedia infantil*” (Ribeiro et al, 2019, p. 2). A sua meta é melhorar a qualidade de vida dos doentes, através de tratamento médico ou cirúrgico, com uma visão assente enquanto serviço de referência nacional na promoção e prestação de cuidados de saúde de excelência na área da ortopedia, na implementação, diferenciação e desenvolvimento de técnicas inovadoras e de investigação (Ribeiro et al, 2019). Os seus valores são a saúde dos doentes, a qualidade do serviço, o orgulho e sentimento de pertença, a excelência em todas as atividades num ambiente que privilegia a qualidade, melhoria contínua segurança, respeito pelos doentes, trabalho em equipa, colaboração com outros profissionais, responsabilidade, integridade, igualdade, justiça e ética (Ribeiro et al, 2019).

Quanto aos recursos humanos, o serviço de ortopedia é composto para além dos restantes profissionais, por apenas 2 EEER, para um total de 46 utentes (lotação máxima) (Ribeiro et al, 2019).

Relativamente à estrutura física, o serviço de ortopedia localiza-se no segundo piso e é composto por 5 salas de internamento. Para cada sala existe uma casa de banho, que se encontra no corredor exterior, com chuveiro adaptado com barras laterais e sanita com alteador (Ribeiro et al, 2019).

A grande maioria dos utentes recebidos em internamento no HOSO residem na área de abrangência deste centro hospitalar, sendo as patologias ortopédicas e traumatológicas mais frequentes a coxartrose, gonartrose e fraturas. Os utentes com cirurgia programada provêm do domicílio, no dia anterior ou no próprio dia da intervenção cirúrgica e os doentes do foro traumatológico são admitidos maioritariamente por acidentes de viação ou trabalho e queda, com diagnóstico de fratura, sendo que o tempo médio de internamento é de aproximadamente 6 dias neste serviço (Ribeiro et al, 2019).

Este estágio decorreu ao longo de 6 semanas, sob a supervisão de uma EEER, que se encontrava na prestação de cuidados gerais e prestava cuidados especializados aos doentes que lhe estavam atribuídos. Esta gestão e priorização dos cuidados embora seja uma mais valia para os utentes, acaba por não colmatar todas as necessidades de cuidados especializados existente por parte dos demais utentes internados, no entanto, enquanto elemento integrante da equipa multidisciplinar, acabava por realizar formação aos colegas, de forma a que os ensinamentos transmitidos aos doentes fossem realizados de acordo com a perspetiva de cuidados do EEER.

Assim, neste serviço as 2 EEER conciliam a prestação de cuidados especializados com os cuidados generalistas aos utentes internados, realizando ainda o encaminhamento dos utentes para a Equipa de Gestão de Altas. Procuram na sua prática clínica avaliar, diagnosticar, planejar e implementar intervenções, avaliando os seus resultados, de forma a prestar cuidados de qualidade e têm como principal objetivo a reabilitação da funcionalidade e independência do utente após cirurgia e reintegração da pessoa na comunidade com a maior brevidade possível, através da redução dos dias de internamento. Desta forma, atuam na literacia em saúde, ao realizarem ensinamentos pré e pós operatórios adequados à situação de cada utente, com base na intervenção cirúrgica e cuidados a adotarem nas atividades de vida diárias após a mesma.

A preparação para a alta clínica do utente inicia-se desde o momento da admissão, e este papel passa também pelo EEER, com o diagnóstico da situação familiar e condições

habitacionais da pessoa/família, em articulação com a restante equipa multidisciplinar, centrando-se essencialmente na realização de ensinamentos ao utente/família, de modo a potenciar a máxima autonomia e restauração da funcionalidade.

Apesar da articulação necessária e priorização dos cuidados, condicionados pela necessária gestão dos cuidados gerais e especializados de ER, este campo clínico trouxe mais valias, ao nível da aquisição de conhecimentos e competências técnico-científicas, não só na implementação de programas de reabilitação motora, como manutenção e promoção do autocuidado, assim como nas restantes vertentes da reabilitação, uma vez que os doentes aqui internados, apesar da sua condição ortopédica, têm também outras comorbilidades associadas à idade, o que possibilitou também a implementação de planos de reabilitação respiratória e neurológica.

O serviço de ortopedia dispõe de diversos materiais de apoio e equipamento como 3 elevadores hidráulicos, alteadores de sanita, cadeiras de rodas, almofadas adaptadas para as mesmas, triângulo abdutor e entre-coxas, colchão antiescaras, almofadas, sacos, e rolos de areia, halteres, bandas elásticas, auxiliares de marcha (andarilho, canadianas), bastão, bolas, tábuas de transferência, espelho quadriculado, pinça, calçador de meias, calçadeira de cabo longo e esponja de cabo longo.

Serviço de Cirurgia Geral

A nível estrutural o serviço de Cirurgia geral localiza-se no 4º piso, sendo constituído por dois setores, setor das Mulheres e setor dos Homens, ambos constituídos por 24 camas de internamento cada, pelas várias tipologias de quartos, com cada uma de banho constituída por sanita com barras de apoio, lavatório e duche. Existe ainda no setor de Cirurgia Geral Mulheres uma sala onde se realizam as consultas de estomatologia, realizada por 2 enfermeiras com competências avançadas em estomatologia. Em cada setor existe ainda uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, com uma capacidade máxima de 4 camas, destinadas a doentes com maior risco cirúrgico e que necessitem de vigilância e monitorização hemodinâmica contínua, cujos cuidados são assegurados por um Enfermeiro em cada turno, com apoio médico intermitente (Portela et al, 2021).

De acordo com dados relativos ao ano de 2020, foram intervencionados cirurgicamente 9.981 utentes, sendo que os doentes internados neste serviço podem ser provenientes do Serviço

de Consulta Externa, do Serviço de Urgência Geral, da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos – UCPA, da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e de serviços de outros hospitais (CHS, 2020).

A equipa de Enfermagem do serviço é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e por 3 enfermeiros EEER, que integram a equipa de reabilitação do serviço, com um horário realizado de forma a assegurar a existência de um Enfermeiro a prestar cuidados especializados no turno da manhã, de segunda a sexta-feira, de forma a dar resposta às necessidades dos dois setores.

Atualmente o serviço encontra-se a aguardar resposta pelos órgãos superiores à candidatura submetida ao Processo de Idoneidade formativa do serviço, acreditado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), iniciado em 2021 (Portela et al, 2021).

Foi neste local de estágio que se desenvolveu a primeira parte do Estágio Final, durante um período de 10 semanas, com a supervisão e orientação clínica de 3 EEER, que constituem a equipa de reabilitação do serviço, sendo que semanalmente me encontrava sob a orientação de um dos três EEER. Na minha opinião, esta condicionante veio proporcionar uma melhor experiência ao nível do desenvolvimento de competências técnico-científicas na prestação de cuidados de ER, uma vez que cada um com a sua individualidade, assuntos de interesse e leque de experiência profissional, conseguiram alargar o meu espetro de conhecimentos e técnicas de intervenções de ER, ao mesmo tempo que estimulavam a versatilidade do domínio de competências do EEER.

Este serviço apresenta como missão a “resolução no melhor tempo útil de todas as patologias consideradas do foro de cirurgia Geral, eletivas e de urgência, com qualidade e humanização consentâneas, com um serviço moderno e em evolução, otimizando os recursos humanos e materiais, com o apoio, entre outros, dos modernos meios de tecnologia de informação” (Portela et al, 2021, p.6).

As intervenções cirúrgicas realizadas são maioritariamente cirurgias do foro abdominal, altas ou baixas, ortopédicas em contexto de urgência, senologia e da tiróide. Para Boden e Reeve (2016), a cirurgia abdominal pode ser classificada tendo em conta a localização e o tipo de incisão/técnica cirúrgica utilizada, sendo que a cirurgia abdominal superior envolve todas as cirurgias efetuadas acima da linha umbilical, e a cirurgia abdominal inferior envolve todas as cirurgias realizadas abaixo da linha umbilical.

De acordo com Ferreira (2019) a intervenção cirúrgica abdominal pode ser realizada através de dois métodos: a laparotomia ou a laparoscopia. A laparotomia é designada como uma abertura realizada através da parede abdominal para dentro da cavidade peritoneal, por outro lado, a laparoscopia é uma cirurgia minimamente invasiva, realizada através de instrumentos introduzidos na cavidade abdominal e que permitem a visualização da cavidade abdominal, com manipulação extracorporal para a realização da intervenção. Segundo a OE (2018) as complicações cirúrgicas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade mundial e são definidas como “qualquer disfunção que ocorra no período pós-operatório e que resulte em doença ou disfunção clinicamente significativa afetando negativamente o normal decurso da recuperação” (p.236).

As complicações pós-operatórias mais predominantes neste serviço incluem as complicações respiratórias, evisceração, íleos paralítico e a infecção do local operatório, o que de acordo com Castro et., al (2017) vai de encontro à evidência científica neste ramo, pois de acordo com o autor, as complicações pós operatórias são: choque, trombose, evisceração, ílio paralítico e complicações respiratórias, e segundo Ávila e Fenili (2017) a infecção da ferida operatória.

As complicações respiratórias que surgem no pós-operatório são a pneumonia, broncoespasmo, falência respiratória, atelectasias, hipoventilação, hipoxia e infecções, sendo que cerca de 65% das pessoas submetidas a cirurgia desenvolvem atelectasias e 3% adquirem pneumonias, no entanto, os fatores de risco como a idade, obesidade, tabagismo, doença pulmonar prévia, desnutrição, diabetes mellitus e a presença de neoplasia podem aumentar a incidência destas complicações (OE, 2018).

De acordo com Ávila e Fenili (2017) o envelhecimento fisiológico do sistema respiratório faz com que exista diminuição da elasticidade do parênquima e complacência pulmonar, da força dos músculos envolvidos na respiração, além de diminuir a superfície alveolar e dos cílios do trato respiratório. Desta forma, pode acontecer diminuição do reflexo da tosse e consequentemente diminuição da capacidade de defesa para a infecção, uma vez que é a tosse a principal resposta fisiológica para a eliminação de secreções do sistema respiratório (Ávila & Fenili, 2017).

As complicações pulmonares pós-operatórias são a causa mais comum de aumento da morbimortalidade em pacientes submetidos a cirurgias abdominais e torácicas, o que leva recorrentemente a um prolongamento do tempo de internamento e custos em saúde adicionais. Estas complicações operatórias podem estar relacionadas com complicações inerentes à

anestesia, danos teciduais, imobilização, inibição da tosse e incisão dos músculos abdominais, que resultam na diminuição dos volumes pulmonares e limitação das vias aéreas (Nunes et al, 2021). Uma opção terapêutica que pode beneficiar significativamente os resultados respiratórios dos utentes é a reabilitação funcional respiratória, enquanto estratégia não farmacológica que melhora os resultados ventilatórios dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais ou torácicas, através de um programa de exercícios capazes de reduzir o risco e impacto das complicações pulmonares pós-operatórias (Ávila & Fenili, 2017).

A reabilitação funcional respiratória, de acordo com os fundamentos teóricos, é uma estratégia e um esforço da equipa multidisciplinar, prestada pelos EEER, com o apoio dos anestesistas, cirurgiões, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos, entre os restantes elementos da equipa multidisciplinar (Nunes et al, 2021).

Nos procedimentos cirúrgicos que envolvem a cavidade abdominal e provocam alterações da função respiratória, os programas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) mostram benefícios na prevenção, tratamento e redução das complicações pós-operatórias, assim como na recuperação das cirurgias, ao ser uma terapêutica que usa maioritariamente o movimento da sua intervenção e atua nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa e através dela na ventilação alveolar, através dos exercícios respiratórios (Ferreira, 2019). Esta deve ter início no período pré-operatório, com o ensino e treino dos exercícios e cuidados pós cirurgia, mantendo-se ao longo de todo o período de internamento hospitalar, de forma a maximizar a função pulmonar e minimizar os sintomas respiratórios (Ferreira, 2019; Ávila & Fenili, 2017).

Deste modo, o objetivo principal dos cuidados de ER prestados neste serviço foi a otimização da ventilação e limpeza da via aérea, dando especial enfoque à reabilitação respiratória dos pacientes no período pós-operatório imediato, de forma a prevenir complicações, a par da reabilitação motora e do desenvolvimento de sessões educativas, de forma a promover o autocuidado, a maximização da independência e potenciar a funcionalidade.

Para o desenvolvimento de competências neste local de estágio foi necessário construir três relações estudante/supervisor clínico, o que implicou uma maior dinâmica de relações da minha parte, para que entre todos fosse possível uma articulação efetiva, necessária à prestação de cuidados e neste caso de desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos múltiplos. O facto de apenas existir um ER durante o período da manhã, para um serviço cuja lotação se encontra tendencialmente quase sempre preenchida, faz com que seja necessário

priorizar de forma sistemática os cuidados ER, de forma a priorizar os cuidados, não descurando os aspetos da mobilidade e complementado com a promoção dos autocuidados, necessários à manutenção ou aumento da independência da pessoa.

A nível de recursos materiais, neste serviço existiam inspirómetros de incentivo, bastão, andarilhos, cadeiras de rodas, bengalas e canadianas, pedaleira, espelho quadriculado, cadeira de banho e tábua de transferência. Durante o desenvolvimento do estágio foi possível apelar à enfermeira gestora relativamente à necessidade de um estetoscópio de qualidade para a auscultação pulmonar e *flutters*, de forma a promover o expetorar neste tipo de utentes. Durante o estágio estes materiais foram adquiridos, melhorando a intervenção do EEER e a visibilidade da mesma junto dos utentes e famílias.

Serviço de Medicina Intensiva

A Unidade de Cuidados Intensivos deste centro hospitalar é atualmente um serviço integrado do Departamento de Anestesiologia, que tem como missão “prestar cuidados diferenciados aos doentes admitidos ou internados no Centro Hospitalar de Setúbal, que apresentam falência de um ou mais órgãos, com risco de vida, necessitando de tratamento urgente e cuidados médicos e de Enfermagem permanentes” (SNS, 2023, p.1). A formação de enfermeiros e médicos assume-se como uma das prioridades do serviço, serviço que recebe doentes do foro médico e cirúrgico, fazendo parte da rede de referenciação hospitalar de cuidados intensivos da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (SNS, 2023).

Este serviço encontra-se organizado em 3 áreas de atividade: internamento (UCI), equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI) e uma consulta de Medicina Intensiva. A EEMI foi criada de forma a alargar a assistência ao doente crítico para lá da área geográfica da UCI, prestando atendimento urgente também a doentes críticos das Vias Verdes Coronária e de AVC, funcionando em permanência, todos os dias da semana (SNS, 2023).

Esta UCI é classificada em unidade de nível III, segundo o Ministério da Saúde (2016), uma vez que tem equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas, com possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispondo e implementado medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em

cuidados intensivos, contando com a presença contínua e permanente de 2 médicos diferenciados em Medicina Intensiva para a atividade assistencial e atendimento à EEMI.

A equipa de Enfermagem inclui um Enfermeiro coordenador em cada turno de trabalho, responsável por garantir a qualidade dos cuidados de Enfermagem e enfermeiros prestadores de cuidados assistenciais, numa proporção de 1:2 (SNS, 2023). Atualmente, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação prestam cuidados especializados durante os turnos da manhã, durante todos os dias da semana (SNS, 2023).

O serviço de Medicina Intensiva subdivide-se em 2 espaços geográficos, um dos quais localiza-se no piso 1 (estrategicamente localizado junto ao bloco operatório) e o outro no piso 3. Em virtude do novo coronavírus SARS-CoV-2 global (COVID-19), existiu a necessidade de aumentar a capacidade de camas de internamento em UCI, pelo que foram inauguradas mais 5 vagas, de forma a fazer face às necessidades assim exigidas em tempos de pandemia e que acabaram por permanecer, totalizando atualmente 12 camas de internamento (SNS, 2023).

A zona de prestação de cuidados consiste numa ala aberta, com camas dispostas em semicírculo e 2 quartos de isolamento geográfico (pressão alternada). Os doentes são internados na fase crítica da doença, até estabilização clínica, sendo depois transferidos para as outras enfermarias do hospital, onde continuarão o seu tratamento até à alta clínica. Os doentes que tiveram alta hospitalar após o internamento são observados numa consulta de Medicina Intensiva, realizada por um médico e Enfermeiro, para avaliação de complicações e fragilidades, onde são aplicados testes de avaliação de qualidade de vida e inquéritos ao grau de satisfação da sua experiência de internamento (SNS, 2023).

O estado crítico é consequência de uma doença severa, em que a instabilidade hemodinâmica dita a necessidade de vários recursos farmacológicos, nutricionais, mecânicos e por vezes períodos de imobilidade no leito prolongados, com prejuízo da função neuromuscular destes doentes, que pode ter origem multifatorial, mas essencialmente traduzem-se devido aos longos períodos no leito, duração da ventilação mecânica invasiva, défices nutricionais e eletrolíticos, hiperglicemia e a utilização de determinados fármacos (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

O envelhecimento da população, a par da expansão das comorbilidades associadas à idade, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, tem-se traduzido num aumento das necessidades de cuidados intensivos (Prazeres et al, 2021). O COVID-19 veio aumentar ainda mais a necessidade de cuidados intensivos, o que levou a uma reorganização dos serviços de

medicina intensiva, de forma a dar resposta à doença, proporcionando os melhores cuidados aos doentes e garantido a segurança dos profissionais (SNS, 2023).

No entanto, apesar dos avanços nos cuidados intensivos, que permitem que as pessoas sobrevivam cada vez mais a um estado crítico, estes cuidados podem acarretar um conjunto de complicações, denominado *Post-Intensive Care Syndrome*, que corresponde a sequelas físicas, funcionais, cognitivas e mentais, acrescendo ainda a fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos (Prazeres et al, 2021).

Os EEER encontram-se presentes na maioria das UCI a nível nacional, o que contrasta com a realidade da situação a nível internacional. Neste nível de cuidados, a intervenção do EEER assume um papel de relevo, ao apresentar competências que permitem a capacitação e maximização das capacidades da pessoa, através da prestação de cuidados especializados, que se traduzem em ganhos em saúde (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). Estes profissionais promovem a mobilização precoce de forma a facilitar a recuperação da pessoa, melhorar a mobilidade e produzir ganhos na força muscular, o que acaba por se traduzir no melhor desempenho de algumas atividades de vida diárias (AVD's) (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

A reabilitação da pessoa em situação crítica, tem assumido um papel cada vez mais importante na atuação do EEER, ao consciencializar acerca dos efeitos deletérios do internamento em UCI, que resultam em níveis de dependência elevados e baixos níveis de qualidade de vida após o internamento (Prazeres et al, 2021; Bartolomeu& Rodrigues, 2021)).

O EEER intervém no processo de tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar, sendo um agente de mudança, ao identificar e consciencializar acerca das barreiras e meios facilitadores na reabilitação precoce nas UCI, incorporando conhecimentos e resultados da investigação científica mais recente, com critérios de segurança que permitem a mobilização precoce destes doentes, aumentando a mobilidade da pessoa em situação crítica, concomitantemente com programas de reabilitação respiratória, maximizando as suas funcionalidades, prevenindo complicações e minimizando incapacidades, promovendo a autonomia e independência, com qualidade de vida, dignidade e exercício de cidadania destes doentes (Prazeres et al, 2021).

Foi neste contexto que se desenrolou a segunda parte do Estágio Final, com 6 semanas de duração, acompanhadas por uma EEER, enquanto supervisora clínica, a prestar exclusivamente cuidados especializados, e vista por toda a equipa multidisciplinar como uma profissional de

referência ao nível da tomada de decisão em equipa, no que à reabilitação em contexto de doente crítico diz respeito.

Neste estágio foram prestados cuidados especializados mediante uma visão holística da pessoa/família internada em UCI em colaboração com a demais equipa multidisciplinar. Procurou-se, sempre, delinear um plano de cuidados individualizado face às necessidades da pessoa e da família, assente no diagnóstico, planeamento, execução e avaliação das intervenções de ER, com consequente reavaliação deste plano à medida que o tempo avançava e existiam progressos.

A nível de recursos materiais, esta UCI encontra-se dotada de alguns materiais importantes, como um aparelho de electroestimulação neuromuscular, 2 in-exsufador mecânicos (Cough Assist®), inspirómetros de incentivo, pesos de 1kg e 2kg, cicloergómetro, andador e uma cadeira de rodas, bastão e elevador de transferência.

3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEITUAL

3.1.1 Envelhecimento da População e a sua Implicação na Saúde das Pessoas

A partir do século XIX, os progressos da medicina e o desenvolvimento socioeconómico das sociedades traduziram-se no aumento exponencial da esperança de vida (Mendes, 2017). Durante o século XX e ainda no século XXI o envelhecimento mantém-se a ritmos crescentes, o que levou a uma alteração do paradigma de vinculação biológica, para um fenómeno que ultrapassa a fragilização da saúde, de incapacidade ou perda de funcionalidade, ganhando o envelhecimento contornos sociais, enquanto a velhice começou a ser analisada a partir das condições sociais e das suas transformações, alterando-se conceitos e desajustes terminológicos socialmente adotados para designar os idosos (Mendes, 2017).

Envelhecer significa assim ter uma vida temporalmente limitada e conformar-se com a impossibilidade de recomeçar indefinidamente novos projetos, reduzindo-se a liberdade de

escolha e o tempo, porque as restrições e imposições sociais que escapam ao seu controlo, limitam o seu campo de ação (Mendes, 2017).

A velhice é entendida como um estado multidimensional e multireferencial, dependendo da pessoa e da forma como vive o seu novo estado de ser no ciclo de vida, enquanto processo que altera a relação com o meio envolvente, sendo definido segundo a DGS (2004) como um *“processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (p.3). Já para a OMS (2015) o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, acompanhado por alterações biopsicossociais ao longo de todo o ciclo de vida, traduzindo-se em variações consideráveis no estado de saúde, nível de independência e autonomia dos indivíduos.

O conceito de idoso mais consensual é o da OMS, variando conforme o nível socioeconómico de cada país, sendo que nos países em desenvolvimento é considerado idoso a pessoa com 60 anos ou mais de idade, e nos países desenvolvidos a idade passa para os 65 anos (2015). Também o INE (2020), estabelece que em Portugal é considerada idosa a pessoa com 65 ou mais anos, pelo que este será o conceito adotado ao longo de todo o relatório.

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas, quer a nível biológico, associado a danos moleculares e celulares do organismo, com perda gradual nas reservas fisiológicas e um aumento da probabilidade de adquirir diversas doenças relacionadas com a idade, que levam a um declínio na capacidade funcional, até à morte (OMS, 2015). Ao nível do papel e posição na sociedade, o envelhecimento também acarreta mudanças, bem como a necessidade de lidar com perdas de relações próximas, sendo que os idosos tendem a diminuir o número de atividades, otimizando as suas capacidades ao encontrar outras formas de realizar tarefas que lhes são significativas (Marques-Vieira et al, 2017). Também os objetivos e as prioridades motivacionais são alteradas durante este processo, existindo tendencialmente uma adaptação à perda, assim, o envelhecimento é um processo de transição diferenciado e diferenciador, reconhecido como uma etapa de perdas e ganhos, crescimento e declínio da pessoa, variável e condicionado pela experiência de vida particular, regulado pelo ritmo biológico (OMS, 2015; Marques-Vieira et al, 2017)

Facilmente se percebe que a idade cronológica não constitui uma marca precisa para as alterações que acompanham o envelhecimento, existindo diferenças substanciais nas pessoas com a mesma idade no que concerne ao estado de saúde, participação e níveis de independência, onde a saúde é o resultado do estilo de vida adotado, da exposição ao meio ambiente e dos cuidados de saúde que recebem (Marques-Vieira et al, 2017). São os ambientes onde o

indivíduo se insere e as suas interações com o meio que fornecem uma ampla variedade, tanto de recursos, como de barreiras, que influenciam o nível de capacidade com que as pessoas podem desempenhar as tarefas que consideram importantes (Marques-Vieira et al, 2017; OMS,2015) .

A relação entre o meio ambiente e o indivíduo é definida como a capacidade funcional ou funcionalidade, ou seja, o grau de aptidão que a pessoa apresenta para viver de forma autónoma e independente nas circunstâncias da sua vida particular, ultrapassando os desafios do autocuidado, da vida do lar e da mobilidade (Marques-Vieira et al, 2017). Assim, o que nos permite esperar que a pessoa seja capaz de viver de forma independente, para além da performance física e mental, é a envolvente social, ligada a fatores físicos, mentais, sociais, económicos e ambientais, que faz depender a condição de saúde das funções e estruturas do corpo, da atividade e da participação, num processo influenciado pelos fatores ambientais e pessoais (Marques-Vieira et al, 2017). É portanto, um termo que engloba todas as funções do corpo, as atividades e participação, combinando a capacidade intrínseca individual, o ambiente onde a pessoa vive e como interage com ele, ao contrário de incapacidade, que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (Marques-Vieira et al, 2017; OMS, 2004; OMS 2021).

O processo de envelhecimento enquanto realidade multidimensional é definido em 4 dimensões: o envelhecimento universal, enquanto fenómeno associado que ocorre em todos os indivíduos de uma espécie em diferentes graus; o envelhecimento intrínseco, associado ao facto de a sua origem ter causas endógenas, não dependendo de fatores extrínsecos; o envelhecimento progressivo, onde as alterações ocorrem de forma progressiva ao longo do ciclo de vida e o envelhecimento de deterioração, enquanto fenómeno em que a pessoa o considera como um processo nefasto (Fonseca, 2014).

De acordo com Fonseca (2014), o conceito de envelhecimento pode ser descrito com base nas 3 teorias de envelhecimento: Teoria Biológica do Envelhecimento, Teoria Psicológica do Envelhecimento e Teoria Social do Envelhecimento.

Segundo as diversas teorias biológicas do envelhecimento, este é um fenómeno de natureza complexa e multicausal, do qual resultam várias agressões ambientais e/ou alterações de ordem genética e/ou biológicas vividas pela pessoa ao longo da vida, resultando num declínio funcional progressivo, consequente de processos de perdas significativas de massa muscular, força e função, resultando em limitações na realização de autocuidados, diminuição da qualidade de vida e maior suscetibilidade aos processos de doença, até culminar na morte

(Fonseca, 2014). Esta teoria engloba ainda uma visão neuropsicológica e neurodegenerativa, focando alterações neurológicas e comportamentais decorrentes da idade, produzindo alterações cognitivas e da memória (Fonseca, 2014).

As teorias psicológicas do envelhecimento tentam explicar as múltiplas alterações do comportamento individual da pessoa ao longo desta fase do ciclo de vida, agrupando um conjunto de teorias explicativas que de forma genérica afirmam que as alterações cognitivas atribuíveis ao envelhecimento são compatíveis com défices de memória e capacidade de trabalho, bem como diminuição na velocidade de raciocínio, limitando a operacionalização de processos cognitivos complexos, parecendo ainda assim haver uma manutenção de habilidades cognitivas seletivas (Fonseca, 2014). Estas limitações decorrentes do envelhecimento afetam a pessoa idosa ao nível da personalidade e funcionalidade, bem como ao nível da qualidade de vida e integração na sociedade, já que interferem também, a nível das aprendizagens sociais e tomadas de decisão (Fonseca, 2014).

As teorias sociológicas do envelhecimento tentam explicar este fenómeno como um processo inevitável, no qual tanto as pessoas como as estruturas vão progressivamente e de forma mútua, descomprometendo-se em antecipação a uma morte inevitável, assim, das várias alterações nas interações sociais relacionadas com o envelhecimento, destacam-se alterações no papel social da pessoa, quer a nível da família, como da comunidade, repercutindo-se a nível funcional e das tomadas de decisão autónomas (Fonseca, 2014).

O envelhecimento e os idosos são, por isso, concebidos como um problema social a que devemos dar resposta, tanto pelos custos de saúde, dependência e institucionalização que estes acarretam, pelo que, as várias teorias que estudam o envelhecimento enquanto fenómeno multidimensional, influenciam o planeamento político e organizacional, tanto da intervenção clínica, como da investigação e a criação de programas dirigidos, assegurando que o declínio cognitivo e funcional na população idosa, assim como o estudo da funcionalidade deve integrar-se como um indicador preditivo das necessidades de cuidados para as pessoas (Fonseca, 2014). (Mendes, 2017;Fonseca,2014)

A nível Europeu, a demografia está a atravessar uma enorme transformação com a percentagem de idosos a crescer rapidamente, sendo que em média, na União Europeia (EU) as pessoas gozam de 62 anos de vida saudável, sem limitação de atividades a longo prazo ou doenças (Antunes, 2017).

O envelhecimento demográfico é mais evidente nos países desenvolvidos e está relacionado com a melhoria das condições de vida das populações, o controlo das doenças e o fácil acesso aos serviços e cuidados de saúde, tendo como consequência o aumento da esperança de vida, enquanto a redução do peso relativo da população jovem e o aumento da proporção de pessoas idosas tem vindo a aumentar, constituindo um desafio ao desenvolvimento económico e social futuro (Marques-Vieira et al, 2017).

As doenças crónicas e a fragilidade são termos associados ao fenómeno do envelhecimento nos países desenvolvidos para retratar a vulnerabilidade dos idosos (Antunes, 2017). A fragilidade caracteriza-se por um processo dinâmico nos idosos, caracterizado por perda de peso, dependência funcional, perturbações da marcha, distúrbios cognitivos, lentidão e fadiga, já a perda de função é um processo natural decorrente da idade, mas em que os declínios funcionais graves podem ser evitados ou reversíveis, existindo uma diferença acentuada entre as consequências naturais do envelhecimento e a deteriorações por processos de fragilidade (Antunes, 2017).

Sendo o envelhecimento da população uma realidade nacional, com profundas alterações demográficas caracterizadas em muito pelo aumento da longevidade da população com idade superior a 65 anos a ter exponencialmente maior representatividade demográfica, verificou-se que em 2020, a população portuguesa era composta por 13,4% de jovens, 64,1% de pessoas em idade ativa e 22,4% de idosos, sendo no Alentejo onde se verifica a maior percentagem de população idosa (25,7%) (Santos 2020; Fonseca 2014; INE, 2021).

Em 2021, Portugal apresentava cerca de 23,5% da sua população residente total, com idade ≥ 65 anos de idade, percentagem que tem vindo a aumentar com o decorrer dos anos, devido ao aumento da esperança média de vida, que atingiu os 80,7 anos, sendo 77,7 anos nos homens e 83,4 anos nas mulheres (PORDATA 2021). No entanto, o aumento da esperança de vida de uma população não significa necessariamente que esse tempo extra de vida seja em boa saúde, pois enquanto o indicador esperança de vida à nascença mede a quantidade em termos do número esperado de anos de vida, a esperança de vida em saúde é uma medida que incide sobre a qualidade de vida, representando o número de anos de vida saudável que a população pode esperar viver (INE, 2021).

A esperança média de vida aos 65 anos de idade, é de 19,4 anos, sendo que para o género feminino são 20,8 anos e para o género masculino 17,4, no entanto os anos de vida saudável com idade ≥ 65 anos não corresponde a estes valores, uma vez que o número de anos que se

pode esperar viver de uma forma saudável com 65 ou mais anos é de 8,4 para os homens e 7,1 para as mulheres (PORDATA, 2020)

Apesar do aumento da percentagem da população ≥ 65 anos em todas as regiões do país ser uma realidade, dados de 2019 demonstram que a maior percentagem de pessoas ≥ 65 anos concentra-se na região do Alentejo (25,6 %), sendo que é também nesta região que se verifica um maior índice de dependência da população, da mesma faixa etária, ou seja, 41,2 idosos por cada 100 jovens ativos (INE, 2021).

Segundo a PORDATA (2022), as principais causas de morte foram em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, seguindo-se os tumores malignos e em terceiro as doenças do aparelho respiratório.

De acordo com a autoavaliação do estado de saúde em Portugal em 2020, no grupo etário de 65 ou mais anos, apenas 16,8% considerava o seu estado de saúde bom ou muito bom, sendo que Portugal continua a ser um dos países da UE em que a perceção boa ou muito boa do estado de saúde é mais baixa (51,3%), relativamente à média obtida para a EU no mesmo ano (69,5%). Em 2021, 43,9% da população com 16 ou mais anos referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, sendo que esta condição afetava mais mulheres do que homens, e especialmente a população com 65 ou mais anos, com 34,9% desta população a referir sentir-se limitada na realização de AVD's devido a problemas de saúde (INE, 2022)

Assim, após visualizarmos o panorama nacional e da Europa, facilmente se percebe que à medida que se atingem idades mais avançadas, existe um aumento da carga de morbilidade e incapacidade, atribuída a lesões do foro crónico, na sua maioria, traduzindo-se num aumento de recorrências aos cuidados e serviços de saúde especializados, de forma a minimizar os défices funcionais, motivando a associação dos idosos a uma perceção social negativa, pelo aumento dos custos e recursos sociais e de saúde que acarretam para a sociedade (Marques-Vieira et al, 2017; Santos 2020; Fonseca 2014).

Deste modo, o envelhecimento demográfico levou à adoção de novas políticas que devem ir de encontro às necessidades da população idosa, adotando uma perspetiva promotora da saúde, da autonomia e no âmbito preventivo, colocando-nos perante o desafio de incluir não só o profissional de saúde e o doente, como também os seus cuidadores/família, com o objetivo de potenciar a participação da pessoa idosa nas atividades significativas, com uma diversidade de disfunções associadas, considerando a pertinência da prática baseada na evidência científica, de forma a que as metodologias e estratégias implementadas sejam efetivamente as mais adequadas

(Marques-Vieira et al, 2017; Santos et al, 2020). Também a evolução tecnológica tem evoluído no sentido da criação de mais oportunidades para a maximização da capacidade funcional das pessoas idosas e do bem-estar dos cuidadores (Costa, 2017).

Como resposta de saúde pública ao envelhecimento é importante considerar abordagens que melhorem as perdas associadas à idade mais avançada, assim como reforçar a capacidade de resistência e crescimento psicossocial, pelo que é essencial a existência de equipas multidisciplinares que realizem uma abordagem específica ao nível dos cuidados de saúde geriátricos (Marques-Vieira et al, 2017; Santos et al, 2020).

O envelhecimento ativo e saudável é uma política de saúde que visa a otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, com a manutenção da sua capacidade funcional (Costa, 2017). O conceito em Portugal regista várias iniciativas, no entanto, existe ainda um longo caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida dos idosos (Costa, 2017). A inclusão dos idosos na sociedade ajuda a manter o seu bem-estar, autonomia e independência, quebrando as barreiras que impedem a sua participação na sociedade, pelo que repensar o envelhecimento implica repensar todo um conjunto de políticas públicas, só sendo a mudança possível através de uma visão compartilhada de todo o país, com o envolvimento de todos os setores.

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, enquanto proposta do grupo de trabalho interministerial, apoiada no trabalho da DGS tem como objetivo a “promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas, bem como no reconhecimento do facto de que os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida exigem a implementação de políticas intersectoriais e de uma abordagem holística na construção de uma sociedade para todas as idades” (SNS, 2017,p.19). Esta proposta pretende alterar o paradigma da saúde, ao deixar de intervir com especial enfoque nas doenças agudas, passando a privilegiar uma gestão integrada e coordenada dos vários intervenientes de forma a dar resposta aos problemas do envelhecimento em Portugal (Costa, 2017).

Assim, continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias multidisciplinares, flexíveis e de proximidade é um imperativo ético, de forma permitir que todas as pessoas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável.

3.1.2 Autocuidado

O autocuidado é definido por Orem (2001), como a realização de atividades que uma pessoa inicia por sua própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar, resultando de uma conduta aprendida que engloba experiências cognitivas, culturais e sociais, não se restringindo apenas às atividades de vida diária e às instrumentais.

De acordo com Orem (2001) o autocuidado é definido por dois conceitos distintos porém interrelacionados, o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado. O agente de autocuidado compreende a capacidade de uma pessoa desenvolver comportamento de autocuidado, ao nível dos diversos domínios, como o domínio cognitivo, através do conhecimento da condição de saúde, das capacidades de autogestão e de tomada de decisão; o domínio físico, ou seja, a capacidade física para realizar ações de autogestão; o domínio emocional ou psicossocial, que se traduz nas atitudes, valores, desejos e motivação, assim como a competência percebida para desenvolver ações de autogestão e o domínio comportamental, aquele que se refere às capacidades para desenvolver o comportamento de autocuidado (Fonseca, 2014).

Por outro lado, o comportamento de autocuidado compreende a prática de atividades que as pessoas realizam num determinado período de tempo, no próprio interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável, da continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar. Estão intrínsecos os domínios que se referem ao comportamento de autocuidado, em relação a requisitos universais, de desenvolvimento e requisitos dos desvios de saúde (Fonseca, 2014). Os requisitos universais abrangem os processos básicos de vida; os requisitos de desenvolvimento focam-se nas mudanças do ciclo de vida e os requisitos dos desvios de saúde incluem os cuidados de saúde apropriados, como a vigilância de saúde, procura de cuidados de saúde de acordo com as necessidades e a vivência da doença (Fonseca, 2014).

O comportamento de autocuidado é diretamente influenciado pela percepção pessoal do agente de autocuidado, pelo que a performance de autocuidado é sempre influenciada por fatores cognitivos, psicossociais, físicos, demográficos e socioculturais, que podem assumir-se como determinantes ou fatores de risco do autocuidado, pelo que os enfermeiros devem tê-los em consideração no planeamento, intervenção e avaliação dos resultados dos cuidados direcionados à promoção do autocuidado na prática diária, de forma a ajustarem-se às características demográficas, socioculturais, físicas, psicossociais e cognitivas das pessoas (Fonseca, 2014). O comportamento de autocuidado alivia assim os sintomas e as complicações

das doenças, reduz o tempo de recuperação e a taxa de hospitalização e rehospitalização (Fonseca, 2014; Santos et al, 2017)

A capacidade de autocuidado só é afirmada quando a pessoa é capaz de desempenhar atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar, pelo que quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado, as pessoas vivenciam desvios de saúde e necessitam que lhe satisfaçam as suas necessidades de autocuidado (Orem, 2001; Fonseca 2014). Assim, o autocuidado é considerado um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e do bem-estar, com o aumento dos conhecimentos e habilidades das pessoas, onde os enfermeiros têm uma intervenção decisiva (Santos et al, 2017; Fonseca, 2014).

O Modelo de Autocuidado de Orem (2001) tem como objetivo descrever quais os níveis de cuidados de Enfermagem que satisfazem as necessidades de autocuidado das pessoas, nas várias fases do ciclo de vida. Este representa o fundamento teórico para as intervenções educativas, cognitivas, comportamentais e de gestão de sintomas, sendo o foco e a finalidade dos cuidados de Enfermagem, dirigido à melhoria do estado de saúde, *coping* e funcionamento das pessoas (Orem 2001; Fonseca, 2014)). Desta forma, o autocuidado é o resultado dos cuidados de Enfermagem em que é esperado que as pessoas selecionem e desenvolvam ações de manutenção da vida, funcionamento saudável e bem-estar (Fonseca, 2014).

Orem (2001) desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado que engloba 3 teorias interrelacionadas (2001): A Teoria de Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado (TDAC) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE).

Teoria de Autocuidado

Esta teoria refere que todas as pessoas têm potencial para se autocuidarem, para desenvolver habilidades, conhecimentos e experiência ao longo do ciclo de vida, pelo que nas situações em que as exigências do autocuidado superam a sua capacidade de as executar, as pessoas necessitam de suporte, quer seja de pessoas com responsabilidades sociais, como a família ou profissionais de saúde (Petronilho & Machado, 2017; Fonseca, 2014).

O autocuidado é descrito como os comportamentos individuais que regulam os fatores que afetam o desenvolvimento, a funcionalidade, a saúde ou o bem-estar, fundamentando a razão para a pessoa cuidar e manter a vida, de acordo com as suas funções físicas e mentais, no

seu contexto vivencial (Petronilho & Machado, 2017). O autocuidado pode ser apreendido através da educação, cultura, e experiências anteriores que permitem o crescimento individual sendo os requisitos de autocuidado comuns durante todas as etapas do ciclo de vida e vistos como dimensões interrelacionadas (Petronilho & Machado, 2017; Fonseca, 2014).

Segundo esta teoria as necessidades de autocuidado podem ser agrupadas em necessidades de autocuidado universal, como as AVD's, necessidades de desenvolvimento, importantes para a formação inicial das características humanas (estruturais, funcionais e comportamentais) e as necessidades decorrentes da ausência de saúde, que são exigidas em condições de doença ou lesão, associadas a doenças específicas ou a intervenções de diagnóstico e tratamento (Petronilho & Machado, 2017; Fonseca, 2014).

A ação do autocuidado, capacidade que a pessoa tem para se envolver no próprio autocuidado é afetada por fatores condicionantes externos e internos à pessoa, envolvendo diferentes domínios, definidos em relação aos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Fonseca, 2014; Petronilho & Machado, 2017).

O domínio cognitivo diz respeito ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado; o domínio físico refere-se à capacidade física para a realização da ação de autocuidado e o domínio emocional ou psicossocial, integra atitudes, valores, desejos, motivação e a percepção de competência na realização da ação do autocuidado; já o domínio do comportamento compreende ter as habilidades para realizar os comportamentos de autocuidado, nos prazos adequados para a manutenção da vida e funcionamento saudável e bem-estar (Petronilho & Machado, 2017).

TDAC:

A TDAC é o elemento essencial da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de Enfermagem (Orem, 2001). As necessidades individuais de autocuidado surgem quando as pessoas não têm capacidade para as satisfazer, pelo que aos serem incapazes de satisfazer as suas próprias necessidades carecem de ajuda de suportes estruturais como os serviços disponíveis na comunidade (Orem, 2001). Existem 5 métodos de ajuda pelos quais os enfermeiros auxiliam os pacientes a atender às suas necessidades: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; fornecer suporte físico ou psicológico;

providenciar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa e ensinar (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014).

Surge um déficit de autocuidado quando as necessidades deste são superiores à capacidade da pessoa em satisfazê-lo, estabelecendo-se uma relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidado. Perante o déficit de autocuidado, o Enfermeiro planeia a sua intervenção no sentido de minimizar os seus efeitos (Petronilho & Machado, 2017; Fonseca, 2014).

TSE

Segundo Orem (2001) esta teoria estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de Enfermagem, ao estabelecer como é que os enfermeiros, as pessoas, ou ambos dão resposta às necessidades de autocuidado. Assim, os cuidados de Enfermagem descrevem um conjunto de intervenções para ajudar as pessoas a recuperar o autocuidado, pois o sistema de Enfermagem é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades que a pessoa apresenta para desempenhar essas atividades. Os cuidados de Enfermagem são exigidos quando existe déficit de autocuidado entre o que a pessoa pode desempenhar (ação de autocuidado) e o que necessita de realizar para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014).

Orem (2001) identificou assim 3 sistemas de Enfermagem: o sistema de apoio-educativo compreende que a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio de um enfermeiro que fornece educação e apoio psicológico, orientando e instruindo as pessoas a desempenharem as tarefas de autocuidado (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014); no sistema de compensação parcial o enfermeiro realiza tarefas que englobam a deambulação ou tarefas de manipulação, pois o cuidado prestado tem como função compensar as limitações da pessoa e este é utilizado num nível moderado de cuidados, sendo que as pessoas são capazes de vir a assumir as responsabilidades pelo seu autocuidado, num período transitório, com a intervenção dos cuidados de Enfermagem (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014). Assim, tanto o Enfermeiro como a pessoa podem ter o papel principal no desempenho das tarefas de autocuidado, sendo que a distribuição das responsabilidades varia consoante as limitações resultantes da doença, do conhecimento técnico-científico e habilidades exigidas e da força de vontade da pessoa para desempenhar ou aprender essas atividades (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014); por último, o sistema totalmente compensatório

destina-se a pessoas que são completamente incapazes de se autocuidarem, tornando-se socialmente dependentes e é o enfermeiro que fornece todas as atividades necessárias para manter a vida e o bem-estar (Petronilho & Machado, 2017; Fonseca, 2014).

O recurso a teorias enquanto fio condutor da prática de Enfermagem, representa uma atuação sistematizada que se traduz em eficiência e onde se realiza um colheita e organização dos dados, formulação de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções, definindo-se resultados, com a mesma orientação de base e sendo um pilar para o processo de tomada de decisão (Ribeiro, et al., 2021). As teorias de Enfermagem descrevem, essencialmente, que a finalidade da ação dos enfermeiros é a promoção da independência no autocuidado e que quando a capacidade funcional para o autocuidado está ausente, temporária ou permanentemente, o exercício profissional dos enfermeiros tem como foco central a promoção de competências na pessoa cuidadora, para que esta seja capaz de responder aos desafios que decorrem das necessidades não satisfeitas das pessoas dependentes (Ribeiro et.,al, 2021; Petronilho et al, 2021).

A par do autocuidado, surge também o conceito de funcionalidade, já aqui explanado anteriormente. Um dos objetivos dos cuidados especializados de ER é a capacitação da pessoa para o autocuidado, promovendo a funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo, atividade e participação, para que possam elas mesmas assumirem as suas necessidades de autocuidado (Ribeiro et.,al, 2021; Petronilho et al, 2021). A independência ou máxima funcionalidade da pessoa podem ser alcançadas através do treino de capacidades ou estratégias adaptativas, integrando os programas de ER (Ribeiro et.,al, 2021). É neste panorama que o modelo de autocuidado é estruturante na prestação de cuidados especializados de excelência (Fonseca, 2014)

Para Petronilho et al (2021), os enfermeiros especialistas em Enfermagem de reabilitação, ao trabalharem num relação de proximidade com as pessoas, têm o objetivo de *“obter níveis máximos de independência funcional, promover o autocuidado, prevenir complicações e deficiência, reforçar comportamentos de adaptação positiva, assegurar a acessibilidade e a continuidade de cuidados, advogando uma melhoria na qualidade de vida”*.

Para Orem (2001) a pessoa é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo do ciclo de vida, pelo que o EEER assume um papel preponderante ao ser um agente de autocuidado junto da pessoa e família com incapacidade e consequentemente défice de autocuidado, integrando-os como elementos ativos de forma a que adquiram o máximo de autonomia para uma melhor reintegração na comunidade

e sociedade, potenciando a qualidade de vida. A reabilitação surge como um mecanismo de apoio para a readaptação da pessoa, permitindo a aquisição de novas capacidades, através de um conjunto de intervenções que ajudam e ensinam as pessoas a conhecerem as suas necessidades de autocuidado e a desenvolverem ações de autocuidado, sendo este o referencial teórico que melhor sustenta a promoção do autocuidado, segundo uma perspetiva holística e científica da Enfermagem (Petronilho et al, 2021).

3.1.3 Alterações respiratórias

De acordo com a DGS (2017), a par do aumento da esperança de vida é expectável um enorme impacto na morbilidade e mortalidade das doenças respiratórias crónicas nos próximos anos. Tanto a nível mundial como em Portugal, este fenómeno tem tido uma enorme expressão, embora estas doenças possam ser prevenidas ou tratadas de forma acessível, não se tem assistido a uma redução da sua prevalência (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2017), as taxas de mortalidade por doença respiratória evidenciam uma redução da mortalidade prematura, ou seja, o aumento do número absoluto de mortes dá-se acima dos 65 anos, pelo que se pode constatar que a evolução da mortalidade ocorre à custa da mortalidade nos grupos etários mais elevados. (DGS, 2017).

As doenças respiratórias podem ser agrupadas em patologias respiratórias restritivas e obstrutivas, tendo em conta o processo fisiopatológico que lhe é inerente, podendo ainda ser agrupadas em patologias de etiologia infecciosa e não infecciosa, de natureza aguda ou crónica (Cordeiro & Menoita, 2014; GOLD, 2022)

A doença pulmonar restritiva corresponde a uma diminuição da capacidade pulmonar total, com redução da expansão do parênquima pulmonar e perda de área onde ocorrem as trocas gasosas, incluir-se neste grupo a pneumonia, o derrame pleural e o pneumotórax (Cordeiro & Menoita, 2014).

A pneumonia foi uma das principais causas de óbitos em Portugal em 2018, seguindo-se o tumor maligno da traqueia, brônquios ou pulmão e por último a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), enquanto na UE estas representam a 4ª, 5ª e 7ª principais causas de morte (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020). Na área da patologia infecciosa a pneumonia é uma

das principais causas de mortalidade, sendo os idosos os mais afetados, com uma percentagem de mortalidade a chegar aos 30% (Cordeiro & Menoita, 2014; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

A DPOC é uma patologia respiratória crónica, que resulta de danos pulmonares durante o ciclo de vida, geralmente associada ao tabagismo crónico e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo. A confirmação diagnóstica desta patologia realiza-se através de um exame de função respiratória, a espirometria, uma vez que raramente se encontram alterações significativas no exame físico, numa fase inicial da doença (Cordeiro & Menoita, 2014). A relação FEV_1/FVC (capacidade vital forçada) é usada para definir a presença de DPOC, sendo uma relação fixa sempre inferior a 70% e o FEV_1^2 (Volume expiratório forçado no 1º segundo) pós broncodilatador permanece sempre abaixo dos 80% (Cordeiro & Menoita, 2014; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020; GOLD, 2022).

Esta é uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes, como a dispneia, tosse ou hipersecreção de muco, fadiga e pieira, e limitações do fluxo de ar devido a anormalidades das vias aéreas e/ou alveolares, pouco reversível com medicação, geralmente causadas por exposição significativa ao tabaco, enquanto fator de risco major, partículas nocivas ou gases e influenciada por fatores intrínsecos como o desenvolvimento anormal dos pulmões (GOLD, 2022). Quanto à sua prevalência, esta é comparativamente mais alta em fumadores e ex-fumadores do que em pessoas sem consumos tabágicos, com 40 ou mais anos, e tendencialmente mais frequente em homens do que em mulheres, sujeitos a poeira ocupacional, relacionada com a estrutura genética, baixo nível socioeconómico, infeções e desnutrição (GOLD, 2022; Uslu & Canbolat, 2020).

Os doentes com DPOC apresentam taxas de recorrências aos serviços de urgência e hospitalizações altas, o que representa um elevado custo em saúde para os países, uma vez que é uma patologia pautada por períodos de exacerbação dos sintomas, associada à inflamação crónica, o que causa alterações estruturais no parênquima pulmonar, limitando as vias aéreas mais pequenas e causando perda alveolar, ao mesmo tempo que diminui a ¹compliance

¹Compliance – Distensibilidade pulmonar, relacionada com a maior ou menor capacidade de expansão pulmonar, definida pela relação entre volume e pressão (Cordeiro & Menoita, 2014).

pulmonar, o que conduz a uma fraca adesão ao regime terapêutico por parte destes doentes e a necessidade de oxigenoterapia de longa duração (Wang et Al., 2019; GOLD, 2022).

A hipersecreção brônquica, enquanto sintoma major da DPOC, ocorre enquanto resposta inflamatória, com tosse crónica frequente, podendo ser considerada uma insuficiência respiratória crónica devido às anormalidades na relação ventilação-perfusão, que conduzem a hipoxia e hipercapnia permanentes, para as quais o organismo desenvolve mecanismos compensatórios da acidose respiratória, levando a uma aumento do tempo expiratório e volume residual, com consequente hiperinsuflação pulmonar (GOLD, 2022).

Quanto à mecânica diafragmática, devido à hiperinsuflação pulmonar, esta sofre alterações da forma e geometria, com redução crónica das zonas de aposição do diafragma, existindo um abaixamento das hemicúpulas, tornando-as retilíneas e restringindo a excursão diafragmática (GOLD, 2022). Ocorre ainda um aumento da fração de fibras tipo I² e diminuição das fibras tipo II³, com um aumento da capacidade oxidativa de todas as fibras, o que indica uma adaptação aeróbia do diafragma, ainda assim, insuficiente para restabelecer a força e endurance⁴ aos valores normais (Cordeiro & Menoita, 2014). O parênquima pulmonar sofre alterações como a redução na retração elástica, contribuindo para a limitação do fluxo aéreo, o que leva a uma diminuição do FEV₁, bem como do ratio FEV₁/FVC (GOLD, 2022; Cordeiro & Menoita, 2014).

Ao nível da componente extrapulmonar a DPOC afeta o sistema músculo-esquelético, com alterações estruturais e inadequação bioenergética, levando a diminuição da massa muscular e perda de funcionalidade, ao mesmo tempo que ocorre perda de peso, com impacto na capacidade de realizar exercícios ou AVD's (Cordeiro & Menoita, 2014). A DPOC é assim uma patologia limitadora das AVD's e instrumentais, comprometendo a qualidade de vida dos doentes, que apresentam défices no autocuidado, pelo que o EEER ao implementar programas de reabilitação respiratória, treino de exercício e educação para a saúde junto destes, consegue obter inúmeros benefícios, como uma melhoria da qualidade de vida, redução da ansiedade e depressão, redução da dispneia e fadiga associada ao exercício, com melhoria da capacidade de

² Fibras tipo I – Fibras aeróbias (Cordeiro & Menoita, 2014).

³ Fibras tipo II – Fibras anaeróbias (Cordeiro & Menoita, 2014).

⁴ Endurance – Capacidade do músculo para manter uma certa taxa de trabalho por um determinado tempo, ou seja, resistência à fadiga (Cordeiro & Menoita, 2014).

tolerância ao mesmo e da capacidade funcional, diminuindo as exacerbações, o declínio funcional pulmonar o número de internamentos e recurso ao serviço de urgência, assim como uma melhoria do bem estar psicossocial da pessoa (Uslu & Canbolat, 2020; Cordeiro & Menoita, 2014).

A asma é uma das doenças respiratórias crónicas mais comum, afetando milhões de pessoas em todo o mundo, ocorrendo tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento e esta para além do indivíduo, afeta também toda a família, assim como impõe uma carga substancial ao sistema de saúde e ao governo (Chung et al, 2021).

Esta patologia é definida como uma doença heterogénea, geralmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas, associada a hiper-reactividade direta ou indireta a um estímulo, com sintomas respiratórios como sibilos, falta de ar, aperto no peito e tosse, particularmente noturna ou no início da manhã, que variam ao longo do tempo e em intensidade, juntamente com limitação variável do fluxo aéreo expiratório, podendo resolver-se espontaneamente ou em resposta a medicação e às vezes pode estar ausente durante semanas ou meses, assim como existirem exacerbações da doença, que causem risco de vida (Global Initiative for Asthma, 2022).

O diagnóstico é clínico e orientado pela história clínica e exame físico, com os exames complementares de diagnóstico a servirem para uma melhor caracterização da patologia (Global Initiative for Asthma, 2022; Cordeiro & Menoita, 2014). A sua incidência tem vindo a aumentar, sendo que os principais fatores apontados os fatores intrínsecos (hereditários) e os fatores ambientais como a poluição ambiental, estilo de vida moderna e a exposição profissional, no entanto, apesar do aumento, a morbilidade tem vindo a diminuir devido aos avanços na terapêutica inaladora com novos fármacos, novos dispositivos inaladores e imunoterapia específica, mas nem por isso os doentes têm a patologia controlada (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020). Esta melhoria no controlo da doença pode ser realizada através do investimento na formação dos profissionais de saúde, ensino e educação de doentes (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

Quanto à sua fisiopatologia, o estreitamento das vias aéreas é o culminar dos sintomas e alterações fisiológicas inerentes à crise asmática, nomeadamente a contração do músculo liso das vias aéreas, em resposta aos múltiplos mediadores broncoconstritores e neurotransmissores, enquanto mecanismo principal; o edema, devido à migração plasmática para os tecidos; o aumento da espessura das paredes das vias aéreas devido ao processo de reparação anómalo dos

tecidos lesados e a hipersecreção de muco, que pode conduzir à oclusão luminal (Global Initiative for Asthma, 2022; Cordeiro & Menoita, 2014).

Desta forma, as exacerbações da asma acontecem após exposição aos fatores desencadeantes, que originam broncoconstrição, seguindo-se hiper-reatividade brônquica com o aumento da produção de muco e da permeabilidade vascular, levando à obstrução progressiva do fluxo aéreo, com alterações na relação ventilação/perfusão, e atingindo particularmente as vias aéreas de pequenas dimensões. A pessoa asmática, ao apresentar insuflação pulmonar, está predisposta a alterações biomecânicas como a hipersecreção brônquica, diminuição da elasticidade, alteração da compliance e aumento da resistência das vias aéreas (Global Initiative for Asthma, 2022; Cordeiro & Menoita, 2014).

O controlo clínico da asma só é possível de se estabelecer através de planos terapêuticos eficazes, como forma de reduzir sintomas e minimizar o risco de exacerbações, no entanto, apesar da terapêutica farmacológica (corticosteroides, broncodilatadores e imunoterapia específica), o controlo da patologia e gestão da mesma é mais eficaz através de terapias não farmacológicas, como programas de reabilitação respiratória (PRR), como o treino de músculos inspiratórios ou exercícios respiratórios, alternativas de baixo custo em comparação com a terapia medicamentosa convencional (Chung et al, 2021; Global Initiative for Asthma, 2022; Cordeiro & Menoita, 2014). Estas melhoram a capacidade funcional e a tolerância à atividade física, minimizando a necessidade de medicação e reduzindo os seus efeitos secundários (Chung et al, 2021; Global Initiative for Asthma, 2022; Cordeiro & Menoita, 2014).

Apresentando as doenças respiratórias um custo tão elevado para a sociedade, é fácil de concluir que os investimentos ao nível da prevenção das doenças e das suas consequências serão geradores de um valor enorme, quer financeiro como em qualidade de vida (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

3.1.3 Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O aumento das morbilidades associadas ao aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas, acarreta um enorme desafio para os sistemas de saúde ao nível da definição de novas políticas e orçamentos para esta área, como já vimos anteriormente. Os cuidados prestados são cada vez mais complexos e com a evolução tecnológica também os meios complementares de diagnóstico e terapêutica são mais exigentes, pelo que os desafios que se

impõem no sistema de saúde requerem um número adequado de profissionais, em particular de Enfermagem, que garanta a prestação atempada, segura e eficaz dos cuidados de saúde (Lopes et al, 2018). A especialização dos recursos humanos em saúde surge como uma resposta aos atuais e futuros desafios sociais, permitindo gerar economias de escala e de conhecimentos, que assegurem a melhoria da produtividade e se reflitam em ganhos de eficiência e efetividade em saúde, numa prestação alicerçada em qualidade, garantido as dotações adequadas nas instituições de saúde (Lopes et al, 2018)

O investimento em capital humano, ao reforçar o conhecimento especializado dos recursos humanos tem-se revelado fundamental para o crescimento económico, bem-estar social e melhor saúde da população, com a evidência a revelar que os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas no acompanhamento, educação e promoção de boas práticas no que respeita à gestão das doenças crónicas, contribui significativamente para a melhoria dos resultados em saúde do cliente (Lopes et al, 2018).

Assim, os contributos dos cuidados de Enfermagem especializados para a saúde das populações foi traduzido na produção de indicadores de saúde, que constituem uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER (OE, 2015).

Os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de Enfermagem, revelam o estado, comportamento ou perceção variável e mensurável de um utente ou da sua pessoa significativa, que é largamente influenciado pelas intervenções de Enfermagem que dependem da conceção do enfermeiro, de acordo com os mandatos sociais com que a enfermagem está investida (OE,2015). Assim, para a monitorização dos ganhos em saúde são necessários indicadores, que são definidos como fatores ou variáveis quantitativas ou qualitativas, que tornam um fenómeno mensurável, de forma a demonstrar mudanças associadas a uma intervenção, descrevendo indícios sobre esse fenómeno, num determinado tempo e espaço, possibilitando a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2015).

Donabedian (2003), desenvolveu um quadro conceptual, para avaliar o impacto da estrutura organizacional e prática profissional na qualidade dos cuidados, pelo qual emergem três indicadores: estrutura, processo e resultado, estabelecendo entre eles uma relação dinâmica e complementar, já que a qualidade da estrutura promove qualidade ao processo e por sua vez, a qualidade do processo acrescenta qualidade ao resultado (OE, 2015). Focando-nos nos indicadores de resultado, pois serão estes o alvo do nosso projeto de intervenção, estes referem-

se aos próprios objetivos dos cuidados, demonstrando as mudanças no estado de saúde dos utentes, atribuídos aos cuidados que lhes foram prestados (OE, 2015).

Doran & Pringle (2011) referem que os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem podem caracterizar-se por todas as intervenções de enfermagem, baseadas nos seus domínios, para as quais existe evidência empírica que as sustenta e que conduza a uma relação entre essas intervenções e resultados ou ganhos obtidos. Estes indicadores de resultado dividem-se em categorias, direcionadas para as necessidades da pessoa, ou grupo, considerando os seus determinantes de saúde e o seu impacto ao nível de variáveis de resultado sensíveis aos cuidados de Enfermagem como o estado funcional, capacidade para o autocuidado, qualidade de vida relacionada com a saúde, atividades de promoção da saúde, utilização dos cuidados de saúde e satisfação do cliente (Doran & Pringle, 2011).

É objetivo da OE (2018), através da Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de ER, que os EEER sustentem a tomada de decisão não só na âmbito da prática de cuidados, como na sua organização e gestão, através de documentos orientadores para a definição de indicadores sensíveis à sua atuação, de forma a promover uma nova visão da intervenção dos enfermeiros, garantido ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, com o propósito de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Desta forma, procedeu-se à realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) com meta-análise, relacionando as intervenções promotoras de autocuidado na pessoas com 65 ou mais anos de idade, com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado, com os ganhos sensíveis aos cuidados de ER (Doran & Pringle 2011).

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COM META-ANÁLISE – PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NAS PESSOAS COM 65 OU MAIS ANOS DE IDADE COM ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

As revisões da literatura são utilizadas pelos profissionais de saúde de forma a assimilar os resultados dos estudos realizados no que concerne aos cuidados de saúde (Sousa et al, 2018). A RSL é um método sistemático, explícito e reproduzível que identifica, avalia e sintetiza os estudos realizados por investigadores, académicos e profissionais de saúde, utilizando uma pergunta formulada através de métodos sistemáticos para identificar, seleccionar e avaliar de forma crítica os estudos, permitindo recolher e analisar os dados incluídos na revisão (Sousa et al, 2018).

A utilização da RSL permite fazer um mapeamento do conhecimento produzido até ao momento, avaliando lacunas nos estudos anteriores, de forma a identificar oportunidades ainda não exploradas, com o objetivo de sintetizar a evidência científica e melhorar o conhecimento (Sousa et al, 2018)

A Joanna Briggs Institute (JBI) é uma organização global que promove e apoia decisões baseadas em evidências científicas e que contribuem para melhorar a saúde e a prestação de serviços de saúde (Tufanaru et al, 2021). A JBI constituiu um conjunto de grupos metodológicos, que têm desenvolvido pressupostos, métodos e manuais no que concerne às metodologias de revisão sistemática. A presente RSL segue as estratégias de investigação e o desenho metodológico da JBI, assim como o modelo PICO para a formulação das questões de investigação.

Idealmente a evidência deverá ser extraída de estudos controlados randomizados ou Randomized Controlled Trials (RCT), no entanto, importa ressaltar que embora os RCT de alta qualidade sejam considerados o padrão de referência da evidência científica, os resultados não podem ser considerados inegáveis porque novos RCT podem contradizer os resultados anteriores (Tufanaru et al, 2021).

Deste modo, procedeu-se à realização da questão de revisão, que segue a mnemónica PICO: População, Intervenção, Comparador/contexto/controlo e Resultado (Outcome) (Tufanaru et al, 2021). Os critérios de inclusão para seleccionar os estudos que dessem resposta à questão de revisão foram definidos de acordo com a metodologia PICO, sendo que P, refere-se às pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; I, Submetidas a um programa de

Reabilitação; C, Com alterações respiratórias; O, Indicadores sensíveis aos cuidados de ER e intervenções promotoras de autocuidado.

Formularam-se assim as seguintes questões de revisão de acordo com o conceito PICO:

I - “Quais as intervenções de ER promotoras de autocuidado nas pessoas com 65 ou mais anos de idade, com alterações respiratórias?”

II - “Quais os ganhos sensíveis aos cuidados de ER na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias?”

Nesta revisão serão considerados estudos com desenhos do tipo experimental, incluindo estudos randomizados controlados, não randomizados ou outros estudos quase-experimentais e observacionais. Os dados serão agrupados em tabelas e analisados de forma narrativa e agrupados numa meta-análise, com o objetivo de combinar resultados de estudos individuais semelhantes, de forma a determinar o efeito global de uma intervenção em relação a outra, para um determinado resultado, cujo tamanho do efeito indicará a direção e magnitude dos resultados de um estudo particular (Apóstolo, 2017). O software a utilizar para a realização da meta-análise será o Comprehensive Meta-Analysis (CMA), através do cálculo *Standard difference in means*, de forma a expressar o tamanho do efeito da intervenção em cada estudo em relação à variabilidade observada naquele estudo, com um intervalo de confiança de 95%, representados através de um gráfico *forest plot*.

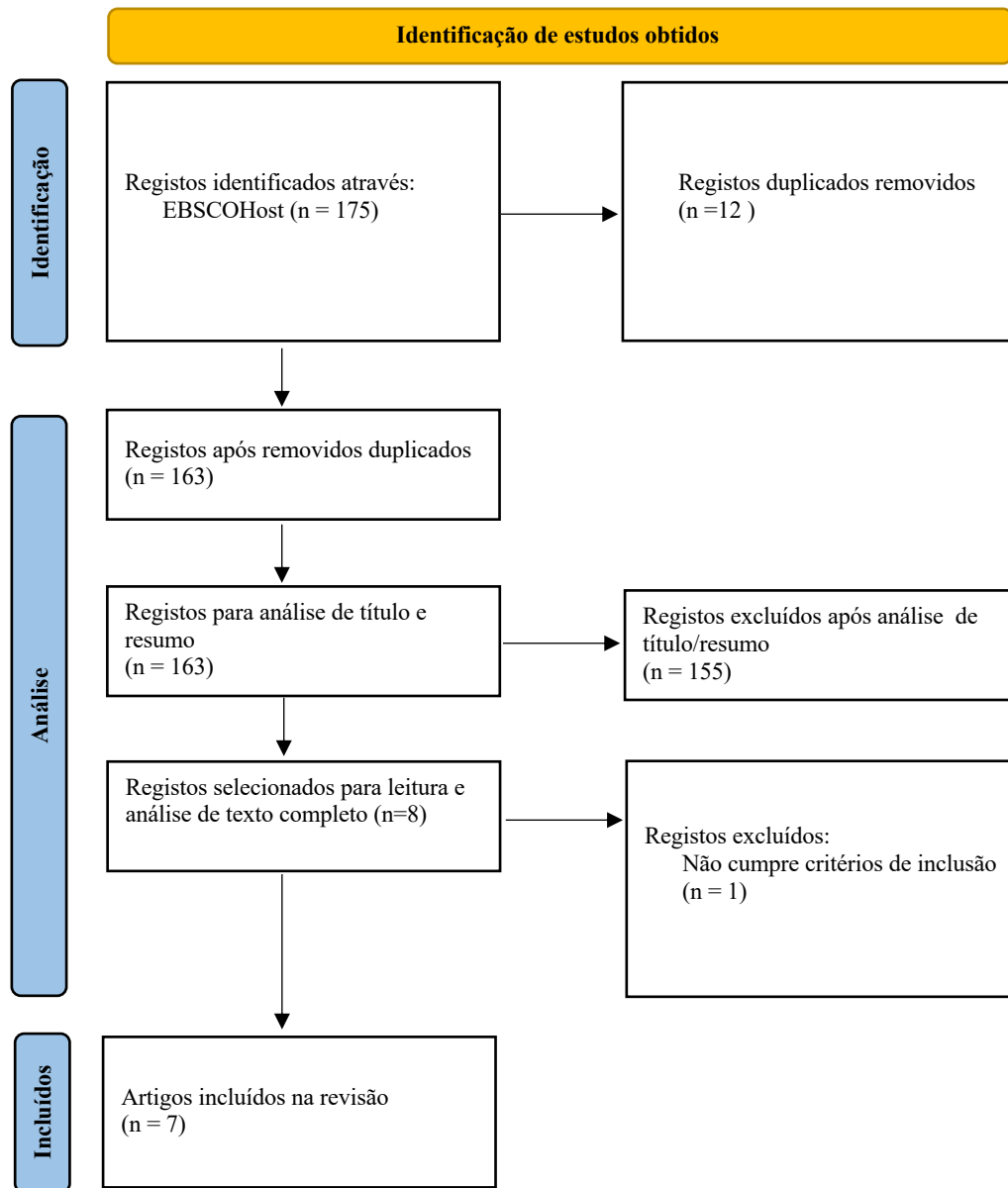
A pesquisa realizou-se na plataforma EBSCO *Host web – Research Databases*, em julho de 2022, selecionando todas as bases de dados disponíveis: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Cochrane Clinical Answers*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts* e *MedicLatina*. Os descritores em ciências da saúde utilizados foram validados pelo *DeCS/MeSH* (Medical Subject Heading): «Nursing», «nursing interventions», «nursing care», «rehabilitation», «respiratory rehabilitation», «respiratory», «Outcomes», «Benefacts or effects», «Education».

Os booleanos utilizados foram “AND” e “OR”, e os critérios de inclusão definidos foram: texto completo disponível, com limitador linguístico para língua inglesa ou portuguesa, participantes com 65 ou mais anos de idade, estudos publicados entre janeiro de 2018 e julho de 2022.

A pesquisa resultou num total de 175 artigos. Após a eliminação de 12 resultados duplicados obtiveram-se 163 artigos para análise do título e resumo. Após leitura dos títulos/resumos foram eliminados 155 artigos por não se enquadrarem na temática alvo do estudo. Resultaram então 8 artigos para análise de texto completo, dos quais se excluiu 1 artigo por não cumprir os critérios de inclusão (texto em Chinês), pelo que foram incluídos nesta RSL 7 artigos, como se pode observar no Prisma 2020 Flow Diagram (figura nº1).

Os artigos foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica e níveis de evidência da JBI *Critical Appraisal Tools*, (JBI 2020; JBI 2021) satisfazendo mais de 50% dos critérios de qualidade propostos. Todos os artigos foram analisados por dois revisores independentes.

Figura nº2- Metodologia de pesquisa tipo PRISMA 2020



Adaptado de: Page, M., McKenzie J., Bossuyt P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 372(71). doi: 10.1136/bmj.n71

Resultados

De forma a sistematizar os resultados desta RSL, foi construída uma tabela com as características e síntese dos estudos incluídos na RSL (tabela nº1). Posteriormente foram agrupadas numa tabela (tabela nº2) as intervenções de ER promotoras de autocuidado nas pessoas com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias encontradas nos estudos e de forma a sintetizar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER, foi construída uma tabela (tabela nº3) que relaciona as intervenções de ER promotoras de autocuidado nas pessoas com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias e os resultados sensíveis aos cuidados de ER de acordo com os domínios de Doran & Pringle (2011).

Após constatararmos que a variável funcionalidade se replicava em quatro dos estudos selecionados para esta revisão, foi construída uma meta-análise, com base na avaliação do 6MWT, após implementação dos PR nos estudos de Chung et al (2021), Martin-Sanchez et al, (2020), Tsang et al, (2018) e Wang et al (2019), e cujos resultados se encontram na figura nº2.

Tabela n.º 1 – Características e síntese dos artigos analisados

Identificação do estudo	Objetivo	Desenho	Participantes	Resultados/conclusões
Título: <i>12-Week Inspiratory Muscle Training Improves Respiratory Muscle Strength in Adult Patients with Stable Asthma: A Randomized Controlled Trial</i> Ano: 2021 País: Taiwan Autores: Yi Chung, Ting-Yu Huang, Yi-Hung Liao, and Yu-Chi Kuo Nível de evidência: 1.c DOI: 10.3390/ijerph18063267	Investigar e comparar os efeitos de uma intervenção de 12 semanas usando exercícios respiratórios ou treino dos músculos inspiratórios na função pulmonar, respiratória, força muscular e controlo da asma (resultados primários) bem como na capacidade funcional e atividade física (resultados secundários) em idosos com asma	RCT	60 pacientes com asma foram aleatoriamente distribuídos. N=30 grupo de intervenção com treino de exercícios respiratórios (TER ou BTE). N= 30 grupo de intervenção com treino dos músculos inspiratórios (TMI ou IMT). O programa teve a duração de 12 semanas.	Os resultados do estudo sugerem que o TMI melhora a força muscular respiratória, o que se reflete pelo aumento da pressão inspiratória máxima. Tanto o TMI como os ER tiveram resultados positivos semelhantes no aumento da capacidade funcional e de atividade física. O impacto do TMI na asma demonstrou uma melhoria na força muscular inspiratória e resistência, o que apoia a eficácia do TMI como estratégia de controlo da asma, reduzindo a gravidade da doença, como terapia não medicamentosa. Em ambos os grupos, a pressão expiratória máxima aumentou, assim como a força muscular respiratória e a capacidade funcional. O TMI demonstrou aumentar a espessura do diafragma e aumentar a proporção e o tamanho das fibras dos músculos inspiratórios acessórios. O controlo da asma apresentou melhoria significativa semelhante em ambos os grupos de intervenção. O grupo TMI tendeu a apresentar um maior aumento no tempo de atividade física, avaliado através do 6 <i>minute walking test</i> (6MWT) que o grupo TER, pelo que se conclui que a implementação de programas educativos sobre saúde e a orientação de profissionais para melhorar a força muscular respiratória, melhora o controlo ventilatório, o que pode estar associado à confiança na realização de atividade física.
Título: <i>Comparison between Two Inspiratory Muscle Training Protocols, Low Loads versus High Loads, in Institutionalized Elderly Women: A Double-Blind Randomized Controlled Trial</i> Ano: 2020 País: Espanha Autores: Carlos Martin-Sanchez, Fausto Barbero-Iglesias, Victor Amor-Esteban, Ana Martin-Nogueras Nível de evidência: 1.c DOI: 10.1159/000511009	Avaliar e comparar a eficácia de 2 protocolos com treino muscular inspiratório (IMT), um com baixa intensidade e outro com alta intensidade, para melhorar a força respiratória, capacidade funcional e dispneia em idosos institucionalizados, acima de 65 anos.	Double-Blind Randomized Controlled Trial	Idosas institucionalizadas entre os 75 e 95 anos, com score de 60 ou mais no Índice de Barthel, capazes de andar sem ajuda de pessoa e que entenderam o objetivo e intervenções do estudo. As participantes foram distribuídas aleatoriamente em 2 grupos: N=14 participantes no Grupo de alta intensidade (IMT HIGHT) N=12 participantes no grupo de baixa intensidade (IMT LOW)	Força muscular respiratória: Ocorreu uma melhoria significativa da pressão inspiratória máxima no grupo IMT HIGHT após a intervenção, em comparação com o grupo IMT LOW. A pressão expiratória máxima aumentou significativamente após a intervenção em ambos os grupos, e a melhoria alcançada foi semelhante entre eles. Capacidade Funcional: A distância percorrida no 6MWT por ambos os grupos aumentou significativamente após a intervenção. Dispneia: Melhorou significativamente no grupo de IMT LOW após a intervenção. Este estudo mostrou que um protocolo de 8 semanas com treino dos músculos inspiratórios melhora a força muscular respiratória e a capacidade funcional em mulheres idosas. Treinar com cargas elevadas foi mais eficaz para melhorar a força muscular inspiratória e o treino com cargas baixas foi o melhor para reduzir a dispneia.
Título: <i>Evaluation of the Effectiveness of a Nursing/Physiotherapy Program in Chronic Patients</i> Ano: 2019 País: Espanha Autores: Remedios López-Liria, Francisco Vega-Ramírez, José Aguilar-Parra,	Avaliar o impacto funcional de um modelo de intervenção compartilhada pela equipa móvel de fisioterapia e reabilitação e enfermeiros gestores de casos de cuidados de saúde primários em pacientes crónicos.	Prospective, observational study	1086 pacientes crónicos, com idade média de 80 anos, encaminhados pelos enfermeiros gestores de casos para a equipa de Fisioterapia e Reabilitação no domicílio.	Os enfermeiros prestaram cuidados individualizados de acordo com as necessidades específicas do doente/família, nomeadamente, avaliações, cuidados físicos, apoio psicológico, aconselhamento, cuidados inovadores, e facilitavam o acesso dos doentes/família aos sistema de saúde, avaliando os resultados dos cuidados, realizando alterações do plano de cuidados com coordenação interdisciplinar para otimizar a saúde do doente. As técnicas de reabilitação aplicadas foram, principalmente, exercícios funcionais (aproximadamente 50%), treino do cuidador (um terço), exercícios funcionais combinados com treino do cuidador (17,3%) e exercícios funcionais combinados com eletroterapia (uma pequena percentagem). Após o programa de reabilitação obtiveram-se diferenças entre o score do Índice de Barthel inicial e final, pós intervenção, com valores estatisticamente significativos de

Título | Promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias: Ganhos sensíveis os cuidados de Enfermagem de Reabilitação

David Padilla-Góngora,, Rubén Trigueros-Ramos, Patricia Rocamora-Pérez DOI: 10.3390/ijerph16122236 Nível de evidência: 3.e				aproximadamente 10 pontos. Os pacientes com doença respiratória crônica foram os que obtiveram melhores resultados no aumento da capacidade funcional após a implementação do programa. A menor idade dos participantes correlacionou-se com maior score no Índice de Barthel inicial e final, e maior número de sessões de tratamento. O programa de reabilitação permitiu melhorar a funcionalidade (27,5%), o treino de marcha (15,1%) e as capacidades do cuidador (14,9%).
Título: <i>Nursing Care of The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient According to Orem's Theory of Self-Care Deficiency: A Case Report</i> Ano: 2020 País: Turquia Autores: Arzu Uslu e Özlem Canbolat Nível de evidência: 4.d DOI: 10.5152/jern.2022.73659	Diagnosticar o paciente com DPOC no âmbito da Teoria do déficit de autocuidado de Orem e criar um plano de cuidados de enfermagem baseado na evidência por classificação das intervenções de enfermagem e resultados dos cuidados em conjunto com os diagnósticos de enfermagem.	Case report	Paciente do género masculino, 65 anos, com DPOC, insuficiência respiratória tipo 2 e hipertensão, fumador há 40 anos. Reside com a esposa e 5 filhos. Sob oxigenoterapia continua, com um raio de alcance de 10 metros, com Spo2 de 91%. Dependente nas AVD's. Apresenta dispneia e expetoração purulenta. Recusa usar CPAP, embora seja recomendado. Refere ortopneia. Não adere ao regime terapêutico e usa os músculos respiratórios acessórios. Roncos audíveis à auscultação.	Resultados alcançados: Houve uma diminuição das secreções purulentas. Mantem oxigenoterapia continua. Utiliza o CPAP de forma correta e eficaz. Ainda apresenta cianose central. Após os exercícios da tosse expeliu secreções. Afirma que respira mais facilmente na posição dorsal. O paciente afirma dormir mais horas à noite e que o aparelho CPAP já não o incomoda. Refere que o padrão do sono, apesar de ainda estar alterado, melhorou. O paciente tomou banho com máscara de oxigénio com a ajuda de um familiar e afirmou estar satisfeito com a experiência. Este estudo foi realizado de acordo com a Teoria de Orem, pelo que os diagnósticos de Enfermagem e as necessidades identificadas vão ao seu encontro. O plano de cuidados de Enfermagem foi realizado de acordo com a evidência científica, de acordo com a classificação NANDA, NIC e NOC. Devido à dispneia o paciente tem dificuldade nas AVD, concluindo-se que o autocuidado é fundamental na gestão da doença. Cabe ao Enfermeiro garantir que o doente se adapta à mudança de estilo de vida inerente à doença e que faz uma transição eficaz. O enfermeiro deve ter o papel de educador, investigador, defensor e cuidador, para fornecer cuidados e aconselhamento e promover a autogestão através de estratégias que promovam o autocuidado na pessoa com DPOC.
Título: <i>Outcomes of community-based and home-based pulmonary rehabilitation for pneumoconiosis patients: a retrospective study</i> Ano: 2018 País: China Autores: Eric W. Tsang, Henry Kwok, Aidan K. Y. Chan, Kah Lin Choo, Kin Sang Chan, Kam Shing Lau and Chetwyn C. H. Chan Nível de evidência: 3.e DOI: https://doi.org/10.1186/s12890-018-0692-7	Analisar os benefícios clínicos de programas de reabilitação pulmonar inseridos na comunidade e em casa em pacientes com pneumoconiose	Restrospective study	De um universo de 685 pacientes com pneumoconiose inscritos nos programas de reabilitação pulmonar na comunidade (PRPC) ou em programas de reabilitação pulmonar no domicílio (PRPD) oferecidos por três hospitais em Hong Kong, foram selecionados para a amostra do estudo 155 pacientes em PRPC e 26 pacientes em PRPD. A média de idades dos participantes em PRPC situa-se nos 70,74 e dos participantes em PRPD nos 74,54 anos.	Após o PRPC houve um aumento significativo dos scores das escalas que avaliam a dispneia, a fadiga, a emoção, conhecimento, o bem estar físico e mental e a tolerância ao esforço. Houve também um decréscimo acentuado nos scores das escalas que avaliam a ansiedade e a depressão, com resultados semelhantes para o PRPD, à exceção de que não houve diferenças significativas nos scores das escalas que avaliam a depressão e o bem estar mental. Os resultados deste estudo sugerem que o PRPC teve efeitos positivos na qualidade de vida relacionada com a saúde dos pacientes. Também o suporte prestado pelos profissionais de saúde, assim como as visitas ao domicílio dos pacientes, e as sessões de ensino dirigidas aos seus familiares foram fatores que se mostraram associados com a redução dos sintomas de depressão, assim como uma relação intrínseca entre a participação dos familiares nestas sessões e o ganho em conhecimento dos pacientes sobre a doença. Ambos os programas de reabilitação pulmonar envolveram treino físico e respiratório, que incrementaram o nível de tolerância ao esforço dos pacientes, assim como a capacidade de exercício e mobilidade. Nas sessões de educação sobre higiene foram realizados ensinamentos sobre técnicas de higiene respiratórias, o uso de inaladores e métodos de conservação de energia, com resultados que comprovaram que os pacientes melhoraram a gestão da sua saúde e capacidade de atingir melhores níveis de tolerância aos exercícios.

Título | Promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias: Ganhos sensíveis os cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Título: <i>The effect of a nurse-led self-management program on outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease</i> Ano: 2019 País: China Autores: Lian Hong Wang, Yan Zhao, Ling Yun Chen, Li Zhang, Yong Mei Zhang. Nível de evidência: 1.C DOI: 10.1111/crj.13112	Examinar a eficácia de um programa de autogestão liderado por enfermeiros nos resultados obtidos em pacientes com DPOC.	Randomized controlled Trial	154 pacientes admitidos no Hospital of Zunyi Medical University in Guizhou com DPOC, dos quais 77 pertencem ao grupo de controlo e os restantes 77 ao grupo de intervenção. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos.	Em comparação com o grupo controlo, o grupo de intervenção recorreu menos vezes ao serviço de emergência aos 6 e 12 meses de intervenção, o que pode ser explicado pela capacitação dos pacientes na autogestão da doença, dotando-os de conhecimentos e intervenções, que levam à diminuição das exacerbações da doença. A capacidade e nível de tolerância ao exercício após 3 meses e 6 meses de intervenção, no grupo de intervenção aumentou, em relação ao grupo de controlo. Quanto à qualidade de vida relacionada com a saúde, esta aumentou no grupo de intervenção, enquanto ocorreu uma deterioração da mesma no grupo de controlo. O grupo de intervenção mostrou-se mais satisfeito com o programa, o serviço e a educação prestados aos 6 e 12 meses de intervenção, em comparação com o grupo de controlo. Este estudo mostra que a autogestão liderada por enfermeiros, ao incluir um programa de educação que promove o desenvolvimento de capacidades e habilidades necessárias para a gestão terapêutica, de sintomas e consequências psicológicas nos pacientes com DPOC, estes recorrem menos vezes ao serviço de urgência por exacerbações da doença, apresentam melhor capacidade de exercício físico, aumento da capacidade funcional, melhor qualidade de vida relacionada com a saúde e maior satisfação com os cuidados prestados.
Título: <i>The Effect of Breathing Retraining Using Metronome-Based Acoustic Feedback on Exercise Endurance in COPD: A Randomized Trial</i> Ano: 2019 País: Estados Unidos da América Autores: Eileen G. Collins, Christine Jelinek, Susan O'Connell, Jolene Butler, Domenic Reda e Franco Laghi Nível de evidência: 1.C DOI: https://doi.org/10.1007/s00408-019-00198-4	O objetivo primário deste estudo é explorar o impacto do treino de exercício com reeducação respiratória através de feedback acústico, utilizando um metrônomo, durante o exercício em pacientes com DPOC. O objetivo secundário é avaliar o impacto da reeducação respiratória na hiperinsuflação dinâmica e na qualidade de vida relacionada com a saúde dos pacientes.	Randomized Controlled Trial	De um universo de 205 pacientes com DPOC foram aleatoriamente escolhidos 119, sendo que 58 integraram o grupo de intervenção e 61 o grupo de controlo.	Após 12 semanas de programa, o grupo de intervenção um aumento de 9% do tempo expiratório, diminuição de 9% na frequência respiratória e 3% na hiperinsuflação dinâmica. No entanto, esta melhoria foi pouco significativa e insuficiente para associar o treino de exercício com reeducação respiratória através de feedback acústico com metrônomo ao aumento da tolerância ao exercício, em comparação com o treino de exercício sozinho. No final do programa de treino, em ambos os grupos, a dispneia, fadiga, as funções mentais e de domínio, e a percepção de controlo do doente sobre a doença melhoraram, pelo que a qualidade de vida relacionada com a saúde aumentou em ambos os grupos. Em ambos os grupos, os pacientes relataram diminuição significativa da dispneia na realização das suas AVD, o que sugere que as mudanças no padrão respiratório no grupo com treino de feedback acústico não tiveram impacto sobre este sintoma.

Tabela nº2 – Síntese das intervenções promotoras de autocuidado identificadas nos artigos selecionados para a RSL com meta-análise

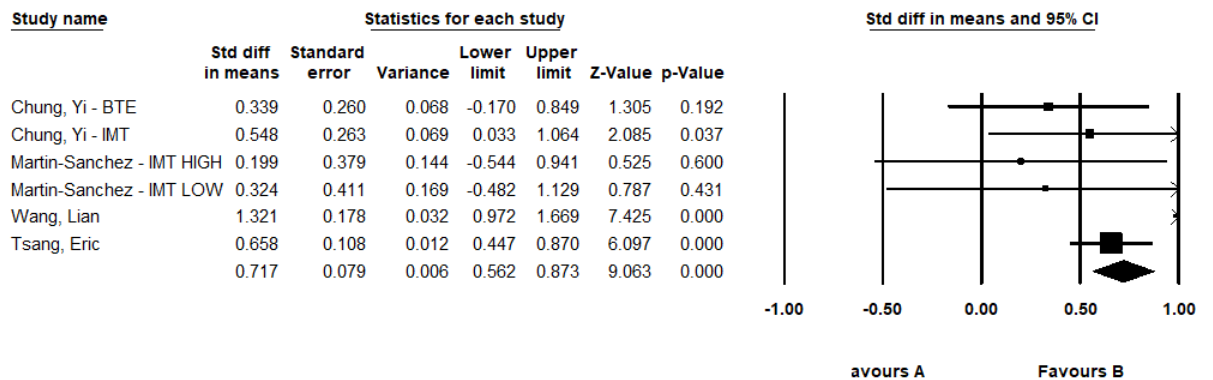
	Intervenções promotoras de autocuidado
1	Identificar necessidades no âmbito da autogestão da doença e gestão dos cuidadores/família (Wang et al, 2019);
2	Realizar sessões de educação para a saúde com o objetivo de capacitar a pessoa e a autogestão da doença (Wang et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018)
3	Monitorização/assistência através de sistema de follow-up estruturado, de forma a orientar comportamentos de procura de saúde (Wang et al, 2019) ; Chung et Al.,2021)
4	Ensinar técnicas de conservação de energia (Wang et al, 2019); (Tsang et al, 2018)
5	Sessões de treino da musculatura respiratória (respiração abdominodafagnática e com os lábios semicerrados, aumento do tempo expiratório (Wang et al, 2019); Chung et Al.,2021); (López-Liria et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018)
6	Ensino de técnica de inaloterapia (Wang et al, 2019)
7	Ensino de técnica de tosse eficaz (Wang et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020)
8	Ensino de técnicas não farmacológicas para controlo e alívio dos sintomas (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018)
9	Realização de sessões de cessação tabágica (Wang et al, 2019)
10	Providenciar apoio psicológico/fornecer suporte piscossocial (Wang et al, 2019); (Tsang et al, 2018)
11	Treino de exercício (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018)
12	Promover a inclusão da família no processo de cuidados e o seu suporte (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019); (Tsang et al, 2018)
13	Avaliar o nível de satisfação dos doentes/famílias face aos cuidados (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019)
14	Avaliação do incremento da qualidade de vida relacionada com a saúde (Wang et al, 2019); Chung et Al.,2021); (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018)
15	Monitorização da taxa de recorrências ao serviço de urgência/reinternamentos (Wang et al, 2019)
16	Avaliação dos progressos em capacidade física/tolerância à atividade (Wang et al, 2019); Chung et Al.,2021); (Martin-Sanchez et al, 2020); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018)
17	Interação e partilha de experiências entre doentes com a mesma patologia (Tsang et al, 2018)
18	Avaliação da função pulmonar (Chung et Al.,2021) (Martin-Sanchez et al, 2020); (Uslu & Canbolat 2020); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018)
19	Avaliação da capacidade funcional (Chung et Al.,2021 (Martin-Sanchez et al, 2020); (López-Liria et al, 2019); (Tsang et al, 2018);
20	Avaliação da dispneia/ansiedade (Martin-Sanchez et al, 2020); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018)
21	Ensino de técnicas de controlo respiratório (relaxamento muscular e dissociação dos tempos respiratórios) para alívio da dispneia/ansiedade (Martin-Sanchez et al, 2020); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018); (Uslu & Canbolat 2020)
22	Utilização do <i>threshold</i> para treino muscular inspiratório (Martin-Sanchez et al, 2020)
23	Treino e capacitação dos prestadores de cuidados/família (López-Liria et al, 2019)
24	Ensino e treino de marcha (López-Liria et al, 2019); (Tsang et al, 2018)
25	Ensino e treino de estratégias adaptativas com ajudas técnicas (López-Liria et al, 2019)
26	Treino sensoriomotor (López-Liria et al, 2019)
27	Ensino de prevenção de complicações nas agudizações da doença (López-Liria et al, 2019)
28	Intervenção e referenciação multidisciplinar (López-Liria et al, 2019)
29	Treino de atividades de vida (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018)
30	Identificar estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Uslu & Canbolat 2020)
31	Promover a Funcionalidade (Wang et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018); (Collins et al, 2018);(López-Liria et al, 2019);(Uslu & Canbolat 2020);(Martin-Sanchez et al, 2020)

Tabela nº3 – Relação entre os resultados sensíveis aos cuidados de ER (Doran & Pringle, 2011) e as intervenções promotoras de autocuidado

Resultados sensíveis aos cuidados de ER (Doran & Pringle 2011)	Intervenções relacionadas
Estado funcional	- Sessões de treino da musculatura respiratória (respiração abdominodifragmática e com os lábios semicerrados, aumento do tempo expiratório (Wang et al, 2019); Chung et Al.,2021); (López-Liria et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018) - Treino de exercício (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018) - Avaliação dos progressos em capacidade física/tolerância à atividade (Wang et al, 2019); Chung et Al.,2021); (Martin-Sanchez et al, 2020); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018) - Avaliação da função pulmonar (Chung et Al.,2021) (Martin-Sanchez et al, 2020); (Uslu & Canbolat 2020); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018) - Avaliação da capacidade funcional (Chung et Al.,2021 (Martin-Sanchez et al, 2020); (López-Liria et al, 2019); (Tsang et al, 2018); - Utilização do <i>threshold</i> para treino muscular inspiratório (Martin-Sanchez et al, 2020) - Promover a Funcionalidade (Wang et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018); (Collins et al, 2018);(López-Liria et al, 2019);(Uslu & Canbolat 2020);(Martin-Sanchez et al, 2020)
Controlo de sintomas	- Ensino de técnica de inaloterapia (Wang et al, 2019) - Ensino de técnica de tosse eficaz (Wang et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020) - Ensino de técnicas não farmacológicas para controlo e alívio dos sintomas (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018) - Avaliação da dispneia/ansiedade (Martin-Sanchez et al, 2020); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018) - Ensino de técnicas de controlo respiratório (relaxamento muscular e dissociação dos tempos respiratórios) para alívio da dispneia/ansiedade (Martin-Sanchez et al, 2020); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018); (Uslu & Canbolat 2020) - Ensino de prevenção de complicações nas agudizações da doença (López-Liria et al, 2019) - Identificar estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Uslu & Canbolat 2020)
Capacidade para o autocuidado	- Ensinar técnicas de conservação de energia (Wang et al, 2019); (Tsang et al, 2018) - Ensino e treino de marcha (López-Liria et al, 2019); (Tsang et al, 2018) - Ensino e treino de estratégias adaptativas com ajudas técnicas (López-Liria et al, 2019) - Treino sensoriomotor (López-Liria et al, 2019) - Treino de atividades básicas de vida (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018)
Qualidade de vida relacionada com a saúde	-Avaliação do incremento da qualidade de vida relacionada com a saúde (Wang et al, 2019); Chung et Al.,2021); (López-Liria et al, 2019); (Collins et al, 2018); (Tsang et al, 2018)
Atividades de promoção de saúde	- Identificar necessidades no âmbito da autogestão da doença e gestão dos cuidadores/família (Wang et al, 2019); - Realizar sessões de educação para a saúde com o objetivo de capacitar a pessoa e a autogestão da doença (Wang et al, 2019); (Uslu & Canbolat 2020); (Tsang et al, 2018) - Monitorização/assistência através de sistema de follow-up estruturado, de forma a orientar comportamentos de procura de saúde (Wang et al, 2019) ; Chung et Al.,2021) - Realização de sessões de cessação tabágica (Wang et al, 2019) - Providenciar apoio psicológico/fornecer suporte psicossocial (Wang et al, 2019); (Tsang et al, 2018) - Promover a inclusão da família no processo de cuidados e o seu suporte (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019); (Tsang et al, 2018) - Interação e partilha de experiências entre doentes com a mesma patologia (Tsang et al, 2018) - Treino e capacitação dos prestadores de cuidados/família (López-Liria et al, 2019)
Utilização dos cuidados de saúde	- Monitorização da taxa de recorrências ao serviço de urgência/reinternamentos (Wang et al, 2019) - Intervenção e referência multidisciplinar (López-Liria et al, 2019)
Satisfação do paciente	- Avaliar o nível de satisfação dos doentes/famílias face aos cuidados (Wang et al, 2019); (López-Liria et al, 2019)

Figura nº2 - Gráfico *forest plot* relativo à variável funcionalidade após a implementação de um PR nos estudos de Chug et al (2021), Martin-Sanchez et al (2020), Wang et al (2019) e Tsang et al (2018).

Meta Analysis



Discussão

A discussão dos resultados desta RSL será realizada tendo como fundamento base a Teoria de Autocuidado de Orem (2001), a Teoria de médio-alcance de Lopes (2005) e o Modelo de Autocuidado de Fonseca (2014), em paralelo o modelo conceptual de Doran e Pringle (2011), que nos remete para os ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

Segundo Orem (2001), o EEER, de acordo com o indicador de resultado do ***domínio das atividades de promoção da saúde***, fornece um sistema de apoio-educativo, orientando e instruindo as pessoas a desempenharem as tarefas de autocuidado, através da identificação das necessidades do doente/família, ao intervir na educação para a saúde nos défices de conhecimento existentes, capacitando-as para a gestão da doença, fornecendo suporte psicológico, de forma a promover comportamentos de procura de saúde.

Os resultados sensíveis aos cuidados de ER, do ***domínio das atividades de promoção da saúde***, são os que apresentam maior número de intervenções promotoras de autocuidado.

Wang et al (2019), refere que a capacitação dos pacientes na autogestão da doença, dotando-os de conhecimentos e intervenções dirigidas à mesma, leva à diminuição das exacerbações da doença, ao mesmo tempo que a autogestão liderada por enfermeiros, incluída num PRR, promove o desenvolvimento de capacidades e habilidades necessárias para a controlo

da doença, diminuindo a recorrência aos serviços de urgências. Tsang et al, (2018), corrobora este achado, acrescentando que ao incluir um programa de educação dirigido aos doentes e familiares no seu PR, estes fatores mostraram uma relação direta entre a participação dos familiares nas sessões de educação para a saúde e o ganho em conhecimento dos doentes sobre a doença, assim como uma redução acentuada dos sintomas de depressão, pelo que promover a inclusão da família no processo de cuidados e o seu suporte acarreta maiores ganhos em saúde para o doente e família (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Tsang et al, 2018) .

Também o apoio entre os pares presente no estudo de Tsang et al (2018), com a partilha de experiências entre doentes com a mesma patologia mostrou reduções nos níveis de ansiedade, depressão e sintomas de solidão, por promover o sentimento de compressão e suporte psicológico. Nos estudos de Wang et al (2019) e Chung et al (2021) os sistemas de follow-up após o PR mostraram-se benéficos na promoção do autocuidado, ao incluírem o seguimento do doente/família, com uma monitorização estruturada, cujo acompanhamento das necessidades em saúde se traduzia na capacitação do doente e dos seus cuidadores.

No indicador de resultado, *estado funcional*, o foco das intervenções incide sobre a promoção da funcionalidade da pessoa ao contemplar programas de RFR e treino de exercício nos PRR. Intervenções como avaliação dos progressos em capacidade física/tolerância à atividade são descritas nos estudos de Wang et al (2019), Chung et al (2021), Martin-Sanchez et al (2020), Collins et al (2018) e Tsang et al, (2018) como promotoras de autocuidado, sendo que em todos eles existiu um incremento dos scores do 6MWT após a implementação do PRR, e por isso um aumento da funcionalidade da pessoa.

Os autores Wang et al (2019), Chung et al (2021), López-Liria et al (2019), Uslu & Canbolat (2020), Collins et al, (2018) e Tsang et al, (2018) foram consensuais nos seus estudos ao incluírem nos PRR sessões de treino da musculatura respiratória, com recurso a respiração abdominodiafragmática, com os lábios semicerrados e aumento do tempo expiratório, o que em todos eles se traduziu no incremento do estado funcional da pessoa. Chung et Al. (2018) no seu estudo conclui que o treino muscular inspiratório aumenta a pressão inspiratória máxima e tende a apresentar um maior aumento de capacidade de tolerância à atividade física, comparativamente aos exercícios respiratórios.

Também o treino de exercício proposto por Wang et al, (2019), López-Liria et al, (2019), Collins et al, (2018) e Tsang et al, (2018) mostrou ser eficaz no aumento da capacidade funcional, ao melhorarem a tolerância e a capacidade de exercício físico, com ganhos ao nível da mobilidade. Tsang et al (2018), evidencia ainda que um período de treino de exercício maior

é mais efetivo na melhoria da capacidade física, e por sua vez com melhores resultados ao nível a funcionalidade da pessoa. Martin-Sanchez et al, (2020) corrobora este achado, referindo ainda que o treino muscular inspiratório com utilização do *threshold* melhora a pressão inspiratória máxima quando utilizado em treinos de alta intensidade em comparação com treinos de baixa intensidade, pelo que um período de treino de exercício maior, aliado a intensidades mais altas, traduz-se em maiores ganhos ao nível da funcionalidade, com aumento da pressão inspiratória máxima, da tolerância e resistência ao exercício e da condição física do doente.

O facto dos PRR contemplarem intervenções individualizadas, com treinos dos músculos respiratórios e o treino de exercício com enfoque na endurance e fortalecimento muscular, juntamente com a componente educacional, representa uma melhoria da funcionalidade da pessoa com alterações respiratórias, ao mesmo tempo que promove o papel de agente de autocuidado.

De acordo com a análise do gráfico *forest plot*, referente à variável funcionalidade, avaliada através do instrumento 6MWT e replicável nos estudos de Chung et al (2018), Martin-Sánchez et al (2020), Wang et al (2019) e Tsang et al (2018), podemos à priori observar que à direita da linha vertical zero, a linha de efeito nulo, existiu um efeito positivo após a implementação do PR, ou seja, ocorreu um incremento da funcionalidade, sendo que à esquerda da linha de efeito zero, o efeito considera-se negativo. Facilmente é perceptível que em todos os estudos a média da variável funcionalidade, representada pelo quadrado, encontra-se à direita do efeito nulo, pelo que de uma forma geral todos tiveram em média efeitos positivos ao nível da funcionalidade, após a implementação do PR, no entanto, analisando caso a caso, no estudo de Chung et al (2018), o grupo de intervenção com exercícios respiratórios (BTE), a linha horizontal atravessa o efeito nulo, pelo que este estudo não é considerado estatisticamente significativo, tal como acontece com o estudo de Martin-Sanchez et al (2020), em ambos os grupos de intervenção, treino com alta intensidade e com baixa intensidade (IMT *High* e IMT *low*). Os estudos que apresentaram efeitos positivos estatisticamente significativos no incremento da funcionalidade foram os estudos de Wang et al (2019), Chung et al (2018), no que concerne ao grupo de intervenção com treino muscular inspiratório (IMT) e o estudo de Tsang et al (2018).

Analisando em detalhe, podemos afirmar que o estudo de Wang et al (2019) é aquele que apresenta maior exatidão, ao apresentar um intervalo de confiança menor comparativamente aos demais, com uma linha horizontal de tamanho mais pequeno, seguindo-se o estudo de Tsang et al (2018) e por último o estudo de Chung et al (2018) no grupo de intervenção IMT. O estudo

cujo tamanho amostral foi maior foi o estudo de Tsang et al (2018), cujo quadrado representativo do estudo é maior do que os restantes. Assim, Wang et al (2019) apresentou um estudo estatisticamente mais significativo no incremento médio da funcionalidade, pelo que as intervenções retratadas neste estudo, como sessões de treino da musculatura respiratória respiração abdominodiafragmática com os lábios semicerrados, aumento do tempo expiratório; treino de exercício; avaliação dos progressos em capacidade física/tolerância à atividade; e promoção da funcionalidade, entre as demais intervenções presentes no estudo e não diretamente relacionadas com o domínio da funcionalidade, também contribuíram significativamente no seu todo para que os grupo de intervenção tivesse ganhos significativos neste âmbito.

Dos estudos analisados, aqueles que apresentam elevada significância estatística são os de Wang et al (2021) e Tsang et al (2018), pois o valor de p é inferior a 0,001, com intervalos de confiança [0,972; 1,669] e [0,447; 0,870], respetivamente (ver figura nº2). O estudo de Chung IMT apresenta também significância estatística, embora inferior aos dois estudos anteriores, pois o valor de p é inferior a 0,05, com intervalo de confiança de [0,033; 1,064] (ver figura nº2). Dos 3 estudos estatisticamente significativos, que foram mencionados, o estudo de Wang é o que apresenta maior efeito da variável estudada (diferença standard das médias = 0,668) (ver figura nº2).

Quando ao indicador de resultado do *domínio da capacidade para o autocuidado*, este mostrou-se intrinsecamente relacionado com o indicador de resultado do *domínio do estado funcional*, uma vez que as intervenções de um domínio também potenciaram o outro.

López-Liria et al (2019) foi quem mais intervenções direcionadas para a promoção do autocuidado apresentou, com ganhos substanciais no score do Índice de *Barthel* após o PR, com um incremento de aproximadamente 10 pontos face ao score inicial, o que se traduziu em ganhos no autocuidado pela diminuição da dependência dos doentes. Os pacientes com doença respiratória crónica foram os que obtiveram melhores resultados no aumento da capacidade funcional após o PR, que incluía intervenções como exercícios funcionais, exercícios funcionais combinados com treino do cuidador, treino de marcha e treino das capacidades dos cuidadores para o autocuidado.

Quando surge um défice de autocuidado, em que as necessidades deste são superiores à capacidade da pessoa em satisfazê-lo, o ER planeia a sua intervenção de acordo com este défice no sentido de minimizar os seus efeitos (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014). Por outro lado, quando a capacidade funcional para o autocuidado está ausente, temporária ou

permanentemente, os ER têm como foco central a promoção de competências na pessoa cuidadora, para que esta seja capaz de responder aos desafios que decorrem das necessidades não satisfeitas das pessoas dependentes (Petronilho, Margato, Areias, Margato, & Machado, 2021). Assim, o autocuidado enquanto resultado sensível aos cuidados de ER, traduz-se positivamente na promoção da saúde e do bem-estar, com o aumento dos conhecimentos e habilidades das pessoas, através do treino de capacidades ou estratégias adaptativas onde os ER têm uma intervenção decisiva (Santos et al, 2017; Fonseca, 2014).

Relativamente ao indicador de resultado do ***domínio do controlo de sintomas*** Wang et al (2019) refere que a capacitação dos doentes na autogestão da doença, através de conhecimentos sobre fisiopatologia, técnicas de administração terapêutica, estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas, reduz a recorrência dos doentes aos serviços de urgência durante a exacerbação dos sintomas, pela dotação de conhecimentos dos doentes/famílias no controlo e gestão da doença. O indicador de resultado do ***domínio do controlo de sintomas*** encontra-se maioritariamente relacionado com a intervenções de promoção da literacia em saúde dos doentes e família, através da identificação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Uslu & Canbolat 2020) como no ensino de estratégias de prevenção de complicações nas agudizações da doença (López-Liria et al, 2019).

O ***controlo de sintomas*** está diretamente relacionado com a ***qualidade de vida relacionada com a saúde***, um outro indicador de resultado encontrado na análise dos estudos. Segundo Collins et al (2018), os PRR diminuem a sensação de dispneia e a perceção de controlo sobre a doença melhora, pelo que a qualidade de vida relacionada com a saúde aumenta, corroborado pelo estudo de Tsang et Al. (2018), em que a qualidade de vida relacionada com a saúde dos pacientes aumenta após o PR, ocorrendo uma redução dos sintomas psicológicos, como a ansiedade e a depressão, tal como nos restantes estudos identificados nesta intervenção.

Relativamente ao indicador de resultado do ***domínio da utilização dos cuidados de saúde***, após o PRR, diminuíram as recorrências ao serviço de urgência e reinternamentos (Wang et al, 2019), o que pode ser explicado pela capacitação dos pacientes na autogestão da doença, que leva à diminuição das exacerbações da mesma e pela intervenção e referenciação multidisciplinar (López-Liria et al, 2019), em que os enfermeiros prestaram cuidados individualizados de acordo com as necessidades específicas do doente/família em coordenação interdisciplinar para otimizar a saúde do doente.

Quanto ao *domínio da satisfação do paciente*, após a intervenção do EEER os pacientes demonstraram-se mais satisfeitos face aos cuidados de saúde, assim como as suas famílias (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019)

Conclusão

Com esta RSL com meta-análise contribuiu-se para a evolução dos cuidados de ER dirigidos à pessoa com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado, através da análise e comparação de vários estudos, de forma a perceber o estado da arte neste âmbito. Com base nos resultados encontrados, a promoção do autocuidado nesta população incide sobretudo no domínio das atividades de promoção da saúde, enquanto ganhos sensíveis aos cuidados de ER, quer seja através da promoção da literacia acerca da fisiopatologia da doença, como na gestão e prevenção de complicações e no ensino de estratégias não farmacológicas no alívio de sintomas, demonstrando ganhos que se traduzem ao nível da funcionalidade, do autocuidado e da qualidade de vida.

Como limitação a esta RSL apontamos o facto dos estudos de investigação publicados no âmbito desta temática serem especificamente dirigidos a doentes com alterações respiratórias por patologias como a DPOC e a asma. Assim, esperamos que o desenvolvimento e publicação deste estudo, seja um avanço que possibilite o desenvolvimento de outros estudos no âmbito das alterações respiratórias em geral, que relacionem as alterações respiratórias com a intervenção do EEER na promoção do autocuidado e com os ganhos sensíveis aos cuidados especializados.

5. MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

A Enfermagem enquanto disciplina e profissão detém características das quais se destacam o vasto campo de conhecimentos, que pode ser transmitido quer através do ensino, da autonomia na tomada de decisão, da autoridade sobre a prática profissional e da responsabilidade e reconhecimentos pelos resultados em Enfermagem (Ribeiro et al, 2016).

Face ao ambiente de cuidados atual, às condições económicas e culturais, surgiram reflexões sobre a prática que têm o objetivo de garantir não só a qualidade dos cuidados prestados, assim como a sustentabilidade profissional (Ribeiro et al, 2016).

Os modelos de prática profissional (MPP) são descritos como bases conceituais e metodológicas que promovem a excelência dos cuidados de Enfermagem ao integrarem teorias de Enfermagem nos processos de relação, articulando a estrutura, os processos e valores que sustentam a prática de cuidados de Enfermagem autónoma, num ambiente de trabalho saudável (Ribeiro et al, 2016; Kellekai-Brapoh & Toresco, 2020).

Uma gestão compartilhada, com uma descentralização da tomada de decisão e responsabilidade única é uma componente essencial para promover a autonomia do Enfermeiro e apoiar um ambiente de prestação de cuidados saudável (Ribeiro et al, 2016; Kellekai-Brapoh & Toresco, 2020).

Assim, independentemente do MPP, este é uma representação esquemática dos cuidados prestados com o objetivos de atingir um padrão elevado da qualidade dos cuidados, pelo que reflete como o Enfermeiro atua, colabora, comunica, integra a missão, valores, filosofia e teorias de Enfermagem na sua prática (Ribeiro et al, 2016; Kellekai-Brapoh & Toresco, 2020). Os MPP, segundo Kellekai-Brapoh & Toresco (2020) capacitam os enfermeiros para alcançar resultados em saúde, ao promover uma cultura de excelência assente essencialmente na transparência, tomada de decisão compartilhada, autonomia e responsabilidade.

De acordo com a literatura os conceitos chave transversais a qualquer MPP são a autonomia e prática colaborativa dos enfermeiros, a liderança, a responsabilidade, as relações profissionais, os ambientes da prática, a investigação e inovação, o modelo de prestação de cuidados ao cliente, a gestão partilhada e mecanismos de compensação e recompensa (Ribeiro et al, 2016; Slayer et al, 2016).

A maior parte dos MPP apresenta uma componente teórica fundamentada em conceitos de Enfermagem com base numa determinada teoria ou teorias de Enfermagem, ou em valores organizacionais (Slayer et al, 2016). Os enfermeiros utilizam o MPP na sua prática diária para auxiliar os outros a compreenderem o seu papel e a diferença que fazem na vida dos clientes e na sustentabilidade das instituições, permitindo-lhes integrar e articular as contribuições da teoria na prática, aos estabelecer relacionamentos entre os enfermeiros, os clientes e a organização, incluindo muitas vezes um modelo visual de representação simbólica (Kellekai-Brapoh & Toresco, 2020).

Assumindo-se que face ao envelhecimento da população, existe um elevado índice de envelhecimento, com um crescente índice de dependência, que afeta a capacidade para o

autocuidado e para a realização de AVD's (Fonseca et al, 2021), iremos utilizar o conceito de autocuidado de Orem (2001), enquanto conceito amplo, que abarca todos os aspetos da vida e não apenas a gestão da doença, embora o foco de Enfermagem seja o suporte do défice de autocuidado, inerente ao impacto das doenças e défices de saúde.

Utilizaremos a Teoria de Enfermagem de Déficit de autocuidado de Orem (2001) como teoria assente no pressuposto de que todas as intervenções destinam-se ao fortalecimento da capacidade da pessoa para a realização das atividades de autogestão, por forma, a garantir o seu autocuidado e concomitantemente manter a vida, a saúde e o bem-estar. Assim a essência da teoria do déficit do autocuidado determina a necessidade da intervenção de Enfermagem quando as necessidades e exigências ao nível do autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para desenvolver esse autocuidado (Queirós et al, 2014). Desta forma, quando as necessidades são superiores à capacidade de se autocuidar, ocorre um déficit de autocuidado, existindo a necessidade de intervenção por parte de enfermagem. Cabe ao enfermeiro, avaliar o déficit de autocuidado, adequar a sua intervenção a cada necessidade e ter um papel ativo na capacitação para o autocuidado, com o objetivo de minimizar esse déficit de autocuidado (Orem, 2001).

Existem cinco métodos de ajuda, segundo Orem (2001) que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa (agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por último, ensinar).

Orem identificou 3 tipos de sistemas por forma a responder às necessidades de autocuidado das pessoas e que definem a responsabilidade do enfermeiro perante estas necessidades: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio- educação (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014)

No sistema totalmente compensatório, ocorre quando a enfermagem substitui totalmente o indivíduo no autocuidado; no sistema parcialmente compensatório, quando o enfermeiro apenas ajuda a realizar aquilo que o indivíduo não é capaz de realizar por si só; o sistema apoio-educação, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para ensinar e supervisionar a realização da ação (Petronilho & Machado , 2017; Fonseca, 2014).

De forma a estabelecer uma relação terapêutica na prestação de cuidados, utilizaremos a teoria de médio alcance de Lopes (2005), que remete para a relação Enfermeiro/doente, constituída por dois componentes que se complementam e interrelacionam: a natureza da

relação e o processo de relação. A natureza da relação refere-se à componente expressiva da relação e compreende o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de Enfermagem. Por outro lado, o processo de relação compreende três fases sequenciais, nomeadamente, o princípio da relação, o corpo da relação e o fim da relação (Lopes, 2005).

O processo de avaliação diagnóstica consiste na avaliação/reavaliação da situação clínica do doente/família na perspetiva vivencial, biomédica e de ajuda, de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados, sendo o foco de atenção do Enfermeiro, o doente e a família (Lopes, 2005). A finalidade da avaliação diagnóstica é compreender de que forma o doente/família vivenciam a doença, como compreende os sinais e sintomas, e a ajuda necessária para tentar ultrapassar o processo saúde/doença, estando presente numa dimensão cronológica, durante todo o processo de prestação de cuidado (Lopes, 2005).

O processo de intervenção terapêutica envolve a totalidade da intervenção do Enfermeiro, cujo foco é o doente/família, bem como a interface destes com o grupo e a organização, e inicia-se durante a entrevista inicial ao doente/família, prolongando-se no tempo até ao final da relação (Lopes, 2005).

O processo de relação assume três fases sequenciais, sendo que a fase do início da relação do processo relacional inicia-se antes do Enfermeiro e o doente se encontrarem, através das atividades de preparação, como a colheita de dados clínicos sobre o doente e conclui-se com o primeiro encontro, durante a entrevista de avaliação diagnóstica (Lopes, 2005)

O corpo da relação corresponde à coexistência de dois processos, nomeadamente, o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de Enfermagem e é nesta fase que é desenvolvida a intervenção do Enfermeiro, com o objetivo final do bem-estar do doente/família (Lopes, 2005). O fim da relação acontece quando o tratamento acaba, ou quando ocorre algum incidente de saúde que a isso obrigue ou a morte do doente (Lopes, 2005).

Assim, o MPP adotado para o desenvolvimento de competências profissionais e académicas, tem como fundamentação teórica a TDAC de Orem (2001), a teoria de médio alcance de Lopes (2005) e o Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de Fonseca (2013).

O Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de Enfermagem de Fonseca (2013), apoia-se no modelo de autocuidado de Orem

(2001), e por conseguinte nas teorias que o constituem e no continuum funcionalidade/incapacidade proposto pela Classificação Internacional para a Funcionalidade (CIF) enquadrando-se no modelo de qualidade de cuidados.

O Modelo de autocuidado de Fonseca (2013) propõe desenvolver e criar estratégias ao nível do planeamento e execução de cuidados com base na avaliação da CIF e no modelo de autocuidado de Orem (2001), com o objetivo de estabelecer correspondência entre os perfis funcionais e as necessidades de cuidados de Enfermagem.

Assim, segundo a classificação da CIF (2004), utilizada 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%). De acordo com o Modelo de Fonseca (2013), a correspondência entre a definição de autocuidado, enquanto capacidade para executar as atividades e promover e manter a saúde, e os perfis funcionais, corresponde a não há problema (nenhum, ausente, insignificante – 0-4%) e problema ligeiro (leve, pequeno – 5-24%). O défice de autocuidado terapêutico moderado ocorre quando as necessidades vão para além da capacidade na pessoa na realização de uma atividade, o que se repercute em défice de autocuidado moderado e traduz-se no perfil funcional de problema moderado (médio regular 25%-49%) (Fonseca, 2013). O défice de autocuidado grave/completo ocorre quando as necessidades vão além do défice de autocuidado terapêutico moderado, assumindo-se como défice de autocuidado grave/completo correspondendo ao perfil funcional problema grave (grande, extremo – 50%-95%) e problema completo (total – 96%-100%) (Fonseca, 2013).

Face ao envelhecimento demográfico e aumento do índice de dependência de idosos, importa construir instrumentos que avaliem a funcionalidade, de forma a prever os custos e recursos dos cuidados de saúde para planear e implementar os cuidados de Enfermagem (Lopes & Fonseca, 2013). Assim, de forma a avaliar a funcionalidade da pessoa idosa com 65 anos e mais de idade com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado será aplicada a Elderly Nursing Core Set (ENCS), um instrumento de avaliação das necessidades de cuidados de Enfermagem (Fonseca, 2013). Estes são cuidados prestados pelo Enfermeiro, em colaboração com a demais equipa interdisciplinar, dirigidos à pessoa idosa, que considera a funcionalidade enquanto processo de interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais como o fator ambiente e fatores pessoais, com o objetivo de manter a autonomia e/ou promover os processos de readaptação em relação aos défices de autocuidados e das

atividades de participação, tendo como fatores a considerar as funções e estruturas corporais e os fatores ambientais (Lopes & Fonseca, 2013).

O Modelo de Fonseca (2013), em estreito relacionamento com a Teoria de Enfermagem de Déficit de Autocuidado de Orem (2001) permite-nos desenvolver e prestar cuidados de ER com base na avaliação da funcionalidade da pessoa, adequando o nível de cuidados necessários a cada déficit de autocuidado previamente avaliado, promovendo o autocuidado da pessoa idosa com alterações respiratórias.

A TDAC remete-nos para as necessidades de autocuidado das pessoas quando estas são superiores à sua capacidade, existindo assim um déficit de autocuidado que origina necessidades de autocuidado, às quais importa dar resposta (Orem, 2001; Fonseca, 2013). Segundo a TSE de Orem (2001), ao existir um déficit de autocuidado o EEER pode compensá-lo, através de intervenções de Enfermagem específicas dirigidas à tipologia de déficit.

Os EEER podem, assim, assumir um sistema totalmente compensatório, quando as pessoas são incapazes de cuidar de si, sendo dependentes de outros para manter a vida, pelo que o Enfermeiro substitui a pessoa até que esta consiga autocuidar-se ou adaptar-se às suas incapacidades, pelo que esta situação é identificada como déficit de autocuidado terapêutico grave e completo (Orem 2001; Fonseca, 2013).

Quando as pessoas apresentam um déficit de autocuidado terapêutico moderado, o Enfermeiro deverá praticar um sistema parcialmente compensatório de autocuidados, ao compensar apenas as limitações da pessoa (Orem 2001; Fonseca, 2013).

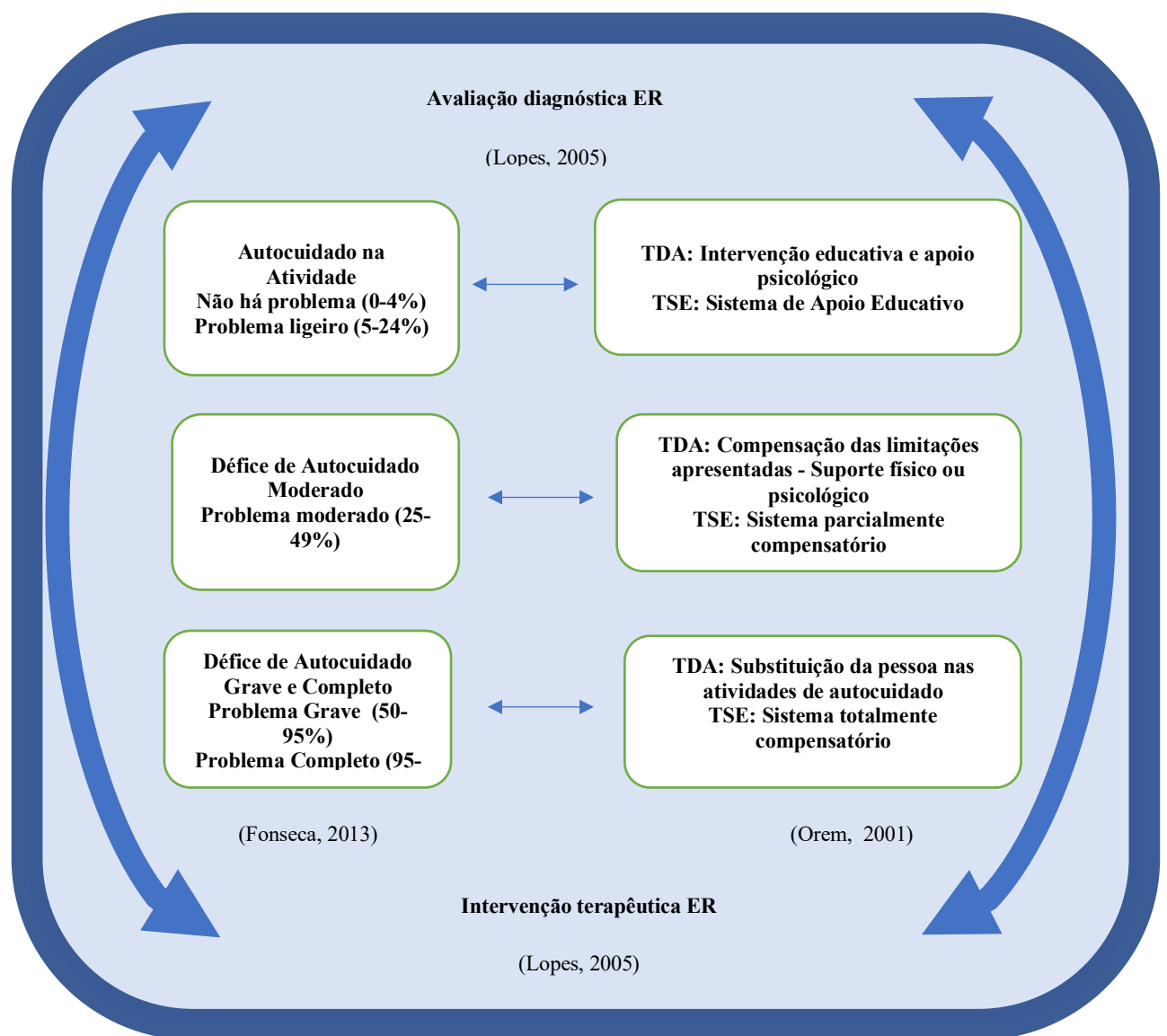
Por outro lado, o sistema de apoio educativo é apropriado quando as pessoas possuem capacidade para o autocuidado, ou seja, existe autocuidado na atividade, sendo necessário apenas ajuda para processos de tomada de decisão ou orientação para a realização de certas atividades, implementando intervenções de educação e apoio psicológico (Orem 2001; Fonseca, 2013).

É de realçar que pode ocorrer transição entre os diferentes sistemas, sendo que esta transição depende das circunstâncias envolvidas, pelo que o EEER deverá avaliar/reavaliar a situação da pessoa/família sistematicamente de forma a adaptar a sua intervenção junto deste.

Deste modo, o MPP que propomos tem em consideração o contexto interdisciplinar onde se desenvolvem os cuidados de ER, respeitando a individualidade da pessoa/família, o seu ambiente e fatores sociais, económicos multiculturais e espirituais, nos vários locais de atuação

onde se desenvolvem, centrando-se na pessoa com déficit de autocuidado com 65 ou mais anos, com compromisso do autocuidado. A prestação de cuidados de ER terá como núcleo central a Teoria de Enfermagem de Déficit de Autocuidado de Orem (2001), o Modelo de Fonseca (2013) e a Teoria de médio alcance de Lopes (2005), encontra-se representado na figura nº3.

Figura nº 3 – Modelo de Prática Profissional



6. JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Neste subcapítulo procura-se abordar a estratégia de intervenção do EEER ao longo do ensino clínico, justificando a necessidade da mesma tendo em conta as competências de EEER e os ganhos sensíveis que advêm da sua intervenção, na capacitação e promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado.

Como já vimos anteriormente o envelhecimento da população é uma realidade europeia e nacional, caracterizada pelo aumento da longevidade da população com idade superior a 65 anos a ter exponencialmente maior representatividade demográfica, no entanto, com elevados índices de dependência associados (Santos 2020; Fonseca 2014). As doenças respiratórias e a fragilidade são conceitos que se associam ao envelhecimento, com especial incidência nos países desenvolvidos, e Portugal não é exceção. Estas condicionantes provocam dependência funcional e distúrbios cognitivos, que comprometem o autocuidado e a qualidade de vida (Antunes, 2017).

Com o aumento da esperança de vida é expectável um aumento significativo da morbilidade e mortalidade das doenças respiratórias nos próximos anos, sendo estas uma das principais causas de óbitos em Portugal (DGS, 2017; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

No conjunto de doenças respiratórias destacam-se as patologias respiratórias restritivas e obstrutivas, podendo ainda ser agrupadas em patologias de etiologia infecciosa e não infecciosa, de natureza aguda ou crónica (Cordeiro & Menoita, 2014; GOLD, 2022)

A verdade é que todas elas acarretam compromissos quer na capacidade funcional, como na realização e desempenho das AVD's e autocuidados, comprometendo a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias (Uslu & Canbolat, 2020; Cordeiro & Menoita, 2014).

É desta forma que surge a necessidade de intervenção do EEER, ao implementar e monitorizar programas de Enfermagem de reabilitação, com o objetivo de identificar as necessidades de intervenção especializada, promovendo a qualidade de vida e a reinserção ou participação da pessoa na sociedade, ao capacitá-la para o autocuidado, maximizando a sua capacidade funcional, tendo em conta o seu potencial de reabilitação (OE, 2019).

Tendo em atenção o perfil de competências do EEER, este identifica os problemas reais e potenciais das pessoas, definindo as necessidades de intervenção especializada, de forma a

otimizar e/ou reeducar a função a função sensitiva, motora, cognitiva e a realização das AVD's ao mesmo tempo que procura promover capacidades adaptativas que potencializem o autocontrolo e o autocuidado, em diferentes processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (OE, 2019). Após a identificação das necessidades de intervenção, o EEER implementa um conjunto de intervenções, delineando planos de reabilitação para cada pessoa, face ao seu processo de doença/incapacidade e à sua individualidade, com vista à promoção do autocuidado nos diferentes contextos de cuidados (internamento, domicílio, comunidade), com uma avaliação/reavaliação continua das suas intervenções, monitorizando os ganhos em saúde (OE, 2019).

Assim, definiu-se como população alvo deste projeto de intervenção a pessoa com 65 ou mais anos de idade, com alterações respiratórias e compromisso no autocuidado, com o objetivo de maximizar a sua capacidades funcional, aumentar qualidade de vida relacionada com a saúde, através da implementação de programas de reabilitação que visem a promoção do autocuidado (OE, 2019).

O presente projeto de intervenção apresenta-se assente numa base metodológica com referenciais teóricos como a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2005), a Teoria de Défice de Autocuidado de Orem (2001) e o modelo de Fonseca (2013), como já foi referido anteriormente.

Neste sentido foram traçados como objetivos gerais e específicos para esta estratégia de intervenção:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências de EEER e de mestre, na promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias.

Objetivos específicos:

- Realizar uma avaliação diagnóstica da pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias e com défice de autocuidado;

- Planear e implementar programas de reabilitação que deem resposta às necessidades de cuidados diagnosticadas da pessoa/família;

- Monitorizar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER, após a implementação do programa de reabilitação.

Desta forma, foi realizada uma avaliação inicial de cada participante, com a identificação das suas necessidades de cuidados especializados e estabelecidos objetivos reais de reabilitação, avaliando a funcionalidade, procedendo-se posteriormente ao desenvolvimento de um plano de intervenção de acordo com a patologia em foco, com posterior avaliação da sua implementação.

7. METODOLOGIA

Este projeto foi desenvolvido de acordo com uma natureza qualitativa, segundo uma perspetiva descritiva e exploratória, baseada numa metodologia de estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Yin (2018). Uma pesquisa qualitativa permite traduzir questões da vida humana, atribuindo significado às ações dos indivíduos e ao contexto em que se interrelacionam, visualizando o objeto de estudo, ao considerar as suas condicionantes, a sua especificidade e as relações que lhe são inerentes, permitindo analisá-lo e interpretá-lo (Yin, 2018).

Esta abordagem permite estudar diversos tópicos, como temas atuais, de interesse pessoal ou relevância social, contribuindo para o reconhecimento da pluralidade cultural e da relevância ao dar voz aos participantes, com foco no universo humano, marcado por subjetividades (Fortin, 2009).

Um estudo de caso é uma estratégia que visa estudar aprofundadamente sobre um indivíduo, uma família, um grupo ou uma organização, e tem como objetivo responder às questões sobre um fenómeno contemporâneo e social, no seu contexto no mundo real, sobre o qual não existe controlo ou está pouco controlado, seguindo um conjunto de procedimentos pré-especificados e é utilizada para explicar relações de causalidade tendo como objetivo a elaboração de novas hipóteses ou estudar o efeito de uma mudança num indivíduo (Yin 2018; Fortin, 2009). Assim, o estudo de caso compreende uma plano de investigação lógico e sistemático, com estratégias de mapeamento, descrição e análise do caso no seu contexto e as relações e as perceções sobre o fenómeno em estudo, com abordagens específicas como a recolha e análise de dados, contribuindo para o conhecimento sobre as características importantes de eventos vivenciados (Yin, 2018).

O estudo de caso permite estudar um fenómeno social complexo segundo uma perspetiva holística, através de duas fontes principais de dados, a observação direta e a entrevista aos participantes do estudo, ou através de notas e documentos que evidenciam dados contemporâneos (Fortin, 2009). O estudo de caso permite organizar, colher, apresentar e analisar os dados empíricos, preservando o carácter único do objeto de estudo (Yin, 2018).

Nos estudos de caso múltiplos, segundo Fortin (2009), a unidade de análise podem ser fenómenos, indivíduos, famílias ou grupos sociais, no entanto, neste projeto de intervenção incidiremos nas pessoas com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado, procurando dar-se resposta à questão “Quais os ganhos sensíveis aos cuidados de ER na pessoa idosa com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado?”.

Ao optar-se por uma metodologia de estudos de caso múltiplos e não apenas um estudo de caso único, permite que aos selecionar criteriosamente os casos, devido à variedade de fontes de dados, se forme uma linha convergente de investigação, que possibilita a triangulação dos dados e se obtenha um maior número de resultados, comparáveis, que se assemelhem entre si, de modo a fazer aferições, deduções e conclusões, que aumentem a robustez das conclusões obtidas e a validade do constructo (Yin, 2018; Brito et al, 2019).

Para além da metodologia de estudos de casos múltiplos, este projeto de intervenção assenta nas Teoria de Défice de Autocuidado de Orem (2001), no modelo de Fonseca (2013) e na Teoria de médio alcance de Lopes (2005), como já foi referido.

O plano de cuidados e toda a intervenção terapêutica desenvolveu-se de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), criado através do Decreto-Lei nº.161/96 (1996) e de acordo ainda com o Regulamento das Competências Específicas do EEER, que regula os cuidados especializados ao nível do domínio das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Yin (2018) considera que na utilização desta metodologia, o primeiro passo, após se definir o tema que pretendemos abordar, será realizar um projeto ou planeamento do estudo e preparar a colheita de dados. Posteriormente à colheita, procede-se à análise dos dados, realizando-se uma descrição e reflexão individual de cada um dos casos; seguidamente, realiza-se um cruzamento dos dados obtidos e fundamentação teórica, refletindo sobre os resultados obtidos e fazendo uma posterior conclusão que faça uma súmula desses achados. Estes pressupostos irão materializar-se nos próximos subcapítulos.

7.1 População alvo

Uma população é um conjunto de sujeitos que partilham características comuns segundo um conjunto de critérios definidos, pelo que a população alvo é entendida como um conjunto de elementos que cumprem critérios de seleção definidos previamente e para os quais se pretende fazer generalizações (Fortin, 2009).

Neste projeto de intervenção será utilizada uma amostragem não probabilística do tipo accidental, em que cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido, incorrendo-se o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística (Fortin, 2009). Será ainda do tipo accidental, uma vez que será formada por pessoas facilmente acessíveis e presentes num local determinado, neste caso, os serviços clínicos onde foram realizados os estágios, com a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa, no entanto, existe uma limitação da generalização dos resultados (Fortin, 2009).

Foi definido como critério de inclusão deste projeto de intervenção: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade, com alterações respiratórias e com défice de autocuidado, com necessidade de cuidados de ER, selecionados conjuntamente com os supervisores clínicos nos diferentes campos de estágio, do domínio ortopédico, respiratório e neurológico e de acordo com a riqueza do caso para o desenvolvimento e construção de competências de especialista em ER.

A identificação da população alvo será codificada por letras e números, nomeadamente, A1, A2, B1, B2, B3, C1 e C2, o que corresponderá a cada participante do projeto de intervenção, de forma a salvaguardar o anonimato e a privacidade dos dados clínicos.

Assim, foram selecionadas para constituição da população alvo de intervenção, 7 participantes ao longo dos diversos estágios clínicos:

- Estágio do foro ortopédico - incluídos 2 participantes (A1, A2) internados no serviço de ortopedia;
- Estágio do foro respiratório – incluídos 3 participantes (B1, B2, B3) internados no serviço de cirurgia geral;
- Estágio do foro neurológico – incluídos 2 participantes (C1, C2) internados na UCI.

Analisando estatisticamente a população alvo, podemos averiguar que a média de idades dos participantes é de 73 anos, onde o participante mais velho tem 81 anos e o mais novo 65 anos de idade.

Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa, 4 participantes do género feminino (70%) e 3 do género masculino (30%). Relativamente ao estado civil, 5 dos participantes são casados (80%), 1 viúvo (10%) e 1 divorciado (10%). Quanto ao agregado familiar, 5 participantes residem acompanhados pelo conjugue (80%) e 2 residem sozinhos no domicílio (20%).

Quanto ao nível de escolaridade, 6 têm apenas o 4º ano de escolaridade (90%) e 1 o 12º ano (10%), pelo que se pode aferir que a população alvo apresenta um baixo nível de literacia. Da população alvo, 6 dos participantes encontram-se reformados (90%), com apenas 1 ativo a nível profissional (10%).

7.2 Instrumentos de apreciação diagnóstica

De acordo com a investigação a ser realizada, existem uma diversidade de fenómenos que requerem uma variedade de métodos de colheita de dados e é a natureza do problema de investigação que dita o tipo de método de colheita de dados a utilizar (Fortin, 2009).

Também Yin (2018) defende que a utilização de diferentes métodos de colheita de dados nos estudos de caso promovem uma maior qualidade aos mesmos, comparativamente aos que utilizam apenas uma fonte de colheita de dados, uma vez que se complementam e produzem processos de evidência convergente, aumentando a validade do estudo realizado.

A escolha destes métodos faz-se em função das variáveis em estudo, utilizando instrumentos de medida pertinentes (Fortin, 2009). Assim, os métodos de colheita de dados podem incluir medidas objetivas, que não deixam espaço à interpretação, e medidas subjetivas, como observações, entrevistas, questionários e escalas (Fortin, 2009).

As escalas de medida servem para avaliar variáveis psicossociais e medidas fisiológicas, situando a pessoa num ponto preciso de um continuum ou numa série de categorias ordenadas.

Estas são compostas de vários enunciados, itens, com uma relação lógica ou empírica, que se traduz numa autoavaliação destinada a medir um conceito ou característica da pessoa, sendo que um valor numérico é atribuído, score, à posição que a pessoa escolheu na escala, permitindo efetuar comparações entre os indivíduos relativamente ao fenómeno ou ao conceito examinado (Fortin, 2009).

No âmbito dos cuidados especializados de ER os instrumentos de colheita de dados possibilitam a caracterização da condição de saúde da pessoa, decorrente da resposta às transições dependência/independência, ao longo do processo de reabilitação, permitindo a quantificação e evidência dos resultados obtidos, assim como a documentação dos mesmo (OE, 2016).

Face à população alvo do projeto de intervenção, população idosa, optou-se pela utilização de instrumentos de avaliação diagnóstica sensíveis à população alvo, nomeadamente o *Eldery Nursing Core Set* (ENCS) de Fonseca (2013), para avaliação da funcionalidade da pessoa idosa e o *Mini Mental State Examination* (MMSE) que avalia o estado cognitivo, de modo planear as intervenções de ER mediante as necessidades de cuidados diagnosticadas e posteriormente avaliar os resultados as mesmas.

O ENCS foi desenvolvido de forma a sistematizar o core set dos idosos, através de um instrumento específico para a avaliação das necessidades de cuidados de Enfermagem, entendido como o processo que resulta da articulação com a restante equipa multidisciplinar, com foco na pessoa idosa e no seu contexto, e que entende a funcionalidade como um processo de interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais, cujo objetivo é a manutenção da autonomia ou a promoção da readaptação a défices de autocuidado e atividades de participação, tendo em consideração as funções e estruturas do corpo, assim como os fatores ambientais (Fonseca et al, 2019).

O Instrumento ENCS é composto por 25 itens, com o objetivo de avaliar a funcionalidade e definir necessidades de cuidados de Enfermagem baseadas na CIF para pessoas com 65 e mais anos de idade (Lopes & Fonseca, 2013). Este subdivide-se em duas secções: uma primeira que coleta os dados sociodemográficos (estado civil, escolaridade e diagnóstico médico), seguida dos 25 itens baseados na CIF (Lopes & Fonseca, 2013). A resposta a cada um dos 29 códigos que integra a ENCS faz-se através de escala *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%) (Fonseca et al., 2018).

Quanto menor a pontuação, melhor será a funcionalidade da pessoa alvo de intervenção (Fonseca et al, 2018).

Este instrumento permite avaliar quatro domínios: Autocuidado (lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço, beber e comer); Aprendizagem e Funções Mentais (funções emocionais, funções de orientação, funções de atenção, funções de memória, funções de consciência e funções cognitivas de nível superior); Comunicação (falar, conversação, comunicar e receber mensagens orais, e relacionamentos familiares); e Relação com os amigos e cuidadores (prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos) (Fonseca et al, 2018).

Quanto à sua fidelidade, o ENCS apresenta um alfa de Cronbach de 0,963, o que se traduz numa distinta fiabilidade para os itens apresentados, e uma excelente consistência interna (Fonseca, et al., 2019).

Através do ENCS (Fonseca, 2013), será possível utilizar a informação recolhida para definir e hierarquizar as prioridades, concebendo um plano com programas de reeducação funcional, em que são seleccionadas intervenções que permitam otimizar e/ou reeducar a função (OE, 2019).

A demência é o síndrome progressivo de défice cognitivo global, associada à idade, e comum entre a população idosa. O MMSE é a ferramenta de rastreio mais conhecida e mais frequentemente utilizada para fornecer uma medida global da deficiência cognitiva em ambientes clínicos, de investigação e comunitários (Arevalo-Rodriguez, et al., 2021). Foi desenvolvido com o propósito de identificar indivíduos com deterioração cognitiva, de forma breve, cuja aplicação requer entre 5 a 10 minutos, sem cronometração durante a execução (Arevalo-Rodriguez et al, 2021; Morgado et al, 2009)

Este instrumento foi desenvolvido por Flostein et al (1975) e traduzido e adaptado para a população portuguesa em 1994 por Guerreiro et al (Guerreiro et al, 1994). Para a população portuguesa foram definidos novos valores de corte para deteção do défice cognitivo por Morgado et al (2009), com atribuição de 15 pontos para indivíduos analfabetos; 22 para literacia de 0 a 2 anos; 24 para literacia de 3 a 6 anos e 27 para literacia igual ou superior a 7 anos.

Apresenta 30 questões que permitem avaliar a função cognitiva e quadros demenciais, divididas em 6 domínios: Orientação (5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial); Retenção; Atenção e cálculo; Evocação; Linguagem (constituída por 2 itens de nomeação e 1 de repetição de uma frase, 3 de compreensão de ordem verbal, 1 de compreensão escrita e 1 de escrita espontânea de uma frase) e por último o domínio de habilidade construtiva.

Cada item do teste é pontuado com 0, quando o indivíduo não responde ou responde de forma incorreta, ou 1 ponto, quando responde corretamente, e a pontuação total varia entre 0 e 30 valores, correspondendo este último ao melhor desempenho (Morgado et al, 2009).

A fidelidade deste instrumento foi determinada pelo método *split-half*, com uma consistência interna que apresenta um valor moderado, com um alfa de cronbach de 0,464 (Morgado et al, 2009).

A pontuação do MMSE é influenciada por variáveis demográficas, diminuindo com a idade e com menor escolaridade, sem influência de género (Arevalo-Rodriguez et al, 2021)

Estes dois instrumentos são os principais constituintes da recolha de dados para este projeto de intervenção, no entanto, em determinados casos surgiu a necessidade de utilizar outros, de forma a determinar as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa, numa perspetiva holística, com instrumentos mais precisos em determinados domínios da avaliação da funcionalidade e capacidades cognitivas dos participantes.

Assim, sempre que seja pertinente e se justifique, utilizou-se a escala de Lower (Pinto, 2001) para avaliação da força muscular nos diferentes segmentos corporais, uma vez que se trata de uma das escalas mais comumente utilizadas para esse efeito (Pinto, 2001). Esta quantifica a força muscular bilateralmente, de 0 a 5/5, através do uso da força e da resistência do profissional que procede à avaliação, sendo que uma força muscular grau 0/5 corresponde a ausência de contração muscular e movimento; 1/5 é perceptível contração, mas assiste-se a uma ausência de movimento; 2/5 existe movimento, mas não permite vencer a gravidade; 3/5 vence a gravidade, mas não vence a resistência; 4/5 vence a gravidade e resistência moderada e uma força muscular 5/5 corresponde a um movimento normal contra a gravidade e resistência (Menoita, 2012).

Por último recorreu-se também à Escala Modificada de Borg (1998), utilizada para quantificar a dispneia durante o exercício Físico ou em atividades, cuja medição é feita de forma direta, no momento em que a pessoa está a experimentar a sensação, permitindo medir a

intensidade do exercício ou atividade em termos de índices subjetivos, determinando limites seguros para o treino/atividades. Esta é uma escala vertical, quantificada de 0 a 10, onde 0 representa nenhum sintoma e 10 representa sintoma máximo. A dispneia afeta a atividade física global, agravando a função pulmonar, como consequência de qualquer esforço físico realizado, assim o EEER pode recorrer a esta escala para avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's, com o objetivo de obter ganhos em saúde através da sua intervenção (Rodrigues et al, 2002).

A utilização de instrumentos de avaliação sistematizados para avaliação do doente permite compreender as necessidades de cuidados em Enfermagem e estruturar a intervenção de ER, da forma mais adequada, com a elaboração de um plano de reabilitação ajustados às necessidades individuais da pessoa e família. Estes instrumentos deverão ser aplicados antes da intervenção e após a implementação do PR, de forma a aferir ganhos em saúde (OE, 2018).

7.3 Considerações éticas

O olhar ético deve acompanhar todo o processo de procura do conhecimento, desde a pertinência e definição do problema, validade dos resultados, escolha da metodologia adequada, aos instrumentos e processos de colheita e análise dos mesmos, até à confrontação dos resultados (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2018).

Deve imperar ao longo de todo este processo, enquanto princípio ético, a integridade científica, com base nos princípios da confiabilidade (garantia de qualidade), da honestidade (desenvolvimento, implementação, revisão, publicação e comunicação), do respeito (pelos participantes, sociedade, meio envolvente e patrimonial, assim como os colegas), e da responsabilidade (tanto pelo projeto, pela ideia da publicação, gestão e organização) (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2018).

Também o International Council of Nurses destaca os 6 princípios éticos a considerar, nomeadamente, a beneficência (fazer o bem ao próprio participante e á sociedade), a avaliação da maleficência (não causar dano e avaliar os possíveis riscos), a fidelidade (confiança entre o investigador e o participante do estudo), a justiça (equidade entre os grupos de participantes), a veracidade (informar sobre os riscos e benefícios, associando o consentimento livre e

esclarecido) e a confidencialidade (salvaguardar a informação de cariz pessoal durante o estudo, mantendo o anonimato).

Este projeto de intervenção teve como base a Ética e Deontologia Profissional, assim como o REPE (Decreto-Lei nº.161/96, 1996), procurando-se sempre e em circunstância alguma, respeitar o princípio geral da “*defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana*” (artigo 99º, nº1), os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de “*respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” (artigo 99, nº3, alínea b) e de “*excelência do exercício*” (alínea c), os deveres de informação, ao “*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*” (alínea b), os deveres de sigilo, ao “*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*” (alínea e), mantendo o “*respeito pela intimidade*” (artigo 107º) e os deveres de salvaguardar os direitos das crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência (artigo 102º) (Nunes, 2020).

Sendo este um projeto de intervenção, inserido num contexto naturalista, relacionado com questões ligadas à vida das pessoas e aos significados que lhe atribuem, sem controlo rigoroso ou manipulação de variáveis, foi preciso assegurar os participantes, não só no momento da colheita de dados mas ao longo de toda a intervenção, minimizando qualquer desconforto ou exposição (Nunes, 2020).

Os participantes foram previamente informados quanto aos objetivos e à natureza da intervenção, as diferentes fases que envolvem o projeto, bem como as potenciais consequências e riscos, salvaguardando-se o direito de a qualquer momento revogar livremente o seu consentimento, oral ou escrito, sem que isso implique consequências para o próprio, assegurando-se ainda de que para além da transmissão da informação por parte do profissional de saúde, esta é compreendida pelo participante (Nunes, 2015).

Deste modo, durante a realização deste projeto de intervenção foram salvaguardadas a confidencialidade e o direito à privacidade dos dados pessoais, garantindo o anonimato dos participantes, atribuindo códigos com letras e números aos participantes.

7.4 Plano de intervenção

O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de ER, com base em problemas reais e potenciais, com vista à maximização do potencial das pessoas, através de uma abordagem sistemática e intencional, com recurso a uma metodologia científica (Regulamento nº392/2019, 2019).

O processo de Enfermagem é uma metodologia científica que norteia a prática profissional e a sua aplicação permite dar resposta às necessidades individuais das pessoas de forma segura e específica, incrementando qualidade ao cuidar e contribuindo para a valorização do EEER (Ribeiro et al, 2021).

É através do processo de Enfermagem, que o EEER identifica os problemas e as necessidades de cuidados de Enfermagem, diferenciando a sua intervenção especializada apenas quando recolhe dados que os sustentam e diferenciam (Ribeiro et al, 2021).

Sendo o processo de Enfermagem composto por várias etapas, nomeadamente, avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final, nesta secção do relatório será abordada a etapa do planeamento dos cuidados de ER.

Os problemas e necessidades de cuidados de ER são identificados após a colheita e análise dos dados e traduzidos em diagnósticos de Enfermagem, subjacente ao juízo clínico do EEER, que lhe permite com rigor e segurança, formular diagnósticos de acordo com 3 dimensões: funcionalidade ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade; respostas humanas às transições vivenciadas e fatores facilitadores e dificultadores dos processos de transição. Posteriormente formulam-se as intervenções de Enfermagem, de acordo com objetivos realistas e exequíveis, de acordo com o projeto de saúde da pessoa e da família (Ribeiro et al, 2021)

Os diagnósticos foram formulados utilizando uma linguagem universal e unificadora, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), seguindo-se as intervenções do plano de intervenção para os diferentes domínios, nomeadamente, ortopédico, neurológico e respiratório, com base na evidência científica presente na RSL com meta-análise previamente realizada. Após a implementação do plano de intervenção, serão avaliados os resultados obtidos e os ganhos em saúde, permitindo uma constante reavaliação e reformulação do plano de cuidados individual, de forma a otimizar a funcionalidade, a capacitação e a autonomia.

7.4.1 Plano de intervenção do foro ortopédico

Plano de intervenção do foro ortopédico	
O sistema musculoesquelético fica comprometido essencialmente por dois tipos de causas, a osteoartrose e eventos traumáticos, com consequências frequentes ao nível dos membros inferiores e superiores, e na maioria dos casos com necessidade de intervenção cirúrgica. Estas cirurgias osteotraumatológicas levam a processos de transição saúde-doença com impacto variável de pessoa para pessoa, sendo eventos geradores de dependência no autocuidado, diminuição da autoestima, angústia e ansiedade, que podem resultar de condições agudas ou crónicas (Lourenço et al, 2021). O EEER apresenta uma intervenção essencial nas cirurgias eletivas do complexo articular da anca e do joelho, uma vez que estas ocorrem principalmente por desgaste articular, como a artroplastia total da anca e a artroplastia total do joelho. O EEER intervém ao nível do autocuidado, da readaptação funcional e da prevenção de complicações, num momento pré-operatório, onde possibilita a exposição das expectativas e a gestão das mesmas, relativamente à cirurgia e à recuperação, reduzindo sentimentos de ansiedade e promovendo uma melhor adesão ao plano de reabilitação, ensinando, instruindo e treinando a pessoa, para que após a alta esteja capacitada para a prevenção de complicações e maximização das suas capacidades, dando continuidade ao processo de reabilitação no domicílio (Marques-Vieira et al, 2017; Lourenço et al, 2021) As sessões de reabilitação devem ter a duração de 1h, três vezes por semana.	
Período Pré operatório A intervenção do EEER no período pré-operatório possibilita gerir expectativas em relação à cirurgia e à sua recuperação, reduz a ansiedade e aumenta o envolvimento da pessoa e da família, promovendo uma melhor adesão ao regime de reabilitação e satisfação com os cuidados prestados (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira & Sousa, 2017). Domínio: Atividades de promoção de saúde; Qualidade de vida relacionada com a saúde e Capacidade para o autocuidado Iniciar a preparação para a alta: - Recolha de dados sociodemográficos, condições habitacionais e barreiras arquitetónicas existentes no domicílio; - Fornecer documentos de apoio acerca de prevenção de quedas e complicações e dispositivos de apoio a utilizar no domicílio após a cirurgia - Ensinar e instruir sobre adequação das condições do domicílio; - Ensino sobre estratégias de prevenção de quedas no domicílio (retirar tapetes, corredores sem obstáculos, calçado antiderrapante); - Promover o envolvimento da família no processo de preparação para a alta (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira et al, 2017) Domínios: Estado funcional	Período Pós operatório O processo de reabilitação no pós-operatório tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, capacitar a pessoa e maximizar a sua independência, ao mesmo tempo que previne complicações e diminui o tempo de internamento (Lourenço et al, 2021). Domínios: Estado funcional - Avaliação funcional através da ENCS (Fonseca, 2013); -Avaliação da força muscular (escala de Lower); Domínio: Atividades de promoção da saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações: - Promoção e consciencialização da aceitação das limitações pós cirúrgicas; - Ensinar sobre precauções de segurança e prevenção de complicações: luxação e subluxação da prótese e sinais de alerta (dor intensa, dismetria dos membros, impossibilidade de movimentar o membro intervencionado); - Instruir e treinar a prevenção de complicações na articulação intervencionada (estratégias que permitem evitar movimentos luxantes nos autocuidados, nas AVD's e na sexualidade, mediante a abordagem cirúrgica

Título | Promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias: Ganhos sensíveis os cuidados de Enfermagem de Reabilitação

• Avaliação funcional através da ENCS e determinação do potencial de reabilitação (Fonseca, 2013); • Avaliação da força muscular (escala de Lower); (Lourenço et al, 2021) • Recolha da história clínica (história de doença atual e pregressa) através de entrevista e documentação de dados (Cordeiro & Menoita, 2014) • Avaliação da função pulmonar (Chung et al, 2021; Martin-Sanchez et al, 2020; Uslu & Canbolat 2020; Collins et al, 2018; Tsang et al, 2018): -Avaliação subjetiva (tosse, expetoração, dispneia e torocalgia); -Avaliação da dispneia através da escala de Borg Modificada (Martin-Sanchez et al, 2020; Uslu & Canbolat 2020; Tsang et al, 2018) -Avaliação objetiva (exame físico e análise de exames complementares de diagnóstico) (Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al, 2021). Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções Domínio: Atividades de promoção de saúde e Qualidade de vida relacionada com a saúde Potencial para melhorar a adesão ao Regime de Reabilitação: - Informar o doente e família sobre a importância da adesão ao regime de reabilitação; - Consciencializar sobre o regime de reabilitação após a cirurgia; - Incentivar a adesão ao regime de reabilitação; - Analisar junto do doente/família a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação; - Realizar ensinamentos sobre a intervenção cirúrgica a realizar, percurso intrahospitalar até regressar ao internamento e estimativa de tempo de recuperação; - Ensinar sobre os procedimentos pré-operatórios; (Lourenço et al, 2021). Reeducação funcional respiratória (RFR) Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade para otimizar a ventilação: - Ensino dirigido à pessoa, tendo em conta a existência de patologias cardiorrespiratórias prévias; - Ensino da dissociação dos tempos respiratórios; - Ensino da respiração abdominodiafragmática; - Ensino da tosse dirigida e assistida; - Exercícios de reeducação costal global (Lourenço et al, 2021; Cordeiro & Menoita, 2012). Reeducação funcional Motora (RFM) Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre exercícios musculares e articulares: - Exercícios isométricos: contrações isométricas abdominais, dos glúteos e dos quadríceps (3 séries	realizada). - Incentivar a aceitação e a tomada de decisão sobre os cuidados de saúde; (Lourenço et al, 2021) Domínio: controlo de sintomas - Ensinar sobre estratégias de alívio e controlo da dor; - Ensinar sobre a importância da crioterapia (4-5 vezes por dia durante 15-20 minutos) e massagem para minimização do edema; (Lourenço et al, 2021) Reeducação Funcional Motora Movimento corporal comprometido: - Analisar com a pessoa e família a relação entre exercícios musculares e articulares e a mobilidade da articulação intervencionada; - Executar a técnica de exercício muscular e articular: passivos, ativos-assistidos, ativos e ativos resistidos, mediante uma avaliação prévia; - Manter as intervenções realizadas no pré-operatório, adequando os exercícios ao procedimento cirúrgico realizado, respeitando e mantendo o controlo da dor e o limite da amplitude articular, com o objetivo de progressão contínua - Ensinar sobre a prevenção de contraturas e atrofia muscular dos músculos adjacentes à articulação intervencionada através de exercícios musculares; - Prevenir rigidez articular através da mobilização precoce; - Promover o fortalecimento muscular dos membros superiores, de forma a potenciar a utilização posterior do auxiliar de marcha após o levante; - Realizar o 1º levante no 2º dia pós-operatório e remover os drenos, no caso de existirem. (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira et al, 2017) Domínio: Capacidade para o autocuidado Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se; - Instruir e treinar o uso de dispositivo para transferir-se (andador, canadianas e cadeira de rodas); - Incentivar a pessoa a transferir-se - Ensinar e treinar a técnica de levante ; - Reforçar e treinar técnica para apanhar objetos do chão (ajudas técnicas) (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira et al, 2017) Potencial para melhorar a capacidade para sentar-se - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação durante o sentar-se; - Ensinar e treinar a sentar-se mediante a articulação intervencionada. (Lourenço et al, 2021)
---	--

Título | Promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias: Ganhos sensíveis os cuidados de Enfermagem de Reabilitação

de 10 repetições); - Exercícios isotônicos: com a realização de mobilizações ativas/livres/assistidas e/ou resistidas dos membros sãos (3 séries de 10 repetições). - Exercícios para realização da ponte (3 séries de 10 repetições); - Exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores (3 séries de 10 repetições) (Marques-Vieira & Sousa, 2017; Ribeiro, 2021). - Dorsiflexão/flexão plantar da tibiotársica de modo a favorecer o retorno venoso e o risco de tromboflebite (Marques-Vieira & Sousa, 2017) Treino de AVD's: - Ensino e treino da técnica de levantar; - Ensino da técnica de transferência para a banheira/duche; - Ensino da técnica para apanhar objetos do chão com ajudas técnicas (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira & Sousa, 2017)	Potencial para melhorar a capacidade para tomar banho - Analisar junto da pessoa e família a relação entre o uso de dispositivos de apoio e a autonomia para tomar banho; - Instruir acerca dos dispositivos de apoio existentes e modos de utilização; - Treinar o uso de dispositivos de apoio para tomar banho; - Ensino da técnica de transferência para a banheira. (Lourenço et al, 2021) Potencial para melhorar a capacidade para vestir-se - Analisar junto da pessoa e família a relação entre o uso de dispositivos de apoio e a autonomia para vestir-se e despir-se; - Instruir acerca dos dispositivos de apoio existentes para vestir-se/despir-se; - Treinar a utilização dos dispositivos para vestir-se/despir-se. (Lourenço et al, 2021) Potencial para melhorar a capacidade para usar o sanitário - Analisar com a pessoa e família a relação entre o uso de dispositivos de apoio e a autonomia para usar o sanitário; - Instruir acerca de dispositivos de apoio para o sanitário (alçador de sanita e barras de apoio). (Lourenço et al, 2021) Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha - Analisar com a pessoa e família a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar; - Ensinar sobre o auxiliar de marcha (ajuste à altura e condições de segurança); - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (com ou sem carga no membro intervencionado); - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha a subir e descer escadas. (Lourenço et al, 2021) Potencial para melhorar o equilíbrio - Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda; - Instruir e treinar técnica de equilíbrio (estático e dinâmico); - Assistir no treino de equilíbrio; - Providenciar material educativo; - Incentivar treino de equilíbrio. (Lourenço et al, 2021)
--	--

7.4.2 – Plano de intervenção do foro respiratório

Plano de intervenção do foro respiratório	
O compromisso no sistema cardiorrespiratório dá-se por contextos clínicos diretamente associados ao sistema, como são as patologias pulmonares obstrutivas e restritivas ou por contextos clínicos relacionados com outros sistemas (musculoesquelético ou neurológico), que originam situações de imobilidade sequelel ou iatrogénica (Couto et al,2021). O compromisso no sistema respiratório implica um processo de transição saúde-doença, quer pelo seu impacto nos processos corporais, psicológicos, emocionais ou sociais, que se traduzem em repercussões na autonomia e qualidade de vida. O EEER destaca-se ao intervir no processo de transição saúde-doença da pessoa com compromisso do sistema respiratório, ao ser dotado de capacidades que permitem realizar uma avaliação da situação clínica, incluindo uma avaliação sintomatológica decorrente do exame físico e complementada pelos meios complementares de diagnóstico e ao compreender o estadio da doença e estruturar intervenções adequadas à sua situação. Os focos da intervenção do EEER centram-se nos processos corporais, como as manifestações em sinais e sintomas, nos processos intencionais e nos processos cognitivos, que permitem a gestão da própria doença e a prevenção de complicações, mediante a capacidade cognitiva que a pessoa apresenta e ou a família, e de autocuidado (Couto et al,2021). A reabilitação respiratória é assim entendida como um modo sistemático de diagnóstico e terapêutica cientificamente comprovada para otimizar as AVD's e a qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas com compromisso respiratório, contribuindo para prevenir e tratar desordens respiratórias. Cada programa de reabilitação respiratória deve ser individual tendo em conta variáveis relacionadas com a pessoa, com a doença, com o local de aplicação e os recursos disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2014)	
	Domínio: Estado funcional e Qualidade de vida relacionada com a saúde Avaliação inicial: • Recolha da história clínica (história de doença atual e pregressa) através de entrevista e documentação de dados (Cordeiro & Menoita, 2014) • Avaliação da função pulmonar (Chung et Al.,2021; Martin-Sanchez et al, 2020; Uslu & Canbolat 2020; Collins et al, 2018; Tsang et al, 2018): -Avaliação subjetiva (tosse, expetoração, dispneia e torocalgia); -Avaliação da dispneia através da escala de Borg Modificada (Martin-Sanchez et al, 2020;(Uslu & Canbolat 2020; Tsang et al, 2018) -Avaliação objetiva (exame físico e análise de exames complementares de diagnóstico) (Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021). • Avaliação da capacidade funcional através da ENCS (Fonseca, 2023; Chung et Al.,2021; Martin-Sanchez et al, 2020; López-Liria et al, 2019; Tsang et al, 2018) Reabilitação Funcional Respiratória Domínio: Controlo de sintomas, Atividades de promoção da saúde e Estado funcional Ventilação comprometida:

	-Instruir e informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; -Executar técnicas para otimizar a ventilação: • Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; • Reeducação diafragmática; • Reeducação Costal; • Reeducação diafragmática (porção posterior, anterior do diafragma); • Reeducação costal seletiva e global com recurso a dispositivos (bastão); -Treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Incentivar o uso de técnicas para otimizar a ventilação. (Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021). Domínio: Controlo de sintomas e Atividades de promoção da saúde Potencial para melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório/ansiedade/dispneia: - Ensino de técnicas de controlo respiratório (relaxamento muscular e dissociação dos tempos respiratórios) para alívio da dispneia/ansiedade; - Executar técnicas de descanso e relaxamento: • Posição de cocheiro; • Expiração com os lábios semicerrados; - Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento; - Treinar o uso de técnicas de descanso e relaxamento; -Ensinar sobre gestão do ambiente e fatores indutores de agravamento da dispneia; -Ensinar técnicas de autocontrolo da ansiedade; -Prevenção e correção de alterações posturais (espelho quadriculado); - Ensino de técnicas não farmacológicas para controlo e alívio dos sintomas (Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Collins et al, 2018; Tsang et al, 2018). Limpeza das vias aéreas comprometida: - Executar técnicas de limpeza das vias aéreas; • Drenagem postural • Manobras acessórias (percussão, vibração e compressão) • Tosse • Huffing/expiração forçada • Ciclo ativo da respiração • Drenagem autogénica • Expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infralateral • Hiperinsuflação manual • Cough assist -Ensinar sobre técnicas de limpeza da via aérea; -Ensinar e instruir sobre dispositivo de promoção da limpeza da via aérea -Incentivar a ingestão hídrica.
--	--

	(Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021). Adesão ao regime terapêutico comprometida: -Facilitar a adesão ao regime terapêutico (medicamentoso e não medicamentoso); -Ensinar sobre técnica inalatória de acordo com os dispositivos em uso; -Treinar técnica inalatória com os dispositivos em uso -Instruir sobre oxigenoterapia; -Instruir sobre ventilação não invasiva (VNI) - Ensino de prevenção de complicações nas agudizações da doença (López-Liria et al, 2019; Couto et al,2021; Wang et al, 2019); Domínio: Capacidade para o autocuidado Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade para estratégias adaptativas para o autocuidado: - Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado; - Ensinar sobre técnicas de gestão de energia; - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado higiene e arranjo pessoal; - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado vestir-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado alimentar-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado mover-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para atividades como ir às compras, atividades domésticas e de organização do ambiente domiciliário; - Ensinar sobre estratégias de adaptação para a sexualidade. Ensino e treino de estratégias adaptativas com ajudas técnicas; -Treino de AVD's; - Treino sensoriomotor; - Ensino e treino de marcha (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Tsang et al, 2018 Collins et al, 2018; Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021) Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia: -Analisar com a pessoa e família a relação entre técnicas de conservação de energia e autonomia no autocuidado; - Avaliar a dispneia durante a atividade através da escala de Borg Modificada; -Ensinar sobre estratégias de gestão de energia; -Ensinar a gerir a atividade e vigiar a resposta à atividade física; -Planejar o repouso; -Providenciar material educativo; - Instruir e executar treino de resistência/aeróbio; - Incentivar a manter atividade física de forma contínua no dia a dia. (Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021). Domínio: Controlo de sintomas e capacidade para o autocuidado
--	---

	Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade para autogestão da doença: - Informar sobre a doença; - Elaborar um plano de automonitorização dos sintomas da patologia, associado a ações de intervenção para controlo dos mesmos; - Elaborar um plano de adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis; - Providenciar material educativo; - Identificar necessidades no âmbito da autogestão da doença e gestão dos cuidadores/família; - Realizar sessões de educação para a saúde com o objetivo de capacitar a pessoa e a autogestão da doença; - Monitorização/assistência através de sistema de follow-up estruturado, de forma a orientar comportamentos de procura de saúde; - Realização de sessões de cessação tabágica; - Providenciar apoio psicológico/fornecer suporte psicossocial; - Promover a inclusão da família no processo de cuidados e o seu suporte; - Promover a interação e partilha de experiências entre doentes com a mesma patologia; - Treino e capacitação dos prestadores de cuidados/família (Wang et al, 2019; Uslu & Canbolat 2020; Tsang et al, 2018; Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; López-Liria et al, 2019). Reeducação funcional Motora Domínio: Estado funcional e atividades de promoção da saúde Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade para executar exercícios musculoesqueléticos - Analisar com a pessoa a relação entre exercícios musculoesqueléticos, movimento corporal e a patologia respiratória; - Executar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores; - Ensinar e instruir sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores; - Prevenção e correção de alterações posturais; - Treino de exercício; - Avaliação dos progressos em capacidade física/tolerância à atividade (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Collins et al, 2018; Tsang et al, 2018; Chung et Al.,2021; Martin-Sanchez et al, 2020; Couto et al,2021)
--	--

7.4.3 – Plano de intervenção do foro neurológico

Plano de intervenção do foro neurológico	
O compromisso do sistema nervoso pode ser originado por patologias, categorizadas em origem etiopatológica, como as doenças vasculares cerebrais ou tumores cerebrais, doenças da medula espinal ou neuropatias periféricas, patologias de natureza sintomática, como as cefaleias e alterações do sono e ainda fenomenológicas como as doenças do movimento. A doença neurológica apresenta uma expressão tendencialmente crescente, em consequência do envelhecimento populacional, com um impacto social e económico acentuado, principalmente nos países desenvolvidos (Araújo et al, 2021). As doenças do sistema nervoso estão associadas a uma elevada mortalidade, com consequências nefastas a nível cognitivo, comportamental e motor, com elevadas taxas de incapacidade, e são vivenciadas como eventos negativos e traumáticos, tanto na esfera pessoal como na rede familiar, o que leva a um aumento da procura de cuidados de saúde (Araújo et al, 2021; Menoita, 2014). A reabilitação neurológica tem como foco a promoção da independência funcional nos vários contextos em que a pessoa está inserida, devendo ser iniciada o mais precocemente possível, pelo que o EEER tem um papel crucial na avaliação dos défices, na identificação dos diagnósticos e no planeamento e implementação das intervenções que visem a preparação da pessoa e família para o regresso a casa, reencaminhado para a continuidade de cuidados na comunidade sempre que necessário, de forma a potenciar a independência e a readaptação funcional (Araújo et al, 2021).	
O objetivo da reabilitação da pessoa com compromisso neurológico é a obtenção do máximo de independência funcional possível, com a reeducação das AVD's, com foco nos défices existentes, incentivando a participação ativa da pessoa no processo de reabilitação (Araújo et al, 2021).	Domínio: Estado funcional Avaliação Inicial: • Exame neurológico - Estado mental (estado de consciência, orientação, atenção, memória, capacidades práticas, linguagem); - Avaliação do estado cognitivo através do MMSE; - Avaliação dos pares cranianos - Avaliação da motricidade (força muscular, através da escala de Lower, tônus muscular, coordenação motora) - Avaliação da sensibilidade - Avaliação do equilíbrio e marcha • Avaliação da funcionalidade através da ENCS (Fonseca, 2013; Chung et Al.,2021; Martin-Sanchez et al, 2020; López-Liria et al, 2019; Tsang et al, 2018)

	• Avaliação da deglutição através do Volume-Viscosity Swallow Test (VVS-T) (Clave, et al., 2008) Domínio: Capacidade para o autocuidado e Atividades de promoção da saúde Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções <u>Reeducação Funcional Motora</u> Movimento corporal comprometido (fraqueza muscular adquirida na UCI) - Analisar com a pessoa e família a relação entre exercícios musculares e mobilização precoce; - Executar electroestimulação nos membros superiores e inferiores (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). - Executar a técnica de exercício muscular e articular: Mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas resistidas, mediante uma avaliação prévia; - Executar exercícios terapêuticos como rolar e levantar; ponte; treino de equilíbrio; treino de exercício com bola terapêutica; treino de força muscular e treino de resistência; (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017; Ribeiro, 2021). Deglutição comprometida: - Analisar com a pessoa e família a relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração; - Ensinar sobre risco de aspiração; - Analisar com a pessoa a relação entre dieta e deglutição; - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição; - Ensinar e instruir sobre estratégias compensatórias; - Treinar estratégias compensatórias posturais, sensoriais e de consistência; - Ensinar e instruir técnicas de deglutição; - Ensinar e instruir sobre exercícios para promoção da deglutição (exercícios musculo-faciais) (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017; Ribeiro, 2021). Potencial para melhorar o conhecimento/capacidade sobre treino de equilíbrio corporal - Analisar com a pessoa e família a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio; - Executar técnica de equilíbrio estático sentado e em pé; - Executar técnica de equilíbrio dinâmico; - Ensinar e instruir sobre treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé; - Treinar equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé; - Analisar com a pessoa e família a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda; - Assistir no treino de equilíbrio; - Realizar correção postural e instruir acerca da mesma. (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017; Ribeiro, 2021).
--	---

	Potencial para melhorar a capacidade para andar: -Ensinar e instruir técnica de adaptação para andar; -treinar técnica de adaptação para andar; -Instruir e treinar técnica de andar com auxiliar de marcha (andarilho) - Assistir a pessoa a andar ou andar com auxiliar de marcha. (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017; Ribeiro, 2021). <u>Treino de AVD's:</u> Potencial para melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se: - Analisar com a pessoa a capacidade para se transferir - Assistir na pessoa a transferir-se - Instruir 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) Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se: - Analisar com a pessoa a capacidade para vestir/despir-se - Instruir técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se (Ribeiro, 2021). Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se: -Analisar com a pessoa a capacidade para arranjar-se; - Ensinar e instruir técnica de adaptação para arranjar-se (Ribeiro, 2021). <u>Reeducação Cognitiva</u> Cognição comprometida: -Regulação sensorial dos estímulos (proteção dos estímulos sensoriais desagradáveis): • Manutenção se um ambiente tranquilo e confortável; • Estimulação organizada e lenta (tom de voz calmo e sereno), que proporcione repouso; • Estimulação dos sentidos (auditivo, olfativo, gustativo, visual, tátil, proprioceptivo e vestibular); - Envolvimento da família no processo de cuidados -Treino de repetição contínua de dados e socialização (com imagens, músicas); -Demonstração das AVD's e solicitação de repetição das mesmas; - Facilitação da memória implícita residual ; -Utilizar técnicas comunicacionais que apelem à serenidade (tom de voz calmo) -Terapia de orientação para a realidade no tempo e no espaço (incluir pistas ambientais, como relógios,
--	--

	calendários e iluminação); -Reeducação comportamental ativa; -Terapia da reminiscência; - Restringir estímulos que perturbem a concentração e atenção - Orientar consoante a dificuldade em iniciar, organizar e sequenciar uma tarefa; - Estimular a motivação com o estabelecimento de metas alcançáveis e desejáveis e apoio e encorajamento redutores do medo de falhar (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017).
--	--

8. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E APRECIACÃO DIAGNÓSTICA

Nesta secção do relatório são apresentados os dados e respetiva apreciação diagnóstica, com base na teoria de estudos de caso múltiplos de Yin (2018), iniciando-se com uma apresentação dos dados clínicos do participante, posterior apreciação diagnóstica, com recursos aos vários instrumentos de avaliação anteriormente explanados e concluindo-se com a avaliação após intervenção de ER.

Estudo de caso A1

Pessoa idosa com multimorbilidades ao nível do sistema cardiovascular, metabólico e hormonal, sob regime terapêutico medicamentoso eficaz. Com antecedentes de cirurgias prévias, como apendicectomia, artroscopia do joelho direito e facoemulsificação do olho esquerdo. Apresenta dificuldades funcionais a nível motor no acesso ao domicílio, que se localiza num 1º andar, sem elevador, onde reside sozinha, com apoio da família próxima.

Os autocuidados encontram-se mantidos, apoiando-se na mobília para deambular, por dor ao nível da articulação do joelho direito, de maior prevalência ao iniciar a marcha, e já com diminuição da força muscular no membro inferior direito.

A avaliação diagnóstica realiza-se três dias depois de ter sido submetida a prótese total do joelho (PTJ) direito, no segundo dia em que regressou ao serviço de internamento após passar pelos cuidados intermédios, conforme protocolo institucional. Foi referenciada para RNCCI (unidade de convalescença), no entanto irá aguardar vaga no domicílio com o apoio do filho e nora, após a alta clínica.

Encontra-se dependente em grau moderado nas AVD's, como higiene pessoal, vestuário, deambulação. Calma, consciente e orientada auto e alopsiquicamente, com dor 6 na escala numérica da dor (DGS, 2003). Foi desalgaliada, e encontra-se continente de esfíncteres vesical e intestinal. Apresenta força muscular mantida no membro inferior esquerdo, 5/5 na escala de Lower e à avaliação do membro inferior direito apresenta força 1/1, esboço de contração visível ou palpável, mas sem movimento.

Avaliada goniometria da articulação do joelho direito, com amplitude articular de 30º, em comparação com a articulação do joelho esquerdo, com amplitude articular de 105º.

Realizou o primeiro levante para cadeira de rodas à data da avaliação diagnóstica. Refere dor e apresenta edema no membro inferior direito.

Do ponto de vista da avaliação do sistema respiratório, apresenta um tórax de configuração normal, com um padrão respiratório misto, com uma respiração superficial, e diminuição da profundidade da expansão da caixa torácica, que se associa a dor. À auscultação pulmonar, apresenta murmúrio vesicular mantido nos ápices pulmonares e campos auscultatórios médios bilaterais, com diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases pulmonares. Sem evidência de tosse ou expectoração.

Apresenta um perfil tensional tendencialmente hipertensivo, ainda que a realizar terapêutica medicamentosa para o efeito, normocárdica e apirética, com saturações periféricas de oxigénio (SpO2) entre os 95%-97%. Refere cansaço fácil para médios esforços. Sem compromisso do equilíbrio sentado estático e dinâmico, não sendo possível avaliar o equilíbrio estático e dinâmico em pé, por ainda não ter indicação para realizar carga no membro intervencionado cirurgicamente.

Apresenta uma ferida cirúrgica vertical ao nível do joelho direito, sem evidência de sinais inflamatórios. Restante integridade cutânea mantida, com pele hidratada.

Estabeleceram-se os objetivos do programa de reabilitação em conjunto com a pessoa e família e delineou-se o programa de ER, com um plano de RFR e RFM, como objetivo de melhorar a funcionalidade, melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações, controlar sintomas, melhorar o movimento corporal, melhorar a capacidade para os autocuidados, melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, treinar AVD's com estratégias adaptativas, melhorar o equilíbrio corporal, melhorar o conhecimento/capacidade sobre gestão de energia, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e otimizar a limpeza das vias aéreas. O programa de reabilitação foi aplicado 3 vezes por semana, com a duração de cerca de 1h cada sessão (Lourenço et al, 2021;Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; Ribeiro et al, 2021).

Apresentam-se os dados resultantes da aplicação do ENCS (Fonseca, 2013) na avaliação diagnóstica e após aplicação do programa de ER:

Tabela nº4 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso A1

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Score global de funcionalidade (%)	13,48%% Problema ligeiro	4,69% Não há problema
Autocuidados (%)	44% Problema moderado	8% Não há problema
Aprendizagem e funções mentais (%)	4,17% Não há problema	4,17% Não há problema
Comunicação (%)	0% Não há problema	0% Não há problema
Relação com amigos e cuidadores (%)	6% Não há problema	6% Não há problema

Tabela nº5 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso A1

MMSE	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Orientação	10	10
Retenção	3	3
Atenção e cálculo	5	5
Evocação	3	3
Linguagem	8	8
Capacidade Construtiva	1	1
Total	30	30

A avaliação após a intervenção de ER realizou-se à data da alta clínica, cerca de uma semana após a avaliação diagnóstica.

A pessoa encontrava-se calma, consciente e orientada auto e alopsiquicamente. Após aplicação do programa de ER, existiu um aumento da força muscular no membro inferior direito, com força de grau 4/5 na escala de Lower, movimentos ativos contra gravidade e resistência, força menor que o esperado, e aumento da amplitude articular da articulação do joelho direito para 95°, com manutenção da amplitude articular do joelho esquerdo, 105°, avaliada através de goniometria.

Não existe compromisso do equilíbrio estático em pé, com défice apenas no equilíbrio dinâmico em pé sem auxiliares de marcha, pelo que a marcha é segura com canadianas, com marcha a 3 pontos, com equilíbrio e postura adequados, conseguindo percorrer distâncias de cerca de 8 metros, realizando pontos de descanso para gestão do esforço.

Em relação à função respiratória, encontra-se eupneica, com SpO2 de 97%, em ar ambiente. Existiu uma melhoria do padrão ventilatório, apresentando-se simétrico, predominantemente toracoabdominal, de amplitude normal, sem defesa à inspiração profunda. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido globalmente em todos os campos auscultatórios.

O autocuidado higiene é realizados no chuveiro, com auxílio e utilização de cadeira na base de duche e esponja de cabo longo. Demonstra capacidade para usar técnicas adaptativas para o autocuidado uso do sanitário, com recurso a barras de apoio laterais, vestuário e andar com auxiliar de marcha . Dor à mobilização do joelho esquerdo mais controlada, com dor de grau 3 na escala numérica da dor (DGS, 2003). Ferida cirúrgica sem sinais inflamatórios. Mantém-se sem alterações cognitivas após a intervenção de ER.

Estudo de caso A2

Pessoa idosa com comorbilidades cardiometabólicas, patologia do foro circulatório, perturbação da ansiedade e compromisso da mobilidade por coxartrose direita, já com cirurgia prévia de prótese total da anca (PTA) esquerda, sob regime terapêutico medicamentoso para as comorbilidades apresentadas. Reside em casa própria, com o marido.

Os autocuidados encontram-se mantidos, utilizando uma canadiana para deambular. Sem alterações cognitivas detetadas.

A avaliação diagnóstica desta utente realiza-se no segundo dia após cirurgia de PTA direita, imediatamente após a transferência dos cuidados intermédios para o serviço de ortopedia. Encontra-se calma, consciente e orientada auto e alopsíquicamente.

Avaliada a cognição através do MMSE, com score de 29/30 e por isso sem alterações cognitivas detetadas (Arevalo-Rodriguez et al, 2021; Flostein et al, 1975; Morgado et al, 2009).

Recusou referenciação para a RNCCI, regressando para o domicílio após a alta, com apoio do marido e dos dois filhos. Encontra-se dependente nos autocuidados higiene pessoal, vestuário, locomoção e transferência.

Apresenta um perfil tensional com tendência para a hipertensão, normocárdica, apirética e eupneica em ar ambiente, com SpO₂ de 96%-98%.

Encontra-se algaliada, inerente ao contexto cirúrgico, com controlo do esfíncter intestinal. Realizou o primeiro levante para cadeira de rodas no dia seguinte à avaliação diagnóstica, de acordo com o protocolo cirúrgico. Apresenta força muscular mantida no membro inferior esquerdo, 5/5 na escala de Lower e diminuição da força muscular no membro inferior direito, 1/5, na escala de Lower. Apresenta ainda edema do membro intervencionado, com sinal de Godet 3+. Não apresenta alterações do compromisso estático e dinâmico sentado, não sendo possível avaliar o equilíbrio estático e dinâmico em pé, por não ter indicação clínica para realizar levante à data da avaliação diagnóstica.

Do ponto de vista respiratório, à avaliação objetiva apresenta um tórax de configuração normal, sem alterações da curvatura fisiológica da coluna torácica. Apresenta um padrão respiratório misto e simétrico. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todas as regiões pulmonares bilateralmente. Sem evidência de tosse ou expectoração.

Apresenta uma ferida cirúrgica vertical ao nível da coxa direita, com um dreno tipo redivac, a drenar conteúdo hemático em pequena quantidade. Restante integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas.

Avaliada goniometria da articulação coxofemoral direita, com amplitude articular de 30°, comparado com a articulação contralateral, já intervencionada cirurgicamente, com amplitude de 85°.

Estabeleceram-se os objetivos do programa de reabilitação em conjunto com a pessoa e família e delineou-se o programa de ER, com um plano de RFR e RFM, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações, controlar sintomas, melhorar o movimento corporal, melhorar a capacidade para os autocuidados, melhorar o conhecimento sobre andar com auxílio de marcha, treinar AVD's com estratégias adaptativas, melhorar o equilíbrio corporal, melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e otimizar a limpeza das vias aéreas. O programa de reabilitação foi aplicado 3 vezes por semana, com a duração de cerca de 1h cada sessão (Lourenço et al, 2021; Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al, 2021; Ribeiro et al, 2021).

Apresentam-se os dados resultantes da aplicação do ENCS (Fonseca, 2013) e do MMSE na avaliação diagnóstica e após aplicação do programa de ER:

Tabela nº6 – Avaliação ENCS do Estudo de Caso A2

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Score global de funcionalidade (%)	18,75% Problema ligeiro	8,33% Problema ligeiro
Autocuidados (%)	56% Problema grave	19% Problema ligeiro
Aprendizagem e funções mentais (%)	12,5% Problema ligeiro	8,33% Problema ligeiro
Comunicação (%)	0% Não há problema	0% Não há problema
Relação com amigos e cuidadores (%)	0% Não há problema	0% Não há problema

Tabela nº 7- Avaliação MMSE do Estudo de Caso A2

MMSE	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Orientação	10	10
Retenção	3	3
Atenção e cálculo	5	5
Evocação	3	3
Linguagem	8	8
Capacidade Construtiva	0	0
Total	29	29

A avaliação após a intervenção de ER realizou-se à data da alta clínica, cerca de uma semana após a avaliação diagnóstica. A pessoa encontrava-se calma, consciente e orientada auto e alopsiquicamente, mantendo-se sem alterações cognitivas detetadas.

Em relação à avaliação cognitiva, avaliada através do MMSE, o score obtido foi de 29/30, com pontuação de 0 na capacidade construtiva, que se manteve sem alterações relativamente à avaliação inicial.

Após aplicação do programa de ER, existiu um aumento da força muscular no membro inferior direito, com força de grau 4/5 na escala de Lower, movimentos ativos contra gravidade e resistência, força menor que o esperado, e aumento da amplitude articular na articulação coxofemoral direita para 70°, comparativamente à articulação contralateral, que manteve a amplitude articular de 85°. O edema regrediu, apresentando sinal de godet 1+, com a aplicação de crioterapia (4-5 vezes ao dia, durante 15-20 minutos) e massagem no membro (Lourenço et

al, 2021; Marques-Vieira et al, 2017). Dor controlada com analgesia, com dor de grau 3 na escala numérica da dor, aquando da mobilização do membro intervencionado (DGS, 2003)

Sem sinais de compromisso neurocirculatório no membro operado. À avaliação do equilíbrio corporal, não existe compromisso do equilíbrio estático e dinâmico sentado, assim como do equilíbrio estático em pé. Existe compromisso apenas no equilíbrio dinâmico em pé, pelo que a marcha é segura com recurso a andarilho, em piso plano e pouco acidentado, conseguindo percorrer distâncias de cerca de 10 metros, realizando pontos de descanso, para gestão da energia e cansaço.

Em relação função respiratória manteve-se sem alterações relativamente à avaliação diagnóstica, cumprindo-se o objetivo de prevenção de complicações através do programa de reabilitação respiratória aplicado.

O autocuidado higiene é realizado no chuveiro, com auxílio e utilização de cadeira na base de duche, bem como barras de apoio laterais, com estratégias de prevenção de luxação da prótese. Demonstra capacidade para usar técnica de adaptação para os autocuidados relacionados com o uso dos sanitários, com recurso a barras de apoio laterais na sanita e alteador de sanita. Conhecimento demonstrado na técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, utilizando produtos de apoio, nomeadamente, calçadeira de cabo comprido e pinça.

Estudo de caso B1

Pessoa de 75 anos de idade, previamente independente nas AVD's, a residir com a esposa no domicílio. Apresenta como antecedentes pessoais patologia metabólica, urológica de origem oncológica, com 2 cirurgias prévias.

Recorre ao serviço de urgência na sequência de um acidente de viação, com capotamento de trator, do qual era o ocupante. Transferido para a UCI, consciente e orientado, em ventilação espontânea, com oxigenoterapia suplementar por óculos nasais.

Deste acidente resultam fraturas alinhadas do 1º ao 5º arcos costais direitos, fratura do 2º arco costal esquerdo, com hemopneumotórax bilateral, submetido a colocação de duas drenagens torácicas bilaterais, com extenso enfisema subcutâneo paravertebral no tórax,

pescoço, membros superiores e abdómen, com fratura da lâmina papirácea do olho esquerdo, sem indicação cirúrgica, apenas com contraindicação de manobras de vasalva e tosse. Foi algaliado pela especialidade de urologia, dado os antecedentes cirúrgicos.

É transferido para os Cuidados Intermédios Cirúrgicos passados dois dias de dar entrada na UCI. É neste serviço que se realiza a avaliação diagnóstica, 5 dias após a admissão hospitalar e ao 3º dia a realizar levante para cadeirão. À data da avaliação diagnóstica a pessoa encontra-se calma, consciente e orientada auto e alopsíquicamente. Hemodinamicamente estável, apirética, e com dor de grau 7, na escala numérica da dor, sobretudo à mobilização (Direção Geral da Saúde, 2003).

Apresenta um score de 27/30 no MMSE, com alterações nos domínios da evocação e capacidade construtiva, ainda assim sem alterações cognitivas para a idade e literacia.

Do ponto de vista respiratório, encontra-se sob administração de oxigenoterapia contínua por óculos nasais a 4l/min, com SpO2 de 94%. À avaliação objetiva apresenta um tórax de configuração cónica, com padrão respiratório predominantemente abdominal, simétrico, de ritmo normal e baixa amplitude inspiratória, com defesa e dor à inspiração profunda. À palpação do tórax identifica-se em toda a sua extensão, anterior e posterior enfisema subcutâneo palpável, com irradiação para o abdómen, pescoço e membros superiores. À auscultação pulmonar, apresenta fervores subcrepitantes audíveis no ápice e campos auscultatórios médios à direita, com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente nos restantes campos auscultatórios, com atrito pleural audível ao nível das bases pulmonares. Refere dispneia 7/10 na escala de Borg Modificada.

Apresenta apenas, no momento, uma drenagem torácica à esquerda, clampada. Mantém-se algaliado, com indicação para manter a algaliação durante 2 semanas e ser reavaliado em posterior consulta de urologia agendada.

Realizou raiox tórax, que revelou extenso enfisema subcutâneo cervico-torácico e abdominal sobreponível, pneumotórax praticamente resolvido, apenas com fina lâmina à direita e à esquerda, pequeno derrame pleural hemático bilateral, e pneumomediastino anterior com extensão à região justa-diafragmática da transição toracoabdominal. Apresenta atelectasia passiva dos segmentos pulmonares adjacentes ao derrame. Evidência de secreções na parede lateral direita da traqueia.

De acordo com a avaliação da força muscular, através da escala de Lower, apresenta força de grau 4/5 nos membros superiores e força 3/5 nos membros inferiores, o que se pode justificar dada a alta cinética a que foi sujeito no acidente. Apresenta equilíbrio sentado e em pé estático mantido com compromisso do equilíbrio dinâmico sentado e em pé.

Doente continente de esfíncter anal, sem dejeções desde a admissão hospitalar, pelo que foi instituída terapêutica laxante para o efeito, de forma a evitar manobras que requeiram esforço abdominal.

Dependente nas AVD's, higiene pessoal, vestuário, locomoção e transferência. Refere alteração do padrão do sono, com insónia persistente. Recebe a visita diária da esposa, cerca de 30 minutos, de acordo com a regras atuais das visitas aos utentes neste centro hospitalar.

Estabeleceram-se os objetivos do programa de reabilitação em conjunto com a pessoa e família e delineou-se o programa de ER, com um plano RFR e RFM, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações, controlar sintomas, melhorar o movimento corporal, melhorar a capacidade para os autocuidados, melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, treinar AVD's com estratégias adaptativas, melhorar o equilíbrio corporal, melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e otimizar a limpeza das vias aéreas e melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório/ansiedade/dispneia. O programa de reabilitação foi aplicado 3 vezes por semana, com a duração de cerca de 1h cada sessão (Lourenço et al, 2021;Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; Ribeiro et al, 2021).

Os dados resultantes da aplicação do ENCS (Fonseca, 2013) e MMSE encontram-se nas tabelas abaixo:

Tabela nº8 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso B1

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Score global de funcionalidade (%)	14,06% Problema ligeiro	4,69% Não há problema
Autocuidados (%)	42% Problema moderado	8% Problema ligeiro
Aprendizagem e funções mentais (%)	8,33 Problema ligeiro	4,17% Não há problema
Comunicação (%)	0% Não há problema	0% Não há problema
Relação com amigos e cuidadores (%)	6% Problema ligeiro	6% Problema ligeiro

Tabela nº9 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso B1

MMSE	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Orientação	10	10
Retenção	3	3
Atenção e cálculo	5	5
Evocação	1	2
Linguagem	8	8
Capacidade Construtiva	0	1
Total	27	29

A avaliação após programa de ER realizou-se passados 10 dias de internamento neste serviço e no dia da alta clínica para o domicílio. A pessoa encontrava-se calma, consciente e orientada auto e alopsíquicamente. Hemodinamicamente estável, com dor controlada com medicação analgésica, referindo dor de grau 2 na escala numérica da dor, à mobilização apenas (DGS, 2003)

Após a intervenção de ER, existiu um aumento do score total do MMSE (29/30), com um aumento do score no domínio da evocação e da capacidade construtiva, e portanto sem alterações cognitivas identificadas (Arevalo-Rodriguez et al, 2021; Flostein et al, 1975; Morgado et al, 2009).

À avaliação objetiva do padrão respiratório apresenta uma respiração mista, simétrica, com média amplitude inspiratória, eupneico em ar ambiente, com SpO2 de 97%. Apresenta murmúrio vesicular mantido nos ápices e campos auscultatórios medianos, com diminuição do murmúrio em ambas as bases pulmonares. Sem

murmúrios adventícios audíveis. Removida drenagem torácica à esquerda, com resolução do pneumotórax e derrame pleural bilateral. Refere melhoria da dispneia, 1/10 na escala de Borg Modificada.

Apresenta força muscular 5/5 na escala de Lower, nos membros superiores e membros inferiores. Sem alterações do equilíbrio corporal. Deambula sozinho e sem necessidade de auxiliar de marcha, apenas apoiado na mobília em percursos mais distantes, com cansaço a médios esforços, utilizando estratégias para gestão do esforço e energia. Independente no autocuidado higiene pessoal, com utilização de estratégias adaptativas, como a pinça de objetos.

Foi desalgaliado, apresentando continência de esfíncter vesical e intestinal. Refere melhoria do padrão do sono.

Estudo de caso B2

Pessoa de 74 anos de idade, a residir em casa própria com o esposo. Previamente independente nas AVD's. Tem como comorbilidades associadas patologia osteoarticular cervical, controlada com medicação analgésica, trombocitopenia, síndrome vertiginosa, patologia cardiovascular e metabólica sob regime terapêutico medicamentoso.

Foi intervencionada cirurgicamente de urgência, por oclusão intestinal condicionada por lesão estenosante do cólon sigmoide, de provável etiologia neoplasia, com queixas de dor abdominal intensa e obstipação há cerca de uma semana. Foi submetida a sigmoidectomia com colostomia terminal.

O período pós-operatório decorreu nos cuidados intermédios cirúrgicos, onde ocorre o primeiro contacto com a pessoa. A avaliação diagnóstica é realizada no 1º dia após a cirurgia. A pessoa encontra-se calma, consciente e orientada na pessoa e no espaço, com desorientação temporal. Sem alterações cognitivas para idade e nível de literacia, com score de 27/30 no MMSE, com alterações nos domínios da orientação e evocação.

Encontra-se hemodinamicamente estável, apirética e com dor a nível abdominal, que alivia com a analgesia instituída. Apresenta um estoma rosado e ligeiramente edemaciado, ainda não funcionante, pelo que ficou incontinente no que se refere à eliminação intestinal. Apresenta

ainda uma ferida cirúrgica abdominal vertical com penso externamente limpo e seco e um dreno Jackson Pratt no abdômen direito funcionando de conteúdo hemático em moderada quantidade.

Do ponto de vista respiratório, à avaliação objetiva apresenta um tórax de configuração normal. Sob oxigenoterapia contínua a 2l/min por óculos nasais e SpO2 de 97%, com um padrão respiratório misto, de baixa amplitude inspiratória e defesa à inspiração profunda. Refere tosse produtiva eficaz, com secreções espessas esbranquiçadas, que consegue expelir.

À auscultação pulmonar, apresenta roncospirais traqueobrônquicos, com murmúrio vesicular diminuído nos lobos superiores e medianos de ambos os pulmões, e fôvres subcrepitanes nas bases pulmonares.

A força muscular encontra-se preservada, com pontuação de 5/5 na escala de Lower nos diferentes segmentos avaliados.

O equilíbrio sentado estático encontra-se sem alterações, porém o equilíbrio dinâmico sentado e em pé apresenta compromisso, inerente à agudização do síndrome vertiginoso.

Apresenta compromisso nos autocuidados higiene pessoal, vestuário, locomoção, transferência e eliminação intestinal.

Foi realizado o primeiro levante após cirurgia, com tonturas mas sem repercussões hemodinâmicas, com indicação para retomar a mediação habitual para o síndrome vertiginoso, iniciando dieta líquida (água e chá), com tolerância. Foi desalgaliada, com micção espontânea após desalgaliação.

Recebe a visita diária dos filhos e do esposo, cerca de 30 minutos, de acordo com as regras da instituição hospitalar.

Estabeleceram-se os objetivos do programa de reabilitação em conjunto com a pessoa e família e delineou-se o programa de ER, com um plano de RFR e RFM, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações, controlar sintomas, melhorar o movimento corporal, melhorar a capacidade para os autocuidados, melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, treinar AVD's com estratégias adaptativas, melhorar o equilíbrio corporal, melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia, prevenir e corrigir de defeitos ventilatórios e otimizar a limpeza das vias aéreas e melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório/ansiedade/dispneia. O programa de reabilitação foi aplicado 3

vezes por semana, com a duração de cerca de 1h cada sessão (Lourenço et al, 2021;Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; Ribeiro et al, 2021).

Os dados resultantes da aplicação do ENCS (Fonseca, 2013) e MMSE encontram-se nas tabelas abaixo:

Tabela nº10 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso B2

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Score global de funcionalidade (%)	13,04% Problema ligeiro	3,75% Não há problema
Autocuidados (%)	48% Problema moderado	15% Problema ligeiro
Aprendizagem e funções da memória (%)	4,17 Não há problema	0% Não há problema
Comunicação (%)	0% Não há problema	0% Não há problema
Relação com amigos e cuidadores (%)	0% Não há problema	0% Não há problema

Tabela nº11 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso B2

MMSE	Avaliação Diagnóstica	Após Intervenção Terapêutica de ER
Orientação	9	10
Retenção	3	3
Atenção e cálculo	5	5
Evocação	1	3
Linguagem	8	8
Capacidade Construtiva	1	1
Total	27	30

A avaliação após implementação do programa de ER é realizada aquando da alta clínica da pessoa para domicílio. Esta encontrava-se consciente e orientada na pessoa, espaço e tempo, após realização de sessões de orientação temporal instituídas no PR. Apresentou um score de 30/30 no MMSE, recuperando a pontuação obtida na avaliação inicial no domínio da orientação e da evocação, e por isso sem qualquer alteração cognitiva presente.

Quanto ao padrão respiratório encontra-se com um padrão misto, eupneica em ar ambiente, com Spo2 de 98%, com movimentos respiratórios de amplitude normal, já sem defesa à inspiração profunda. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido nos ápices e regiões pulmonares medianas, com discretos ronos nas bases pulmonares bilateralmente.

Mantem acessos de tosse produtiva, ocasionalmente, com secreções que consegue expelir eficazmente.

Não apresenta alterações da força muscular em todos os segmentos avaliados. Quanto ao equilíbrio corporal, não apresenta compromisso, tendo recuperado o equilíbrio corporal, após controlo medicamentoso do síndrome vertiginoso e treino de equilíbrio corporal.

Relativamente aos autocuidados, necessita de ajuda mínima para vestir-se, apesar de ensinadas e treinadas estratégias adaptativas para o efeito. Autónoma nas transferências e na deambulação, que faz sem necessidade de auxiliares de marcha, percorrendo distâncias médias de cerca de 10 metros, com cansaço para médios esforços, que gere de forma eficaz através de estratégias de gestão do esforço e energia. Autónoma os cuidados inerentes ao estoma e pele peri-estomal, com incontinência mantida inerente à ostomia de eliminação.

Estudo de caso B3

Pessoa de 81 anos de idade, previamente independente nos autocuidados, casado e a residir com a esposa, sem família próxima ou alargada de apoio. Apresenta como patologia conhecida sinusite crónica, sem medicação habitual.

Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e caquexia presente nos últimos 6 meses. Realiza exames complementares de diagnóstico e concomitantemente é detetada infeção por COVID-19. Fica com diagnóstico clínico de neoplasia do cólon ascendente fistulizada à pele, com espessamento parietal da região lateral direita e posterior da bexiga. Foi submetido a hemicolectomia direita e ileocolostomia de urgência. Dada a infeção por COVID-19 e estado clínico do utente, realiza o pós o operatório imediato na UCI, sem necessidade de suporte de órgão. É transferido para o serviço de cirurgia geral no 2º dia pós operatório, onde ocorre a avaliação diagnóstica.

À data da avaliação diagnóstica a pessoa encontra-se calma, consciente e orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo. Hemodinamicamente estável, apirético, e sem queixas álgicas. Encontra-se sob oxigenoterapia contínua por óculos nasais a 4l/min, com SpO2 entre 90%-92%.

Em relação à avaliação cognitiva, avaliada através do MMSE, foi obtido um score de 21/30, com alterações nos domínios da orientação, atenção e cálculo, linguagem e capacidade

construtiva, que se traduz num défice cognitivo tendo em conta os novos valores de corte para deteção do défice cognitivo por Morgado et al (2009).

À avaliação objetiva da respiração, apresenta um tórax cariniforme, com padrão respiratório misto e simétrico, de baixa amplitude inspiratória, com defesa à inspiração profunda. À auscultação pulmonar apresenta ferveores subcrepitantes bilaterais nos ápices e campos auscultatórios médios, com murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases pulmonares. No raiox tórax é possível identificar um padrão difuso em vidro despolido, com hipotransparência em ambas as bases pulmonares. Apresenta dispneia 9/10 na escala de Borg Modificada.

Apresenta força muscular mantida em ambos os membros superiores e força muscular de grau 4/5 nos membros inferiores. Sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico sentado, mas com compromisso do equilíbrio estático e dinâmico em pé. Diminuição da motricidade fina das mãos, o que condiciona o desempenho de tarefas que necessitam de maior precisão e destreza.

Realiza levante diário para cadeirão com assistência na transferência. Encontra-se algaliado para efeitos de monitorização do débito urinário.

Dependente nos autocuidados higiene pessoal, vestuário, locomoção, transferências e controlo da eliminação intestinal e vesical.

Apresenta uma ferida cirúrgica abdominal vertical, sem evidência de sinais inflamatórios aparentes, com um penso cirúrgico externamente limpo e seco. O estoma encontra-se edemaciado e rosado e a ileocolostomia encontra-se funcionante de fezes semilíquidas em moderada quantidade.

Apresenta caquexia, pelo que foi referenciado para o serviço de nutrição, com indicação para ingerir dieta líquida com reforço proteico, que tolera em pequena quantidade e com pouco apetite.

Por aumento dos parâmetro inflamatórios, inicia antibioterapia endovenosa empírica, através de cateter venoso central.

Não recebe visitas durante o internamento, uma vez que a esposa é idosa e não tem possibilidades de se deslocar ao hospital. Não tem família próxima e recebe apenas os telefonemas diários da esposa.

Estabeleceram-se os objetivos do programa de reabilitação em conjunto com a pessoa e delineou-se o programa de ER, com um plano de RFR e RFM, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações, controlar sintomas, melhorar o movimento corporal, melhorar a capacidade para os autocuidados, melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, treinar AVD's com estratégias adaptativas, melhorar o equilíbrio corporal, melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e otimizar a limpeza das vias aéreas e melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório/ansiedade/dispneia. O programa de reabilitação foi aplicado 3 vezes por semana, com a duração de cerca de 1h cada sessão (Lourenço et al, 2021;Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; Ribeiro et al, 2021).

Os dados resultantes da aplicação do ENCS (Fonseca, 2013) e MMSE encontram-se nas tabelas abaixo:

Tabela nº12- Avaliação ENCS do Estudo de Caso B3

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Score Geral da Funcionalidade (%)	21,92% Problema ligeiro	14,54% Problema ligeiro
Autocuidados (%)	52% Problema grave	35% Problema moderado
Aprendizagem e funções mentais (%)	16,67% Problema ligeiro	4,17% Não há problema
Comunicação (%)	13% Problema ligeiro	13% Problema ligeiro
Relação com amigos e cuidadores /%)	6% Problema ligeiro	6% Problema ligeiro

Tabela nº13 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso B3

MMSE	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Orientação	6	8
Retenção	3	3
Atenção e cálculo	2	3
Evocação	3	3
Linguagem	7	7
Capacidade Construtiva	0	0
Total	21	24

No momento da avaliação após a implementação do programa de ER, a pessoa encontra-se calma, consciente e orientada em todas as dimensões.

Após o programa de ER existiu uma recuperação do score nos domínios da orientação, atenção e cálculo, mantendo-se a mesma avaliação nos domínios da linguagem e capacidade construtiva, com um score total de 24/30. Apesar do aumento do score global, mantém-se a existência de défice cognitivo, de acordo com os valores de corte para a literacia desta pessoa, ainda que com uma melhoria significativa do score global, que se faz sobretudo por um aumento da pontuação no domínio da orientação (Arevalo-Rodriguez et al, 2021; Flostein et al, 1975; Morgado et al, 2009).

Eupneico, em ar ambiente, com Spo2 de 90%, com valores alvo definidos pela pneumologia, de 90%-92%. Apresenta uma respiração abdominodiafragmática, superficial, e com padrão simétrico. À auscultação torácica apresenta alguns fervores subcrepintantes em ambas as bases pulmonares, diminuídos relativamente à avaliação diagnóstica, e murmúrio vesicular mantidos nos restantes campos auscultatórios. O raiox tórax encontra-se melhorado comparativamente ao realizado aquando da avaliação diagnóstica, com menor evidência de componente de vidro despolido e hipotransparência nas bases pulmonares. Apresenta dispneia 3/10 na escala de Borg Modificada. Realiza levantar para cadeirão com cinta abdominal e faz treino de marcha com recurso a andarilho. Encontra-se a tolerar uma dieta ligeira em pequena quantidade e com pouco apetite, sendo independente nesta AVD. Relativamente à eliminação urinária utiliza o urinol, se alterações das características da urina. A ileocolostomia encontra-se funcionante de fezes castanhas pastosas em moderada quantidade ao longo das 24h. Mantém dependência nos cuidados ao estoma e pele periestomal, por diminuição da motricidade fina, e compromisso na aceitação da nova autoimagem. Necessita de ajuda do Enfermeiro para realização do autocuidado higiene e vestuário.

Encontra-se a aguardar vaga em Unidade de convalescença, com indicação de cuidados paliativos relativamente à situação neoplásica.

Estudo de caso C1

Pessoa de 65 anos de idade, previamente independente nas AVD's. Apresenta como comorbidades patologia cardiovascular, sob controlo medicamentoso, distúrbio mental, com síndrome bipolar, com seguimento em consultas da especialidade desde há 10 anos, medicada e estável até ao momento, com autogestão do regime terapêutico. Casada e a residir com o esposo em casa própria. Tem 2 filhos maiores de idade. Dá entrada na reanimação do serviço de urgência deste centro hospitalar, por alteração do estado de consciência após toma de quetiapina em sobredosagem e com infeção COVID-19 associada.

Após administração de carvão ativado através de sonda nasogástrica, foi realizada entubação orotraqueal, com vômito de carvão ativado durante o procedimento, e provável aspiração. Realizada broncofibroscopia que revelou carvão ativado no brônquio principal, pelo que foi submentida a lavagem da árvore brônquica e posteriormente transferida para a UCI, para continuidade de cuidados.

À data de entrada na UCI, a doente encontra-se sedoanalgesiada sob ventilação mecânica invasiva, em modo ventilatório de pressão controlada, em sincronia com o ventilador, com score de 3 na escala de coma de Glasgow. Encontra-se com perfusão de aminas para manutenção de um perfil normotensivo. Dado o diagnóstico de COVID-19, encontra-se em quarto de isolamento de via aérea. Realiza uma broncofibroscopia neste dia, onde foram visualizados sinais inflamatórios na traqueia distal, com secreções espessas e escuras, sugestivas de carvão ativado no brônquio principal direito, com colheita de secreções para cultura e painel molecular.

A avaliação diagnóstica realiza-se 2 dias após suspensão da ventilação mecânica invasiva. A pessoa encontra-se calma, consciente e orientada na pessoa e espaço, com desorientação temporal. Apresenta um score de 15 na escala de coma de Glasgow. Hemodinamicamente e eletricamente estável, sem suporte vasopressor. Encontra-se sob oxigenoterapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo (OCNAF) a 60l/min com 50% de Fração de Oxigénio Inspirado (FiO₂) . Realizada gasimetria, com ph 7,49; Pressão Parcial Arterial de Dióxido de Carbono (PaCO₂) 48 mmHg; e Pressão Parcial Arterial de Oxigénio (PaO₂) de 84 mmHg, com Spo₂ de 98%.

Em relação à avaliação cognitiva, avaliada através do MMSE, foi obtido um score de 17/30, com alterações nos domínios da orientação, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva, que se traduz num défice cognitivo tendo em conta os novos valores de

corde para detecção do défice cognitivo por Morgado et al (2009), para a literacia da pessoa avaliada.

Encontra-se taquipneica, com movimentos torácicos de baixa amplitude (superficiais), rítmicos e simétricos. À auscultação apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído com ferveores subcrepitantes em ambas as bases pulmonares, com raiox tórax a evidenciar alterações significativas no parênquima pulmonar, com padrão difuso de vidro despolido e hipotransparência das bases pulmonares, o que se encontra congruente com a infeção por SARS-CoV-2 e pneumonite decorrente da aspiração de carvão ativado. Apresenta acessos de tosse produtiva, pouco eficazes.

Após realização do rastreio da disfagia através do VVS-T, inicia líquidos com viscosidade tipo néctar, por alterações e sinais de insegurança, como tosse/pigarreio, deglutições múltiplas na administração de viscosidade líquida.

Algaliada para monitorização do débito urinário e balanço hídrico em contexto de cuidados ao doente crítico, com urina clara e bons débitos urinários nas 24h. Trânsito intestinal mantido, continente de esfíncter intestinal, solicitando a arrastadeira quando necessário. Apresenta fraqueza muscular adquirida em contexto de cuidados intensivos, com força muscular de 3/5 na escala de Lower, avaliada nos diferentes segmentos corporais. Sem alterações da sensibilidade.

Dependente nos autocuidados higiene corporal, transferências, locomoção, vestuário e alimentação. É assistida nas transferências entre a cama e o cadeirão, com apoio bilateral, sem alterações do equilíbrio estático sentado, com alterações no restante equilíbrio corporal.

Recebe a visita do esposo diariamente, cerca de 30 minutos e recebe chamadas diárias dos filhos, que por se encontrar em contexto de cuidados intensivos apenas pode receber a visita da pessoa significativa (esposo).

Estabeleceram-se os objetivos do programa de reabilitação em conjunto com a pessoa e família e delineou-se o programa de ER, com um plano de RFR e RFM, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações, controlar sintomas, melhorar o movimento corporal, melhorar a capacidade para os autocuidados, melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, treinar AVD's com estratégias adaptativas, melhorar o equilíbrio corporal, melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia, prevenir e corrigir de defeitos

ventilatórios e otimizar a limpeza das vias aéreas, melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório/ansiedade/dispneia, melhorar a deglutição e a cognição. O programa de reabilitação foi aplicado 3 vezes por semana, com a duração de cerca de 1h cada sessão (Lourenço et al, 2021;Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; Ribeiro et al, 2021).

Os dados resultantes da aplicação do ENCS (Fonseca, 2013) e MMSE encontram-se nas tabelas abaixo:

Tabela nº14 - Avaliação ENCS do Estudo de Caso C1

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Score global de funcionalidade (%)	29,17% Problema moderado	3,13% Não há problema
Autocuidados (%)	75% Problema grave	13% Problema ligeiro
Aprendizagem e funções mentais (%)	29,17% Problema moderado	0% Não há problema
Comunicação (%)	13% Problema ligeiro	0% Não há problema
Relação com amigos e cuidadores (%)	0% Não há problema	0% Não há problema

Tabela nº15 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso C1

MMSE	Avaliação Diagnóstica	Após Intervenção Terapêutica de ER
Orientação	6	10
Retenção	3	3
Atenção e cálculo	0	5
Evocação	2	3
Linguagem	6	8
Capacidade Construtiva	0	1
Total	17	30

A Avaliação após intervenção de ER realiza-se no dia de transferência da pessoa para o serviço de medicina, e cerca de 2 semanas após a avaliação diagnóstica.

No momento da avaliação pós intervenção de ER, a pessoa encontra-se calma, consciente e orientada em todas as dimensões.

Após o programa de ER existiu uma recuperação do score de todos os domínios com alterações diagnosticadas no MMSE, totalizando um score de 30/30, e por isso com máxima pontuação, com recuperação total das perdas cognitivas inicialmente diagnosticadas (Arevalo-Rodriguez et al, 2021; Flostein et al, 1975; Morgado et al, 2009).

Hemodinamicamente estável e apirética, sem queixas álgicas. Eupneica sob oxigenoterapia de baixo fluxo por óculos nasais, a 2 l/min, com Spo2 de 97%. Apresenta movimentos torácicos regulares, simétricos, com um padrão toracoabdominal, com murmúrio vesicular audível em ambos os ápices pulmonares e diminuído nos campos auscultatórios médios, com diminuição dos ferveores subcrepitantes nas bases pulmonares, comparativamente à data da avaliação diagnóstica. Mantém acessos de tosse produtiva esporádicos, eficazes.

Recuperação da força muscular nos membros superiores e inferiores para 5/5 na escala de Lower. Realiza levante para cadeirão com apoio unilateral, com carga nos membros inferiores. Realiza marcha autonomamente, com cansaço para pequenos a médios esforços e com necessidade de realizar pontos de descanso para gestão do cansaço, em distâncias de cerca de 7 metros.

A tolera dieta de consistência mole, por cansaço fácil na mastigação. Autónoma na realização desta AVD. Ingere líquidos com viscosidade líquida, sem sinais de compromisso da deglutição ou alterações da mesma, após treino de deglutição e ensino de estratégias de gestão da energia.

Sem alterações da eliminação vesical e intestinal.

Estudo de caso C2

Pessoa de 76 anos de idade, previamente independente nos autocuidados. Apresenta como antecedentes pessoais, lesão renal aguda, dislipidemia não controlada, hábitos tabágicos de 60 Unidades Maço Ano (UMA), hábitos etílicos acentuados, sem esquema vacinal para SARS-CoV-2. É divorciada e reside sozinho em casa alugada, com apoio da filha apenas se necessário, com uma relação pouco consistente, segundo o próprio.

Foi trazido pelos bombeiros ao serviço de urgência geral deste centro hospitalar por uma queda da própria altura, com traumatismo crânio-encefálico e agravamento respiratório após a queda, o que motivou a transferência para o serviço de admissão de doentes respiratórios. Foi submetido a ventilação não invasiva após gasimetria, ainda assim como agravamento dos parâmetros gasométricos, motivo pelo qual é submetido a ventilação invasiva e transferido para a UCI para continuidade de cuidados, com diagnóstico clínico de pneumonia por COVID-19, com provável sobre-infeção bacteriana.

A avaliação diagnóstica realiza-se um dia após suspender a ventilação mecânica invasiva. Encontra-se com agitação psicomotora, consciente e orientado apenas na pessoa, com desorientação temporal e espacial, com um score de 15 na escala de coma de Glasgow.

Em relação à avaliação cognitiva, avaliada através do MMSE, foi obtido um score de 11/30, com alterações nos domínios da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva, que se traduz num défice cognitivo tendo em conta os novos valores de corte para deteção do défice cognitivo por Morgado et al (2009), para a literacia da pessoa avaliada.

A nível respiratório encontra-se taquipneico, com OCNAF a 60l, com Fio2 60% e SpO2 de 93%. Gasimetricamente com Ph de 7,5, PCO2 37 mmHg e PO2 de 84 mmHg. Inspiração predominantemente realizada pela boca, em assincronia com a OCNAF.

Apresenta roncospersos à auscultação, com predominância nas bases pulmonares. O raiox tórax apresenta um padrão difuso de vidro despolido, com hipotransparência em ambas as bases e reforço hilar bilateralmente. Apresenta acessos de tosse produtiva não eficaz, com necessidade de aspiração de secreções, amareladas e em moderada quantidade.

Encontra-se a ser alimentado por sonda nasogástrica. Avaliado rastreio da disfagia através do VVS-T, com disfagia para líquidos com viscosidade líquida e néctar, pelo que inicia líquidos com consistência pudim e sólidos com consistência mole.

Força muscular diminuída com 3/5 a nível dos membros superiores e inferiores na escala de Lower, sem alterações evidenciadas a nível de sensibilidade. Pele seca e mucosas descoradas, aparentemente com maus cuidados de higiene.

Algaliado para monitorização do débito urinário e balanço hídrico em contexto de cuidados ao doente em situação crítica, com urina concentrada e bons débitos urinários sob esquema de diurético. Continente de esfíncter anal, com trânsito intestinal mantido, solicitando a arrastadeira para esse efeito.

Dependente nos autocuidados higiene pessoal, transferência, locomoção, vestuário, eliminação vesical e alimentação.

Não recebe visitas de familiares, uma vez que não mantém uma relação de proximidade com a sua única filha e a restante família alargada.

Estabeleceram-se os objetivos do programa de reabilitação em conjunto com a pessoa e delineou-se o programa de ER, com um plano de RFR e RFM, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações, controlar sintomas, melhorar o movimento corporal, melhorar a capacidade para os autocuidados, melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, treinar AVD's com estratégias adaptativas, melhorar o equilíbrio corporal, melhorar o conhecimento/capacidade sobre conservação de energia, prevenir e corrigir de defeitos ventilatórios e otimizar a limpeza das vias aéreas, melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnicas de controlo ventilatório/ansiedade/dispneia, melhorar a deglutição e a cognição. O programa de reabilitação foi aplicado 3 vezes por semana, com a duração de cerca de 1h cada sessão (Lourenço et al, 2021;Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al,2021; Ribeiro et al, 2021).

Os dados resultantes da aplicação do ENCS (Fonseca, 2013) e MMSE encontram-se nas tabelas abaixo:

Tabela nº16- Avaliação ENCS do Estudo de Caso C2

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação após programa de ER
Score global de funcionalidade (%)	47,92% Problema moderado	19,79% Problema ligeiro
Autocuidados (Cuidados pessoais)	73% Problema grave	27% Problema moderado
Aprendizagem e funções mentais (%)	50% Problema grave	8,33% Problema ligeiro
Comunicação (%)	44% Problema moderado	19% Problema ligeiro
Relação com amigos e cuidadores (%)	25% Problema moderado	25% Problema moderado

Tabela nº17 - Avaliação MMSE do Estudo de Caso C2

MMSE	Avaliação Diagnóstica	Após Intervenção Terapêutica de ER
Orientação	3	9
Retenção	2	3
Atenção e cálculo	0	2
Evocação	0	3
Linguagem	6	7
Capacidade Construtiva	0	0
Total	11	24

A avaliação após intervenção de ER ocorreu no dia em que a pessoa foi transferida para o serviço de medicina interna. Encontrava-se calma, consciente e orientada em todas as dimensões. Após o programa de ER o score total do MMSE foi de 24/30, com aumento da pontuação em todos os domínios, à exceção da capacidade construtiva, que se manteve sem pontuação. Existiu um aumento exponencial no domínio da orientação, o que demonstra a eficácia das técnicas de orientação para a realidade com o objetivo de melhorar a cognição. No entanto, mantém-se a existência de défice cognitivo, de acordo com os valores de corte estabelecidos por Morgado et al (2009).

Eupneica, com oxigenoterapia de baixo fluxo por cânulas nasais a 3 l/min, com SpO2 de 92%, com movimentos torácicos simétricos e superficiais, com um padrão respiratório misto. À auscultação apresentava alguns fervores subcrepitantes em ambas as bases, com murmúrio vesicular mantido nos ápices e campos auscultatórios medianos. O raiox tórax evidenciava ainda hipotransparência, sobretudo na base pulmonar direita, com menor evidencia de

componente vírica, no que concerne ao padrão em vidro despolido, que se encontrava em regressão.

Aumento da força muscular, 4/5, mediante avaliação através da escala de Lower. Realiza levante diário para o cadeirão, de forma autónoma, sob supervisão. Realiza treino de marcha com apoio unilateral numa distância de 8 metros, com cansaço fácil, realizado períodos de descanso e técnicas de gestão de energia.

Progrediu para a ingestão de líquidos de consistência néctar, sem sinais de compromisso da deglutição para esta consistência, e mantém dieta sólida de consistência mole, por ausência de peças dentárias, sem utilização de prótese dentária.

Continente de esfíncter vesical e intestinal.

Tabela nº18 – Ganhos em saúde por domínios do ENCS, por grupo de intervenção e por participante, após implementação do programa de E

ENCS		Grupo A				Grupo B				Grupo C				Média ganhos por domínio (%)
		Score Inicial	Score final	Ganhos		Score Inicial	Score final	Ganhos		Score Inicial	Score final	Ganhos		
Score global de funcionalidade (%)	A1	13,48	4,66	8,82	B1	14,06	4,69	9,37	C1	29,17	3,13	26,04	14,2	
	A2	18,75	8,33	10,42	B2	13,04	3,75	9,29	C2	47,92	19,79	28,13		
					B3	21,92	14,54	7,38						
Autocuidados (%)	A1	44	8	36	B1	42	8	34	C1	75	13	62	37,9	
	A2	56	19	37	B2	48	15	33	C2	73	27	46		
					B3	52	35	17						
Aprendizagem e funções mentais (%)	A1	4,17	4,17	0	B1	8,33	4,17	4,16	C1	29,17	0	29,17	37,9	
	A2	12,5	8,33	4,17	B2	4,17	0	4,17	C2	50	8,33	41,67		
					B3	16,67	4,17	12,5						
Comunicação (%)	A1	0	0	0	B1	0	0	0	C1	13	0	13	5,4	
	A2	0	0	0	B2	0	0	0	C2	44	19	25		
					B3	13	13	0						
Relação com amigos e cuidadores (%)	A1	6	6	0	B1	6	6	0	C1	0	0	0	0,0	
	A2	0	0	0	B2	0	0	0	C2	25	25	0		
					B3	6	6	0						
Média ganhos por Grupo (%)		9,6			8,7			27,1						

Tabela nº19 – Ganhos (pontos) no MMSE após o programa de ER.

	MMSE	Avaliação diagnóstica	Avaliação após programa de ER	Ganhos (pontos)
A1	Orientação	10	10	0
	Retenção	3	3	0
	Atenção e cálculo	5	5	0
	Evocação	3	3	0
	Linguagem	8	8	0
	capacidade construtiva	1	1	0
	Total	30	30	0
A2	Orientação	10	10	0
	Retenção	3	3	0
	Atenção e cálculo	5	5	0
	Evocação	3	3	0
	Linguagem	8	8	0
	capacidade construtiva	0	0	0
	Total	29	29	0
B1	Orientação	10	10	0
	Retenção	3	3	0
	Atenção e cálculo	5	5	0
	Evocação	1	2	0
	Linguagem	8	8	0
	capacidade construtiva	0	1	1
	Total	27	29	2
B2	Orientação	9	10	1
	Retenção	3	3	0
	Atenção e cálculo	5	5	0
	Evocação	1	3	2
	Linguagem	8	8	0
	capacidade construtiva	1	1	0
	Total	27	30	3
B3	Orientação	6	8	2
	Retenção	3	3	0
	Atenção e cálculo	2	3	1
	Evocação	3	3	0
	Linguagem	7	7	0
	capacidade construtiva	0	0	0
	Total	21	24	3
C1	Orientação	6	10	4
	Retenção	3	3	0
	Atenção e cálculo	0	5	5
	Evocação	2	3	1
	Linguagem	6	8	2
	capacidade construtiva	0	1	1
	Total	17	30	13
C2	Orientação	3	9	6
	Retenção	2	3	1
	Atenção e cálculo	0	2	2
	Evocação	0	3	3
	Linguagem	6	7	1
	capacidade construtiva	0	0	0
	Total	11	24	13

9. DISCUSSÃO

Os resultados do projeto de intervenção anteriormente apresentados serão discutidos tendo em vista o papel da intervenção do EEER junto da pessoa, “ maximizar o seu potencial funcional e independência, com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (...)”, tendo como propósito final o desenvolvimento de capacidades que visem a promoção do autocontrolo e do autocuidado em processos de transição e ou incapacidade (Regulamento nº392/2019, 2019, p. 13565).

Sendo o autocuidado, um foco altamente sensível aos cuidados de ER, este foi o alvo principal da intervenção ao longo deste projeto, cuja avaliação centrada nas necessidades da pessoa, determinou a capacidade desta realizar as atividades específicas de cada domínio do autocuidado de Orem (2001), ou seja, o domínio cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e o domínio comportamental, associados à capacidade que a pessoa tem de desenvolver comportamento de autocuidado.

A análise dos dados será realizada à luz do Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013), que propõe desenvolver e criar estratégias ao nível do planeamento e execução de cuidados com base na avaliação da CIF e no modelo de autocuidado de Orem (2001), de forma a estabelecer correspondência entre os perfis funcionais e as necessidades de cuidados de Enfermagem, bem como dos resultados encontrados na RSL com meta-análise realizada sobre a temática “Promoção do autocuidado nas pessoas com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias”, interrelacionando os resultados com os domínios de autocuidado propostos por Orem (2001) e com os ganhos em saúde conseguidos, após a implementação dos programas de ER pelo EEER.

Domínio físico

O autocuidado enquanto prática de atividades iniciadas de forma a realizar, por si próprio, atividades de manutenção da sua vida, saúde e bem-estar, implica a existência de um agente de autocuidado, ou seja, a capacidade de uma pessoa desenvolver um comportamento de autocuidado nos vários domínios que este envolve, domínio físico, cognitivo, comportamental e emocional ou psicossocial (Orem, 2001).

O domínio físico refere-se à capacidade física para realizar ações de autogestão que visem o autocuidado (Petronilho, 2012).

O domínio físico do autocuidado encontra-se em estrita relação com a funcionalidade, enquanto grau de aptidão que a pessoa apresenta para viver de forma autónoma e independente nas circunstâncias da sua vida particular, ultrapassando os desafios do autocuidado, da vida do lar e da mobilidade (Marques-Vieira, 2017). Assim, a avaliação da capacidade funcional (Chung et Al.,2021; Martin-Sanchez et al, 2020; López-Liria et al, 2019; Tsang et al, 2018) é uma componente essencial no processo de Enfermagem, de forma a avaliar a funcionalidade e definir necessidades de cuidados de Enfermagem baseadas na CIF para pessoas com 65 e mais anos de idade. O instrumento utilizado para o efeito foi o ENCS (Fonseca, 2013), permitindo a monitorização de progressos no desempenho das AVD's e manutenção do autocuidado, de acordo com o impacto da situação de saúde-doença vivenciada, definindo-se objetivos reais de reabilitação, ajustando o plano de cuidados de ER às necessidades individuais e da família. Foram também utilizados como instrumentos de suporte à avaliação da funcionalidade, a escala de Lower, para avaliação da força muscular, a avaliação da dispneia através da escala de Borg Modificada, a avaliação do equilíbrio corporal, assim como a goniometria, para avaliação das amplitudes articulares, de acordo com a situação clínica dos participantes.

Nos participantes do grupo A, participantes do foro ortopédico, a avaliação diagnóstica realizou-se cerca de um dia após a intervenção cirúrgica, permitindo realizar um diagnóstico das necessidades de cuidados de ER existentes, de forma a maximizar o potencial de recuperação da pessoa, uma vez que o primeiro contacto com os participantes/família ocorreu no período pré-operatório.

Em ambos os participantes foi diagnosticado através da ENCS (Fonseca, 2013) um problema ligeiro no score global de funcionalidade, pelo que as intervenções de EEER dirigiram-se no sentido da implementação de um sistema de apoio educativo (Fonseca, 2013). A identificação de necessidades no âmbito da autogestão da doença e gestão dos cuidadores/família (Wang et al, 2019) deu-se no período pré-operatório, de forma a gerir a ansiedade e expectativas relacionadas com a cirurgia e o processo de reabilitação, realizando-se sessões de educação para a saúde com o objetivo de capacitar a pessoa e os cuidadores para a gestão da doença, nomeadamente através de ensinamentos dirigidos à prevenção de quedas no domicílio e barreiras arquitetónicas existentes e como geri-las. Foi, também, delineado um programa de RFM, com incidência na realização de ensinamentos relativos a exercícios isométricos (contração de glúteos, abdominais e quadríceps) e exercícios isotónicos, como a dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica (Ribeiro, 2021), fortalecimento muscular dos membros superiores para capacitação da pessoa para a técnica de andar com auxiliares de marcha (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira et al, 2017), ensino de técnicas de transferência com dispositivos de

apoio, assim como os ensinamentos inerentes ao treino da técnica de andar com auxiliares de marcha, subir e descer escadas e sentar-se, na perspectiva da aquisição de capacidades e conhecimentos, para aplicação no período pós-operatório, com o objetivo de promover uma rápida recuperação da funcionalidade dos participantes.

Embora não tenham sido detetadas alterações da função pulmonar significativas, nos participantes do grupo A, com o objetivo de prevenir complicações inerentes à situação cirúrgica, foi implementado um programa de RFR com ênfase no ensino de técnicas de controlo respiratório (relaxamento muscular e dissociação dos tempos respiratórios), ensino de técnica de tosse eficaz, sessões de treino da musculatura respiratória, com técnica de respiração abdominodiafragmática, com os lábios semicerrados. Estas intervenções mostraram-se eficazes em ambos os participantes, uma vez que os níveis de ansiedade reduziram, de acordo com a verbalização dos próprios, promovendo uma melhor adesão ao plano de reabilitação no período pós-operatório (Marques-Vieira et al, 2017; Lourenço et al, 2021).

A aquando da avaliação diagnóstica, o participante A1 apresentava um problema moderado (44%) no domínio dos autocuidados e, A2 um problema grave (56%), pelo que foram adotados sistemas de intervenção totalmente compensatórios e parcialmente compensatórios, de forma a alcançar ganhos neste domínio. Após a intervenção de ER, A1 transitou para problema ligeiro, assim como A2 (8% e 19%), com ganhos neste domínio de 36% e 37% respetivamente.

Tais ganhos foram possíveis por uma intervenção precoce, que teve início cerca de 24h após a cirurgia, aquando da transferência dos cuidados intermédios para o serviço de ortopedia, implementando-se intervenções cujos objetivos foram o controlo da dor, da inflamação dos tecidos moles e edema, prevenção do tromboembolismo venoso e rigidez articular, através da implementação do programa de RFM (exercícios realizados no pré-operatório), com levante precoce e treino sensoriomotor do membro intervencionado ((López-Liria et al, 2019; Ribeiro, 2021),

Ao longo do plano de intervenção, mediante avaliação da força muscular, da amplitude articular, e da dor (escala numérica da dor), implementaram-se mobilizações ativas, assistidas e resistidas do membro intervencionado, de forma a recuperar a mobilidade do membro (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira et al, 2017). Com estas intervenções existiram ganhos em força muscular, e amplitude articular, com um incremento da força muscular no membro operado de 1/5 para 4/5 na escala de Lower (participante A1 e A2) e aumento da amplitude articular, de 30° para 95° ao nível da articulação do joelho, do participante A1, e de 30° para 70° de amplitude da articulação coxofemoral intervencionada, no participante A2 .

Privilegiou-se como intervenções nestes participantes que apresentavam problemas moderados a graves no autocuidado, por limitação da mobilidade, o treino de capacidades adaptativas para o autocuidado, através do ensino e treino de atividades básicas de vida com ajudas técnicas dirigidas, ao doente e à família. A1 e A2, apesar de mostrarem renitência em realizar os cuidados de higiene na casa de banho, no segundo dia pós operatório, após a demonstração da utilização dos dispositivos de apoio (esponja de cabo longo, cadeira de duche, barras de apoio no duche) e da técnica de secar os membros inferiores sem risco de complicações na articulação, acabaram por aceitar e realizar os cuidados de higiene de acordo com os ensinamentos realizados, até se tornarem independentes neste autocuidado, com as estratégias adaptativas instruídas.

De forma a gerirem o cansaço na realização das AVD's, foram realizados ensinamentos de técnicas de conservação de energia, como a posição de cocheiro em pé e sentado, associado à dissociação dos tempos respiratórios e expiração com os lábios semicerrados, de forma a gerir o esforço no desempenho dos autocuidados (López-Liria et al, 2019;Cordeiro & Menoita, 2014). A2 foi quem apresentou maior intolerância à atividade após a cirurgia, com cansaço fácil para pequenos esforços, pelo que a utilização destas estratégias, principalmente na realização de treino de marcha, teve uma boa adesão por parte do participante, que se mostrou cada vez mais autoconfiante na utilização destas estratégias, recuperando gradualmente a independência nos autocuidados (Wang et al, 2019; Tsang et al, 2018; Collins et al, 2018; López-Liria et al, 2019).

Analisando a tabela nº20, o grupo de participantes B (B1, B2 e B3) apresentou inicialmente um problema ligeiro (14,06%, 13,04% e 21,92%) no domínio global da funcionalidade, que após o programa de ER, decresceu para sem problema diagnosticado, para os participantes B1 e B2 (4,69% e 3,75%) e problema ligeiro (14,54%), para B3. Estes ganhos foram possíveis, dado ter sido detetado um maior condicionamento no domínio dos autocuidados, com a deteção de um problema moderado para B1 e B2 (42% e 48%), e um problema grave para B3 (52%), que mediante o projeto de intervenção aplicado, reduziu para problema ligeiro em B1 e B2 (8% e 15%) e problema moderado em B3 (35%), traduzindo-se em ganhos significativos na funcionalidade global e nos autocuidados em particular.

Nestes participantes existia um compromisso da função respiratória notória, associado a origem traumatológica (B1) e cirúrgica (B2 e B3), que comprometia a capacidade funcional e a capacidade para o autocuidado, condicionando a capacidade física e motora dos participantes. O processo transição saúde-doença associado ao compromisso no sistema respiratório tem impacto

não só nos processos corporais, como psicológicos, emocionais e sociais, diminuindo a autonomia e qualidade de vida (Couto et al,2021).

A realização da RSL com meta-análise permitiu delinear um programa de reabilitação para as pessoas com 65 anos ou mais de idade, com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado, cujas intervenções fossem dirigidas à promoção de autocuidado e com vista à obtenção de ganhos em saúde, após a intervenção especializada de ER.

O participante B1 apresentava fraturas dos arcos costais direitos e esquerdos, com hemopneumotórax bilateral, previamente drenado, sob oxigenoterapia por óculos nasais a 4l/min. De forma a melhorar a ventilação comprometida associada à dor à inspiração profunda, foi discutida, em equipa multidisciplinar, a otimização da analgesia neste participante, de forma a promover um controlo algíco que permitisse a instituição do programa de ER, assim como a identificação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Uslu & Canbolat 2020).

Após controlada a dor, instituíram-se técnicas para otimização da ventilação como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, reeducação costal seletiva e global com recurso a bastão, assim como a promoção da limpeza das vias aéreas, através do ensino da tosse, ciclo ativo da respiração e *huffing*. Este participante apresentava dispneia, associada à atividade, pelo que mediante a avaliação da dispneia através da escala de Borg Modificada, foi possível classificá-la em grau 7. Instituíram-se intervenções ao nível da capacidade para o autocuidado, como o ensino de técnicas de conservação de energia, ensino e treino de estratégias adaptativas com ajudas técnicas, planeando e gerindo os períodos de repouso e de atividade, combinando com o treino de resistência/aeróbio de forma progressiva, de forma a melhorar a intolerância à atividade e a capacidade para o autocuidado (Wang et al, 2019; Tsang et al, 2018). Terminada a intervenção do EEER, existiram ganhos percecionados no alívio da dispneia, com categorização da dispneia em 1/10, na escala de Borg Modificada, e aumento das SpO2 (97%), com suspensão da oxigenoterapia.

B2 e B3 apresentavam compromisso da ventilação, associado a cirurgia abdominal, sendo que B3 apresentava concomitantemente infeção COVID-19, o que condicionou bastante a função pulmonar, dado o estado clínico do utente e a sua idade.

Nestes participantes a defesa à inspiração profunda, inerente à dor, limitava a ventilação, pelo que foram instruídas estratégias não farmacológicas no alívio da dor, com sessões de treino da musculatura respiratória (respiração abdominodifragmática e com os lábios semicerrados, associado a reeducação diafragmática e costal global com recurso a bastão),

utilização de inspirometria de incentivo para treino muscular inspiratório, objetivando-se a melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, melhorando a mobilidade e expansão torácica e a ventilação pulmonar (Ribeiro, 2021). Foi ainda realizado ensino de técnica de tosse eficaz e ensino de técnicas de controlo respiratório (relaxamento muscular e dissociação dos tempos respiratórios) para alívio da dispneia/ansiedade (Martin-Sanchez et al, 2020; Uslu & Canbolat 2020; Tsang et al, 2018; Uslu & Canbolat 2020).

Por défices no equilíbrio corporal, foi realizado treino de equilíbrio corporal dinâmico sentado com recurso a bola, progredindo para treino de marcha em barras de apoio bilaterais e posteriormente treino de marcha com andarilho e sob supervisão, com recuperação dos défices em equilíbrio corporal detetados (Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al, 2021).

B2 apresentava compromisso do autocuidado relacionado com o processo de eliminação intestinal (estoma de eliminação), condicionando a autoimagem, pelo que foram identificadas necessidades no âmbito da autogestão da doença e gestão dos cuidadores/família, sendo que através da interação e partilha de experiências entre doentes com a mesma patologia, e treino e capacitação para os cuidados ao estoma dirigidos ao participante e família, este praticante teve um processo de transição saúde-doença e aceitação da imagem corporal encorajado e suportado pela família, o que trouxe benefícios relacionados com o desempenho dos cuidados ao estoma e na funcionalidade em geral.

B3 apresentava dispneia de grau 9/10 (muito, muito intensa) na escala de Borg Modificada, pelo que foram ensinadas técnicas de conservação de energia para realização das AVD's, inspirar enquanto realiza o movimento que cansa menos e expirar quando faz o movimento que cansa mais, organizando o tempo de forma eficaz, e com impacto positivo na qualidade de vida (Ribeiro, 2021). Realizaram-se ensinamentos e treino de estratégias adaptativas com ajudas técnicas (cuidados de higiene em cadeira de duche e com esponja de cabo longo) e ensino da técnica de inaloterapia, o que associado às restantes intervenções de RFR possibilitou a melhoria da dispneia para 3/10, (dispneia moderada), sem necessidade de oxigenoterapia suplementar, e como uma maior capacidade para a realização das AVD's e maior tolerância ao esforço.

Foi implementado um treino de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores nestes participantes, de forma a melhorar a função muscular, com o objetivo de melhorar a capacidade aeróbia e a força muscular periférica (Ribeiro, 2021). O programa de reabilitação relativo aos participantes com patologia do foro respiratório, caracterizou-se pelo fortalecimento muscular com recurso a alteros de 0,5 kg e com caneleiras com 0,5 kg, com

ganhos de funcionalidade visíveis na melhoria da dispneia, com maior capacidade de resistência, bem como maior capacidade para o exercício físico e atividade de vida diária (Wang et al, 2019; Chung et al., 2021; Martin-Sanchez et al, 2020; Collins et al, 2018; Tsang et al, 2018).

Os participantes do grupo de intervenção C, foro neurológico, foram os que apresentaram maiores ganhos na funcionalidade global e no domínio dos autocuidados em específico, após a intervenção de ER.

C1 transitou de um problema moderado (29,17%) para sem problema (3,13%) e C2 transitou de um problema moderado de 47,92% para 19,79%, no âmbito da funcionalidade global. No domínio dos autocuidados, após o programa de ER, C1 e C2 transitaram de um problema grave (75% e 73%) para um problema ligeiro (13%) e moderado (27%).

Este grupo de intervenção, associado à doença crítica, apresentavam alterações da mobilidade, do equilíbrio corporal, compromisso da força muscular, compromisso respiratório e alterações cognitivas. De forma a potenciar a readaptação funcional e a independência face à situação crítica ocorrida, foi implementado um programa de RFR, uma vez que estes participantes apresentavam ventilação e limpeza das vias aéreas comprometidas, após a suspensão da ventilação mecânica invasiva.

De forma a promover uma melhor sincronia entre a pessoa e a ventilação não invasiva foram ensinadas técnicas de controlo respiratório (dissociação dos tempos respiratórios), com técnicas de descanso e relaxamento, associadas a estratégias de autocontrolo da ansiedade (Martin-Sanchez et al, 2020; Uslu & Canbolat 2020; Tsang et al, 2018; Uslu & Canbolat 2020). Estas intervenções favoreceram a sincronia pessoa/ventilação não invasiva, com melhorias na função pulmonar, o que permitindo a transição para ONFA.

De forma a otimizar a ventilação, durante toda a intervenção com estes participantes, foi realizada reeducação diafragmática, reeducação costal global e seletiva com bastão, associado a técnicas que visaram a otimização das via aérea nestes participantes, que por períodos de imobilidade longos, associado à doença crítica, apresentavam tosse ineficaz, com presença de expetoração (Cordeiro & Menoita, 2014; Couto et al, 2021).

C1 e C2 beneficiaram de manobras acessórias como a percussão, vibração e compressão, associadas a drenagem postural modificada e à utilização *cough assist*, que permitiram a remoção de secreções, e uma melhoria do desempenho das AVD's, com melhoria da tolerância à atividade.

Por alterações da mobilidade em C1 e C2, associada à fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos, termo que descreve a diminuição da força muscular como resultado de imobilização prolongada no leito, associada a doença crítica, com origem multifactorial, com debilidade do sistema neuromuscular, com reflexos tendinosos diminuídos e alterações das sensibilidades, dolorosa, térmica e vibratória, foi realizada electroestimulação neuromuscular nos membros superiores e inferiores e Treino sensoriomotor (Bartolomeu & Rodrigues, 2021; López-Liria et al, 2019). Associaram-se ainda exercícios musculares e articulares: passivos, ativos-assistidos, ativos e ativos resistidos, mediante uma avaliação prévia, com a utilização de um cicloergómetro na cama. Após a reacquirição do movimento corporal, iniciou-se o treino de equilíbrio, sentado na cama estático e dinâmico, com recurso a uma bola de pilates, e posteriormente, após recuperação da força muscular, que permitisse a realização de carga nos membros inferiores e sustentação do próprio corpo, iniciou-se o treino de marcha com recurso a andarilho. Este conjunto de intervenções permitiu que C1 e C2 recuperassem a força muscular, transitando de uma força grau 3/5 na escala de Lower, para 5/5 em C1 e 4/5 em C2.

O autocuidado alimentação encontrava-se comprometido nestes dois participantes, com alterações da deglutição para líquidos. Através dos ensino dirigidos à pessoa e aos familiares (C1) foi possível instruir acerca das estratégias compensatórias posturais, sensoriais e de consistência para uma deglutição segura e eficaz, com a realização de exercícios musculofaciais para promoção da deglutição (Ribeiro, 2021). Mediante estas intervenções C1 após a intervenção de ER transitou de líquidos consistência néctar para consistência líquida e C2 de líquidos consistência pudim para consistência néctar, com ganhos ao nível da deglutição.

De forma a gerir o esforço no desempenho das AVD's foram ensinadas técnicas de conservação de energia aplicadas ao treino de atividades básicas de vida, como andar, tomar banho, lavar os dentes e arranjar-se (López-Liria et al, 2019; Collins et al, 2018; Wang et al, 2019; Tsang et al, 2018).

No final do programa de reabilitação para além dos ganhos referidos ao nível da funcionalidade global e dos autocuidados, a qualidade de vida e a reacquirição da funcionalidade foi notória nestes participantes.

Domínio cognitivo e comportamental

O domínio cognitivo, reporta ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas para cumprir a ação de autocuidado, enquanto o domínio comportamental refere-se às habilidades necessárias para realizar o comportamento de autocuidado, enquanto prática de atividades iniciadas e executadas pelas próprias pessoas, nos prazos devidos, no interesse da própria manutenção de vida, funcionamento saudável, de desenvolvimento pessoal e bem-estar (Petronilho, 2012).

Ao longo do projeto de intervenção foi possível associar estes domínios do autocuidado aos domínios de “Aprendizagem e Funções Mentais” e “Comunicação” do ENCS (Fonseca, 2013)

No grupo de intervenção A, foro ortopédico, A1 não apresentou problemas em ambos os domínios e A2 apresentou um score de 12,5% na avaliação inicial e 8,33% após a intervenção de ER, no domínio da “Aprendizagem e funções mentais”, sem problemas diagnosticados no domínio da comunicação.

Dado o contexto de cirurgia ortopédica programada na sequência de osteoartrose com limitação funcional motora em ambos os participantes, e visto não terem sido detetados défices cognitivos em nenhum deles através do MMSE, nos dois momentos de avaliação, não era expectável a existência de problemas cognitivo-comportamentais que limitassem a realização do autocuidado, comprovado mediante a avaliação realizada através deste instrumento. Ainda assim, A2, obteve 4,17% de ganhos no domínio da aprendizagem e funções mentais, após a intervenção de ER, podendo justificar-se o problema ligeiro detetado neste domínio dada a idade do participante, uma vez que o envelhecimento populacional encontra-se associado a doenças do sistema nervoso, que acarretam consequências negativas a nível cognitivo e comportamental (Araújo et al, 2021; Menoita, 2014). Este ganho, ainda que com pouca expressão, pode justificar-se pela intervenção cognitiva presente ao longo de todo o projeto de intervenção, que incidiu na manutenção do estado cognitivo e recuperação dos défices existentes, através de terapia de orientação para a realidade, reeducação comportamental ativa e terapia da reminiscência (Araújo et al, 2021).

O grupo de intervenção B, B1 e B3, apresentaram um problema ligeiro (8,33% e 16,67%) no domínio da “Aprendizagem e funções mentais” com ganhos de 4,16% e 12,5% respetivamente, o que se traduziu em sem problemas neste domínio após a intervenção de ER.

B3 foi o único participante que apresentou um problema ligeiro (13%) na “Comunicação” e que permaneceu inalterado em ambas as avaliações.

Tanto B1, como B2 e B3 apresentaram ganhos a nível cognitivo, avaliados através do MMSE, com scores iniciais de 27, 27 e 21 pontos e scores finais de 29, 30 e 24, respetivamente. B1 obteve ganhos no domínio da capacidade construtiva, B2 na orientação e evocação e B3 na orientação e atenção e cálculo. Tais ganhos foram possíveis através de estimulação cognitiva com treino de repetição contínua de dados e socialização, inserido de forma a integrar os programas de RFR e RFR. Foi realizada terapia de orientação para a realidade no tempo e no espaço (pedido às famílias que trouxessem os relógios dos participantes) e regulação luminosa consoante o período do dia, treino de motricidade fina com caixa de atividades dinâmica e restrição de estímulos que pudessem perturbar a concentração e atenção durante a sessão de reabilitação (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017).

O grupo de intervenção C, foro neurológico, foi aquele que apresentou maior compromisso nos domínios da “Aprendizagem e funções mentais” e “Comunicação”, mas também o grupo onde os ganhos da intervenção de ER foi mais expressiva, com ganhos em saúde mensuráveis nestes domínios e que se repercutiram num aumento da funcionalidade, independência e autonomia dos participantes ao nível do autocuidado.

C1 e C2 apresentavam um problema moderado (29,17%) e grave (50%) na “Aprendizagem e funções mentais”, com transição para sem problema (0%) e problema ligeiro (8,33%) após o programa de ER. Já no domínio da “Comunicação” identificou-se um problema ligeiro (13%) e moderado (44%) nestes participantes (C1 e C2), com ganhos que culminaram em sem problema (0%) e problema ligeiro (19%) respetivamente.

Na avaliação diagnóstica realizada aquando do primeiro contacto com C1 e C2, estes apresentavam um défice cognitivo importante. C1 apresentava compromisso nos domínios da orientação, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva, com um score de 17 pontos e C2 apresentava compromisso em todos os domínios do MMSE, com um score de 11 pontos. Segundo Bartolomeu e Rodrigues (2021) a doença crítica é preditora de uma elevada incidência em incapacidade funcional e cognitiva, devido à instabilidade hemodinâmica, recursos farmacológicos e nutricionais e longos períodos no leito, o que corrobora estes défices cognitivos apresentados por estes participantes.

Na transição da ventilação mecânica invasiva para ventilação não invasiva, com interface com máscara facial, C1 e C2 experienciaram um período de ansiedade, claustrofobia e

desorientação temporo-espacial com agitação psicomotora, com necessidade de regulação sensorial dos estímulos ambientais (sons, luz), através da utilização de técnicas comunicacionais que utilizassem um tom de voz calmo e sereno, a fim de proporcionar tranquilidade aos participantes, de forma a implementar terapias de orientação para a realidade, com esclarecimentos relativamente ao evento que motivou o internamento em UCI e a atual situação clínica, reduzindo a ansiedade e medo do desconhecido (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017).

Os ganhos existentes nos domínio da “Aprendizagem e funções mentais” e “Comunicação” foram possível através da estimulação cognitiva contínua que se inseria nos programas de RFM e RFR, com orientação do participante consoante a dificuldade em iniciar, organizar e sequenciar uma tarefa, demonstração das AVD's e solicitação de repetição das mesmas, com restrição de estímulos que perturbassem a concentração e atenção nas atividades que se encontravam a ser desempenhadas.

C1 teve o apoio contínua da família, com envolvimento no processo de cuidados, realizando-se os ensinamentos inerentes à terapia cognitiva, à forma de abordar o familiar de forma a potenciar a reabilitação cognitiva do mesmo, nomeando eventos passados da vida e pessoas e bens que fossem significativos para a pessoa, de forma a reorientá-la e reorganizar a mente, o que também contribuiu para uma rápida recuperação dos défices cognitivo-comportamentais existentes.

C2, durante o período de internamento apresentou défices cognitivo-comportamentais, inerentes à situação crítica em que se encontrava e outros, que dado o decorrer do PR se depreendeu já existirem, não sendo possíveis de confirmar efetivamente, uma vez que não recebia visitas de familiares. Assim, a intervenção pautou-se não só pelas demais intervenções mencionadas anteriormente, mas também pelo treino de repetição contínua de dados e socialização, pedindo para contar e enumerar objetos, facilitação da memória implícita residual, reeducação comportamental ativa, e terapia da reminiscência, com estimulação somatossensorial e ambiental (Marques-Vieira & Sousa et al, 2017). Em ambos os participantes, dada a perceção inicial de um compromisso funcional grave existente, foi necessário estimular a motivação com o estabelecimento de metas alcançáveis e desejáveis e apoio e encorajamento redutores do medo de falhar, direcionando a motivação e o desejo de recuperação no sentido da recuperação da autonomia e máxima independência.

Verificou-se que C1, após a intervenção, recuperou totalmente os défices cognitivos, avaliados através da MMSE, com score total máximo obtido e C2 obteve ganhos em todos os domínios do MMSE, com maior enfoque na orientação, atenção e cálculo e evocação, no

entanto ainda com a manutenção de um défice cognitivo, de acordo com os valores de corte estabelecidos por Morgado et al (2009) para a população portuguesa e para o nível de literacia da pessoa avaliada.

Domínio emocional ou psicossocial

O domínio emocional ou psicossocial, integra atitudes, valores, desejos, motivação e a perceção de competência de realização da ação de autocuidado (Petronilho, 2012).

Cabe ao EEER neste domínio, elaborar e implementar programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, ao mesmo tempo que promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Regulamento n.º 392/2019, pp.13566). A limitação da atividade e restrição da participação na sociedade atual, afetam diretamente o domínio emocional ou psicossocial do autocuidado, sendo o EEER em todas as competências do seu domínio, o profissional com maior capacidade para despertar uma consciência social inclusiva, promovendo a autonomia e maximizando o potencial funcional da pessoa, de forma a ser reintegrado na sociedade (Gaspar et al, 2021).

Nos participantes do grupo A, grupo do foro ortopédico, foi necessário atender precocemente à gestão das expectativas destes participantes relativamente ao procedimento cirúrgico e à fase de recuperação, que em pessoas previamente independentes como estas, gerou processos de ansiedade e angústia face ao período pós-operatório, inerente ao processo de recuperação da sua autonomia e condicionamento dos autocuidados (Lourenço et al, 2021; Marques-Vieira & Sousa, 2017).

De forma a reintegrá-los o mas rapidamente no seu contexto social habitual, foram previamente recolhidos os dados sociodemográficos e as condições habitacionais, de forma a realizar ensinios e instruir as famílias ou a pessoa significativa destes participantes, para as adequações necessárias a realizar no domicílio, de forma a providenciar condições para um regresso ao domicílio seguro (prevenção de quedas e limitação de obstáculos à deambulação com recurso a auxiliar de marcha), com o objetivo de promover a máxima autonomia no regresso ao seu contexto habitual (Lourenço et al, 2021).

Foi visível que promoção da inclusão da família no processo de cuidados desde o período pré-operatório e o seu suporte, assim como o apoio psicológico/suporte piscossocial e o

treino e capacitação dos prestadores de cuidados/família, possibilitou um processo de transição saúde-doença eficaz, pautado pelo desejo explícito de recuperação, com motivação para a aquisição de capacidades durante os ensinamentos de estratégias de adaptação para os autocuidados e para a recuperação do movimento corporal (López-Liria et al, 2019; Wang et al, 2019; Tsang et al, 2018).

Relativamente ao grupo de intervenção B, foro respiratório, o participante B1 aquando da admissão no serviço onde foi realizado o projeto de intervenção encontrava-se emocionalmente deprimido por se encontrar num estado de dependência funcional e limitação física, decorrente de uma situação traumatológica, que levou a compromisso do sistema respiratório e motor. A experiência de dispneia, associada à ansiedade e pensamentos autolimitantes de dependência prolongada no autocuidado levaram à necessidade de intervenção especializada, através do suporte psicossocial providenciado, que permitiu a comunicação de sentimentos e medos experienciados pelo participante, assim como o ensino de técnicas não farmacológicas para controlo e alívio dos sintomas técnicas de controlo respiratório, que se demonstraram eficazes no alívio da dispneia (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Collins et al, 2018; Tsang et al, 2018). Foi também referenciado em colaboração com a equipa multidisciplinar, para a especialidade de psiquiatria, que após avaliação instituiu um regime terapêutico medicamentoso para controlo sintomático da insónia, que referia desde o episódio que motivou o internamento.

O participante B2, face ao compromisso da autoimagem associado à presença de colostomia, e provável situação neoplásica que se encontrava em estudo, vivenciou durante todo o período de internamento sentimentos de tristeza e medo, com dificuldade na aceitação da nova imagem corporal, inerente ao estoma de eliminação intestinal, o que comprometeu a capacidade para a realização da ação de autocuidado, cuja motivação e desejo expresso em aprender em relação aos cuidados ao estoma encontravam-se comprometidos. De forma a ultrapassar este obstáculo à adesão ao regime terapêutico, foi promovida a criação de uma interação e partilha de experiências entre doentes com ostomias de eliminação internados no serviço, desmistificando medos e crenças, e envolvendo a família ao longo de todo este processo, enquanto elementos de suporte emocional e incentivo à esperança e iniciativa, treinando-os e capacitando-os para os cuidados ao estoma, bem como a realização de sessões de educação para a saúde com o objetivo de capacitar a pessoa e a família para a autogestão da doença (Tsang et al, 2018; López-Liria et al, 2019; Wang et al, 2019; Uslu & Canbolat 2020).

O participante B3, apresentava compromisso respiratório, com intolerância à atividade e dispneia associada, vivenciando sentimentos de ansiedade, revolta e frustração iniciais pela limitação do autocuidado e incapacidade para o mesmo. Durante o período de internamento não recebeu visitas, uma vez que a esposa era a única família próxima que tinha e não tinha possibilidades de se descolar ao hospital, o que potenciou o isolamento social deste participante. De forma a combater esta condicionante e permitir uma reintegração no seu contexto social, ainda que há distância, foram realizadas videochamadas diárias com a esposa, incluindo-a assim no processo de cuidados e providenciando suporte emocional, aproximando-o da única pessoa significativa e combatendo o distanciamento social vivenciado. O programa de RFR instituído permitiu que existissem progressos na intolerância à atividade e dispneia, com ganhos ao nível dos autocuidados, o que levou o participante a adotar uma atitude positiva face ao processo de reabilitação, à medida que ia verificando ganhos em saúde e em autonomia, com aumento do desejo em aprender capacidades adaptativas para desempenhar de forma autónoma os autocuidados.

Analisando o grupo de intervenção C, C1 e C2 aquando da transição para ventilação não invasiva, com interface com máscara facial, vivenciaram situações de stress e ansiedade, associado a claustrofobia, e medo do desconhecido, com períodos de assincronia doente-ventilador (Bartolomeu & Rodrigues, 2021), que só foram possíveis de atenuar através do apoio psicológico/suporte psicossocial de forma a minimizar o medo e a ansiedade experienciadas, concomitantemente com técnicas de controlo respiratório e no caso de C1, a inclusão da família durante o processo de cuidados e o seu suporte emocional, de forma a estimular a esperança e o desejo de se recuperar, permitindo uma sincronia com o ventilador, e assim uma melhoria da função respiratória, funcional, qualidade de vida e desempenho nos autocuidados (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Tsang et al, 2018; Martin-Sanchez et al, 2020; Uslu & Canbolat 2020).

10. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Nesta capítulo do relatório será desenvolvida uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas ao longo do percurso formativo que integrou o plano de estudos do curso de mestrado e especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Pretende-se analisar as competências comuns do Enfermeiro especialista, as competências específicas do EEER e as competências de mestre e realizar uma fundamentação crítica e reflexiva sobre as mesmas, sustentando a sua aquisição no decorrer do estágio clínico. Será realizada primeiramente uma análise da aquisição das competências comuns de Enfermeiro especialista, seguindo-se das competências específicas de EEER e por último das competências de mestre.

10.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Atualmente, os cuidados de saúde, e inerentemente os cuidados de Enfermagem, assumem uma maior valorização e importância, acompanhada igualmente de maior exigência técnica e científica, sendo a especialização uma realidade que abrange muitos profissionais (Regulamento nº140/2019).

O termo competência surge associado a conhecimentos e capacidades individuais mensuráveis, atribuídas a uma pessoa capacitada para desenvolver determinado trabalho (ICN, 2019). Cada competência deve estar relacionada com um verbo de ação (observável e mensurável), conteúdo (assunto, tipo de desempenho, tarefa específica) e contexto (limitações ou condições de trabalho ambiente) (ICN, 2019).

“O Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem” (Regulamento nº140/2019, p.4744). É assim, Enfermeiro especialista, o Enfermeiro que aprofundou um domínio do conhecimento específico da Enfermagem, com elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, que lhe conferem competências especializadas num determinado campo de intervenção (OE, 2010).

A definição das competências do Enfermeiro especialista decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais, pelo que, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, denominadas de competências

comuns, que se encontram regulamentadas através do Regulamento nº140/2019 (Regulamento nº.140/2019, 2019).

As competências comuns são assim entendidas como “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº.140/2019, 2019) (Regulamento nº.140/2019, pp.4744).

Assim, de acordo com o Regulamento nº.140/2019, as competências comuns do Enfermeiro especialista assentam em 4 domínios, o domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da Melhoria contínua da qualidade; o domínio da Gestão dos cuidados e o domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

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

Neste domínio o EE “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, ao demonstrar um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (..) com uma avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

No que concerne a este domínio a minha prestação de cuidados teve sempre como referência o REPE (1996), garantido e assegurando os princípios gerais dispostos no artigo 99º (pp.80), que nos diz que as “intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”, respeitando e zelando pela ética e deontologia profissional, seguindo os princípios, valores e normas deontológicas, assentes no artigo 100º do REPE (1996, p.81), “Dos deveres deontológicos em geral” na relação com os clientes e com a equipa de Enfermagem. A salvaguarda da privacidade do utente e família foi uma preocupação constante, de acordo com o artigo 106º do REPE, “Do Dever de sigilo” (1996, p.84), tanto na prestação de cuidados como na recolha de dados sociobiográficos para a realização do projeto profissional, garantindo o direito ao anonimato, e ao consentimento livre e

esclarecido, respeitando a escolha e a sua autodeterminação (artigo 104º do REPE) no que aos cuidados especializados e de saúde diz respeito.

O dever de informação foi privilegiado no que respeita aos cuidados de Enfermagem, informando o cliente e família acerca dos mesmos, de acordo com o artigo 105º do REPE, respeitando as suas crenças, costumes e valores, indo de encontro ao disposto no artigo 102º do REPE, cuidando sem discriminação étnica, política, ideológica, religiosa, social ou económica (OE, 2015).

Considero ainda que contrui estratégias de resolução de problemas sempre que estes existiram, em parceria com o doente e família e com o supervisor clínico, fundamentando a prática profissional na evidência científica, orientando a tomada de decisão com base na mesma e partilhando-a no seio da equipa de Enfermagem, respeitando os deveres para com a profissão, artigo 111º do REPE (1996) e demonstrando disponibilidade, no âmbito dos meus conhecimentos da especialidade, para que a equipa pudesse partilhar dúvidas, desempenhando um papel de consultor. Procurei, sempre que oportuno, suscitar momentos de reflexão, sobre a prática de cuidados e os processos de tomada de decisão, proporcionando um ambiente de partilha de conhecimento, que convergissem na melhor prática evidenciada aos dias de hoje.

“Domínio da Melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745);

No âmbito deste domínio, que se encontra descrito em 3 competências, ao Enfermeiro Especialista compete garantir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico seguro” (p. 4747)

É uma preocupação e um desafio, a necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde e em Enfermagem, concretamente, que se reflita na melhoria dos cuidados a fornecer ao cliente e família e potencie a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros. A OE (2018), delineou através da Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de ER, que os EEER sustentem a tomada de decisão não só na âmbito da prática de cuidados, como na sua organização e gestão, através de documentos orientadores para a definição de indicadores

sensíveis à sua atuação garantido ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, com o propósito de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Indo ao encontro do disposto, a RSL com meta-análise realizada no âmbito deste projeto de intervenção identificou indicadores de resultado em domínios como o estado funcional, capacidade para o autocuidado, qualidade de vida relacionada com a saúde, atividades de promoção da saúde, utilização dos cuidados de saúde e satisfação do cliente, enquanto ganhos sensíveis aos cuidados de ER na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações respiratórias (Doran & Pringle, 2011).

A divulgação dos resultados foi realizada em cada campo de estágio clínico, no seio da equipa multidisciplinar, promovendo a incorporação dos conhecimentos nesta área na prestação de cuidados, e delineando os planos de intervenção individuais para cada utente/família de acordo com a evidencia científica encontrada, avaliando as intervenções através de instrumentos validados.

Tendo como objetivo o incremento de qualidade aos cuidados, após realizado um levantamento de necessidades de formação em cada serviço onde o estágio decorreu, foram realizadas sessões formativas, e folhetos informativos para os utentes/famílias, de forma a reforçar ensinamentos e contribuir para a literacia em saúde da população alvo, atuando essencialmente ao nível dos domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde, atividades de promoção da saúde e satisfação do cliente, de acordo com Doran & Pringle (2011).

Ainda neste domínio de competências, no decorrer do estágio clínico colaborei no desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua, que se encontrava fase inicial, no serviço de cirurgia geral, um dos locais de estágio onde se desenvolveu parte deste projeto de intervenção, e em que os EEER iniciaram a implementação de um programa de Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT).

Desta forma, minha intervenção iniciou-se com o planeamento de uma sessão de ginástica laboral, com uma intervenção ao nível da gestão do risco a nível institucional e da própria unidade funcional. Esta teve como objetivo ser de acesso a todos os profissionais do centro hospitalar deste serviço, juntamente com uma sessão informativa sobre a prevenção de LMERT, ergonomia e mecânica corporal nos profissionais de saúde. Ainda neste âmbito, a nível do serviço, foi realizada uma sessão prática acerca de transferências e posicionamentos de utentes, cujo objetivo foi avaliar a incorporação de conhecimentos nos profissionais e analisar e avaliar os resultados das intervenções prévias, identificando oportunidades de melhoria. Ainda neste

domínio, foram realizados em dois dos serviços integrantes do estágio, um inventário de recursos materiais e a identificação daqueles que necessitavam de reparos, assegurando os recursos adequados para a prestação de cuidados seguros e a gestão risco.

A envolvimento da família no processo de cuidados de Enfermagem foi uma prioridade, principalmente numa fase pós-pandémica, em que existiu um retorno gradual das visitas aos utentes internados, pelo que foi necessário intervir, garantindo que os planos e estratégias de prevenção e controlo de infeção eram cumpridos. Esta intervenção assumiu particular relevância na UCI, e em concreto em utentes com infeção por COVID-19, garantido que as visitas decorriam de acordo com as normas de prevenção e controlo de infeção, sem prejuízo dos relacionamentos familiares existentes, mas salvaguardando o bem-estar e saúde dos familiares e zelando pela manutenção/recuperação do bem-estar psicológico dos utentes internados sem maior prejuízo dos laços afetivos.

“Domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745);

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados de Enfermagem “otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às necessidades e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4748)

No que a este domínio de competências diz respeito existiu, nos serviços onde o estágio decorreu, uma procura do EEER como elemento de referência e articulação com a restante equipa multidisciplinar e nesse âmbito uma estreita colaboração na tomada de decisão relativamente ao processo de cuidados do utente/família. Consequentemente foi possível perceber e identificar previamente os utentes que deveriam ser alvos de referência para a Equipa de Gestão de Altas (EGA), quer pelo défice de apoio e suporte familiar no decorrer do processo de transição saúde-doença, ou pela necessidade de continuidade dos cuidados de reabilitação, através da RNCCI, para que o utente conseguisse maximizar o seu potencial de reabilitação e funcionalidade, retomando as suas atividades do dia a dia da forma mais independente possível. Considero que este processo foi fundamental em todos os serviços, no entanto no serviço de ortopedia, inerente ao tempo de internamento reduzido aquando de cirurgias programadas que envolvessem a colocação de PTJ ou PTA, esta referência tinha de ocorrer o mais precocemente possível, preferencialmente no momento de admissão do utente ao serviço, mediante a avaliação das condições habitacionais e sociofamiliares dos utentes, de forma a não lotar o serviço, colocando em causa as cirurgias programadas subsequentes.

No processo de coordenação da equipa de Enfermagem e assistentes operacionais, o modelo que usei como referencial foi o de líder transformacional, que de acordo com Quesado et al (2022), procura práticas organizacionais através de reforço positivo, influenciando e transformando atitudes e valores de cada elemento da equipa e assim, comprometendo-os com a missão da organização, e os objetivos da mesma, o que promove a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a satisfação da equipa. Desta forma, aquando da delegação de tarefas eram realizados ensinamentos prévios, quer seja através de instrução ou demonstrações, com posterior avaliação da sua execução e correção, com um discurso adaptado à individualidade de cada profissional, reconhecendo e valorizando o esforço ou incentivando à melhoria caso necessário.

Face à carência de profissionais em alguns dos serviços, uma das estratégias de motivação da equipa que utilizei passou pela realização de sessões de ginástica laboral em momentos pré-selecionados, como no início do turno ou no final do mesmo, com o objetivo de promover o ativamento muscular, ou o relaxamento e alívio da tensão muscular, ao mesmo tempo que se potenciavam momentos de alívio do stress e de descontração, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática clínica.

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

No seio deste domínio o EE deve “desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p.4749).

No que concerne a este domínio, foi crucial o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento, que se deu ao longo de todo este processo de desenvolvimento académico, profissional e pessoal, através da necessidade de dar resposta a contextos sociodemográficos diferentes, diferentes vivências do processo de transição saúde-doença, perda de independência e alterações da funcionalidade vivenciadas de forma individual, cuja minha adaptabilidade individual e organizacional teve de ser rápida e eficaz, de modo a dar resposta a estas necessidades, permitindo-me crescer no estabelecimento de relações quer terapêuticas, com o utente e família, quer com a equipa multidisciplinar. Esta gestão de emoções e sentimentos torna-se possível devido à consciência que o EE tem de Si na relação com o Outro, permitindo-lhe atuar nas mais variáveis situações, de forma eficiente, gerindo os possíveis conflitos ou situações geradoras de stress existentes.

Assim, e indo de encontro ao artigo 109º do REPE “o Enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício mantendo a c) atualização contínua dos seus conhecimentos e utiliza de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.86), procurei que a minha intervenção tivesse sempre por base a evidência científica mais recente (últimos 5 anos), procurando divulgá-la também com os pares e a equipa, e durante a prestação de cuidados especializados ao utente e família, envolvendo-os no processo de cuidados, ao mesmo tempo que promovia a literacia em saúde desta população alvo e os ganhos em saúde da mesma (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Tsang et al, 2018;). Da RSL com meta-análise realizada para este projeto de intervenção foi extraído um artigo científico enquanto contributo para o desenvolvimento da prática clínica especializada, com ID ijerph-2201672, a aguardar publicação no *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Perante a identificação de necessidades de formação no serviço de cirurgia geral, mais concretamente no desenvolvimento do projeto de melhoria contínua já aqui explanado, atuei como elemento formador, após identificadas as lacunas formativas nos profissionais de saúde daquele serviço, gerindo o programa e os dispositivos utilizados na formação (tecnologias de informação, elevador de transferência, cinta de transferência, transfer e demais dispositivos presentes no serviço), favorecendo a aprendizagem, a destreza (através da sessão de formação prática) e o desenvolvimento de habilidades e competências, avaliando o impacto da formação, mediante a observação posterior das práticas profissionais.

Considero que assumi uma postura crítico-reflexiva de todas as oportunidades de aprendizagem, em todos os contextos de ensino clínico, que possibilitaram uma busca contínua pelo conhecimento, não só na área de Enfermagem, como nas restantes disciplinas que articulam com esta e que contribuíram para uma melhoria minha prática profissional e um crescimento pessoal imensurável durante este percurso académico e profissional.

10.2 Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Em Portugal o curso de especialização em ER teve início em 1965, assente sobretudo no conceito de cuidar e da funcionalidade, foi ao longo do tempo sendo reconhecida a especificidade dos cuidados de ER e a melhoria significativa que incrementavam aos cuidados de Enfermagem, e na promoção de uma sociedade inclusiva (Gaspar et al, 2021).

Enquanto especialidade multidisciplinar compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite maximizar a funcionalidade e a independência das pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas de umas destas duas (Regulamento nº 392/2019 , 2019).

O alvo de intervenção do EEER é a pessoa, em qualquer fase do ciclo vital, com necessidades especiais, prestando cuidados em qualquer contexto, desde os cuidados de saúde primários, contexto hospitalar, domicílio, ambulatório ou cuidados continuados (Gaspar et al, 2021).

Ao EEER cabe a função de conceber, implementar e monitorizar planos de ER individualizados e com base nos problemas reais e potenciais dos doentes, com uma intervenção assente no diagnóstico precoce e em ações preventivas, mantendo as capacidades funcionais das pessoas e prevenindo complicações, ao evitar incapacidades, ou intervir de forma terapêutica de modo a recuperar a independência nas AVD's (Regulamento nº 392/2019 , 2019).

Este intervém ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica, utilizando técnicas e tecnologias de reabilitação, dando ênfase na educação dos doentes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na posterior reintegração das pessoas na família e na comunidade, promovendo o direito à dignidade e a qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019 , 2019).

A par do desenvolvimento do conhecimento, o EEER deverá continuar a incorporar a investigação na sua prática, através da participação em projetos de investigação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, cuja intervenção seja orientada para os ganhos em saúde, através de resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, cuja finalidade seja tanto o desenvolvimento de competências específicas como o desenvolvimento do conhecimento.

Assim, foi definido o perfil de competências específicas do EEER atualizado através do Regulamento nº392/2019, que define qual o conjunto de competências clínicas especializadas que visam ser o enquadramento regulado para a certificação das competências e comunica aos cidadãos o que podem esperar do EEER.

Face à temática do projeto de intervenção e à sua população alvo, serão abordadas individualmente cada competência específica do EEER e o seu desenvolvimento ao longo do estágio.

“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, pp.13566)

O EEER “ identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da Enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária”. Para isso “concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Regulamento n.º 392/2019, pp.13566).

Relativamente à unidade de competência “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” e “avalia os resultados das intervenções implementadas” (p.13566-13567), o estágio de reabilitação decorreu em contexto hospitalar, em serviços distintos, como ortopedia, cirurgia geral e UCI, possibilitando a prestação de cuidados especializados a pessoas de todas as faixas etárias, a partir dos 18 anos, em diferentes contextos socioeconómicos e demográficos, com relações familiares singulares, com alterações da funcionalidade a nível ortopédico, respiratório e neurológico, inerente a acidentes, doenças agudas ou com descompensação de patologias crónicas ou consequências das mesmas. Face ao exposto, foram delineados planos de intervenção de ER individuais, para cada doente, tendo em conta todas as suas condicionantes, e mediante a avaliação funcional e da cognição realizada previamente à intervenção, através de instrumentos como a ENCS (Fonseca, 2013) e o MMSE, entre outros utilizados para avaliar, nomeadamente a deglutição (VVS-T) e a

força muscular (escala de Lower), a fim de aferir as necessidades de cuidados especializados, dirigidos à pessoa e família. A avaliação das intervenções deu-se na mesma medida, através da utilização dos mesmos instrumentos, aferindo-se resultados sensíveis aos cuidados de ER e ganhos em saúde. Na base das intervenções, promoveu-se como objetivo primordial a readaptação funcional, através do desenvolvimento de capacidades adaptativas, a promoção da qualidade de vida, e a otimização da resposta ao processo de transição saúde-doença, incluindo sempre a família ou pessoa significativa ao longo de todo o processo.

Face às alterações da funcionalidade identificadas, de modo a reduzir e colmatar o risco de alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, em cada contexto de cuidados foram prescritos produtos de apoio, como ajudas técnicas e dispositivos de compensação, com os respetivos ensinamentos e treino inerentes à utilização dos mesmos, de forma a permitir a realização das AVD's de forma autónoma, e favorecendo a readaptação funcional. No contexto ortopédico, foram prescritos com maior ênfase ao nível motor, produtos de apoio como cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas e produtos de apoio para os autocuidados como a higiene e cuidado pessoal. No contexto do serviço de cirurgia geral, face a prestação de cuidados especializados a doentes com alterações da eliminação vesical ou intestinal, e consequentemente alterações ao nível da autoimagem e sexualidade foram prescritos produtos adaptativos de forma a promover a qualidade de vida neste âmbito.

Também no estágio realizado na UCI foram prescritos produtos de apoio para o autocuidado alimentação, de forma a compensar défices existentes e realizando-se reeducação da deglutição e sensorial, necessários para promoção deste autocuidado, sempre mediante uma avaliação prévia. Consoante a avaliação das intervenções, foram reformulados os objetivos, as intervenções e monitorizados os ganhos em saúde, traduzidos neste relatório de estágio.

“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, p.13566)

O EEER “analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações

autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva”.

De acordo com as unidades de competência deste domínio, o EEER “elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” e “promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”

Ao longo do estágio de reabilitação, inerente aos défices de autocuidado dos doentes aos quais foram prestados cuidados, decorrente dos diagnósticos realizados, os seus planos de intervenção individuais contemplavam o ensino e treino de AVD’s onde existia compromisso, quer fosse através de produtos de apoio, como de estratégias adaptativas que permitiam a independência ou a minimização da dependência nesse autocuidado, nomeadamente na higiene pessoal, vestir-se e despir-se, comer e beber, andar e transferir-se. Em doentes com alterações da mobilidade, ou défices cognitivos que a comprometessem foram realizados ensinamentos ao doente e à família acerca da prevenção de risco de queda no domicílio, ou da necessidade de alterações estruturais e ambientais do domicílio, mediante as circunstâncias económicas do utente, eliminando barreiras arquitetónicas, necessárias para um regresso seguro ao domicílio aquando da alta clínica.

A promoção da inclusão destes doentes/ com alterações da mobilidade na sociedade, foi realizada reencaminhando sempre que necessário e orientando-os para as entidades competentes, afim da obtenção de apoios económicos, dícticos e serviços de apoio domiciliário, ao nível da limpeza do domicílio, da confeção da alimentação, da higiene do vestuário, ou outra necessidade identificada. Em doentes com amputação dos membros inferiores foram realizadas as devidas diligências para a obtenção de cadeira de rodas de forma gratuita e realizados os ensinamentos com base na legislação portuguesa acerca desta temática, mais concretamente com recurso ao Guia prático – Os direitos das pessoas com deficiência em Portugal (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019).

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

O EEER “interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal”.

Neste domínio de competência o EEER “concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório” e “avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados” (Regulamento n.º 392/2019, pp.13566).

De forma a conceber programas de treino motor, cardíaco e respiratório, foi necessário ao longo deste percurso académico aprofundar e aprimorar conhecimentos nestas áreas, de acordo com a evidência mais recente, quer seja em artigos científicos nacionais e internacionais, como em livros de ER. Este conhecimento foi sendo contruído gradualmente, sendo que requereu um investimento de tempo e dedicação, cujo objetivo final foi a melhor prestação de cuidados especializados ao doente/família, através da conceção de programas de reabilitação consistentes, íntegros e inovadores, sempre que a evidência científica assim o demonstrava, permitindo aplicar novas técnicas em contexto clínico, mediante divulgação das mesmas entre os pares, e avaliar os seus benefícios.

Os programas de reabilitação foram construídos de forma individual para cada doente/família, com base na RSL e meta-análise realizada, cujas intervenções com resultados sensíveis aos cuidados de ER foram extraídas, integradas nos PR e posteriormente monitorizados os ganhos em saúde obtidos, através de instrumentos como o ENCS (Fonseca, 2013) e o MMSE. Foram tidas em consideração situações de imprevisibilidade, vulnerabilidade ou impossibilidade de implementação de determinadas intervenções integrantes dos programas, por motivos clínicos, no entanto, sempre que possível, estas foram implementadas gradualmente, após reavaliação clínica e estabilidade do doente. De forma global existiram ganhos em saúde na funcionalidade e estado cognitivo dos doentes submetidos ao PR, com um incremento do score global de funcionalidade do ENCS (Fonseca, 2013) , que se refletiu sobretudo no desempenho das AVD's.

Privilegiou-se o treino de exercício como parte integrante dos programas de reabilitação, com benefícios ao nível do desempenho motor, respiratório e cardíaco, revelando-se como essencial na promoção da saúde, prevenção de lesões e aumento dos ganhos em saúde dos doentes (Wang et al, 2019; López-Liria et al, 2019; Collins et al, 2018; Tsang et al, 2018). Não só na prestação de cuidados especializados aos doentes, mas também na implementação de sessões de ginástica laboral e sessões formativas para os profissionais de saúde, acerca da prevenção de LMERT, o exercício físico demonstra-se essencial na promoção da saúde e

capacitação individual dos profissionais, de forma a deterem estratégias ao nível da mecânica corporal e ergonomia no trabalho.

10.3 Competências de mestre

De acordo com o artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018 (2018) o grau de mestre é atribuído numa especialidade, ou quando necessário, em área de especialização a quem :

a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-lei n.º 65/2018, p. 4162).

Este percurso académico, cujo objetivo final é a atribuição do grau de mestre em Enfermagem, delineou-se no sentido de ir ao encontro do artigo nº15 do Decreto lei nº65/2018, pelo que acordo com a alínea a) e indo de encontro dos princípios éticos e deontológicos da profissão e do REPE (1996), que nos dizem que os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da Enfermagem em particular e da saúde em geral, pelo que este percurso académico pautou-se pelo desenvolvimento de várias RSL no âmbito das unidades curriculares que integraram a componente teórica deste mestrado em ER, permitindo fazer um mapeamento do conhecimento produzido até ao momento, avaliando lacunas nos estudos anteriores, de forma a identificar oportunidades ainda não exploradas, com o objetivo de sintetizar a evidência científica e melhorar o conhecimento (Sousa et al, 2018). Como já aqui foi referido, no âmbito do desenvolvimento deste projeto de intervenção, foi também realizada um RSL com meta-análise cuja temática foi “Promoção do autocuidado nas pessoas com 65 ou mais anos de idade, com alterações respiratórias”.

Na componente de estágio clínico deste mestrado em ER, foi possível a aplicabilidade dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do percurso académico em situações complexas e diferentes do âmbito dos cuidados de Enfermagem gerais, no seio da equipa multidisciplinar, otimizando a minha capacidade de compreensão e gestão de situações problemáticas que ocorreram, com uma perspetiva de análise crítico-reflexiva, que me permitiu um crescimento profissional e pessoal, no sentido da melhoria destas competências.

De acordo com a alínea c) do artigo nº15 do Decreto-Lei nº65/2018, e regendo-nos pelo código de conduta da profissão, a postura ética desenvolvida esteve presente em todas as situações que se revelaram mais complexas e com necessidade de soluções, que se pautaram pela “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)” (REPE, 1996, pp.80) regendo-me por valores como a igualdade, a liberdade, capacidade de autodeterminação, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, respeitando os direitos humanos nas relações terapêuticas que se estabeleceram.

A comunicação surge no quotidiano dos enfermeiros como parte integrante da sua prática clínica, quer seja a comunicação verbal entre profissionais ou entre profissional e doente, a comunicação escrita, ou a comunicação não verbal. Sendo a comunicação uma das componentes centrais da área da saúde, esta é essencial a uma prática com qualidade, pelo que o estudo e a utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos outros e das comunidades, devem ser no sentido da promoção da saúde (Vieira, 2021). Assim, a minha conduta fez-se paralela à alínea d) do Decreto-Lei nº65/2018, adquirindo uma postura de educador, gestor e membro ativo da equipa multidisciplinar, comunicando e partilhando o conhecimento com os pares, especialistas e não especialistas, de forma clara, com decisões sustentadas e que não permitissem ambiguidade na tomada de decisões.

Na aquisição de competências que conferem o grau de mestre, decorrente da alínea e) do Decreto-lei nº65/2018, devem ser desenvolvidas competências que permitam que o conhecimento seja desenvolvido de modo auto-orientado, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, pelo que este constructo da busca pelo autoconhecimento deu-se recorrendo a diversas teorias de Enfermagem, como a Teoria de Enfermagem de Déficit de Autocuidado de Orem (2001), a Teoria de médio alcance de Lopes (2005) e o Modelo de autocuidado de Fonseca (2013) e instrumentos como a ENSC (Fonseca, 2013) e o MMSE, que permitiram o desenvolvimento de um modelo de autocuidado para pessoas com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias.

Deste modo, este percurso académico permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEER, e de mestre em Enfermagem, de forma eficaz e numa perspetiva de autodesenvolvimento, com um elevado enriquecimento para o meu percurso profissional, na área da especialidade e um crescimento pessoal imensurável, que me permitirá a continuação de uma aprendizagem ao longo da vida com base nas competências desenvolvidas nestes domínios.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o envelhecimento demográfico uma fenómeno com tendência a perpetuar-se ao longo do tempo na Europa e em Portugal, os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular, deparam-se com uma população a quem prestam cuidados, cada vez mais envelhecida, com multimorbilidades e limitações funcionais, que se refletem no desempenho dos autocuidados. As doenças respiratórias acarretam consequências negativas a nível funcional nas pessoas com 65 ou mais anos de idade, com diminuição da qualidade de vida e do nível de independência e autonomia, com um aumento do número absoluto de mortes acima desta idade.

De forma a dar resposta a esta problemática atual, o EEER é o profissional dotado de competências técnico-científicas para atuar com base nos problemas reais e potenciais dos doentes, com uma intervenção assente no diagnóstico precoce e em ações preventivas, mantendo as capacidades funcionais das pessoas e prevenindo complicações, ao evitar incapacidades, ou intervir de forma terapêutica de modo a recuperar a independência nas AVD's.

Assim, este projeto de intervenção, cujo objetivo final é a obtenção do título de mestre em Enfermagem e especialista em ER, desenvolveu-se em múltiplos contextos clínicos já aqui mencionados, tendo como alvo de intervenção uma população com 65 ou mais anos de idade, com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado. A minha intervenção foi desenvolvida tendo como base o processo de Enfermagem, alicerçado na Teoria de Enfermagem de Déficit de Autocuidado de Orem (2001), na Teoria de médio alcance de Lopes (2005), juntamente com o Modelo de autocuidado de Fonseca (2013).

De forma a que as intervenções implementadas fossem de encontro à evidência científica mais recente, com uma sustentação válida a nível internacional, e revista pelos pares, realizei uma RSL com meta-análise cuja questão de investigação visava conhecer as

intervenções de ER promotoras de autocuidado e perceber quais os ganhos sensíveis aos cuidados de ER nas pessoas com 65 ou mais anos, com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado.

Desta forma foi possível delinear e implementar planos de cuidados dirigidos aos problemas reais das pessoas e às suas limitações, de acordo com a avaliação diagnóstica da funcionalidade realizada através da ENCS (Fonseca, 2013) e fundamentada noutros instrumentos de avaliação como o MMSE, escala de Lower, goniometria, escala de Borg Modificada e VVS-T. Tal como evidenciado pela RSL com meta-análise, os participantes deste projeto de intervenção obtiveram ganhos em saúde, monitorizados após o PR, que se traduziram em ganhos da funcionalidade em geral, nos domínios físico, cognitivo, comportamental e domínio emocional ou psicossocial do autocuidado, de acordo com Orem (2001).

Considero assim, que o desenvolvimento e a implementação deste projeto de intervenção, concomitantemente com o restante percurso académico desenvolvido neste âmbito, possibilitou a aquisição de competências específicas de EEER, através do desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos e procedimentos que me permitirá maximizar a funcionalidade e independência das pessoas, em qualquer contexto de cuidados, ao longo de todo o ciclo de vida, capacitando-as nas suas limitações e ou/restrição da participação social, promovendo a sua reinserção na comunidade e o exercício da cidadania, maximizando as suas capacidades intrínsecas.

Esta intervenção estruturada e desenvolvida com base em metodologia científica permitiu a aquisição de competências de mestre em Enfermagem, com aplicação de conhecimentos em diferentes contextos da prática clínica, através de uma atuação assente no código deontológico da profissão e do REPE (1996).

Como dificuldade e limitação aponto o reduzido número de EEER, dedicados à prestação de cuidados especializados nos serviços, o que condiciona o desenvolvimento dos estágios clínicos e concomitantemente o desenvolvimento da sua área de intervenção, pela necessária gestão de tempo entre a prestação de cuidados gerais e de ER.

Como proposta de melhoria dou ênfase ao desenvolvimento da RSL, previamente ao início do estágio clínico, uma vez que é parte fundamental da intervenção e desenvolvimento de competências de EEER, e permite atuar com base na evidência científica mais recente. Este facto possibilitou que durante o estágio clínico estivesse com disponibilidade total para adquirir e pôr em prática conhecimentos específicos inerentes a cada área de intervenção, motora,

neurológica e respiratória, ao mesmo tempo que incorporava em cada serviço a evidência mais recente sobre a temática do projeto de intervenção.

Deste percurso académico extrai-se um balanço muito positivo, pautado por um desenvolvimento pessoal e profissional enriquecedor, motivador, gratificante e cujo reconhecimento desta especialidade enquanto área de intervenção específica da Enfermagem me faz querer continuar a desenvolver profissional e academicamente, com vista ao desenvolvimento da profissão.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, A., & Fenili, R. (2017). A incidência e fatores de complicações pulmonares pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgias de tórax e abdómen. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*.
- Antunes, J. (2017). O envelhecimento na Europa. Em I. Lage, *Cuidados e envelhecimento, Perspetivas da Enfermagem* (pp. 31-38). Coisas de ler.
- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araujo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação, Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lisboa: Lidel.
- Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic, N., Roque-Figuls, M., Ciapponi, A., Sanchez-Peres, E., Giannakou, A., & Pe. (2021). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Bartolomeu, R., & Rodrigues, P. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação crítica. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação, Conceções e práticas* (pp. 336-359). Lidel.
- Borg, G. (1998). Borg's perceived exertion and pain scales. *Human Kinetics*.
- Brito, M., Rezende, L., Almeida, N., Moreira, D., Avila, G., & Cardoso, C. (2019). O estudo de caso como método de investigação ena pesquisa qualitativa em Enfermagem. *Congresso Ibero-Americano de investigação qualitativa*, (pp. 444-453).
- Castro, J., Carneiro, J., ferreira, J., Ferreira, P., Gomes, F., Sousa, F., . . . alves, R. (2017). Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico por afeções gastrointestinais: Uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*.
- Centro Hospitala de Setúbal, E.P.E. (2016). *Plano de atividades e orçamento 2016*. Centro Hospitala de Setúbal, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. (2020). *Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas - Relatório de execução*. Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
- Chung, Y., Huang, T.-Y., Liao, Y.-H., & Kuo, Y.-C. (2021). 12-Week Inspiratory Muscle Training Improves Respiratory Muscle Strength in Adult Patients with Stable Asthma:

- A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, <https://doi.org/10.3390/ijerph18063267>.
- Clave, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and inspiration. *Clinical Nutrition*, 815-827.
- Collins, E., Jelinek, C., Connell, S., Butler, J., Reda, D., & Laghi, F. (2019). The Effect of Breathing Retraining Using Metronome-Based Acoustic Feedback on Exercise Endurance in COPD: A Randomized Trial. *Lung*, <https://doi.org/10.1007/s00408-019-00198-4>.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2018). *Integridade na Investigação Científica*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2018). *Integridade na Investigação Científica*.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Lusociência.
- Costa, A. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. DGS.
- Decreto-Lei nº.161/96. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A*. Diário da República.
- Decreto-Lei nº.65/2018. (2018). *Diário da República nº157/2018, Série I*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- DGS. (2014). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa: DGS.
- DGS. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa : Direção Geral da Saúde.
- Diário da República 2ª série nº85. (3 de Maio de 2019). Regulamento nº392/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República.
- Direção Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). Circular normativa nº09/DGCG. *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Direção geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direção Geral de Saúde.
- Doran, D., & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as an accountability. Em D. Doran, *Nursing outcomes - The state of the science* (pp. 1-23). Jones & Bartlett Learning.
- Ferreira, A. (2019). *Reeducação funcional respiratória pré-operatória na pessoa submetida a cirurgia abdominal*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

- Folstein, M., Folstein, S., & Mchugh, P. (1975). Mini-Mental State a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research Volume 12, Issue 3*, pp. 189-198.
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa.
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Monico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. *International Workshop on Gerontechnology* (pp. 143-153). Springer Link.
- Fundação Portuguesa do Pulmão. (2020). *ONDR*. Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação, Conceções e Práticas* (pp. 12-17). Lidel.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2022). *Global Strategy for the Diagnosis Management, and Prevention of Chronnic Obstructive Pulmonary Disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
- Global Initiative for Asthma. (2022). *Globar Strategy for Asthma Management and Prevention*. Global Initiative for Asthma.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitao, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa da Tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 9-10.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas demográficas 2019*. INE.
- Instituto nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas Demográficas 2020*. INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da saúde 2020*. INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (27 de Março de 2023). *Indicadore resumo sobre população*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- Internacional Council of Nurses. (2019). *CORE COMPETENCIES IN DISASTER NURSING VERSION 2.0*. Obtido de INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide. (2020). *Critical Appraisal Tools*. Obtido de Joanna briggs institute: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide. (2021). *JB I EBP Database Guide*. Obtido de Joanna briggs institute: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>

- Keleekai-Brapoh, N., & Toresco, d. (2020). Anchoring a professional practice model: Sucess through collaboration. *Elsevier*, 552-556.
- Lopes, M. (2005). *Os utentes e os enfermeiros: Construção de uma relação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2013). PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO ELDERLY NURSING CORE SET. *Journal of Aging and Innovation*, 121-131.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2013). Processo de construção do Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging and Innovation*, pp. 121-131.
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos Enfermeiros.
- Lopez-Liria, R., Vega-Ramirez, F., Aguilar-Parra, J., Padilla-Gongora, D., Trigueros-Ramos, R., & Rocamora-Perez, P. (2019). Evaluation of the Effectiveness of a Nursing/Physiotherapy Program in Chronic Patients. *nternational journal of environmental research and public health*, <https://doi.org/10.3390/ijerph16122236>.
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação, Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: Lidel.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). Capacitação e atividade de vida. Em G. Reis, & M. Bule, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57-65). Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontifice-Sousa, P. (2017). Contributos para um envelhecimento ativo. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 525-534). Lusodidacta.
- Martin-Sanchez, C., Barbero-Iglesias, F., Amor-Esteban, V., & Martin-Nogueras, A. (2021). Comparison between Two Inspiratory Muscle Training Protocols, Low Loads versus High Loads, in Institutionalized Elderly Women: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *Gerontology*, <https://doi.org/10.1159/000511009>.
- Mendes, F. (2017). Alguns apontamentos sobre o envelhecimento. Em I. Lage, *Cuidados e envelheciemnto, Perspetivas da Enfermagem* (pp. 17-27). Coisas de ler.
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC, Contributos para um Envelherces Resiliente*. Lusociência.
- Ministério da saúde. (2016). *Avaliação da Situação Nacional das unidades de Cuidados Intensivos*. Serviço Nacional de Saúde.

- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019). *Guia prático - Os direitos das pessoas com deficiência em Portugal*. República Portuguesa XXI Governo Constitucional.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini Mental State Examination. *Sinapse - Publicação da Sociedade Portuguesa de neurologia*, 10-16.
- Nunes, L. (2015). Enunciado de posição sobre consentimento informado para intervenções de Enfermagem. *Deontologia Profissional de Enfermagem* (pp. 227-235). Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2020). Espetos Éticos na investigação de Enfermagem. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de enfermagem. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, S., Pascoal, L., Neto, P., Santos, F., Goiabeira, Y., & Santana, A. (2021). Reabilitação respiratória para pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal. *Enfermagem em Foco*, 191-195.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/coleios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática, Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial de Saúde.

- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento*. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Decade of healthy ageing Baseline Report*. OMS.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Lusodidacta.
- Petronilho, F., Margato, C., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lidel.
- Pinto, V. (2001). Papel do Enfermeiro na Neuroavaliação do Doente com Alterações do Nível de Consciência. Em Padilha, *Enfermagem em neurologia* (p. 46). Formasau.
- Portela, J., Batalha, N., & Grazina, V. (2021). *Guia de acolhimento do estudante no serviço de cirurgia geral do CHS*.
- Prazeres, V., Ribeiro, C., & Marques, G. (2021). Contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 88-92.
- Quesado, A., Estanqueiro, M., Melo, M., & Oliveira, I. (2022). Transformational leadership and nurses' satisfaction with their team: A cross-sectional study. *Nursing Practice today*.
- Reeve, J., & Boden, I. (2016). The physiotherapy management of patients undergoing abdominal surgery. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, pp. 33-49.
- Regulamento nº 392/2019. (3 de Maio de 2019). Diário da República 2ª série, nº85. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*, 13565-13568. Lisboa: Diário da República 2ª série, nº85.
- Regulamento nº.140/2019. (6 de fevereiro de 2019). Diário da República, 2ª série nº26. *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialistas*.
- Regulamento nº350/2015. (2 de junho de 2015). Diário da República 2ª série, nº119. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
- Ribeiro, C., Josue, J., Raposo, C., Moura, R., & Araujo, C. (2019). *Plano de ação 2019*. Setúbal: Centro Hospitalar de setúbal E.P.E.
- Ribeiro, M., Oliveira, F., Rodrigues, M., Alves, M., Silva, C., Prazeres, V., . . . Jesus, M. (2021). *Revista Investigação em Enfermagem*, 47-56.

- Ribeiro, O., Fraia, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação, Conceções e Práticas* (pp. 58-66). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Martins, M., & Trochin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 125-133.
- Rodrigues, L., Viegas, C., & Lima, T. (2002). Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crónica. pp. 65-70.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (Abril de 2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging ans Innovetion*, pp. 51-54.
- Santos, P., Pestana, S., Santana, M., & Ferreira, A. (2020). Reabilitação no envelhecimento. Em M. Faria, J. Ramalho, A. Nunes, & A. Fernandes, *Visões sobre o envelhecimento* (pp. 31-48). Instituto Plitécnico de beja.
- Serviço Nacional de Saúde. (30 de Janeiro de 2023). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Serviços clínicos do Centro Hospitalar de Setúbal: <https://www.chs.min-saude.pt/servicos-clinicos/departamento-de-anestesiologia/>
- Slayer, S., Coventry, L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*.
- SNS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. SNS.
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 45-54.
- Tsang, E., Kwok, H., Chan, A., Choo, K., Lau, K., & Chan, C. (2018). Outcomes of community-based and home-based pulmonary rehabilitation for pneumoconiosis patients: a retrospective study. *BMC Pulmonary Medicine*, <https://doi.org/10.1186/s12890-018-0692-7>.
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (Abril de 2021). *Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. JBI Manual for Evidence Synthesis*. Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>
- Uslu, A., & Canbolat, O. (2022). Nursing Care of The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient According to Orem's Theory of Self-Care Deficiency: A Case Report. *Journal of education and research in nursing*, DOI:10.5152/jern.2022.73659.

- Vieira, C. (2021). Tese de Mestrado. *O papel do enfermeiro especialista na comunicação*. Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde.
- Wang, L., Zhao, Y., Chen, L., Zhang, L., & Zhang, Y. (2020). The effect of a nurse-led self-management program on outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The clinical respiratory journal*, <https://doi.org/10.1111/crj.13112>.