Cristiana Lopes

Promoção do Conhecimento e da Literacia em Saúde na Pessoa com Doença Respiratória Crónica: Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior Saúde Santa Maria

2023

Promoção do Conhecimento e da Literacia em Saúde na Pessoa com Doença Respiratória Crónica:
Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Cristiana Isabela Gonçalves Lopes

Abril 2023
Porto

Escola Superior
Saúde
Santa Maria

Promoção do Conhecimento e da Literacia em Saúde na Pessoa com Doença Respiratória Crónica: Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Cristiana Isabela Gonçalves Lopes

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação orientado pela Professora Andreia Filipa de Sousa Félix e coorientado pela Professora Doutora Tânia Marisa Pinto Rodrigues apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Abril de 2023

Porto

“O sucesso não acontece por acaso. É trabalho duro, perseverança, aprendizagem, estudo, sacrifício e, acima de tudo, amor pelo que você está a fazer ou a aprender a fazer. “

Pelé

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a todos os exemplos positivos e fatores negativos que me impeliram a iniciar esta jornada.

À minha alma gémea, por me apoiares, ouvires e incentivares. Foste o meu "*Bunker"* e Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Aos meus tesouros, que mesmo não percebendo porque a mãe voltou para a escola aos 36 anos, me abraçaram calorosamente todas a vezes que me encontravam no escritório e não a brincar com eles.

À minha excecional mãe, que me ajudou a gerir toda uma vida com amor incondicional, e aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos que, quer estando longe ou perto, me transmitiram apoio e força.

A ti, Amiga de viagem, por embarcares comigo nesta demanda pelo Cabo da Boa Esperança. Vencemos o Adamastor!

À minha grande Chefe por todo o incentivo, apoio logístico e por acreditar nas minhas potencialidades.

Aos meus colegas e amigos, por ouvirem os meus devaneios e pela paciência que demonstraram, e a um grande Líder, como há poucos, por defender os enfermeiros e criar condições para que estes se valorizem a nível profissional.

Às orientadoras, que iluminaram com a candeia da sua sabedoria esta reta final, e àqueles professores que me inspiraram e foram elementos facilitadores nesta minha Transição.

Um eterno agradecimento à nobre equipa de supervisão deste Estágio de Opção pelo acolhimento, partilha de conhecimentos, conselhos futuros e por semearem a semente da aspiração a voos mais altos.

Finalmente, agradeço a mim, por ter orgulho de ser Enfermeira, ter sede de conhecimento e, sobretudo, por não ter desistido, levando a minha levada até ao mar.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
BCQK	Bristol COPD Knowledge Questionnaire
CAT	COPD Assessment Test
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DR	Doença Respiratória
DRC	Doença Respiratória Crónica
DGS	Direção-Geral da Saúde
EO	Estágio de Opção
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
LS	Literacia em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONDR	Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PR	Programa de Reabilitação
PRR	Programa de Reabilitação Respiratória
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
RR	Reabilitação Respiratória
SQUIRE	Standards for Quality Improvmente Reports Excellence
TSL1M	Teste Sentar-Levantar em um Minuto.
6MWT	6 minute-Walk Test

RESUMO

A doença respiratória crónica (DRC) tem um grande impacte na mortalidade e morbilidade afetando milhões de pessoas, acarretando um peso significativo para a pessoa e para a sociedade.

Ademais, a Reabilitação Respiratória, na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel preponderante, encontra-se na primeira linha de intervenção não farmacológica da DRC sendo encarada como uma intervenção abrangente, que inclui o treino de exercício, exercícios respiratórios, a educação e a mudança de comportamentos. O conhecimento e a Literacia em Saúde (LS) são determinantes associados ao controlo e gestão da doença, constituindo-se como uma prioridade de intervenção.

Assim, a promoção do conhecimento e da LS na pessoa com DRC será o tema explorado. Os objetivos deste documento consistem em demonstrar a aquisição de competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação e contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela identificação das estratégias mais eficazes na capacitação da pessoa.

O presente relatório utiliza como metodologia para a construção do projeto de melhoria continua da qualidade, as *guidelines* Standards for Quality Improvmente Reports Excellence, onde se optou pela realização de uma Revisão Integrativa da Literatura na identificação das estratégias supracitadas e uma análise crítico-reflexiva das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as de Mestre desenvolvidas e consolidadas em estágio.

O conhecimento adquirido no contexto da prática clínica foi crucial para a cimentação das competências mencionadas. Do trabalho desenvolvido, como sugestão de melhoria denota-se a criação de um programa de reabilitação respiratória que englobe a criação de um plano de ação individualizado, com a existência de um gestor de caso e recorrendo a programas digitais que potenciam o conhecimento, a LS e a autogestão da pessoa com DRC.

Palavras-Chave: Enfermagem em Reabilitação, Literacia em Saúde, Autogestão, Educação em Saúde

ABSTRACT

Chronic respiratory disease (CRD) has a major impact on mortality and morbidity, affecting millions of people, placing a significant burden on individuals and society.

Furthermore, Respiratory Rehabilitation, in which the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing has a leading role, is in the first line of non-pharmacological intervention for CRD and is seen as a comprehensive intervention, which includes exercise training, breathing exercises, education and behavior change. Knowledge and Health Literacy (HL) are determinants associated with the control and management of the disease, constituting a priority intervention.

Thus, the promotion of knowledge and HL in people with CRD will be the theme explored. The objectives of this document are to demonstrate the acquisition of competences within the scope of Rehabilitation Nursing and to contribute to the continuous improvement of quality by identifying the most effective strategies in empowering the person.

The present report uses as a methodology the continuous quality improvement project, based on the Standards for Quality Improvement Reports Excellence guidelines, where for its implementation it was decided to carry out an Integrative Literature Review in the identification of the aforementioned strategies and a critical-reflective analysis of the common competences of the Specialist Nurse, of the specific competences of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and those of the Master developed and consolidated in the internship.

The knowledge acquired in the context of selected clinical practice was crucial for cementing the aforementioned skills. From the work carried out, as a suggestion for improvement, it is noted that the creation of a respiratory rehabilitation program that encompasses the creation of an individualized action plan, with the existence of a case manager and using digital programs, enhance knowledge, HL and self-management of people with CRD.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Health Literacy, Self-management, Health Education

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS 9

ÍNDICE DE QUADROS 10

INTRODUÇÃO 11

1. COMPONENTE DE ESTÁGIO 14

1.1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE OPÇÃO 14

1.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 16

1.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 16

1.2.2. Domínio da melhoria da qualidade 18

1.2.3. Domínio da gestão de cuidados 20

1.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 22

1.3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 24

1.4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE 30

2. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 32

2.1. FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA 33

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM 40

2.3. METODOLOGIA 46

2.4. RESULTADOS 51

2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 56

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 64

CONSIDERAÇÕES FINAIS 67

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 69

ANEXOS 79

ANEXO I - REVISED STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT REPORTING EXCELLENCE (SQUIRE 2.0)

APÊNDICES 86

APÊNDICE I - TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama do Modelo Integrativo de LS.....36
Figura 2. Estrutura da Disciplina de Enfermagem 41
Figura 3. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. 43
Figura 4. PRISMA 2020 *flow diagram*. 50
Figura 5. Estratégias de Ensino Classificadas Por Categorias e Subcategorias 54

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Matriz das 12 Dimensões do Modelo Integrativo de LS 37
Quadro 2. Questão de Investigação com Aplicação do Método PICO 47
Quadro3. MeSh Terms e Frase Booleana. 48
Quadro 4. Apresentação dos Resultados Obtidos na RIL por Referência e Título 51
Quadro 5. Conteúdos Programáticos Incluídos nos Estudos 55

INTRODUÇÃO

O presente documento emerge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Opção com Relatório, do 2º ano, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa– Alto Tâmega, no ano letivo 2022/2023.

De todas as áreas abordadas no ano letivo transato, a Reabilitação Respiratória (RR) foi a que mais suscitou interesse e a que se ambiciona desenvolver perícia. Como tal, para iniciar este percurso optou-se por realizar um Estágio de Opção (EO) num contexto de RR, não só pelo motivo mencionado, mas também pelo facto da área de intervenção à pessoa com alteração da função respiratória ser reconhecida como área de investigação prioritária referida no documento da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025 (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Concomitantemente, pela experiência da prática clínica em contexto de cuidados de saúde gerais verifica-se que os internamentos por doença respiratória (DR) têm vindo a aumentar nos últimos anos, com grande impacte na autonomia e qualidade de vida da pessoa, assim como para a família e sociedade, pelos custos diretos e indiretos associados, (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020). Neste sentido, torna-se imperativo a criação de programas de intervenção que respondam às necessidades da pessoa, de forma a capacitá-la para a sua participação ativa no processo saúde e doença, uma vez que a intervenção na pessoa com doença respiratória (DR) é uma prioridade de intervenção que vem explanada nas normas e orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS) e no Plano Nacional da Saúde 2021-2030 (DGS, 2021). Assim, a seleção do tema deste Relatório de Estágio de Opção surge não só por sugestão da Equipa de supervisão e orientação, mas também pelo interesse e motivação individual na área a explorar: promoção do conhecimento e da literacia em saúde (LS) na pessoa com DRC.

Ora, a reabilitação é um processo global e dinâmico que visa a recuperação física e psicológica da pessoa com incapacidade, tendo em vista a sua reintegração social, na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel preponderante (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Ademais, a RR encontra-se na primeira linha de intervenção não farmacológica dirigida à pessoa com DRC e é encarada como

uma intervenção abrangente, que inclui o treino de exercício, exercícios respiratórios, a educação e a mudança de comportamentos (Spruit, 2014; Global Initiave for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2023). Apesar da importância reconhecida desta intervenção, de acordo com o 13º Relatório Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal: O estado da Saúde em Portugal do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR), menos de 2% da população com critérios de inclusão num programa é que beneficiam dela (Santos, 2018).

Não obstante, um dos pilares da RR é a educação e a capacitação da pessoa. Pessoas informadas e pró-ativas que interagem com os profissionais de saúde alcançam resultados clínicos e funcionais mais satisfatórios, pelo que um programa de reabilitação (PR) deve responder às necessidades identificadas e focar estratégias educacionais baseadas na capacidade da pessoa em gerir a sua doença (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Assim, o presente Relatório de Estágio de Opção visa descrever, refletir e analisar criticamente as atividades realizadas no EO, tendo em conta os objetivos delineados e que permitiram o desenvolvimento das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros essenciais à atribuição do título de EEER, assim como a aquisição das competências estabelecidas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos e que visam a obtenção do Grau de Mestre.

Como tal, a metodologia a adotar será uma análise crítico-reflexiva, à luz das competências comuns e específicas supracitadas, e a construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade, baseado nas *guidelines Standards for Quality Improvmente Reports Excellence* (SQUIRE), onde para a sua concretização se optou pela realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), como contributo para a melhoria da qualidade e segurança no contexto do EO.

Portanto, por intermédio deste Relatório objetiva-se:

- Descrever o contexto da prática em que decorreu o estágio;
- Realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e que proporcionaram o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), específicas do EEER e de Mestre;
- Expor a metodologia para a realização do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade;

- Contribuir para melhoria da qualidade e segurança no âmbito da prestação de cuidados especializados à pessoa com DRC com base na evidência científica apurada na RIL.

A estrutura do Relatório está organizada em duas componentes (Estágio e Investigação) e por Capítulos e Subcapítulos, num total de cinco partes. Assim, o documento inicia-se com a presente Introdução que remete para o enquadramento do documento e exposição dos objetivos a atingir, seguindo-se um Capítulo com a descrição do contexto do EO e da análise crítico-reflexiva das competências mobilizadas e adquiridas. Na continuação deste surge a componente de Investigação, que compreende o Capítulo que expressa a problemática selecionada e o processo metodológico utilizado. Na quarta parte, descreve-se a proposta de intervenção como resultado da investigação realizada. Por fim, tecem-se as Conclusões Finais e apresentam-se as Referências Bibliográficas. Em Anexo e Apêndice surgem os documentos considerados pertinentes para a interpretação deste Relatório.

O uso de modelos teóricos e de *guidelines* são um contributo de relevo para a prática de uma Enfermagem avançada, pois demonstram a aplicação do método científico à disciplina e uma prestação de cuidados de excelência baseada na melhor evidência. Posto isto, para a construção deste Relatório recorre-se ao modelo de aquisição de competências - De Iniciado a Perito de Patricia Benner para fundamentar a aquisição de competências, ao Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, ao Modelo Integrado de Literacia em Saúde de Sorensen et. al e às *guidelines* da SQUIRE para projetos de melhoria contínua da qualidade, de forma a sustentar o percurso e o contributo nesta área.

Ressalva-se que este documento foi redigido à luz do novo acordo ortográfico, com exceção das citações diretas, e a sua estrutura respeitou as normas de realização de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, que englobam a citação e referenciação da 7ª edição da *American Psychological Association*.

1. COMPONENTE DE ESTÁGIO

Nesta primeira componente será focada a componente prática do EO. Em primeira instância será descrito o contexto da prática onde este decorreu e de seguida as competências mobilizadas, adquiridas e consolidadas durante este processo, fundamentando à luz do Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner.

De uma forma sucinta, refere-se que Benner adaptou à Enfermagem o Modelo de Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências criando o modelo De Iniciado a Perito. Este, postula que a teoria e a prática devem agir em simbiose, isto é, a teoria deriva da prática e esta é a alargada pela teoria, pois as situações clínicas são mais variadas e complexas do que a sua explicação teórica. Logo, a experiência profissional tem impacte direto na aquisição e desenvolvimento das competências e da mestria (Brykczynski, 2003).

O mesmo autor, refere ainda que Benner na sua investigação inferiu sete domínios após a análise de 31 competências observadas de situações da prática de Enfermagem: papel de ajuda; função de ensinar-treinar; função de diagnóstico e de vigilância; gestão eficaz de situações que se modificam abruptamente; ministrar e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos; monitorizar e assegurar a qualidade das práticas e competências gestão. Por sua vez, o desenvolvimento da mestria pelo desenvolvimento das competências, encontra-se dividida em cinco níveis de prática: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

1.1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE OPÇÃO

O EO decorreu de 14 de novembro a 22 de dezembro de 2022, com um total de 100 horas de contacto, no serviço de Cinesiterapia e Reabilitação Respiratória de um Centro Hospitalar da região norte do País.

Em relação à estrutura física do contexto, este encontra-se localizado no nono piso e a entrada faz-se por escadas ou elevadores, em dois pontos, permitindo o acesso a pessoas de mobilidade reduzida. Fisicamente encontra-se dividido ocupando toda a ala de um piso, interligando-se por um vasto corredor.

Após a entrada no serviço, pela zona este, encontra-se a área dos exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente a broncofibroscopia, servindo de apoio não só ao serviço

de internamento, mas também em regime de ambulatório. Segue-se o serviço de internamento de Pneumologia e no final do corredor, após uma porta divisória e numa zona mais central, encontra-se o Serviço de Cinesiterapia e Reabilitação Respiratória. Na zona oeste, existe uma sala de espera, gabinetes médicos de apoio à consulta em ambulatório, salas de exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente as espirometrias e provas de esforço, assim como, vestiários e salas de refeições para profissionais.

No que diz respeito ao Serviço de Cinesiterapia e Reabilitação Respiratória, este engloba duas áreas. Uma das áreas inclui uma sala ampla com passadeiras, cicloergômetros de membros superiores, bicicletas, halteres, barras, caneleiras de peso, entre outros, que antes da pandemia por SARS-CoV-2 estava destinado a pessoas que não exigiam medidas de precaução de isolamento baseadas nas vias de transmissão. Na altura, o contexto encontra-se a aguardar a instalação de um sistema de pressão negativa de circulação de ar, pelo que não se encontra a funcionar na sua plenitude, sendo reservada para pessoas com necessidade de medidas de precaução de contato. A outra área, local onde decorreu o EO, compreende quatro quartos dotados com pressão negativa, aporte de oxigénio e sistema de aspiração, além disso estão equipados com bicicleta, halteres, barras. Apenas um dos quartos está equipado com passadeira e espelho quadriculado e os outros dois com cicloergômetro de membros superiores.

Cada uma destas áreas é da responsabilidade de um EEER, tendo a capacidade para receber 15 pessoas por dia, de segunda a sexta-feira, perfazendo assim um total de 30 pessoas por dia, contudo, devido à necessidade de obras, apenas 15 pessoas tinham acesso a estes cuidados.

Em relação aos Recursos Humanos de Enfermagem, neste serviço existem dois EEER e um Enfermeiro de cuidados gerais, sendo a Enfermeira Gestora a mesma do internamento.

A referenciação da pessoa com DR é realizada através da consulta de Pneumologia (regime de ambulatório), na qual se podem distinguir três categorias major: Programa de cinesiterapia respiratória, com a componente de ensino que, em média, realizam entre 3 a 5 sessões, até demonstrarem capacidade de gestão da doença; Programa de Reabilitação Respiratória (PRR) por DRC que compreende 2 a 3 sessões por semana com a duração de 6 a 12 semanas; PRR pré-transplante pulmonar, sendo a duração variável de acordo com a lista de espera.

O EEER na primeira consulta realiza a avaliação inicial, informa e explica os objetivos do programa, fornece contactos de apoio e material informativo, nomeadamente

um manual de ensino/apoio em que aborda cuidados de autogestão e a componente de exercício físico e ainda um *flyer* que aborda a técnica de limpeza da via aérea.

1.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Durante e após o término do percurso do EO é expectável que o mestrando teça uma análise crítico-reflexiva das competências de especialista mobilizadas, adquiridas e consolidadas, tendo como alicerce a documentação legal que sustenta esta categoria profissional e intervenção associada.

Segundo o Regulamento Comum das Competências do Enfermeiro Especialista os cuidados de enfermagem acompanham continuamente a evolução tecnológica e científica "sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade (…) neste sentido 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" (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.4744).

Neste sentido, existem quatro domínios de competências essenciais, nomeadamente o domínio responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que foram abordados com maior profundidade durante este Estágio.

1.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que diz respeito a este domínio, o EEER deve desenvolver uma prática profissional agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos, a deontologia profissional e com respeito pela dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O desenvolvimento da disciplina de Enfermagem ao longo do tempo tem realçado a compreensão ética e deontológica dos seus membros (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Por conseguinte, se por um lado a ética ocorre no domínio da reflexão filosófica do agir do ser humano, preocupando-se com a administração que cada um faz da sua vida, de acordo com os seus padrões, por sua vez, a Deontologia postula um conjunto de características, regras e deveres que uma profissão deve ter.

Como tal, durante o EO a prestação de cuidados teve sempre em linha de conta o Código Deontológico do Enfermeiro procurou-se "exercer a profissão com os

adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população" (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.31). Com base nestes pressupostos foram respeitados estes valores, crenças, atitudes e a autonomia da pessoa na tomada de decisão. Estabeleceu-se uma relação de escuta ativa e solucionaram-se algumas questões de preocupação, revelando cuidado com a satisfação da pessoa, respeitando "crenças, valores, vulnerabilidade e capacidades da pessoa na vivencia de processos de reabilitação complexos (…) Reforço positivo e elogio relativamente aos objetivos do programa (..) discussão e análise do processo de cuidados de enfermagem de reabilitação com o cliente" (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p.9).

Ademais, a dimensão moral da disciplina da Enfermagem pressupõe um mandato social, ou seja, a sociedade espera algo dos seus membros. Portanto, o aperfeiçoamento profissional é o caminho da edificação de competências, sendo mais do que uma atualização de conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo, operacionalizando e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, o caminho passa pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação do desempenho (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Assim, durante este percurso, ao desenvolver uma prática baseada na evidência, através da consulta de bases de dados científicas e as *guidelines* mais atualizadas, nomeadamente as da *American College of Sports Medicine*, da Direção-Geral da Saúde, da *American Thoracic Society/ European Respiratory Society* e da GOLD, procurando a prestação de cuidados de excelência, como é postulado no Código Deontológico do Enfermeiro. É indubitável que os conhecimentos adquiridos neste percurso contribuíram para os alicerces pessoais e profissionais, o próprio facto de ter um supervisor clínico perito na área conceptual, não só do domínio ético e legal, como do âmbito da RR foram cruciais, pela partilha, pela discussão promovida, pela análise crítico-reflexiva baseada em casos clínicos. Assim, essa partilha de conhecimento e de experiência profissional, permitiu ter uma imagem mais realista das dificuldades e desafios para a área da especialização, desde a área formativa, passando pelos contextos da prática e nos desafios para a investigação e intervenção autónoma do EEER.

Acredita-se, que a realização de um Estágio de Opção, inserido num Ciclo de Mestrado conducente à obtenção do Título de Especialista, constitui uma mais-valia na aquisição e cimentação de competências. Uma vez que neste se estabelece uma ponte entre o processo formativo e a exigência dos cuidados na prática, incutindo no mestrando a responsabilidade de um trabalho autónomo, fomentado num processo de raciocínio

reflexivo, baseado na evidência mais recente e adequada à pessoa alvo de cuidados. Perspetivar em contexto a melhoria de cuidados através de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade reveste com significância acrescida a competência de investigação do EE.

Por fim, com respeito ao Artigo 84º, "informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem (…) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem" (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.73), foi aperfeiçoada a capacidade de informar, instruir e treinar o PR à pessoa de forma clara, adaptado às necessidades e à linguagem ao nível da literacia deste. Assim, segundo Benner para adquirir perícia em enfermagem é fundamental desenvolver a capacidade de envolvimento não só com a pessoa, mas também os seus familiares, refletindo-se nos domínios do papel de ajuda e da função ensinar-treinar do seu modelo (Brykcynski, 2003), pelo que este EO contribuiu para adquirir fundamentos e bases para o projeto profissional futuro no percurso pessoal de aquisição de perícia na área da Enfermagem de Reabilitação.

1.2.2. Domínio da melhoria da qualidade

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020) o conceito de qualidade identifica o objetivo de influenciar positivamente os resultados em saúde, quer do ponto de vista individual da pessoa, quer enfatizando a importância central das evidências e dos conhecimentos profissionais, além disso, defende que os cuidados de saúde devem ser eficazes, seguros e centrados na pessoa e para que os benefícios dos cuidados de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes.

Segundo Dias (2014), nas últimas décadas as organizações de saúde têm mudado o seu paradigma estratégico na área da gestão, quer pela evolução técnico-científica quer pela mudança do perfil do utilizador, pois as pessoas são mais informadas dos seus diretos e mais exigentes com a qualidade dos cuidados prestados. Por conseguinte, as estratégias de gestão da qualidade implementadas devem dar enfoque ao equilíbrio de três fatores: o atendimento à pessoa; a relação entre a oferta-procura e a eficiência económico-financeira. Segundo a mesma autora, a qualidade associada aos cuidados de saúde coaduna-se a normas técnicas dos prestadores e às expectativas das pessoas.

Ciente da importância desta temática a Ordem dos Enfermeiros tem demonstrado um esforço acrescido para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para isso publicou em 2001 o documento "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem" e em 2011, na área da Enfermagem de Reabilitação (ER), foram publicados os "Padrões de Qualidade dos Cuidados dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação" sendo estes os referenciais que estruturam e norteiam o exercício profissional dos Enfermeiros a nível nacional.

Assim, numa conjuntura em que temas como a qualidade em saúde e a segurança da pessoa vigoram, incita-se a excelência no exercício profissional que incorpora, necessariamente, uma prestação de cuidados de Enfermagem congruente com o quadro regulador mencionado.

Alem disso, uma das estratégias apontadas para a promoção da saúde, de acordo com o Relatório "Um Futuro para a Saúde todos temos um papel a desempenhar" com edição da Fundação Calouste Gulbenkian, é o investimento em projetos de melhoria contínua da qualidade, em que "a tónica deve estar na melhoria contínua da qualidade, aplicando-se sistematicamente a evidência de práticas comprovadas, e em toda a parte" (Crisp et al., 2014, p.28), utilizando toda a potencialidade do conhecimento científico e das novas tecnologias, aplicados de um modo sistemático e generalizado.

O relatório supracitado, recomenda ainda que o desenvolvimento de competências nesta área deve fazer parte dos programas de formação e treino de todos os profissionais do Serviço Nacional de Saúde. Neste ponto salienta, a criação de um organismo de peritagem responsável por promover, identificar e disseminar as boas práticas e apoiar a sua implementação é fulcral. Ademais, este deverá articular-se com outros *stakeholders* para criar modelos, promover o treino, dar parecer e auxílio na implementação da melhoria da qualidade. Realça, ainda, a regularização dos processos de acreditação, registo e reporte.

Portanto, a qualidade do exercício profissional espelha-se nas intervenções que se executam para e com a pessoa, em prol dos seus projetos de saúde sendo sinónimo da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Esta qualidade/competência é igualmente mencionada por Benner no domínio "monitorizar e assegurar a qualidade das práticas de cuidados de saúde" (Sakraida, 2003, p. 190). Denota-se, que compreendendo a importância desta temática, procurou-se conhecer se o contexto se encontrava em processo de candidatura à Idoneidade Formativa pela Ordem dos Enfermeiros ou em processo de acreditação de qualidade assistencial por alguma organização externa, de

forma a ter conhecimento das orientações e procedimentos. Nesse período não se encontrava a decorrer nenhum processo neste sentido.

Além disso, na prática de cuidados foi garantido um ambiente terapêutico e seguro, conforme postulado na alínea c) do Artigo 6ºdo Regulamento das Competências Comuns. Neste sentido e com o objetivo dessa garantia, logo na primeira semana, procurou-se conhecer os protocolos e normas de atuação internas em caso de emergência clínica e não clínica, por forma a agir em conformidade com a situação. Assim como, adotaram-se práticas seguras de controlo de infeção respeitando a Norma nº 029/2012 da DGS referente às "Precauções Básicas do Controlo da Infeção", fomentando a adoção das mesmas quer pelos profissionais de saúde, quer pela pessoa alvo do cuidado.

Efetivamente, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados é uma das estratégias para a obtenção de uma melhor saúde da população, sendo um tema transversal nas várias edições do Plano Nacional de Saúde. Conquanto, a visão de qualidade é uma visão de evolução e a evolução está assente na mudança, num continuum temporal, pelo que é crucial trazer para os contextos a necessária a adaptação a novas realidades, a *guidelines* e evidência científica, sendo estas fundamentais na aquisição desse objetivo. Como tal, durante este EO foi iniciado um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, baseado nas *guidelines* SQUIRE e concretizado com base metodológica numa RIL, de forma a contribuir para a mudança no contexto sobre as estratégias de capacitação da pessoa na autogestão da DRC. Além disso, todo este processo foi fundamental para a aquisição de alicerces no desenvolvimento de futuros projetos no contexto da prática clínica pessoal.

1.2.3. Domínio da gestão de cuidados

Para a aquisição de competências no domínio da Gestão de Cuidados, foi estabelecido como objetivo específico compreender e participar no processo de gestão do serviço, relativamente a Recursos Humanos e Materiais.

Na gestão de cuidados, o EEER adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados, na medida em que otimiza o trabalho da equipa, adaptando os recursos às necessidades do local de trabalho, ajustando ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Segundo o Regulamento nº 743/2019, que diz respeito ao Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, "compete à Ordem dos Enfermeiros contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos" (Ordem dos Enfermeiros, 2019c, p. 140). Ora, verificou-se que neste Serviço são agendados no máximo 15 pessoas por turno de trabalho, logo a prestação de cuidados no Estágio seguiu estes moldes, refletindo-se na qualidade de cuidados prestados, na satisfação da pessoa, acrescentando valor e reconhecimento. Assim, neste EO desenvolveu-se a capacidade de gerir os 4 quartos em funcionamento simultâneo, adequando a intervenção às necessidades da pessoa. Ou seja, através de uma avaliação e interpretação do contexto, foi possível realizar uma tomada de decisão com base no conhecimento científico adquirido e adaptado à fase do PR de cada pessoa, de forma a garantir a efetividade e qualidade dos cuidados prestados, no tempo adequado. Por exemplo, se para uma pessoa as necessidades de intervenção incidiam mais no ensino ou treino de um determinado exercício, para outro a supervisão era suficiente para o cumprimento dos objetivos delineados.

O EEER deve demonstrar capacidade de reflexão e pensamento crítico sobre a pertinência e eficiência das suas intervenções, esmiuçando possíveis lacunas, com o objetivo de prestar cuidados individualizadas e com o melhor custo-benefício. Deste modo, neste contexto desenvolveu-se competências de gestão na organização de trabalho, não só através da colaboração da gestão da agenda semanal das sessões do PR, da gestão de recursos materiais, da análise da necessidade de manutenção de equipamentos, mas também pelo controlo e gestão de procedimentos de higiene ambiental, isto é, pela supervisão do trabalho da Assistente Operacional. Desenvolver competências de gestão, pressupõe desenvolver uma análise estratégica organizacional e assim, mais uma vez, demonstrar habilidades neste domínio do modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner.

Ora, decorrente do facto do contexto da prática reunir condições para a prestação de cuidados de qualidade, verifica-se que o EEER "fomenta um ambiente positivo e favorável à prática" (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 4749), contribuindo para a criação de ambientes favoráveis, como postulado pelo *International Council of Nurses* (Baumann, 2007), pois apoia a excelência, tem o poder de atrair e reter os Enfermeiros, refletindo-se na satisfação profissional destes, na satisfação da pessoa, nos resultados apresentados e promovendo a inovação, como é exemplo o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade para a implementação de um programa estruturado de

ensino sobre a autogestão da Doença Respiratória (DR) que será abordado no capítulo seguinte.

Assim, este EO permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos na área da Gestão em Enfermagem. O EEER pelo desempenho do papel de gestor e de líder no contexto apresenta competências de pela gestão da organização do trabalho e recursos humanos e materiais, promove o cumprimento dos Padrões da Qualidade de Enfermagem, o trabalho em equipa, a inovação e uma comunicação eficaz entre a equipa interdisciplinar com vista à prestação de cuidados de qualidade e com segurança, a acrescentando valor aos cuidados e à instituição.

1.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi dada especial atenção à competência "gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional" e "baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 4749).

Na área da saúde, é fundamental desenvolver o trabalho em equipa, pois os profissionais devem estar aptos a realizar um número cada vez maior de atividades, com melhor qualidade, num ambiente com necessidades complexas e em constante mutação. O trabalho em equipa impõe-se, assim, como um desafio para todos os profissionais, quer sejam enfermeiros, médicos ou outros técnicos de saúde. Por isso, deve ser considerado como uma necessidade e percebido como uma ferramenta dinâmica, que concilia as necessidades da pessoa alvo do cuidado (Rodrigues & Lima, 2004).

Neste sentido, durante o EO foi demonstrada a capacidade de comunicação com a equipa interdisciplinar, sobretudo com a equipa médica, técnicos auxiliares de diagnóstico e a assistente operacional, ou seja, procurou-se ser membro da equipa e não apenas estudante, fazendo parte da equipa em prol da pessoa, família e da qualidade dos cuidados.

Ainda neste domínio, o EE deverá demonstrar conhecimentos, não só do escopo da Enfermagem, como de outras disciplinas, que contribuem para a prática especializada, revelando conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Ora, segundo Pereira (2021), a prática de enfermagem baseada na evidência deve ser rigorosa, metódica e estruturada de forma a promover práticas profissionais que deverão assumir-se adequadas e seguras:

> "A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade exigindo respostas por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e elevada segurança, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde" (Pereira, 2021, p. 17).

Neste ponto, é crucial referir que foi significativa a capacidade de pesquisa em bases de dados científicas e de normas orientativas da DGS, do Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros - Reabilitação Respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2018a) e de *guidelines* internacionais já supracitadas. No sentido do aperfeiçoamento destas competências, foi essencial ter a oportunidade de participar no 2º Coloquio de Enfermagem de Reabilitação, do Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, realizado no dia 22 e 23 de novembro, possibilitou a consolidação e aquisição de novo conhecimento sobre Cinesiterapia Respiratória, nomeadamente a limpeza da via área com aplicação da Terapia Oscilo-vibratória com recurso ao colete VEST ®, enriquecendo os *"brainstormings"* com a equipa de supervisão. Assim,

Ademais, a elaboração de uma RIL, como método de investigação estruturado, durante o EO fundamenta e alicerça a aquisição desta competência. Segundo Vilelas (2022) o objetivo deste método é obter uma compreensão profunda de um fenómeno através da análise de estudos, respeitando padrões de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados encontrados. Mais do que obter esses conhecimentos, foi possível projetá-los para a prestação de cuidados, sendo demonstrado que a competência "rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas" (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 4750), pois frequentemente explorou-se conceitos e ideias, numa análise crítico-reflexiva com a equipa de supervisão.

1.3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), este tem como objetivo cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Assim, atua de forma a melhorar a função, promover a independência e a satisfação da pessoa preservando a sua autoestima. Ora, para atingir estes objetivos, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa, família, cuidador, grupo ou comunidade.

Efetivamente, as doenças do aparelho respiratório com componente crónica têm um grande impacte na capacidade funcional, autonomia no desempenho do autocuidado, controlo e gestão de sintomas e carga emocional da pessoa. Segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratória (DGS, 2017) a RR é uma estratégia fundamental no tratamento da DRC sobretudo a sua implementação nos cuidados de saúde primários, assim como, é enfatizado a divulgação de material informativo sobre esta temática como atividade de apoio à sociedade civil, em especial sobre a componente do exercício físico e de reabilitação respiratória. Além disso, uma das metas projetadas consistiu em reduzir em 10% os internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório a pessoas com Asma e DPOC entre 2014 e 2020, pelo que a intervenção do EEER no controlo e gestão de sintomas deve ser um dos focos da área de intervenção.

Não obstante, este grupo de doenças são classificadas como de problema de saúde de elevada magnitude no "Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s", constituindo-se como uma prioridade em saúde, pela mortalidade associada, pela carga de doença e incapacidade, sendo a RR e a LS uma área prioritária a investir, dado que é um dos problemas condicionantes de saúde identificados neste documento (DGS, 2021). Ademais, e de acordo com o referido no Relatório de Primavera 2022 "E Agora?", a saúde digital da qual faze parte a telereabilitação e a literacia em saúde digital são áreas a apostar como pilares de uma estratégia integrada de resposta em saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2022).

Portanto, no seguimento do que foi anteriormente explanado expõe-se as Competências Específicas do EEER que se pretenderam alcançar no EO e que vão ao encontro do objetivo delineado: aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos em contexto académico, no processo de tomada de decisão clínica especializada de ER à pessoa com alterações da funcionalidade a nível respiratório. Deste modo, as competências selecionadas procuraram abranger o domínio do cuidar, do capacitar e do maximizar postulados na legislação vigente numa perspetiva holística e integrada.

Como tal, relativamente avaliação da funcionalidade e diagnostico alterações potenciadoras de limitações e incapacidades como recurso à implementação de um PR de forma a capacitar a pessoa na aquisição de qualidade de vida, reintegração e a participação na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) destaca-se a importância da avaliação inicial, esta consiste na informação recolhida junto da pessoa, com base em conhecimento científico e da experiência do Enfermeiro, sendo uma competência fundamental a desenvolver, uma vez que a interpretação e a análise determinam os diagnósticos enunciados e a conceção dos cuidados prestados. Assim, deverá se realizada uma avaliação da capacidade funcional, função respiratória, função muscular, qualidade de vida, ansiedade e depressão (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

O uso de instrumentos de apoio à tomada de decisão é recomendado em dois momentos: antes e após a implementação do programa de reabilitação de forma a avaliar os ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018, as cited in Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Assim, durante o EO procurou-se aprofundar esta competência, desde a primeira sessão, em que a avaliação inicial que engloba o diagnóstico da condição atual/motivo de ingresso do programa de reabilitação, antecedentes patológicos, regime medicamentoso, hábitos alimentares, hábitos de sono, hábitos de exercício físico, tipo de habitação, conviventes e hábitos aditivos. Acresce, a monitorização de sinais vitais, descrição do padrão respiratório, sinais e sintomas mais frequentes de DR como a presença de tosse, de expetoração, pieira e dispneia. Para complementar esta colheita de dados, recorreu-se à aplicação do instrumento *Medical Research Council Dyspnea Questionnaire* para avaliação da dispneia, da escala *London Chest Activity of Daily Living* para avaliação do impacte da DR nas atividades de vida diárias e à realização do Teste Sentar e Levantar em um minuto (TSL1M) para avaliação da capacidade funcional.

O TSL1M representa uma medida de força dos membros inferiores, sendo diretamente relacionada com a capacidade para realizar Atividades de Vida Diária

(AVD). Logo, é um indicador de resultado sensível aos cuidados de ER nos Programas de Reabilitação Respiratória (PRR). Segundo um estudo realizado por Gaspar et al. (2017) existe uma correlação positiva entre este e a Prova de Marcha de 6 minutos, representando uma alternativa segura, mais simples e consumindo menos tempo de execução. Assim, atendendo à dinâmica do serviço com grande rotatividade de pessoas, este é um teste de fácil implementação nos PR, permitindo a sua aplicação a todos as pessoas na avaliação inicial e na avaliação final no programa.

No que diz respeito elaboração planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) salienta-se que a RR integra a componente não farmacológica de várias *guidelines*, sendo a educação e adoção de comportamentos saudáveis um dos pilares principais (Spruit, 2014). Assim no EO, durante as sessões RR, foram abordados os fatores de risco e discutidas estratégias de mudança de comportamentos, sobretudo sobre exercício físico e de alimentação. Procedeu-se, ainda à demonstração de estratégias adaptativas de forma a diminuir a intolerância a atividade, ensino e demonstração sobre o ciclo ativo da respiração com o objetivo da limpeza da via aérea e em alguns casos, de posições de drenagem postural. Foi ainda realizado reforço de ensino de gestão de regime terapêutico, após constatar lacunas no uso de inaladores. Assim, durante a prática houve a preocupação de definir objetivos, estratégias e resultados esperados de forma a capacitar a pessoa, promovendo um processo de adaptação positiva, assim como promover a sua qualidade de vida.

A implementação de estratégias, com enfoque na educação e como componente de um PR, contribuem para o empoderamento da pessoa, pela aquisição de competências e incremento de confiança na sua gestão da doença (Murphy et al., 2017). Portanto, a promoção do conhecimento e capacitação da pessoa, surge como uma ferramenta fulcral para a promoção da LS, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, fomentando o desenvolvimento de aptidões de autogestão, autocuidado e procura, acesso e uso dos cuidados de saúde (DGS, 2019b).

Neste contexto, torna-se profício ainda mencionar as recomendações da Fundação Calouste Gulbenkian no relatório *Um Futuro para a Saúde* – Todos temos um papel a desempenhar, que define que as políticas de saúde devem dar enfoque ao empoderamento dos cidadãos, referindo que "a saúde começa em casa – as pessoas terão de intervir muto mais ativamente na gestão da sua própria saúde e contribuir para moldar todo o sistema" (Crisp et al., 2014, p. 39). Deste modo, é apelado à criação de um novo pacto para a saúde

em que a pessoa participa e procura ativamente a qualidade dos cuidados. Além disso, menciona que os profissionais de saúde terão um papel mais ativo na intervenção à pessoa com doença crónica, reforçando a resistência e capacitando as pessoas para criar a sua própria saúde.

Por sua vez, no que diz respeito à implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função respiratória denota-se que os dados recolhidos na avaliação inicial permitiram direcionar a intervenção num programa de cinesiterapia respiratória ou reabilitação respiratória.

Assim, às pessoas que apresentavam uma ventilação comprometida e limpeza da via aérea ineficaz era ensinado, instruído e treinado sobre um conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento. Ora, a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), vulgo cinesiterapia respiratória, atua sobre a componente mecânica (ventilação externa) com o objetivo de aperfeiçoar a ventilação alveolar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Neste Estágio, aprofundou-se o conhecimento sobre técnicas de RFR à pessoa com ventilação comprometida e limpeza da via aérea ineficaz, como por exemplo técnicas de reeducação costal global, posições de drenagem postural clássica e o ciclo ativo da respiração. Esta consiste na combinação de técnicas de "controlo respiratório (respiração abdomino-diafragmática) que permite o relaxamento entre técnicas, exercícios de expansão torácica com ênfase na inspiração ou respiração torácica, e expiração forçada através da técnica de expiração forçada, ou huffing, ou tosse, que permite mobilizar e eliminar secreções" (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 103) pode, ainda, ser associada à técnica drenagem postural.

Um dos principais sintomas da DRC é a dispneia associada à atividade física. Ora, a intolerância ao exercício é multifatorial, motivada por alterações funcionais sistémicas no sistema respiratório, cardiovascular e muscular periférico. Logo, o treino do exercício é um dos pilares do PRR, pois contribui para o aumento da qualidade de vida e da tolerância à atividade, quebrando o ciclo de inatividade e desuso (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Enquanto o treino de resistência utiliza grandes grupos musculares e requer atividade física repetida ao longo de um período tempo, com duração moderada a longa, e intensidade moderada a elevada, aumentando a capacidade de resistência e o número de fibras do tipo I. O treino de força muscular, utiliza pequenos grupos musculares em intensidade elevada e em curta duração, tem como objetivo aumentar a massa muscular

que é "fundamental para a realização de atividades de vida diária reduzindo desta forma as limitações cardiorrespiratórias características das pessoas com DRC em estadios mais avançados da doença" (Gaspar et al., 2019, p. 60).

Portanto, os programas de treino de exercício devem combinar treino de resistência (treino aeróbico) e treino de força (treino anaeróbico) por forma a apresentar benefícios no tratamento da disfunção muscular periférica, tendo impacte na tolerância ao esforço, por diminuição do consumo de oxigénio e da dispneia, foco crucial de intervenção do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Gaspar et al., 2019).

Durante o EO implementaram-se treinos de exercício estruturado que englobavam treino de reforço muscular, com treino anaeróbio dos membros superiores e inferiores, e exercícios de endurance em passadeira e cicloergômetro, e de seguida a fase de alongamento. A monitorização dos exercícios mediante a implementação da Escala de Borg Modificada, oximetrias periféricas e frequência cardíaca conferiu como critério de segurança para realizar a intervenção e ao mesmo tempo descartar o surgimento dos critérios de interrupção. Permitiu, ainda, adequar a intensidade e frequência dos exercícios à condição e expectativa da pessoa. O domínio desta área espelhou-se na prática e permitiu a gestão eficiente de situações que se modificam rapidamente, tal como preconizado no modelo de Patrícia Benner. A título de exemplo, refere-se à capacidade de análise, predição e antecipação na atuação perante a pessoa em PRR pré-transplante que tem a necessidade de interromper a sessão por agravamento da tolerância à atividade.

A componente educacional constitui um pilar basilar dos PRR, pois mais do que ensinar, envolver as pessoas no seu processo de recuperação é fundamental. Segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Sakraida, 2003), os profissionais de saúde fazem parte do ambiente interpessoal da pessoa, exercendo influência significativa nas suas atitudes, pelo que, quanto maior for o compromisso desta com o seu plano de ação, maior será a probabilidade de manter comportamentos de promoção de saúde ao longo do tempo.

Durante a prática clínica, procurou-se ter um papel ativo nesta área, realizando-se ensinos não só sobre a fisiopatologia da doença, hábitos de vida saudáveis, como também sobre a importância do exercício físico no domicílio durante o programa e após alta. Intentou-se, deste modo, ser um elemento facilitador que fomentasse o sentimento de compromisso na autogestão da doença. Assim "o EEER ensina, instrui e treina sobre técnicas e tecnologias (incluindo a atividade e o exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos

individuais da pessoa e o seu projeto de saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 13568). Pelo exposto, revê-se a prestação da prática no domínio da função de diagnóstico e vigilância da pessoa e no que aborda a de ministrar e monitorizar regimes terapêuticos identificados por Benner.

Para finalizar, e numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, a avaliação dos resultados das intervenções implementadas é fundamental como etapa do processo integrado que visa cuidar, capacitar e maximizar as potencialidades da pessoa alvo do cuidado. Portanto, o EEER na sua prática deve fazer uma monitorização constante das suas intervenções. Segundo o Regulamento de Competências do EEER este profissional "reformula os objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida" (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 13567).

Apesar de se delinear um plano de reabilitação, é necessário adaptá-lo constantemente ao estado atual da pessoa e do seu projeto de saúde, isto é, uma intervenção de ER individualizada de acordo a condição da pessoa. Neste contexto, durante o EO houve a necessidade de reformular o plano de reabilitação, nomeadamente quando se verificavam variações no desempenho ao longo da semana, em que por motivos da condição de saúde se alterou o número de repetições dos exercícios de força ou a duração do treino de endurance. Contudo, nem sempre a reformulação teve por base a tolerância/condição física, também se verificou que o nível de motivação baixo influenciou o plano de reabilitação, sendo também necessário negociar e por consequência reajustar o plano inicialmente definido.

Com a elaboração da RIL, objetiva-se facultar ao serviço uma base de conhecimento, por forma a desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade sobre as estratégias mais eficazes de ensino na promoção do conhecimento da pessoa com DRC e assim introduzir "elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino da funcionalidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 13567) como postulado nos critérios de avaliação referentes às unidades de competência deste domínio.

1.4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Tendo em linha de conta que este EO consistiu num estágio profissionalizante inserido num Ciclo de Mestrado, muitas das competências integradas são do escopo dos mestres e dos especialistas.

Dos descritores de Bolonha enuncio os seguintes que espelham as competências já mencionadas nos subcapítulos anteriores (Gobbi & Kaunonen, 2018):

- Desenvolver de forma contínua e autónoma o desenvolvimento de competências na área de especialização;
- Demonstrar as implicações e aplicações a prática baseada na evidencia no contexto prática clínica da área de especialização (ética em pesquisa, governança, auditoria);
- Garantir que a prática clínica seja baseada em evidências e conhecimentos relevantes.

Ora com este EO pretendeu-se, não só, adquirir novas competências, mas também aprofundar as competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais, obtendo a capacidade, para a tomada de decisão informada, baseada em conhecimentos científicos mais concretamente no âmbito da Enfermagem de Reabilitação Respiratória. A inclusão de metodologias que englobam um pensamento crítico-reflexivo e de investigação permitiram aprofundar uma tomada de decisão mais eficiente e promoveram, desta forma, cuidados de qualidade, com segurança, com vista à satisfação da pessoa e a obtenção de ganhos em saúde. Por conseguinte, este propósito foi alcançado através do estabelecimento de objetivos, enquanto mestre e especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Assim, este EO foi fundamental para aquisição e consolidação de competências de especialista e de mestre, do percurso traçado denoto e realço que uma prática baseada na evidência contribui para a qualidade dos cuidados à população, permite uma tomada de decisão mais célere, confiante, otimizada e com melhores resultados de saúde. Como foi possível constatar neste EO, serviços em que esta prática está enraizada apresentam um funcionamento eficaz e eficiente, em que a equipa assume esta cultura, e como tal não há variações na prática, através de práticas desajustadas. Deste modo, a conceção de cuidados baseada em evidências e *guidelines* mais recentes de RR por toda a equipa reflete essa excelência. Por conseguinte, enquanto estudante e mestranda procurou-se aprender e desenvolver com peritos essa capacidade, transpondo para a prestação de

cuidados essa competência através de estudo autónomo, pensamento critico-reflexivo, muitas vezes partilhado com os supervisores, projetando nos cuidados os resultados obtidos em prol da pessoa e da dignificação da profissão. Depreende-se que desenvolver-se como EEER que cuida com evidência, espelha-se no exercício profissional e tem como foco a excelência nos cuidados de enfermagem.

Além disso constatou-se que é indiscutível a simbiose entre a teoria, investigação e a prática, pois se para prestar cuidados de qualidade e seguros o EEER necessita do conhecimento produzido pela investigação, por conseguinte a investigação precisa da informação e dados da prática para gerar novo conhecimento. Facto este evidenciado pela publicação em revistas científicas de estudos quasi-experimentais, previamente realizados neste contexto pela equipa de supervisão, e que contribuíram para o conhecimento da ER.

Findo este percurso, e tendo em linha de conta a experiência profissional em cuidados gerais aliada às competências adquiridas na ER. A enfermeira Competente reconhece padrões e distingue que elementos/situações, atuais e futuras, requerem atenção e os que devem ser ignorados, idealiza novas regras com base nessas informações (Brykczynski, 2003). Pois, como foi explanado até agora foram demonstradas habilidades nos sete domínios. Porém, ainda fica a necessidade de aprendizagem ativa, o aperfeiçoamento na gestão de tempo e a constante visão crítica da prática, tão característicos deste nível.

Todavia, não se pode deixar de advogar para a prática uma característica do nível de Proficiente que é a capacidade de envolvimento com a pessoa e família mencionado pela autora supracitada, dado que esta é a que demonstra uma maior capacidade de comunicação e empatia neste domínio. Acredita-se, pois, que seja uma característica pessoal que se aperfeiçoou com a experiência profissional e que foi demonstrado ao longo deste percurso pelas razões explanadas em subcapítulo precedente.

2. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo, surge no seguimento deste percurso e pretende demonstrar e refletir as competências na área da investigação. Segundo Vilelas (2022) para produzir ciência é fulcral seguir determinados procedimentos para atingir as metas desejadas, pelo que, para obter conhecimento racional, sistemático e organizado é necessário aplicar um método. Segundo este autor, a metodologia de investigação consiste nas fases e procedimentos adotados numa investigação e permite fixar critérios de verificação ou demonstração da investigação realizada para obter conhecimento científico.

Portanto, para o desenvolvimento deste capítulo optou-se por seguir a metodologia *Standards for Quality Improvmente Reports Excellence* (SQUIRE 2.0) como linha orientadora na elaboração de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, pois estas diretrizes fornecem uma estrutura para relatar novos conhecimentos sobre como melhorar os cuidados de saúde (Goodman et al., 2016).

Deste modo, segundo os autores supracitados estas diretrizes, podem ser adaptadas conforme necessário para situações específicas, aplicam-se à descrição de avaliações qualitativas e quantitativas, e pretendem melhorar a qualidade, a segurança e o valor dos cuidados de saúde. Para tal, estabelecem a associação entre os resultados observados e o impacte da(s) intervenção(ões) implementadas.

Segundo as diretrizes SQUIRE 2.0 (Anexo I) para a elaboração de projetos de melhoria da qualidade, o primeiro critério a respeitar consiste na formulação de um título que descreva a iniciativa para melhorar os serviços de saúde. Ora, o título do presente Relatório reflete, precisamente, esse objetivo através do contributo do EEER na intervenção à pessoa com DRC, mais concretamente na promoção do conhecimento e da literacia para a saúde.

Por conseguinte, a realização de um resumo sobre esse projeto deverá resumir informações chave das seções do projeto onde inclua o estado da arte, o problema do contexto, métodos, intervenções e conclusões (Goodman et al., 2016). Na elaboração do projeto deve constar a introdução, cujo objetivo consiste em justificar o motivo da realização do mesmo. Assim deve contemplar a descrição do problema, o conhecimento existente (resumo do que é conhecido sobre o tema), o fundamento (teorias usadas para explicar o problema, suposições para desenvolver intervenções) e os objetivos específicos (finalidade e relato do projeto) (Goodman et al., 2016).

No que diz respeito à discrição do problema, durante o EO e em reunião com a Equipa de Supervisão e Orientação refletiu-se que seria pertinente e profícuo para o contexto uma intervenção que respondesse às necessidades e oportunidades identificadas, pelo que, se concluiu que seria pertinente a realização de um estudo de investigação secundário, designadamente uma RIL, por forma a conhecer quais a estratégias promotoras de conhecimento e de LS adequadas à pessoa com DRC. Os resultados desta seriam alvo de análise para a implementação de estratégias adequadas ao contexto.

Segundo a metodologia SQUIRE 2.0, o Relatório deve ainda abordar o método utilizado, descrevendo o contexto, a descrição das intervenções, as medidas (definições operacionais das intervenções), tipo de análise (métodos quantitativos ou qualitativos) e as considerações éticas (ética formal ou conflitos de interesses) (Goodman et al., 2016).

Segundo os autores supracitados, segue-se a descrição dos resultados obtidos através da descrição da evolução das intervenções, da observação dos resultados e relações destes com os elementos contextuais. Posteriormente, deverá constar a discussão (incluir um sumário dos resultados observados), a interpretação (comprovativo dos resultados com outras publicações), limitações e conclusões (aplicabilidade do trabalho, implicações para a prática clínica e sugestões para etapas seguintes). Finalmente, caso exista, deve ser mencionada a existência de financiamento.

Assim sendo, de seguida serão abordadas as etapas, do processo anteriormente explanado, em subcapítulos através de um breve enquadramento da problemática em estudo, do referencial teórico de Enfermagem que deu suporte à intervenção, a descrição da metodologia utilizada e por fim a apresentação de uma proposta de intervenção no sentido da melhoria da qualidade e segurança do contexto.

2.1. FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Segundo o Relatório de 2020 do Observatório Nacional para as Doenças Respiratórias, esta patologia tem um grande impacte na mortalidade e morbilidade quer na saúde mundial, quer a nível nacional, afetando milhões de pessoas, acarretando um peso significativo para a sociedade, a nível económico pelo aumento dos custos diretos (utilização dos serviços de saúde), custos indiretos (baixas médicas por doença) e com o valor económico perdido pela redução da qualidade e anos de vida mais precisamente nos anos de vida perdidos por incapacidade designados por DALYs (Disability Adjusted Life Years) que no caso da DPOC e Asma representam, em conjunto, uma perda de 0,8

milhares de milhões de euros. Nesse sentido, é necessário um rigoroso planeamento em saúde, a existência de sistemas de informação e análise meticulosa da mesma, articulada com a gestão de doença e planeamento eficiente que abranja os diferentes níveis de cuidados (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

Os dados epidemiológicos revelam que as doenças respiratórias, de natureza aguda ou crónica, são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal (Araújo, 2015). Segundo os mesmos autores estatisticamente a DRC atinge 40% da população e é responsável por 19,3% dos internamentos.

No que diz respeito à mortalidade o número de óbitos por DRC em 2018 foi de 13.305 pessoas (11,7% do total de óbitos). Não obstante, entre 2011 e 2019, nos cuidados de saúde primários o número de pessoas com registo de e de DPOC no processo individual, aumentou cerca de 182% e 152% respetivamente. O tumor maligno (traqueia, brônquios ou pulmão), a DPOC e as infeções das vias respiratórias inferiores são, a 4ª, 5ª e 7ª principais causas de mortalidade na União Europeia respetivamente (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

Não obstante, segundo o último relatório da Fundação Portuguesa do Pulmão (2022) a percentagem de pessoas diagnosticadas com DPOC, nos cuidados de saúde primários, subiu de 2,23% em 2020 para 2,28% em 2022. As taxas de internamento por agudização de asma e DPOC diminuíram, neste período, provavelmente devido ao impacto da pandemia por SARS-CoV-2, ficando internados apenas os casos mais graves. Todavia, a taxa de mortalidade teve um comportamento diferente, aumentado de 6,96% em 2018 para 9,28% em 2022, de acordo com este Relatório.

O EEER tem um vasto campo de atuação, tendo como função reabilitar a pessoa até um estado de funcionalidade adequado, que lhe proporcione ter uma vida plena e autónoma. Porém, entre todas as áreas de atuação, a RR é uma área de intervenção prioritária, quer pelo grau de dependência que a DRC pode causar, com impacte na autonomia e qualidade de vida, quer pela evidência que os dados epidemiológicos supracitados demonstram, apresentando, deste modo, a necessidade dessa intervenção e a envolvimento na recuperação/reabilitação destas pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Além disso, de acordo segundo dados do Relatório de 2015 do ONDR a reabilitação respiratória em Portugal é praticamente inexistente (ONDR, 2015).

Logo, este grupo de doenças reveste-se de significância quanto à aquisição de conhecimentos e habilidades, pela capacitação da pessoa nesta área, pois o seu caráter crónico implica irreversibilidade e obriga a que pessoa tenha que viver com ela, ainda que

seja possível controlar ou minimizar sintomas, através da mudança de comportamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Salienta-se, ainda, que a RR conduz a resultados na pessoa relacionados com a prevenção das exacerbações, o controlo dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2022).

Portanto, a promoção do conhecimento e capacitação da pessoa, surge como uma ferramenta fulcral para a promoção da LS, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, fomentando o desenvolvimento de aptidões de autogestão, autocuidado e procura, acesso e uso dos cuidados de saúde (DGS, 2019). Ademais, a promoção da LS é apontada como umas das estratégias de promoção de saúde, devendo ser interdisciplinar e transetorial (DGS, 2021).

A capacitação é um processo multidimensional que envolve, conhecimento, deliberação e ação, portanto o seu exercício envolve os domínios cognitivo, físico e material, pelo que a reabilitação do ponto de vista da capacitação, envolve-se de forma sistemática nas várias etapas, pelas quais as pessoas transitam, até que demonstrem competências de gestão da doença e/ou encontrarem mecanismos compensatórios para fazê-lo, sendo o EEER o seu guia nesse decurso (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo Murphy et al. (2017), a implementação de estratégias com enfoque na educação e como componente de um programa de reabilitação, contribuem para o empoderamento da pessoa, pela aquisição de competências e incremento de confiança na sua gestão da doença.

O termo LS foi utilizado, pela primeira vez, na década de 1970, desde então a sua definição tem sofrido algumas alterações e tem vindo a ganhar reconhecimento no panorama nacional e internacional como um fator de impacte nos ganhos em saúde das populações (Arriaga, 2019). Em 1998 a Organização Mundial da Saúde (OMS), define LS como "habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e usar informações de maneira a promover e manter uma boa saúde" (OMS, 2018, p. 10).

Por sua vez, a Revisão Sistemática da Literatura, levada a cabo por Sorensen et al. (2012), tem como ponto de partida o facto da não existência de consenso sobre a definição do conceito de literacia, assim como, as suas dimensões conceptuais. Neste sentido, o referido estudo foi construído com o intuito de rever conceitos e conclui que a LS está intimamente ligada ao conceito de literacia e envolve o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com a saúde de forma a criar conceitos com base nos seus juízos e a tomar decisões sobre

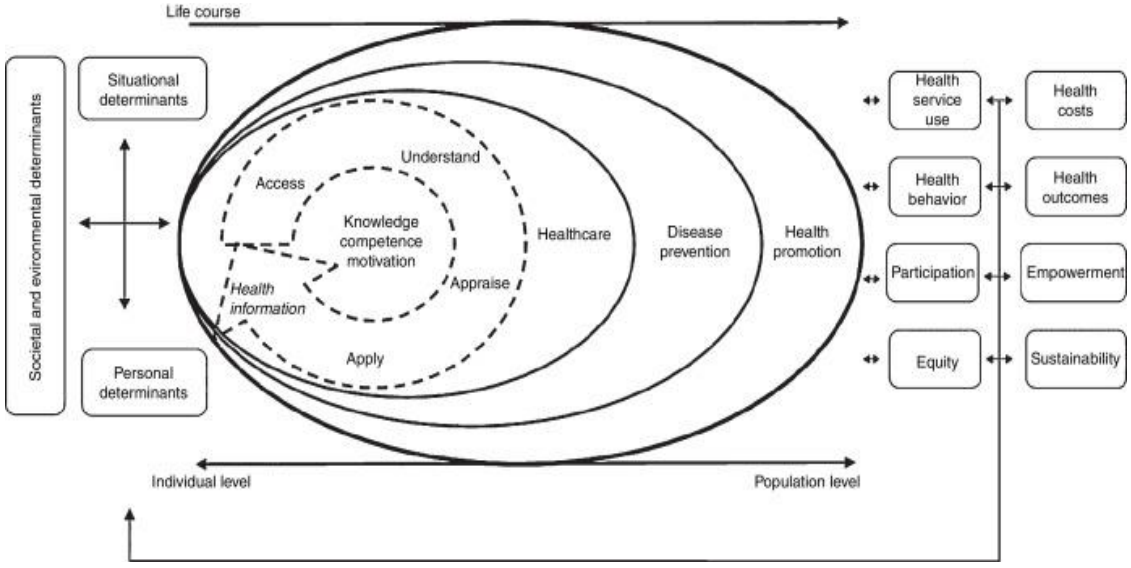
cuidados de saúde para,não só a prevenir doenças, mas também a promover a sua saúde, com o intuito de manter ou melhorar a qualidade de vida durante todo o ciclo vital. Assim, esta definição revista é reconhecida por vários organismos internacionais, desde a OMS à DGS (DGS, 2019a).

Ora, indivíduos com baixa LS apresentam menor probabilidade de: compreender a informação escrita e oral provida pelos profissionais de saúde; terem a capacidade de navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços necessários; realizar as intervenções necessárias e seguir indicações prescritas (Pedro et al., 2016).

Nas últimas décadas vários modelos concetuais de LS tentaram demonstrar a relação entre esta e os resultados em saúde. O Modelo Integrado de Literacia em Saúde de Sorensen et al. (2012), descreve a aquisição de competências de LS como um processo dinâmico, que decorre durante todo o ciclo vital. As determinantes individuais, de contexto, sociais e culturais refletem-se na sua LS, integrando uma abordagem clínica, individual e de saúde pública, permitindo perceber que os resultados têm implicações quer para o indivíduo, quer para a população e para o sistema, como se pode analisar através da Figura 1.

Figura 1

Diagrama do Modelo Integrativo de LS.



Fonte: Sorensen et al. (2012, p.9)

No Quadro 1 são identificadas 12 dimensões de LS que se referem à forma como se utilizam as quatro competências, relacionadas com o acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação de saúde, nos três domínios da saúde, os cuidados de saúde, a

prevenção da doença e a promoção da saúde, pelo que à medida que se vão adquirindo competências a pessoa vai-se tornando mais capaz e autónoma na gestão da sua saúde (Sorensen et al., 2012).

Quadro 1

Matriz das 12 Dimensões do Modelo Integrativo de LS

Literacia em Saúde	Aceder/Obter informação relevante em saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar/Julgar/Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde
Cudados de Saúde	1) Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	2) Capacidade de compreensão de informação médica e do seu significado	3) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	4) Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da Doença	5) Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco	6) Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	7) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco	8) Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da Saúde	9) Capacidade de atualização sobre questões de saúde	10) Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	11) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde	12) Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Segundo os mesmos autores, a LS é uma competência profissional capital para a saúde no século XXI. É evidente, mensurável, viável e pode fazer a diferença para a população e para todos os *stakeholders*.

O consórcio *Health Literacy Survey*-EU desenvolveu o instrumento *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), que avalia a LS por autoperceção, aferindo o nível de LS dos indivíduos de uma forma mais abrangente e multidimensional, não focado apenas no contexto clínico. Em 2011 integraram este projeto países como a Espanha, a Grécia, a Holanda, a Irlanda, a Alemanha, a Bulgária, a Polónia e a Áustria. O objetivo deste projeto consistiu, em realizar o diagnóstico dos níveis de LS das populações, correlacioná-los, e utilizar os resultados como suporte à implementação de estratégias promotoras, tornando-as mais focadas e adequadas às suas necessidades reais (Pedro et al., 2016).

Em 2011 um estudo de comparativo entre 8 países europeus mostrou que cerca de 12,4% da população apresentava um nível de LS inadequado e que 35,2% da mesma, um

nível de LS problemático, que no total reflete uma elevada prevalência de um baixo nível de literacia (47,6%) (Sorensen et al., 2015). Denotou, ainda que; a Bulgária e Espanha foram os que registaram uma percentagem superior de população com níveis baixos de LS, 62,1% e 58,3% respetivamente. Por conseguinte, em Portugal o primeiro estudo decorreu em 2014, tendo revelado que cerca de 61% da população apresentava níveis de literacia baixos, dos quais 17% tinha um nível inadequado e 44,4% tinha um nível problemático (Pedro et al., 2016). Em comparação com os resultados referentes aos 8 países europeus, Portugal apresentava-se como o segundo país com níveis mais baixos de LS, segundo os mesmos autores.

Além disso, os resultados destes estudos expuseram um forte gradiente social, apontando que grupos vulneráveis, como os idosos, pessoas com doenças crónicas, as minorias e pessoas com baixo *status* socioeconómico, estavam numa situação ainda mais débil (Sorensen, 2019).

Por sua vez em 2022 a DGS realizou um novo estudo (HLS19) em Portugal, utilizando uma versão reduzida do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT), já durante o período pandémico e de acordo com os resultados 7 em cada 10 pessoas em Portugal tinha níveis elevados de literacia em saúde, pelo que 30% apresentava um nível de LS problemático ou inadequado (Arriaga et al., 2022).

Segundo os autores mencionados este inquérito analisou também a dimensão de LS digital e a sua relação com o nível de LS, deparando com uma correlação estatisticamente significativa (p<0.001). Dado que, 47,3% da amostra inquirida tem níveis adequados de LS digital. Todavia, o nível Inadequado é mais elevado no domínio da literacia em saúde digital (27,7%) do que na literacia em saúde (8%).

Um estudo realizado por Saraiva et al. (2017), numa amostra com pessoas com DPOC, com o intuito de traduzir e validar para a população portuguesa o instrumento TOFHLA e avaliar a sua literacia funcional, revelou níveis adequados de LS da amostra. Porém, Saraiva e Luz (2020), contradizem estes resultados referindo que, a pessoa com DPOC, tem pouco conhecimento sobre a sua doença, pois as complexidades da mesma, o seu tratamento e repercussões, geram dificuldades de gestão e de autocuidado, que concomitantemente com o baixo nível de LS, prevalente originam "não adesão ao regime terapêutico, a consciência tardia do prognóstico, o aumento de readmissões hospitalares e a dependência dos cuidados de saúde" (p. 464). Contudo, mencionam que as experiências com os cuidados e o sistema de saúde, o contacto com a linguagem científica, quer em contexto de promoção da saúde/vigilância médica, quer em situações

de agudização, contribuem para melhorar a sua LS.

Por sua vez, um estudo realizado na Holanda por Coenjaerds et al. (2021) em doentes com DRC em PRR revelou que 51% apresentava um nível baixo de LS e 29% baixa capacidade de leitura. Os resultados do programa foram semelhantes entre as pessoas que apresentavam nível baixo e nível adequado de capacidade funcional. Todavia as pessoas com melhor capacidade de leitura apresentaram melhores resultados na gestão de sintomas e níveis de ansiedade, comparativamente com as pessoas com baixa capacidade de leitura (p=0,047). Este estudo conclui que um PRR é um tratamento eficaz para pessoas com níveis baixos de LS, quando associado ao programa um plano educativo personalizado.

Conquanto, a pessoa com DRC apresente múltiplas comorbilidades, a ansiedade e depressão encontram-se em especial destaque (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Por conseguinte, verifica-se que 85% das pessoas com DPOC tem maior tendência a desenvolver estados de ansiedade comparativamente a pessoas saudáveis. Pelo que o aumento de ansiedade e depressão está relacionado com o aumento da incapacidade funcional e dispneia, isolamento social, irritabilidade pessimismo e atitudes hostis, segundo os mesmos autores.

Logo, quando confrontada com a DRC, a pessoa depara-se com várias exigências resultantes de limitações impostas pela doença, sendo imprescindível o apoio familiar, social e profissional.

No âmbito do Programa "Literacia em saúde e integração de cuidados" (Despacho n.º 6429/2017, de 25 de julho) a DGS apresentou o Plano de Ação para a LS 2019-2021, com o intuito de criar uma abordagem ao longo do ciclo de vida, promovendo as escolhas informadas da população (DGS, 2018).

O Plano de Ação supradito apresenta 4 objetivos prioritários: adotar estilos de vida saudável; capacitar para a utilização adequada (sistema de saúde); promover o bem-estar (doença crónica) e promover o conhecimento e a investigação. Assim, mais uma vez, há enfoque na capacitação da pessoa na gestão da doença e em especial a doença crónica, na qual as doenças respiratórias estão englobadas.

O Manual de Boas Práticas *Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*, constitui-se como uma ferramenta e assinala mais um marco de afirmação da LS como determinante em saúde (DGS, 2019b).

O referido Manual tem como objetivo ser uma ferramenta para o aumento dos níveis de LS da população portuguesa, através do empoderamento dos profissionais de saúde.

Ou seja, ao capacitar o profissional de saúde este, por sua vez, contribui para que a pessoa tenha maior autonomia e reflexão crítica nas suas escolhas em matéria de saúde. Permite, não só, uma melhor perceção acerca dos assuntos que envolvem esta temática, mas também um maior conhecimento sobre modelos de mudança comportamental, oportunidades de promoção de LS nos diferentes contextos e ao longo de todo o ciclo vital, obstáculos, métodos e meios para a sua promoção, ferramentas de orientação para a pessoa e sugestões para conteúdos e modelos gráficos (DGS, 2019b).

A LS depende da interação de diferentes *stakeholders*, mas a intervenção sustentada dos profissionais de saúde é o vetor mais importante na sua promoção (Arriaga, 2019).

Em suma, as doenças respiratórias crónicas pelo facto de serem doenças prolongadas e de acompanharem a pessoa grande parte do seu percurso de vida, requerem que a mesma tenha capacidade de a gerir de forma eficiente. Assim, a LS é crucial para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a utilização eficaz e eficiente dos serviços de saúde tendo o EEER um papel primordial uma vez que a RR é das estratégias, não farmacológicas, mais eficazes no tratamento da DRC, como já foi mencionado neste documento.

Desta forma, e dado que o conhecimento sobre a doença e que os níveis de LS da pessoa desempenham um papel preponderante no controlo e gestão da doença, torna-se importante identificar quais as melhores estratégias para alcançar esta meta e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DRC.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Ao longo do desenvolvimento da profissão de Enfermagem foram desenvolvidos vários Paradigmas, Escolas e Modelos, pelo que, as teorias permitem enquadrar, perspetivar e fundamentar as intervenções destes profissionais. A redação deste subcapítulo reflete a necessidade de explorar um modelo conceptual de promoção de saúde que explanasse o compromisso da profissão na construção de conhecimento nesta área e explorar a existência de estudos na implementação dos mesmos em pessoas com DRC.

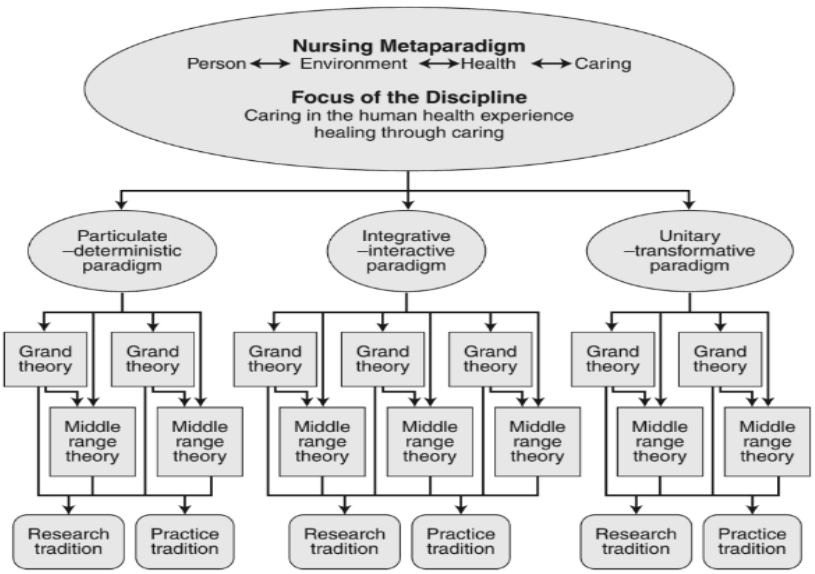
Assim, cada disciplina tem um foco único de aquisição de conhecimento que procura destaque das demais disciplinas, pelo que as teorias de médio alcance, abordam o conhecimento substantivo da disciplina, explicando e expandindo fenómenos

específicos do processo cuidar-curar, tendo uma relação direta entre a investigação e a prática (Smith & Liehr, 2018).

Cada teoria de médio alcance fundamenta-se numa perspetiva metaparadigmática, sendo as filosofias que orientam as visões abstratas do ser humano, da relação deste com o ambiente e com a saúde refletidas em cada paradigma (Smith & Liehr, 2018).

Figura 2

Estrutura da Disciplina de Enfermagem.



Fonte: Smith & Liehr (2018, p. 7)

Segundo as autoras supracitadas a estrutura da disciplina apresenta 5 níveis de abstração, como se pode observar na Figura 3, em que no topo está representado o metaparadigma da Enfermagem e o seu foco. Segue-se a representação das grandes teorias que incluem os sistemas conceptuais abstratos e as teorias que fornecem fenómenos centrais abstratos (pessoas como sistemas adaptativos, deficit de autocuidado, seres humanos unitários ou devir humano). As teorias de médio alcance são mais circunscritas e abordam relações mais concretas (incerteza, autoeficácia) e podem advir diretamente de uma grande teoria ou de um paradigma. Por fim, na base encontra-se as tradições de pesquisa e as práticas relacionadas com os níveis superiores.

Ora, de todos os modelos e teorias da disciplina de Enfermagem que possam ser aplicados no âmbito da promoção da saúde e atendendo aos objetivos delineados, a opção recaiu pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, pois este oferece uma compreensão dos determinantes em saúde, orienta nas soluções, promove a reflexão e a

tomada de decisão que vai de encontro ao objetivo deste Relatório e à prestação de cuidados de ER de qualidade dirigidos à pessoa com DRC.

O Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender, é uma teoria de médio alcance que procura descrever a natureza multifacetada do comportamento da pessoa, inserida num ambiente, em busca de um estado de saúde, apresentando uma abordagem orientada para um foco. Difere, deste modo, dos modelos que se baseiam no ato de ameaça a este estado, com intuito meramente preventivo ou de evicção, que se baseiam no medo como fonte de motivação para comportamentos de saúde (Sakraida, 2003). Este modelo procura integrar a Enfermagem na ciência do comportamento através da identificação de fatores promotores de comportamentos saudáveis, explorando a esfera biopsicossocial que os motiva (Victor et al., 2005), pelo que, constitui um dos contributos da disciplina para a esfera das políticas de saúde e para a reforma dos cuidados de saúde, locais e globais, de forma individual e coletiva (Sakraida, 2003).

Segundo Sakraida (2003) o Modelo foi desenvolvido na década de 80, sendo a quarta revisão publicada em 2002. Como fonte teórica alicerçou-se na Enfermagem holística, na Psicologia Social e na Teoria da Aprendizagem. A primeira versão do modelo foi estudada em quatro populações: adultos trabalhadores, idosos, doentes oncológicos e doentes em reabilitação cardíaca. Para testar a sua validade, a equipa de investigação criou o instrumento *Health Promotion Lifetyle Profile*, cujo propósito é avaliar estilos de vida promotores de saúde e para além disso, constituir-se como um instrumento de apoio ao ensino e capacitação da pessoa, segundo a autora.

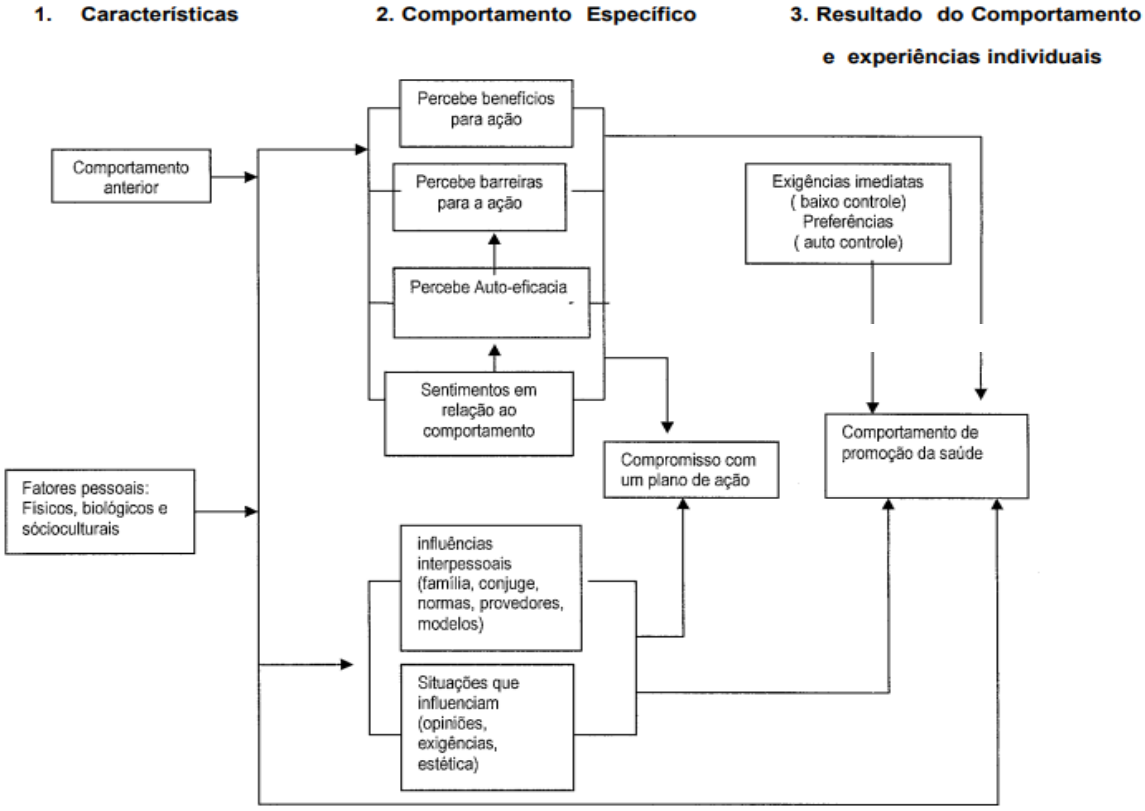
Ainda segundo a mesma autora, Nola Pender enfatiza o papel ativo da pessoa na gestão das escolhas e opções em saúde, procurando regular ativamente o seu comportamento e alterando o contexto ambiental, mostrando apresentar capacidade autorreflexiva e de apreciação das suas competências, além disso, o Modelo valoriza o crescimento em direções entendidas como positivas, procurando atingir o equilíbrio entre mudança e estabilidade. Todavia, para haver uma mudança de comportamento é fundamental a reconfiguração ser auto-iniciada. Advoga, ainda, que os profissionais de saúde são parte fundamental do ambiente interpessoal.

Constata-se que o Modelo é de fácil compreensão, fornece clareza e compreensão da complexidade dos fenómenos dos comportamentos promotores de saúde. O diagrama apresenta as correlações dos diferentes fatores que estão interligados entre si (Victor et al., 2005).

Para melhor compreensão deste modelo, é apresentada na Figura 3 um diagrama em que são expostos os componentes que integram este Modelo.

Figura 3

Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde.



Fonte: Victor et al. (2005, p. 237)

No Modelo, na definição dos conceitos do metaparadigma, o conceito de saúde tem uma conotação positiva com realce na melhoria do bem-estar, na aquisição de capacidades e não como ausência de doenças (Sakraida, 2013). Neste contexto, destaca a pessoa do ponto de vista individual, familiar e comunitário, ao longo do seu ciclo vital numa perspetiva holística. Por sua vez, o conceito de ambiente deve ser compreendido como resultado das relações entre a pessoas e seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos proporcionando um ambiente saudável. A Enfermagem surge intimamente relacionada às intervenções e estratégias para o comportamento de promoção da saúde, com especial realce para o estímulo ao autocuidado.

Este modelo compreende três componentes: características e experiências individuais; sentimentos e conhecimentos sobre um comportamento que se pretende alcançar e o resultado do comportamento de promoção de saúde desejável. No que

concerne às Características e experiências individuais, estas incluem o comportamento prévio (que deve ser mudado) e os fatores pessoais: biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade); psicológicos (autoestima, motivação) e socioculturais (escolaridade, nível socioeconómico) (Sakraida, 2013).

De acordo com a autora previamente mencionada, relativamente aos Sentimentos e Conhecimentos sobre um comportamento que se pretende alcançar são considerados como o cerne do diagrama. É composto pelas variáveis: percebe benefícios para ação (reproduções mentais positivas, que reforçam as consequências/benefícios de adotar uma conduta); percebe barreiras para ação (perceções negativas sobre um comportamento, percecionadas como dificuldades e com custos pessoais, ou seja, bloqueios para a ação); percebe autoeficácia (juízo da capacidade de organizar e executar ações); sentimentos em relação ao comportamento (reação emotiva direta ou uma resposta nivelada positiva, negativa, agradável ou desagradável); influências interpessoais (o comportamento pode ser influenciado por outras pessoas da esfera pessoal ou profissionais de saúde, normas e modelos sociais); influências situacionais (o conhecimento de determinada situação ou contexto podem ter impacte no comportamento de saúde) (Sakraida, 2003; Victor et al., 2005).

Quanto ao terceiro componente, Resultado do comportamento, este inclui o compromisso com o plano de ação (estratégia planeada que possibilita a pessoa a manter o comportamento de promoção da saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem identificadas); exigências imediatas e preferências (as preferências pessoais exercem controle significativo sobre as ações de mudança de comportamento, sobretudo naqueles que requerem mudanças imediatas); o comportamento de promoção da saúde consiste no resultado final da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (Sakraida, 2003; Victor et al., 2005).

Da quarta revisão deste Modelo surgem 14 postulados (Sakraida, 2013):

- O comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam o comportamento;
- As pessoas comprometem-se se valorizarem o comportamento a adquirir;
- As barreiras percebidas podem bloquear o compromisso com a ação;
- A autoeficácia percebida aumenta a probabilidade do compromisso com o plano de ação;
- Uma maior autoeficácia percebida resulta em menos barreiras percebidas;

- A representação positiva de um comportamento resulta numa maior autoeficácia percebida para a ação;
- Se emoções ou representações positivas estiverem associadas ao comportamento maior será a probabilidade de compromisso;
- As pessoas estão mais propensas à mudança quando pessoas significativas modelam esse comportamento;
- Familiares, amigos e profissionais de saúde são importantes influenciadores de comportamentos;
- Influencias situacionais podem aumentar ou diminuir o compromisso com um comportamento de saúde;
- Quanto maior for o compromisso com um plano de ação, maior será a probabilidade dele se manter ao longo do tempo;
- Perante uma situação que exige decisão imediata, mais difícil será o compromisso com o plano de ação para a promoção de um comportamento de saúde;
- Quando outras ações são percecionas como mais atraentes é mais difícil o compromisso com o plano de ação;
- É possível alterar o conhecimento, representações e ambiente interpessoal para criar incentivos à saúde.

Segundo a OMS (2006) a promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias e formas de criar saúde, quer a nível individual, quer coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e à melhoria da qualidade de vida da população. Como tal, é o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, sendo uma função essencial da saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2006).

Em 2005, Shin et al. realizaram um estudo com 400 participantes adultos coreanos com doenças crónicas (cardiovasculares, respiratórias, musculoesqueléticas e endócrinas).O objetivo deste estudo foi testar os sete constructos (experiência anterior de exercício, estado de saúde percebido, benefícios do exercício, barreiras ao exercício, autoeficácia do exercício, apoio social para o exercício e opções de exercício) do Modelo de Promoção da Saúde e utilizaram como instrumento de avaliação a *Exercise Social Suport Scale*, desenvolvido por Nola Pender. A intervenção decorreu durante um ano, foi responsável por 54% da variação no compromisso com um plano de exercício, em que a

experiência anterior com exercício e benefícios do exercício foram os fatores com maior evolução. Deste modo, os autores concluíram que os profissionais de saúde podem avaliar a experiência anterior e enfatizar os benefícios do exercício na elaboração de programas de intervenção.

Depreende-se, assim, que o EEER ao usar este modelo na realização de projetos de melhoria da qualidade, em conjugação com outros modelos, terá uma linha orientadora que permite obter melhores resultados na promoção da saúde. Ademais, permite o reconhecimento da profissão perante a equipa interdisciplinar e, ao usá-lo associado a projetos de investigação, aumentar os conhecimentos inerentes à disciplina.

2.3. METODOLOGIA

Segundo Vilelas (2022) conhecimento científico cresceu consideravelmente nos últimos anos, pelo que a identificação da melhor evidência para a prática e para a investigação requer estratégias que colmatem essa necessidade. Deste modo, a realização de uma revisão da literatura constitui uma resposta eficaz para tal e pode ser realizada com diferentes metodologias dependendo da questão de investigação, da meta, tempo ou grau de profundidade e deverá incluir uma revisão critica dos achados, segundo o autor.

Na RIL deverão ser mantidas as etapas da revisão sistemática da literatura, todavia há a construção de uma análise ampla da literatura, com o intuito de conhecer determinado fenómeno, contribuindo, assim, para a discussão sobre métodos, resultados e tecer reflexões sobre a pertinência de realização de futuros estudos (Vilelas, 2022).

Como tal, é crucial seguir padrões de rigor metodológico, assim como clareza na apresentação dos resultados, reduzindo incertezas sobre recomendações práticas permitindo generalizações. Logo, facilita a tomada de decisão relativamente a intervenções com melhor custo-benefício e permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica (Vilelas, 2022).

Segundo o autor supracitado, as revisões devem seguir uma planificação antecipada, descrevendo como será respondida à questão de investigação. Neste sentido, o protocolo de revisão consiste numa planificação, realizada previamente, que permite descrever como os investigadores pretendem responder à questão de investigação, reduzindo possíveis erros, devendo ser reprodutível, comentado ou avaliado. Assim, para a sua concretização existem nove etapas:

1. Definição da questão e objetivos;
2. Elaborar critérios de elegibilidade;
3. Executar uma pesquisa global;
4. Examinar os estudos para decidir a sua elegibilidade;
5. Desenhar uma tabela para as características dos estudos;
6. Apreciar a qualidade metodológica;
7. Extrair os dados;
8. Analisar a qualidade dos artigos;
9. Preparar o relatório da revisão.

Para a realização desta revisão primeiramente elaborou-se a questão de investigação utilizando a metodologia PI[C]OS descrita no Quadro 2.

Quadro 2

Questão de Investigação com Aplicação do Método PICO

Participantes	Pessoas adultas com DRC.
Intervenção	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.
Comparação	
Resultados	Promoção de conhecimento e LS.
Tipos de estudos:	Estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos.

Obteve-se a seguinte questão de investigação: *Quais as estratégias de enfermagem de reabilitação, promotoras de conhecimento e LS na pessoa com doença respiratória crónica?* Foi ainda definida como questão secundária: *Quais os resultados decorrentes da implementação das estratégias identificadas?*

De seguida definiu-se como objetivo geral desta RIL, a identificação de estratégias de enfermagem de reabilitação, promotoras de conhecimento e LS na pessoa com DRC e como objetivos secundários conhecer quais os conteúdos programáticos dessas estratégias de ensino e quais os resultados da implementação das estratégias identificadas.

Selecionou-se como critérios de inclusão estudos primários quantitativos, qualitativos ou mistos que respondam à questão de investigação e com uma estratégia de ensino como intervenção, realizados em adultos, com mais de 18 anos e com patologia respiratória crónica, publicados em *full text* de forma digital nos últimos 5 anos (2017-2022) em inglês, espanhol e português. Por sua vez, os critérios de exclusão foram estudos

que não respondam à questão de investigação, com intervenções não realizadas por profissionais de saúde e estudos secundários ou com metodologia pouco clara.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa exploratória nas bases de dados, com o objetivo de identificar os descritores e palavras-chave mais frequentemente apresentados em artigos com a mesma temática de interesse para esta revisão. Através da consulta dos descritores MeSH (*Medical Subject Headings*), que representavam a questão supracitada, construiu-se a frase *boolena* de pesquisa que se apresenta no Quadro 3.

Quadro 3

MeSh Terms e Frase Booleana

Operadores Booleanos	**AND**		
	Conceito 1	**Conceito 2**	**Conceito 3**
OR	*- Lung Diseas** *- Pulmonary diseas** *- Obstructive Pulmonary Diseas**	*- Rehabilitation* *- Respiratory Rehabilitation* *- Rehabilitation Nursing* *- Education* *- Patient education as Topic* *- Health promotion* *- Respirathory therapy* *- Breathing exercises*	*- Health Litheracy* *- Self-management"* *- Self Care* *- Health Knowledge, Attitudes, Practice* *- Treatment Adherence and Compliance* *- Symptom Assessment*
A and B and C			
Frase *booleana*: (("Lung Diseas*" OR "Pulmonary diseas*" OR "Obstructive Pulmonary Diseas*") AND (Rehabilitation OR "respiratory Rehabilitation" OR "Rehabilitation Nursing" OR education OR "patient education as Topic" OR "health promotion" OR "respirathory therapy" OR "Breathing exercises") AND ("Health Litheracy" OR "Self-management" OR "Self Care" OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice" OR "Treatment Adherence and Compliance" OR "Symptom Assessment"))		

Para executar a pesquisa optou-se por selecionar as bases de dados CINAHL Complete ®, MEDLINE Complete® e MedicLatina disponível na plataforma agregadora de bases de dados EBSCOhost. A pesquisa foi realizada no dia 30/12/22 e aplicou-se a frase booleana nos campos de pesquisa selecionando no campo opcional TI (título completo), SU (Termos do assunto) e AB (Resumo). Por forma a dar resposta aos critérios de inclusão previamente definidos, foram aplicados os limitadores de pesquisa cronológicos (estudos publicados entre 2017 e 2022), de idade (selecionadas todas as categorias de adultos com mais de 18 anos) e língua (português, inglês e espanhol).

Foram obtidos 574 resultados (CINAHL Complete ®: n=206, MEDLINE Complete®: n= 366 e MedicLatina: n=2) que após a remoção de duplicados pelo motor de busca ficaram 224.

Para selecionar a bibliografia portuguesa foi realizada pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP), utilizando como critério de pesquisa as palavras *conhecimento* (AND) *doença respiratória* e *literacia* (AND) *doença respiratória*, não sendo identificados registos.

Os estudos encontrados foram importados para o software Mendeley, que serviu de suporte a todo o processo. Acresce-se que foi consultada a lista de referências dos estudos incluídos com o objetivo de encontrar e adicionar estudos. Nesse sentido, procedeu-se à leitura por título e resumo disponível de 224 estudos e foram removidos mais cinco estudos repetidos cujo título apresentava pequenas alterações na descrição devido a publicação indiferentes revistas. Após este passo foram excluídos 201 por não responderam à questão de investigação.

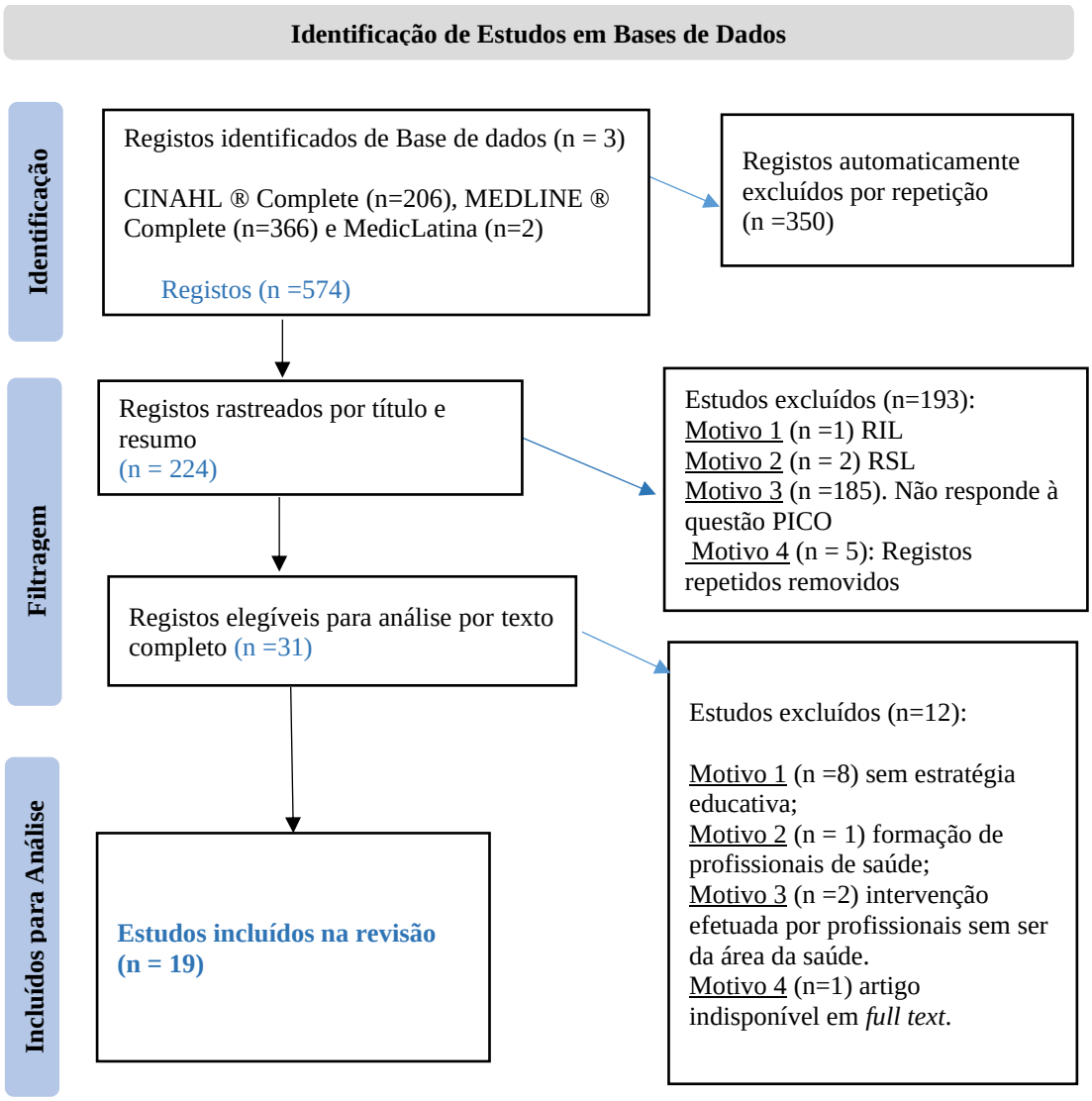
Selecionaram-se 31 estudos para leitura de texto completo, porém um não ficou disponível mesmo após tentativa de contato, por email, com os autores do estudo para o disponibilizarem, pelo que o mesmo foi excluído.

Após a leitura de texto completo, oito foram excluídos por não apresentarem estratégia de ensino, dois por abordarem a formação de profissionais de saúde e dois pela intervenção não ter sido ministrada por profissionais de saúde. No final, a amostra desta RIL foi constituída por 19 estudos.

O processo de filtragem dos estudos para decidir a sua elegibilidade encontra-se representado na Figura 4 pelo PRISMA 2020 *flow diagram* para novas revisões sistemáticas que incluíram pesquisas apenas em bancos de dados e registos (Page et al., 2021).

Figura 4

PRISMA 2020 flow diagram



De seguida, foi construído, exclusivamente para este efeito, um instrumento de extração de dados, de acordo com os objetivos delineados, de forma a analisar os estudos incluídos na revisão, contendo os seguintes parâmetros: número e título, autores, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo/metodologia, amostra, intervenção realizada e resultados (Apêndice I).

2.4. RESULTADOS

De acordo com Vilelas (2022) a finalidade desta etapa consiste em sintetizar os dados resultantes de cada estudo de forma a fornecer uma estimativa da eficácia da intervenção implementada.

Como já foi referido anteriormente foi contruído uma tabela de extração de dados que se encontra em apêndice (Apêndice I). De seguida apresenta-se o Quadro 4 com a referências bibliográficas e respetivos títulos dos artigos para melhor compreensão da narrativa.

Quadro 4

Apresentação Dos Resultados Obtidos na RIL Por Referência e Título.

Nº	Referência bibliográfica	Título do Artigo
1	Early et al., 2017	*A case series of an off-the-shelf online health resource with integrated nurse coaching to support self-management in COPD*
2	Wu et al., 2017	*Developing a Virtual Teach-To-Goal™ Inhaler Technique Learning Module: A Mixed Methods Approach*
3	Chaplin et al., 2017	*Interactive web-based pulmonary rehabilitation programme: a randomised controlled feasibility trial*
4	Mulhall et al. 2017	*A Tablet-Based Multimedia Education Tool Improves Provider and Subject Knowledge of Inhaler Use Techniques*
5	Thomas et al., 2017	*Inhaler Training Delivered by Internet-Based Home Videoconferencing Improves Technique and Quality of Life*
6	Souza et al., 2018	*Use of a Home-Based Manual as Part of a Pulmonary Rehabilitation Program*
7	Nyberg et al., 2019	*Can the COPD web be used to promote self-management in patients with COPD in swedish primary care: a controlled pragmatic pilot trial with 3 month- and 12 month follow-up*
8	Bugajski et al., 2019	*Effects of a Digital Self-care Intervention in Adults with COPD: A Pilot Study*
9	Lewis et al., 2019	*An observational cohort study of exercise and education for people with chronic obstructive pulmonary disease not meeting criteria for formal pulmonary rehabilitation programmes*
10	Jang et al., 2019	*Comprehensive Effects of Organized Education for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*
11	Sheridan et al., 2019	*"A breath of fresh air" for tackling chronic disease in Ireland? An evaluation of a self-management support service for people with chronic respiratory diseases*
12	Benzo & McEvoy., 2019	*Effect of Health Coaching Delivered by a Respiratory Therapist or Nurse on Self-Management Abilities in Severe COPD: Analysis of a Large Randomized Study*
13	Shang & Dai., 2019	*The efficacy of a flipping education program on improving self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial*
14	Wang et al., 2021	*A mobile health application to support self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial*
15	Kooiji et al., 2021	*Effectiveness of a Mobile Health and Self-Management App for High-Risk Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Daily Clinical Practice: Mixed Methods Evaluation Study*
16	Tanguay et al., 2021	*Developing a Web Platform to Optimize the SelfManagement of People Living with a Chronic Respiratory Disease*

Quadro 4 (continuação)

Apresentação Dos Resultados Obtidos na RIL por Referência e Título.

Nº	Referência bibliográfica	Tìtulo do artigo
17	Mongiardo et al., 2021	*The Effect of a Web-Based Physical Activity Intervention on COPD Knowledge: A Secondary Cohort Study*
18	Houchen-Wolloff et al, 2021	*Web-Based Self-management Program (SPACE for COPD) for Individuals Hospitalized With an Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Nonrandomized Feasibility Trial of Acceptability*
19	Hu et al., 2022	*Influence of Nurse-Led Health Education on Self-Management Ability, Satisfaction, and Compliance of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Knowledge, Belief, and Practice Mode*

Deste modo constata-se que dos 19 artigos não há nenhuma publicação de origem portuguesa, um artigo é de origem brasileira (Souza et al., 2018), os demais são de origem chinesa (Chang & Dai., 2019; Wang et al., 2021; Hu et al., 2022), irlandesa (Sheridan et al., 2019), inglesa (Chaplin et al., 2017; Lewis et al.., 2019; Houchen-Wolloff et al., 2021); holandesa (Kooji et al., 2021), sueca (Nyberg et al., 2019), americana (Wu et al.., 2017; Mulhall et al., 2017; Thomas et al., 2017; Bugajski et al., 2019; Benzo & McEvoy., 2019; Mongiardo et al., 2021;), coreana (Early et al., 2017; Jang et al., 2019) e canadiana (Tanguay et al., 2021).

Dois estudos referiram que a intervenção educativa foi ministrada por farmacêuticos (Mulhall et al., 2017; Thomas et al., 2017), dois por fisioterapeutas (Wu et al., 2017; Souza et al., 2018), um por um médico (Jang et al., 2019) e nove por enfermeiras (Early et al., 2017; Lewis et al., 2019; Jang et al., 2019; Sheridan et al., 2019; Benzo & McEvoy., 2019; Shang & Dai., 2019; Wang et al., 2021; Kooiji et a.l, 2021; Hu et al., 2022), dos quais quatro mencionavam uma especialização na área respiratória (Jang et al., 2019; Benzo & McEvoy., 2019; Houchen-Wolloff et al., 2021; Wang et al., 2021). Alguns estudos (dois) referiam que o ensino era realizado por mais do que uma categoria profissional (Jang et al., 2019; Lewis et al., 2019), os demais não faziam referência à mesma.

Do ponto de vista metodológico um estudo é qualitativo (Sheridan et al., 2019), três por métodos mistos (Early et al., 2017; Wu et al., 2017; Kooij et al., 2021) e 15 quantitativos (restantes). Dos quais cinco foram experimentais com grupo de controlo (Chaplin et al., 2017; Souza et al., 2018; Nyberg et al., 2019; Kooij et al., 2019; Hu et al., 2022).

Da análise dos estudos emergiram cinco categorias de informação: caraterização da população dos estudos incluídos, duração dos programas/estudos, estratégia de ensino utilizada, conteúdos programáticos e resultados.

Caraterização da população dos estudos incluídos

Referente à caracterização da amostra dos estudos incluídos, esta RIL tem uma amostra de 1350 participantes, dos quais 1258 tem diagnóstico de DPOC, 113 com Asma, 18 com asma ou DPOC e outra doença crónica, e 1 com fibrose quística. Grande parte dos participantes foram recrutados em Ambulatório, os restantes após internamento hospitalar por motivos de exacerbação da doença (Wu et al., 2017; Benzo & McEvoy., 2019; Houchen-Wolloff et al., 2021; Wang et al., 2021; Kooij et al., 2021; Hu et al., 2022). Alguns estudos privilegiaram a inclusão de participantes que nunca tivessem frequentado PRR (Early et al., 2017; Chaplin et al., 2017).

Duração dos programas/estudos.

A duração dos programas foi variável, desde uma sessão/momentos de ensino (Mulhall et al., 2017) a 12 meses. Os programas que englobavam o acompanhamento individual pela presença e intervenção de um profissional de saúde (Wang et al., 2021) e os programas concretizados em plataformas digitais (Nyberg et al., 2019, Tanguay et al., 2021; Wang et al., 2021; Mongiardo et al., 2021) os que apresentavam maior duração.

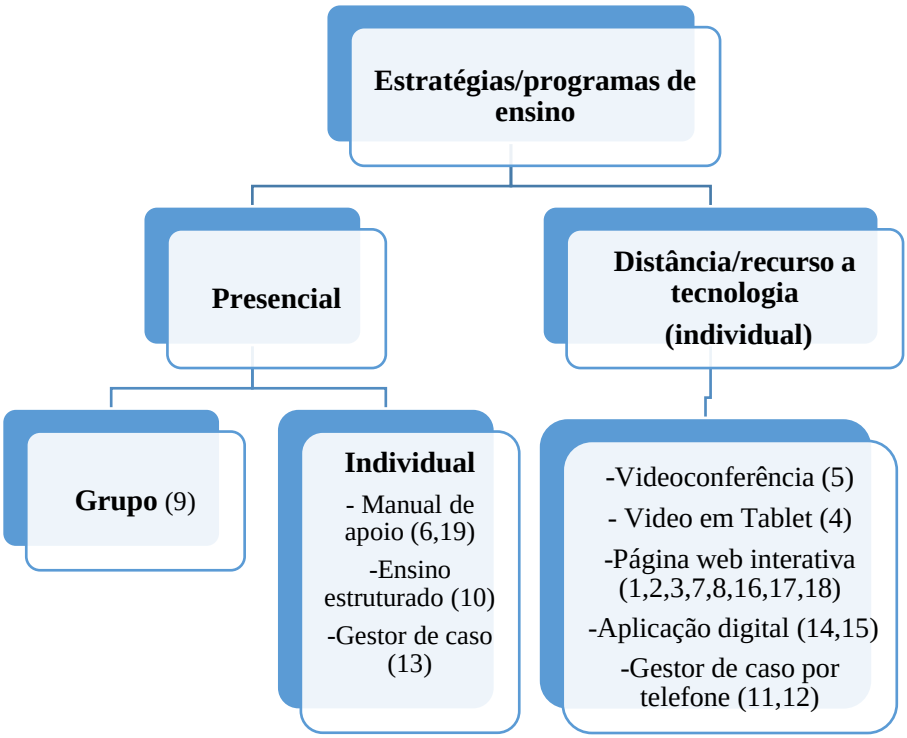
Estratégia de ensino utilizada.

Foram identificadas as seguintes estratégias de ensino: ensino com recurso a aplicação digital (n=2), ensino através de página na WEB interativa (n=8), ensino em grupo (n=1); ensino estruturado individual presencial (n=1), ensino individual com recurso a vídeo em tablet (n=1), ensino individual por videoconferência (n=1) e ensino individual com recurso a acompanhamento de profissional de saúde (n=3) e ensino individual com manual de apoio (n=2).

Assim emergem duas categorias relativamente às estratégias de ensino, nomeadamente, presencial, com subcategoria de grupo e individual e à distância/uso de tecnologias, com subcategoria de videoconferência, vídeo em tablet, página web interativa, aplicação digital e gestor de caso por telefone, como exemplificado na Figura 5, com a referência ao número do artigo (numerados na tabela de extração de dados em Anexo).

Figura 5

Estratégias de Ensino Classificadas por Categorias e Subcategorias



Conteúdos programáticos.

A maioria dos estudos que descrevem os conteúdos ministrados referem que os mesmos são baseados nas *guidelines* como a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ou que foi realizada uma pesquisa sobre a mais recente evidência sobre os conteúdos a abordar. Assim estes compreenderam a fisiopatologia da doença, gestão de sintomas, tratamento farmacológico, exercício físico, exercícios respiratórios, cessação tabágica, vacinação, alimentação saudável e interação social/gestão psicológica representados no Quadro 5.

Denota-se que em seis estudos publicados há menção ao uso de um plano de ação individualizado, para a gestão das exacerbações, na estratégia de ensino implementada (Chaplin et al., 2017; Jang et al., 2019; Sheridan et al., 2019; Benzo & McEvoy., 2019; Kooiji et al., 2021; Houchen-Wolloff et al., 2021).

Quadro 5

Conteúdos Programáticos Incluídos nos Estudos

Conteúdo programático	**Referência bibliográfica do estudo**
Fisiopatologia da doença	Early et al. (2017); Lewis et al. (2019); Jang et al. (2019); Nyberg et al. (2019); Wang et al. (2021); Kooij et al. (2021); Houchen-Wollof et al. (2021); Hu et al. (2022).
Gestão de Sintomas	Mulhall et al. (2017); Early et al. (2017); Benzo e McEvoy. (2019); Lewis et al. (2019); Jang et al. (2019); Jang et al. (2019); Chang e Dai (2019); Wang et al. (2021); Kooij et al. (2021); Houchen-Wollof et al. (2021).
Tratamento farmacológico	Mulhall et al. (2017); Wu et al. (2017); Mongiardo et al. (2017); Thomas et al. (2017); Benzo e McEvoy (2019); Lewis et al. (2019); Chang e Dai. (2019); Bugajski et al. (2019); Jang et al. (2019); Wang et al. (2021); Kooij et al. (2021); Houchen-Wollof et al. (2021), Hu et al. (2022).
Exercício Físico	Chaplin et al. (2017); Mongiardo et al. (2017); Souza et al. (2018); Lewis et al. (2019); Nyberg et al. (2019); Jang et al. (2019); Jang et al. (2019); Bugajski et al. (2019); Chang e Dai (2019); Wang et al. (2021); Tangua et al. (2021); Kooij et al. (2021); Hu et al. (2022); Houchen-Wollof et al. (2021).
Exercícios respiratórios	Early et al. (2017); Mongiardo et al. (2017); Lewis et al. (2019); Benzo e McEvoy (2019); Nyberg et al. (2019); Bugajski et al. (2019); Chang e Dai (2019); Wang et al. (2021); Tanguay et al. (2021); Kooij et al. (2021); Hu et al. (2022).
Cessação tabágica	Lewis et al. (2019); Chang e Dai. (2019); Kooij et al. (2021); Wang et al. (2021).
Vacinação	Jang et al. (2019); Mongiardo et al. (2017).
Alimentação saudável	Early et al. (2017); Lewis et al. (2019); Jang et al. (2019); Bugajski et al. (2019); Kooij et al. (2021).
Interação social/gestão psicológica	Early et al. (2017); Bugajski et al. (2019); Wang et al. (2021).

Resultados obtidos.

No que diz respeito aos resultados obtidos pelos estudos todos referem ganhos em conhecimentos pelos participantes após a intervenção. Enquanto cinco revelam ganhos na capacidade funcional e sintomatologia respiratória (Chaplin et al., 2017; Thomas et al., 2017; Souza et al., 2018; Jang et al., 2019; Wang et al., 2021), em quatro não se verifica este resultado (Mulhall et al., 2017; Bugajski et al., 2019; Lewis et al., 2019; Shang & Dai, 2019). Em três estudos identificam melhorias nos níveis de ansiedade e depressão (Jang et al., 2019; Benzo & McEvoy, 2019; Shang & Dai, 2019) e um refere que os participantes relataram maior capacidade na comunicação com os profissionais de saúde (Early et al., 2017). Quatro apresentam melhorias nos resultados sobre interação

social e autoconfiança (Early et al., 2017; Thomas et al., 2017; Lewis et al., 2019; Sheridan et al., 2019), não se verificando este ganho em um estudo (Hu et al., 2022). Dois estudos mencionam alteração nos hábitos tabágicos, quer por redução ou por cessação do hábito (Lewis et al., 2019; Wang et al., 2021). Por fim, em quatro é mencionado que após a intervenção os participantes melhoraram os seus hábitos de exercício físico (Souza et al., 2018; Nyberg et al., 2019; Wang et al., 2021; Tanguay et al., 2021).

2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase da revisão é imperativo responder à pergunta de investigação de forma clara e objetiva. Logo deve ser mencionada a força da evidência encontrada e a aplicabilidade dos resultados, determinando riscos e benefícios (Vilelas, 2020).

Ao longo da amostra desta RIL, no que diz respeito à amostra global verifica-se um predomino da DPOC e Asma no âmbito das DRC.

Segundo o Relatório de 2023 da GOLD a DPOC é uma patologia relativamente comum, prevenível e tratável sendo um relevante desafio de saúde pública pois, apesar de ser uma doença prevenível, é uma das três maiores causas de morte no mundo, sendo responsável por 3 milhões de mortes por ano (GOLD, 2023).

Segundo o mesmo Relatório, mais de 3 milhões de pessoas morreram com esta doença em 2012, representando 6% de todas as mortes no mundo, pelo que é uma das principais causas de morbidade e mortalidade por doença crónica. Como tal, muitas pessoas padecem desta por vários anos e podem morrer prematuramente, quer pela doença em si, quer pelas suas complicações. Concomitantemente prevê-se o aumento da sua incidência nas próximas décadas pela exposição contínua aos fatores de risco e ao envelhecimento da população.

Por sua vez, existem 235 milhões de asmáticos no mundo, só em Portugal estão relatadas 700 000 pessoas com este diagnóstico. A incidência de asma grave corresponde a 5% da população total de asmáticos, com uma elevada taxa de hospitalizações (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

Deste modo podemos aferir que embora a amostra seja representativa para a população com DPOC, o mesmo não se verifica em relação à asma. Todavia, este facto poderá ser explicado pela circunstância desta patologia como tem uma maior incidência em pessoas com menos de 18 anos, havendo diminuição da gravidade ou mitigação dos sintomas até à vida adulta (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020), e como tal, não ter

representatividade nos estudos encontrados.

Os estudos em que abordam o ensino da técnica inalatória foram realizados numa sessão com a avaliação do ganho em conhecimento no final da intervenção (Wu et al., 2017), aos dois meses (Thomas et al., 2017) e pós 3 /6 meses (Mulhall et al., 2017), sendo que neste último estudo há um decréscimo no conhecimento. Este dado vem reforçar a necessidade desta técnica ser ensinada, revista e demonstrada em cada consulta, internamento ou episódio de urgência, conforme preconizado pela orientação da DGS (2017).

Nesta questão será pertinente questionar se o nível de LS da pessoa não deverá ser um dado a considerar na elaboração dos programas de ensino mesmo no que diz respeito à sua duração. Ademais segundo o Modelo de Promoção de Saúde, para a aquisição de um comportamento promotor de saúde é necessário analisar as características e experiências individuais, que englobam a escolaridade, e os conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar. Denota-se, porém, dos estudos analisados nenhum menciona a avaliação do nível de LS dos participantes.

Analisando as estratégias usadas e os resultados obtidos, no que diz respeito à estratégia presencial no ensino em grupo, após um programa de ensino estruturados de 4 semanas, houve um aumento nos scores da da *Bristol COPD Knowledge Questionnaire* (BCKQ) ($p< 0.001$) (Lewis et al., 2019). O mesmo resultado verificou-se no ensino estruturado realizado em três momentos em que no final houve uma correlação positiva entre os participantes que tiveram melhor pontuação na BCKQ e nos scores do CAT ($p=0.01$) (Jang et al., 2019).

O uso de um manual com estratégia de ensino também se revelou eficaz. Assim, as pontuações de conhecimento, atitude e comportamento foram notavelmente maiores no grupo experimental ($p<0,05$), comparativamente com o grupo de controlo (Hu et al., 2022). Do mesmo modo, Souza et al. (2018) adicionaram esta metodologia a um PRR e os participantes do grupo de intervenção apresentaram melhores resultados na prova de marcha e nos sintomas, como a dispneia ($p=0,033$).

A estratégia de ensino concretizada por um profissional de saúde (*health couch* ou gestor de caso) também se inclui nesta categoria. Num estudo qualitativo verificou-se ganhos cognitivos e afetivos (Sheridan et al., 2019). Concomitantemente, Benzo e McEvoy (2019) num estudo experimental aleatorizado com 215 participantes verificaram que 55% do grupo experimental teve um aumento de 0,5 de pontuação em comparação com 38% do grupo de controlo na escala *Chronic Respiratory Desease Questionnaire*.

Por sua vez, Chang e Dai (2019) tiveram o mesmo resultado no grupo experimental (p<0, 05). Estes resultados são corroborados pela A Revisão da Literatura realizada por Cruchinho (2021) cujo objetivo consistiu em avaliar a efetividade da gestão de caso em Enfermagem nos resultados em saúde das populações concluiu que este tipo de organização traz ganhos não só na componente física como psíquica da pessoa, mas também para a eficiência dos sistemas de saúde. Tal verifica-se pelo impacte nos custos diretos e indiretos associados, para a pessoa e sociedade, com especial destaque para a reduções dos reinternamentos hospitalares.

Deste modo, o Enfermeiro gestor de caso tem um papel preponderante e atua como uma influência interpessoal positiva, causando impacte na gestão de sentimentos e perceção e autoconfiança da pessoa, contribuindo para a ativação da mesma na procura da aquisição de comportamentos promotores de saúde, como preconizado no Modelo de Promoção da Saúde.

Pelo exposto, e realçando o âmago da enfermagem na implementação do "Enfermeiro Gestor de Caso" no sector das políticas de cuidados verifica-se que segundo a portaria nº 50/2017 do Diário da República, um dos objetivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é a "prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais" (p. 613). A prestação de cuidados requer a nomeação de um profissional, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual, devendo ser preferencialmente enfermeiro, designado "gestor de caso". Sendo as equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados maioritariamente constituídas por EEER, é este o profissional que advoga, com mais frequência, esta função. Tendo este um papel tão importante neste domínio, e uma vez que o seu papel não está descrito na portaria mencionada seria pertinente a sua inclusão neste documento.

Analisando a categoria do ensino à distância/uso de tecnologia e os resultados obtidos denota-se que no ensino com recurso a aplicação digital, Wang et al. (2021) verificaram uma melhoria estatisticamente significativa no CAT (p< 0,01) e em todos os domínios das pontuações da *COPD Self-Management Scale* (p< 0,01) aos 12 meses, aumento do número de participantes que praticavam exercício físico 3 vezes por semana e um maior número de participantes que aderiu à cessação tabágica (no grupo de intervenção o número de participantes reduziu de 11 para 2 e no de controlo de 11 participantes apenas 1 cessou) pelo que não foi avaliada a informação adquirida mas o

seu impacte na mudança de comportamentos e qualidade de vida. Por sua Vez, Kooji et al. (2021) verificaram que o conhecimento e o *coping* mudaram ao longo do tempo (p=0.04) mas não foi provada a sua correlação com o uso da aplicação, pelo que se registam estes resultados contraditórios.

No ensino através de página na WEB interativa, verificou-se que nos estudos em que foi implementada esta intervenção houve ganhos em conhecimento no grupo experimental, quando comparado com o grupo de controlo (Early et al., 2017; Chaplin et al.,2017; Nyberg et al., 2019), assim como, nos estudos experimentais sem grupo de controlo (Wu et al., 2017; Bugajski et al., 2019; Mongiardo et al.,2021; Houchen-Wollof et al., 2021). Houve, ainda, estudos com ganhos em saúde após a implementação desta estratégia de ensino, não tendo sido avaliados os ganhos em conhecimento (Tanguay et al., 2021).

Verifica-se que o uso, em exclusivo, de plataformas digitais poderá não ser eficaz para determinado grupo de pessoas, pela sua literacia digital ou pela idade (Kooiji et al., 2021) podendo refletir-se numa maior taxa de abandono (Chaplin et al., 2017).

Numa Revisão Sistemática da Literatura foi verificado que a idade pode ser um fator considerável no potencial sucesso das intervenções digitais que usam internet. Pelo que este facto deve ser considerado por aqueles que desenvolvem novas tecnologias para promover a autogestão da saúde. Porém, não está claro se isso é resultado da diminuição da capacidade física, devido a problemas de saúde, ou se as pessoas usam a tecnologia de maneiras diferentes à medida que envelhecem (McCabe et al.,2017).

De salientar que nos estudos que usaram o instrumento BCQK foram registados ganhos em conhecimento de 21% (Houchen-Wollof et al., 2021) e aos 12 meses, foram registadas melhorias estatisticamente significativas no conhecimento sobre exercício físico (p=0,004), vacinação (p=0,027), broncodilatadores inalados (p=0,002) e esteroides inalados (p=0,002) (Mongiardo et al., 2021).

Na intervenção de com recurso a vídeo em tablet, houve um aumento de conhecimento e desempenho na técnica inalatória (p<0 .001), assim como no ensino por videoconferência sobre esta técnica (p=0,05). De salientar que esta última também usava a técnica de *teach-back* como estratégia.

Os resultados do estudo de Revisão realizado por McCabe et al. (2017) sugerem que as intervenções destinadas a facilitar, apoiar e sustentar a autogestão da DPOC e fornecidas por meio de tecnologias em plataformas digitais melhoraram significativamente a qualidade e os níveis de atividade por até seis meses em comparação

com as intervenções realizadas por meio presencial/digital e/ou suporte escrito. Todavia, pode não ser sustentada por um longo período, dado que o único estudo incluído e que mediu os resultados um ano realçou a necessidade de garantir o envolvimento sustentado ao longo do tempo, segundo os autores.

O uso de computador e tecnologia móvel não é prejudicial e pode ser mais benigno para algumas pessoas do que para outras, por exemplo, aqueles que demostrem interesse em usá-la podem obter maior benefício (McCabe et al., 2017).

Por outro lado, importa referir que, embora o número de profissionais do Serviço Nacional de Saúde tenha vindo a aumentar nos últimos anos não é suficiente para suprir as necessidades da população, uma vez que a longevidade tem vindo a aumentar, associada ao crescente número de doenças crónicas (OPSS, 2022). Como tal, a mudança digital é capital para o desempenho dos sistemas de saúde, reduzindo o peso da doença crónica através de uma melhor gestão da mesma, apostando na prevenção, na promoção da saúde e da LS (OPSS, 2022). Segundo os mesmos autores, a saúde digital engloba a telessaúde personificada pela telemedicina e a telemonitorização, como por exemplo a inteligência artificial, medicina personalizada, robótica, *wearables* e *Internet of Things*. Logo, estas inovações, são um veículo importantíssimo para a transformação digital nos cuidados de saúde e são uma ferramenta para a obtenção de ganhos, quer para a pessoa quer para a eficiência do sistema de saúde.

No documento *Global Strategy on Digital Health 2020-2025* da OMS está patente como objetivo estratégico o reforço da governança para a saúde digital a nível mundial por forma a alcançar uma cobertura universal de saúde e o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento sustentável relativos à saúde (OPSS, 2022).

Por sua vez, em Portugal, a promoção da LS foi identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e considerada como uma preocupação na definição de políticas de saúde, como está patente na Lei de Bases da Saúde de 2019 (Lei 95/2019) e no Plano Nacional da Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s (DGS, 2021).

De acordo com este último é crucial a implementação de estratégias inovadoras, que englobam a transformação digital acessível a todos, para tal é prioritário a dotação da população de competências digitais por forma a colmatar as desigualdades de acesso a este recurso e a sua literacia digital. Refere, ainda como estratégia prioritária, a promoção da LS e a educação para a autogestão da doença crónica. Deste modo, pode-se afirmar

que os resultados encontrados nesta investigação vão de encontro às estratégias planeadas no Plano Nacional da Saúde 2021-2030.

Além disso, se focalizarmo-nos nas propostas para a saúde no Orçamento Geral do Estado 2022, verificamos que a saúde digital tem um papel destacado, em que o governo aponta a saúde digital como um objetivo em si a par de outros objetivos em saúde relevantes (OPSS, 2022). Por conseguinte, prevê-se nas próximas décadas, uma transformação quer nos cuidados de saúde diferenciados, quer nos cuidados de saúde primários, com vista a dar resposta às necessidades da população, e levando novamente o cuidar para o seio familiar.

No que diz respeito aos conteúdos programáticos das estratégias de ensino dos estudos incluídos, e uma vez que na amostra de 1350 participantes o diagnóstico de DPOC foi o mais mencionado, verifica-se que informação recolhida acerca do conteúdo da componente educativa vai de encontro às recomendações patentes no Relatório de 2023 da GOLD, da norma da DGS sobre diagnóstico e tratamento da DPOC e da *European Lung Fundation*.

Segundo Cornelison e Pascual (2019) existem seis componentes mandatários a incluir num PR certificado pela *American Associations of Cardiovascular and Pulmonary Reahabilitation*: uma avaliação inicial e estabelecimento de objetivos pessoais de reabilitação, estratégias de educação e autogestão da doença, treino de exercício físico e condição física, intervenção e suporte psicossocial, intervenção farmacológica e nutricional e avaliação de resultados. Sendo que na componente educativa deve constar: técnicas respiratórias, nutrição, técnicas de conservação de energia, controlo de exacerbações, medicação, exercício em casa, limpeza da via aérea, fisiopatologia da doença, gestão da ansiedade e stress. Para além do exposto, colocam ênfase na promoção da autogestão, incluindo planos de ação para o reconhecimento precoce de exacerbações. Assim, conforme exposto previamente, muitos dos estudos analisados englobaram estes conteúdos na sua componente de intervenção.

Importa ainda salientar que da leitura dos 19 estudos constatou-se que 7 mencionavam a criação de um plano de ação individualizado para a gestão das exacerbações. Este consiste num modelo escrito que fornece à pessoa indicações resumidas sobre a estratégia de tratamento regular, conselhos de monitorização de sintomas e de reconhecimento da deterioração da doença com as respetivas ações que devem ser tomadas. Existem vários modelos, com imagens, sinalética por cores e texto (Pinnock, 2015).

Neste contexto, os planos devem ser discutidos, negociados e acordados entre a pessoa e o profissional de saúde e revistos nas consultas subsequentes para garantir que permaneçam atualizados, segundo os mesmos autores supracitados. Ademais, segundo a Orientação nº014/2019 da DGS as pessoas alvo de um PRR, em âmbito dos cuidados de saúde primários, devem ser incentivadas e capacitadas na utilização de um plano de ação.

Constata-se que a criação de um plano de ação constitui uma ferramenta no empoderamento da pessoa, contribui para a promoção da LS e promove a gestão da ansiedade.

Por fim, os resultados encontrados nesta RIL enquadram-se no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, pois, enfatizam o papel ativo da pessoa na gestão de comportamentos de saúde. Denotam a perceção da pessoa na sua autoeficácia, que em muitos destes estudos foi avaliada através de instrumentos de medida, e que traduzem o seu desempenho comportamental e, implicitamente, o seu compromisso com o plano de ação. Logo, refletindo-se em comportamento de promoção de saúde, que em algumas das investigações supracitadas revelam melhorias da capacidade funcional dos participantes.

Da mesma forma, os resultados dos estudos que abordam a presença de um profissional de saúde dão enfase à influência interpessoal, quer seja pelo apoio emocional, quer seja pela componente educativa. Logo, salientam o papel fulcral deste no compromisso da pessoa com o plano de ação.

As limitações desta Revisão Integrativa da Literatura consistiram em usar apenas três bases de dados científicas na pesquisa e em apenas três línguas, facto este poderá ter contribuído para a exclusão de estudos com resultados que poderiam enriquecer esta investigação, sendo os resultados interpretados com cautela.

Não obstante, embora um grande número de estudos identifica o enfermeiro como responsável pela intervenção de ensino, muitas vezes até mencionava "*respiratory nurse*", "*pneumology nurse*" ou "*CPOD specialized nurse*", nenhum mencionou o enfermeiro de reabilitação. Todavia, poderá ser fundamentado pelo facto de nos países de origem destes estudos a categoria de EEER não estar legislada.

Num estudo conduzido por Schoeller et al. (2018) cujo objetivo consistiu em descrever e analisar o panorama mundial da enfermagem de reabilitação na atualidade, foram pesquisadas as organizações (Sindicais, Ordens profissionais, Ministérios da Saúde e Educação, entre outros) de 134 países associados ao *Internacional Council of Nurses*. Como resultado, apenas 13 (Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Guatemala, França, Inglaterra, México, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Rússia, Seychelles e

Suíça) apresentam enquadramento legal para a Enfermagem de Reabilitação, sendo considerada como profissão legalmente reconhecida. Apesar disso, poucos são aqueles nos quais a reabilitação se concretiza como área de conhecimento e atuação profissional e, menos ainda, os que têm alguma legislação acerca dos objetivos, formação e atuação da Enfermagem de Reabilitação (Schoeller et al., 2018).

Em Portugal a Enfermagem de Reabilitação tem uma história própria, tendo sido no ano de 1963 que surge a primeira referência à Especialidade no Diário da República, com uma formação bem consolidada e estruturada, que sofreu evolução ao longo dos anos de forma a cumprir com as necessidades de cuidados da população, e um domínio de ação próprio com regulamentos específicos da profissão (Correia et al., 2021).

O regulamento n.º 392/2019, que apresenta o Regulamento das competências especificas do EEER, postula que a Enfermagem de Reabilitação é uma área da intervenção especializada da disciplina da Enfermagem que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processos patológicos crónicos, que provoquem défice funcional a vários níveis: cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Ora este documento afirma o escopo, a autonomia e a importância da especialidade.

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este subcapítulo surge de forma a culminar um percurso e a dar o contributo desta investigação, com base em evidência científica, para o contexto do EO. Assim, vem reforçar as competências de mestre adquiridas e consolidadas.

Pelo exposto nos capítulos e subcapítulos precedentes, a disciplina e a boas práticas na prestação dos cuidados, evoluem graças à simbiose entre a evidência científica e a prática. A Especialidade de Enfermagem de Reabilitação afirmará cada vez mais o seu desígnio e a sua autonomia, quanto mais mostrar que atua com base nessa evidência, realizando projetos com base em teorias e mostrando um pensamento crítico-reflexivo assente em modelos que sejam reconhecidos e cujas intervenções reflitam ganhos em saúde, quer para a pessoa, quer para a sociedade.

Uma declaração conjunta a *European Respiratory Society* e *American Thoracic Society* realça a RR como componente nuclear do cuidado integrado à pessoa com DRC. Como tal, define este conceito como uma intervenção ampla que engloba uma avaliação completa da pessoa com DRC, seguida de terapias individualizadas que incluem, o exercício físico, a educação e mudança de comportamento, com o intuito de melhorar a condição física e psicológica da pessoa, com enfoque em potenciar a sua adesão, tanto a curto como a longo prazo, de comportamentos promotores da saúde (Spruit, 2014).

Tendo em linha de conta a constante mutação das sociedades, o avanço no conhecimento, o envelhecimento populacional, a crescente necessidade de cuidados de saúde, em que o número de profissionais não acompanha as reais necessidades da população, a transformação digital é vista como uma realidade e uma oportunidade. Pelo que a Enfermagem de Reabilitação deve acompanhar esse progresso e inovação, aproveitando para chegar a mais pessoas numa perspetiva de proximidade, equidade e sustentabilidade dos cuidados que presta, sempre numa ótica de complementaridade e não de substituição.

Neste contexto, com base nos resultados da RIL a proposta de intervenção consiste na sugestão de implementar no contexto uma intervenção digital que proporcione à pessoa com DRC um apoio ao ensino com conteúdos que aumentasse o seu conhecimento e LS, tendo como meta capacitar a pessoa na autogestão da doença.

Uma intervenção digital com recurso a vídeos, textos e instrumentos de avaliação no final de cada módulo (conteúdo educacional) seria uma mais-valia no processo de

capacitação da pessoa com DRC. Por conseguinte os conteúdos poderiam ser explorados de acordo com a necessidade do doente, e revistos sempre que este fosse registada uma necessidade.

Por forma a promover comportamentos de saúde e de autogestão da doença, os conteúdos a incluir passam pelo ensino sobre a fisiopatologia da doença, gestão de sintomas, tratamento farmacológico, exercício físico, exercícios respiratórios, cessação tabágica, vacinação, alimentação saudável e interação social/gestão psicológica. Verifica-se ainda que a implementação do Plano de Ação, individualizado e negociado entre as partes envolvidas, tem um impacte importantíssimo nos sentimentos de autoeficácia, empoderamento e na ativação da pessoa para a autogestão da DRC.

Dado que nem todas as pessoas têm o mesmo nível de LS e de conhecimento sobre a doença, a inclusão de instrumentos de avaliação na avaliação inicial de ER permitiria direcionar e revisar os conteúdos de acordo com as necessidades encontradas. Isto é, este instrumento para além de identificar necessidades, permitiria individualizar intervenções e avaliar se as mesmas foram efetivas quando aplicado num segundo momento.

Concomitantemente, sugere-se a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação através do modelo de Gestor de Caso, com a distribuição de pessoas a cada profissional, desde a admissão até à alta, através de sessões presencias e à distância, a adoção deste modelo seria profício para a obtenção de melhores resultados, e que estes seriam sustentados ao longo do tempo.

A implementação de uma mudança num contexto através de uma intervenção requer um planeamento estratégico meticuloso por forma a atingir o objeto final. Pelo que uso da Teoria da Mudança poderá ser um caminho a percorrer. Sucintamente, esta consiste numa explicação própria de como um determinado contexto/serviço social alcançará, pela projeção ou antevisão, o que se propõe a obter, ou seja, o objetivo, pelo que implica descrever com rigor os vários passos desde a ideia (até mesmo a sua conceção), passando pela execução, com uma explicação baseada em evidência científica, até ao objetivo a alcançar (De Silva et al., 2014).

Segundo os mesmos autores, o desenvolvimento de uma intervenção em contexto é composto por quatro fases: desenvolvimento, viabilidade e pilotagem, implementação e avaliação que ocorrem como um processo interativo e não linear. Destaca o envolvimento desde início de todos os *Stakeholders* num processo contínuo de reflexão por forma a identificar potenciais limitações e gerando novas soluções de acordo com a realidade do contexto e os recursos disponíveis. Pelo que a criação de vários focos grupos

com todos os intervenientes é fulcral. Deste modo, permite que todas as partes entendam os processos de mudança eleitos e cooperem para maximização dos resultados projetados, assim como avaliem até que ponto os resultados e métodos realmente se coadunam com o que se almeja da intervenção. A representação gráfica de todo o roteiro para atingir o objetivo é sugerida, uma vez que permite às partes envolvidas perceberem o seu papel na mudança pretendida.

Posto isto, sugere-se a realização de uma reunião que inclua, a Enfermeira Gestora do Serviço, os dois EEER, a Enfermeira de Cuidados Gerais, o Diretor Clínico do Departamento, um membro do Departamento de Informática e do Departamento de Comunicação, com o objetivo de expor os resultados do percurso de investigação, assim como apresentar as intervenções sugeridas e, num processo colaborativo e em parceria, negociar a implementação das mesmas.

Em suma, a criação deste projeto expressaria a convergência entre a saúde digital e a integração de cuidados de ER, contribuindo para uma prestação de cuidados à pessoa com DRC personalizada, com maior qualidade, de proximidade e a par da inovação tecnológica, com vista a promover o conhecimento e a sua LS. Além do que expressaria o compromisso do contexto com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente documento consolida e articula os conhecimentos adquiridos nas demais unidades curriculares que fazem parte do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação com enfoque no Estágio de Opção para a aquisição não só de competências de especialista nesta área, como também da obtenção do Grau de Mestre após defesa em prova pública.

Efetivamente a DRC tem um impacte notável a nível mundial, com repercussões a vários níveis, pois com a esperança de vida a aumentar as consequências da morbilidade afetam não só a pessoa, pela redução da qualidade de vida, mas também a sociedade pelo aumento dos custos dos cuidados de saúde, baixas médicas e redução de anos de trabalho ativo.

Por conseguinte, o investimento na RR e na LS são apontadas como áreas de investimento prioritários nas políticas de saúde no que diz respeito aos cuidados à pessoa com DRC. Pelo que o EEER tem um papel nuclear na implementação de projetos de melhoria continua da qualidade contribuindo para a promoção da saúde da população. O empoderamento da pessoa na autogestão da sua doença é uma premissa e um compromisso a alcançar. Neste contexto, importa realçar a adesão às novas tecnologias como meio complementar e promotor de mudança, inovação e de proximidade.

No que diz respeito a este documento, se por um lado a descrição e análise critico-reflexiva, com base nas mais recentes evidências científicas, permitiu demonstrar a consolidação das competências de EEER e de Mestre, por outro, o recurso a modelos teóricos na área da Enfermagem possibilitou enaltecer esta disciplina, demonstrando o seu contributo para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica.

Por conseguinte, a realização de uma RIL foi fulcral no percurso traçado, pois veio consolidar e aprimorar conhecimentos na área da investigação, contribuindo futuramente para a inovação no contexto do EO e, caso seja possível a sua publicação em formato de artigo científico, para o desenvolvimento de conhecimento na área da especialização.

Como implicações para prática denota-se que a criação de programas em que englobem a criação de um plano de ação individualizado, com a existência de um gestor de caso e recorrendo a programas digitais como estratégia promotora de conhecimento e autogestão da doença são os que alcançam melhores resultados. Seria inclusive benéfico

a inclusão de um instrumento de avaliação de conhecimento e de LS na avaliação inicial, por forma a identificar lacunas e delinear um plano de ensino. Assim, pretende-se apresentar estas sugestões numa reunião futura com a equipa de supervisão.

Por sua vez, como implicação para futuras investigações, seria pertinente conhecer o impacte destes programas ministrados por EEER, qual a sua duração ideal, se o nível do conhecimento adquirido se mantém por um período superior a 12 meses ou qual a frequência do reforço de ensino no *follow-up*. Sugere-se ainda a realização de estudos que visem avaliar o nível de LS na pessoa com DRC em PRR, de forma a conhecer e identificar as lacunas desta população e assim contribuir para a implementação de objetivos e estratégias e reflexão sobre o conhecimento científico.

Como limitação identifica-se o tempo para a elaboração deste Relatório que engloba uma RIL. A gestão de horas de estágio, de investimento em trabalhos académicos, desenvolvimento de conhecimento, horas de trabalho profissional e vida pessoal foi um desafio hérculeo. Efetivamente, o período decorrido em estágio foi cansativo, mas passou muito rápido, mais rápido do que se estava a contar e, apesar deste cansaço, nunca foi com desânimo que foi encarado as idas para lá. Pese embora tudo o que anteriormente foi aludido, esta fase foi de grande crescimento pessoal e profissional.

Como projetos futuros, almeja-se pôr em prática, no contexto profissional pessoal, toda a bagagem adquirida neste percurso, sendo uma peça na melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, trazendo valor para a profissão e para imagem da instituição onde decorre a prática clínica. Idealiza-se, percorrer o caminho até alcançar o nível de proficiente, segundo o modelo de Benner, e ser uma voz ativa na promoção da LS.

Para concluir, acredita-se que os objetivos delineados para este documento foram alcançados através da demonstração do percurso percorrido, da evidência encontrada para fundamentar a prática, da análise crítico-reflexiva sobre esta unidade curricular e, ainda, através da síntese sobre as estratégias de ensino mais eficazes na promoção do conhecimento e de LS da pessoa com DRC, que culminou na elaboração de uma proposta de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, A. T. (2015). *10º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal: Caminhos para o Futuro.* https://www.ondr.pt/10_Relatorio_ONDR.pdf

Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Lisboa: Edições ISPA. https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7658

Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019-2021. *International journal of environmental research and public health*, *19*(7), 4225. https://doi.org/10.3390/ijerph19074225

Baumann, Andrea. (2007). *Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care: information and action tool kit*. ICN - International Council of Nurses.

Benzo, R., & McEvoy, C. (2019). Effect of Health Coaching Delivered by a Respiratory Therapist or Nurse on Self-Management Abilities in Severe COPD: Analysis of a Large Randomized Study. *Respiratory care*, *64*(9), 1065–1072. https://doi.org/10.4187/respcare.05927

Brykcznski, K. A. (2003). Patrícia Benner: De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In Tomey, A. M & Alligood, M. R. (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp.185-201). Lusociência.

Bugajski, A., Frazier, S. K., Cousin, L., Rechenberg, K., Brown, J., Lengerich, A. J., Moser, D. K., & Lennie, T. A. (2020). Effects of a Digital Self-care Intervention in Adults with COPD: A Pilot Study. *Western journal of nursing research*, *42*(9), 736–746. https://doi.org/10.1177/0193945919892282

Chang, Y. Y., & Dai, Y. T. (2019). The efficacy of a flipping education program on improving self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*,*14*, 1239–1250. https://doi.org/10.2147/COPD.S196592

Chaplin, E., Hewitt, S., Apps, L., Bankart, J., Pulikottil-Jacob, R., Boyce, S., Morgan, M., Williams, J., & Singh, S. (2017). Interactive web-based pulmonary rehabilitation programme: a randomised controlled feasibility trial. *BMJ open*, *7*(3), https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013682

Coenjaerds, M. M. J., Spruit, M. A., Cleutjens, F. A. H. M., Ponds, R. W. H. M., Franssen, F. M. E., Wouters, E. F. M., & Janssen, D. J. A. (2021). Health Literacy Among Patients With Chronic Lung Disease Entering Pulmonary Rehabilitation and Their Resident Loved Ones. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, *41*(5), 336–340. https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000596

Cruchinho, P. J. M. (2021). Efetividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revisão da literatura. In H. P. J. Souza (Org.) *Políticas e práticas em saúde e enfermagem 2* (89-99). Atena. http://hdl.handle.net/10400.26/39676

Cornelison, S. D., & Pascual, R. M. (2019). Pulmonary Rehabilitation in the Management of Chronic Lung Disease. *The Medical clinics of North America*, *103*(3), 577–584. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.015

Crisp, L. N., Berwick, D., Kickblusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. https://gulbenkian.pt/publications/um-futuro-saude-um-papel-desempenhar/

De Silva, M. J., Breuer, E., Lee, L., Asher, L., Chowdhary, N., Lund, C., & Patel, V. (2014). Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*, *15*, 267. https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-267

Dias, L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, *2* (1), 39-40. https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma*. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde: 2019-2021*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde.* Lisboa, Portugal. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF.

Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários.* http://nocs.pt/wp-content/uploads/2019/08/Orientacao012-2019_reabilitacao_respirato%CC%81ria_CSP.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf.

Early, F., Young, J. S., Robinshaw, E., Mi, E. Z., Mi, E. Z., & Fuld, J. P. (2017). A case series of an off-the-shelf online health resource with integrated nurse coaching to support self-management in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, *12*, 2955–2967. https://doi.org/10.2147/COPD.S139532

Escola Superior de Saúde de Santa Maria. (2021a). *Citações e Referências Bibliográficas: Normas APA 7.ª ed*. https://www.santamariasaude.pt/wp-content/uploads/2022/10/2021_NormasAPA_assinado.pdf

Escola Superior de Saúde de Santa Maria. (2023). *Normas de Formatação: Dissertações de Mestrado na ESSSM.* https://www.santamariasaude.pt/wp-content/uploads/2023/04/20230328_NFDM.pdf

Fundação Portuguesa do Pulmão (2020). *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2020*. https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf.

Fundação Portuguesa do Pulmão. (2022). *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2020*. https://ondr2022.fundacaoportuguesadopulmao.org/

Gaspar, L., Martins, P., & Borges, M. (2017, 30 novembro-2 dezembro). *O Teste de levantar e sentar em 1 minuto como indicador de resultados nos Programas de Reabilitação Respiratório*. [Poster]. Poster apresentado no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2017, Póvoa de Varzim.

https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202017/CLs%20Nacionais/8%20-%20O%20Teste%20de%20sentar%20e%20levantar%20em%201%20minuto%20como%20indicador%20de%20resultado%20nos%20Programas%20de%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o%20Respirat%C3%B3ria.pdf

Gaspar, L., Ferreira, D., Vieira, F., Machado, P., & Padilha, M. (2019). O treino de exercício em pessoas com doença respiratória crónica estabilizada: uma Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, *2*(1), 59–65. https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.08.4567

Global Iniative for Chronic Obstuctive Lung Disease (2023). *Pocket Guide to COPD - Diagnosis, management and prevention. A guide for health care professionals*. https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/

Goodman, D., Ogrinc, G., Davies, L., Ross Baker, G., Barnsteiner, J., Foster, T. C., Gali, K., Hilden, J., Horwitz, L., Kaplan, H. C., Leis, J., Matulis, J. C., Michie, S., Miltner, R., Neily, J., Nelson, W. A., Niedner, M., Oliver, B., Rutman, L., … Thor, J. (2016). *Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature*. https://doi.org/10.1136/bmjqs

Gobbi, M., & Kaunonen, M. (2018). *TUNING Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing Edition 2018*. https://www.calohee.eu

Houchen-Wolloff, L., Orme, M., Barradell, A., Clinch, L., Chaplin, E., Gardiner, N., & Singh, S. J. (2021). Web-Based Self-management Program (SPACE for COPD) for Individuals Hospitalized With an Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Nonrandomized Feasibility Trial of Acceptability. *JMIR mHealth and uHealth*, *9*(6), e21728. https://doi.org/10.2196/21728

Hu, W., Li, T., Cao, S., Gu, Y., & Chen, L. (2022). Influence of Nurse-Led Health Education on Self-Management Ability, Satisfaction, and Compliance of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Knowledge, Belief, and Practice Model. *Computational and mathematical methods in medicine*, *2022*, 1782955. https://doi.org/10.1155/2022/1782955

Lei nº 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I Série, nº169. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108

Jang, J. G., Kim, J. S., Chung, J. H., Shin, K. C., Ahn, J. H., Lee, M. S., Bang, S. H., Park, D. Y., Nam, M. J., Jin, H. J., & Lee, K. H. (2019). Comprehensive Effects of Organized Education for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, *14*, 2603–2609. https://doi.org/10.2147/COPD.S221673

Kooij, L., Vos, P. J. E., Dijkstra, A., & van Harten, W. H. (2021). Effectiveness of a Mobile Health and Self-Management App for High-Risk Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Daily Clinical Practice: Mixed Methods Evaluation Study. *JMIR mHealth and uHealth*, *9*(2). https://doi.org/10.2196/21977

Lewis, A., Dullaghan, D., Townes, H., Green, A., Potts, J., & Quint, J. K. (2019). An observational cohort study of exercise and education for people with chronic obstructive pulmonary disease not meeting criteria for formal pulmonary rehabilitation programmes. *Chronic respiratory disease*, *16*.https://doi.org/10.1177/1479973119838283

McCabe, C., McCann, M., & Brady, A. M. (2017). Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, *5*(5).https://doi.org/10.1002/14651858.CD011425.pub2

Mongiardo, M. A., Robinson, S. A., Finer, E. B., Cruz Rivera, P. N., Goldstein, R. L., & Moy, M. L. (2021). The Effect of a web-based physical activity intervention on COPD knowledge: A secondary cohort study. *Respiratory medicine*, *190*. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106677

Mulhall, A. M., Zafar, M. A., Record, S., Channell, H., & Panos, R. J. (2017). A Tablet-Based Multimedia Education Tool Improves Provider and Subject Knowledge of Inhaler Use Techniques. *Respiratory care*, *62*(2), 163–171. https://doi.org/10.4187/respcare.05008

Murphy, L. A., Harrington, P., Taylor, S. J., Teljeur, C., Smith, S. M., Pinnock, H., & Ryan, M. (2017). Clinical-effectiveness of self-management interventions in

chronic obstructive pulmonary disease: An overview of reviews. *Chronic respiratory disease, 14*(3), 276–288. https://doi.org/10.1177/1479972316687208

Nyberg, A., Tistad, M., & Wadell, K. (2019). Can the COPD web be used to promote self-management in patients with COPD in swedish primary care: a controlled pragmatic pilot trial with 3 month- and 12 month follow-up. *Scandinavian journal of primary health care*, *37*(1), 69–82. https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1569415

Observatório Português dos Sistema de Saúde. (2022) *Relatório Primavera 2022: E Agora?* https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf

Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. (2015a). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros-Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. (2018a). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitaçãorespiratória_mceer_finalpara-divulgação-site.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n 392/2019 - *Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.* Diário Da República, 2a Série - n 85 - 3 de maio de 2019, 13565–13568. https://dre.pt/home/- /dre/12221693/details/maximized .

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n 140/2019 - *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.* Diário da República, 2ª Série - n 26 - 6 de fevereiro de 2019, 4744–4750. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019c). *Regulamento n 743/2019- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*-Diário da República, 2ª Série-nº 184- 25 de setembro de 2019, 128-155. https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf

Organização Mundial da Saúde. (1998). *Health Promotion Glossary*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1

Organização Mundial da Saúde (2006). The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. *Health Promotion International*, *21 Suppl 1*, 10–14. https://doi.org/10.1093/heapro/dal046

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw , J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E.,, McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, 372* (71). https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.07.010

Pedro, A., Escoval, A., &., Amaral, O. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *34*(3), 259 – 275. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002

Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (pp. 15–35). Editora Científica Digital. https://doi.org/10.37885/210303903

Pinnock H. (2015). Supported self-management for asthma. *Breathe (Sheffield, England)*, *11*(2), 98–109. https://doi.org/10.1183/20734735.015614

Portaria nº 50/2017, do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Diário da República: I série, nº24 (2 fevereiro). https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/50-2017-106388650?_ts=1680107631140

Rodrigues, F. C. P. & Lima, M. A. D. (2004). A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Revista de Gaúcha Enfermagem*, 25(3), 314-322. https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23526/000504699.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sakraida, T. J. (2003). Nola J. Pender: Modelo de Promoção da Saúde. In Tomey, A. M & Alligood, M. R. (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp.699-709). Lusociência.

Santos, A. C. (2018). *13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. *Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal: O estado da Saúde em Portugal*. https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf.

Saraiva, C. & Luz, M. (2017). Teste de literacia funcional em saúde no adulto: processo preliminar de adaptação cultural e validação. *Revista Baiana de Enfermagem, 1* (31), 1-12.

Saraiva, C., & Luz, M. (2020). Estratégias de informação: A perspetiva da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *New Trends in Qualitative Research, 3*, 464-478. https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.464-478.

Sheridan, A., Jennings, A., Keane, S., Power, A., & Kavanagh, P. (2020). "A breath of fresh air" for tackling chronic disease in Ireland? An evaluation of a self-management support service for people with chronic respiratory diseases. *Irish journal of medical science*, *189*(2), 551–556. https://doi.org/10.1007/s11845-019-02081-w

Shin, Y., Yun, S., Pender, N. J., & Jang, H. (2005). Test of the health promotion model as a causal model of commitment to a plan for exercise among Korean adults with chronic disease. *Research in nursing & health*, *28*(2), 117–125. https://doi.org/10.1002/nur.20060

Schoeller, D. S., Martins, M. M., Ribeiro, I., Souza Lima, D. K., Itayra Padilha, M., & Pereira Gomes, B. (2018). Breve panorama mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, *1*(1), 6–12. https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388

Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theories of Nursing* (4ª ed.). Springer Publishing Company

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, *12*, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, *25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sorensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27- 32). Lisboa: Edições ISPA

Souza, Y., da Silva, K. M., Condesso, D., Figueira, B., Noronha Filho, A. J., Rufino, R., Gosselink, R., & da Costa, C. H. (2018). Use of a Home-Based Manual as Part of a Pulmonary Rehabilitation Program. *Respiratory care*, *63*(12), 1485–1491. https://doi.org/10.4187/respcare.05656

Spruit, M. A. (2014). Pulmonary rehabilitation. *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society*, *23*(131), 55–63. https://doi.org/10.1183/09059180.00008013

Tanguay, P., Décary, S., Martineau-Roy, J., Gravel, E. M., Gervais, I., St-Jean, P., Tousignant, M., & Marquis, N. (2021). Developing a Web Platform to Optimize the Self-Management of People Living with a Chronic Respiratory Disease. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, *73*(2), 136–144. https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0110

Thomas, R. M., Locke, E. R., Woo, D. M., Nguyen, E. H. K., Press, V. G., Layouni, T. A., Trittschuh, E. H., Reiber, G. E., & Fan, V. S. (2017). Inhaler Training Delivered by Internet-Based Home Videoconferencing Improves Technique and Quality of Life. *Respiratory care*, *62*(11), 1412–1422. https://doi.org/10.4187/respcare.05445

Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo. ISBN 978-989-561-097-6

Wang, L., Guo, Y., Wang, M., & Zhao, Y. (2021). A mobile health application to support self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Clinical rehabilitation*, *35*(1), 90–101. https://doi.org/10.1177/0269215520946931

Wu, M., Woodrick, N. M., Arora, V. M., Farnan, J. M., & Press, V. G. (2017). Developing a Virtual Teach-To-Goal™Inhaler Technique Learning Module: A Mixed Methods Approach. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, *5*(6), 1728–1736. https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.04.032

ANEXOS

ANEXO I - REVISED STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT REPORTING EXCELLENCE (SQUIRE 2.0)

Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)September 15, 2015

Text Section and Item Name	Section or Item Description
Notes to authors	The SQUIRE guidelines provide a framework for reporting new knowledge about how to improve healthcare The SQUIRE guidelines are intended for reports that describe system level work to improve the quality, safety, and value of healthcare, and used methods to establish that observed outcomes were due to the intervention(s). A range of approaches exists for improving healthcare. SQUIRE may be adapted for reporting any of these. Authors should consider every SQUIRE item, but it may be inappropriate or unnecessary to include every SQUIRE element ina particular manuscript. The SQUIRE Glossary contains definitions of many of the key words in SQUIRE. The Explanation and Elaboration document provides specific examples of well-written SQUIRE items, and an in-depth explanation of each item. Please cite SQUIRE when it is used to write a manuscript.
itle and Abstract	
1. Title	Indicate that the manuscript concerns an initiative to improve healthcare(broadly defined to include the quality, safety, effectiveness, patient- centeredness, timeliness, cost, efficiency, and equity of healthcare)
2. Abstract	Provide adequate information to aid in searching and indexing Summarize all key information from various sections of the text using the abstract format of the intended publication or a structured summary such as: background, local problem, methods, interventions,results, conclusions
Introduction	*Why did you start?*
3. Problem Description	Nature and significance of the local problem
4. Available knowledge	Summary of what is currently known about the problem, including relevant previous studies

5. Rationale	Informal or formal frameworks, models, concepts, and/or theories used toexplain the problem, any reasons or assumptions that were used to develop the intervention(s), and reasons why the intervention(s) was expected to work
6. Specific aims	Purpose of the project and of this report
Methods	*What did you do?*
7. Context	Contextual elements considered important at the outset of introducing theintervention(s)
8. Intervention(s)	Description of the intervention(s) in sufficient detail that others couldreproduce it Specifics of the team involved in the work
9. Study of the Intervention(s)	Approach chosen for assessing the impact of the intervention(s) Approach used to establish whether the observed outcomes were dueto the intervention(s)
10. Measures	Measures chosen for studying processes and outcomes of the intervention(s), including rationale for choosing them, their operational definitions, and their validity and reliability Description of the approach to the ongoing assessment of contextualelements that contributed to the success, failure, efficiency, and cost Methods employed for assessing completeness and accuracy of data
11. Analysis	Qualitative and quantitative methods used to draw inferences from thedata Methods for understanding variation within the data, including theeffects of time as a variable
12. Ethical Considerations	Ethical aspects of implementing and studying the intervention(s) and howthey were addressed, including, but not limited to, formal ethics review and potential conflict(s) of interest
Results	*What did you find?*
13. Results	Initial steps of the intervention(s) and their evolution over time (*e.g.*, time-line diagram, flow chart, or table), including modifications madeto the intervention during the project Details of the process measures and outcome Contextual elements that interacted with the intervention(s) Observed associations between outcomes, interventions, and relevantcontextual elements Unintended consequences such as unexpected benefits, proble failures, or costs associated with the intervention(s). Details about missing data
Discussion	*What does it mean?*
14. Summary	Key findings, including relevance to the rationale and specific aims

	Particular strengths of the project
15. Interpretation	Nature of the association between the intervention(s) and the outcomes Comparison of results with findings from other publications Impact of the project on people and systems Reasons for any differences between observed and anticipatedoutcomes, including the influence of context Costs and strategic trade-offs, including opportunity costs
16. Limitations	Limits to the generalizability of the work Factors that might have limited internal validity such as confounding,bias, or imprecision in the design, methods, measurement, or analysis Efforts made to minimize and adjust for limitations
17. Conclusions	Usefulness of the work Sustainability Potential for spread to other contexts Implications for practice and for further study in the field Suggested next steps
Other information	
18. Funding	Sources of funding that supported this work. Role, if any, of the fundingorganization in the design, implementation, interpretation, and reporting

Table 2. Glossary of key terms used in SQUIRE 2.0. This Glossary provides the intended meaning of selected words and phrases as they are used in the SQUIRE 2.0 Guidelines. Theymay, and often do, have different meanings in other disciplines, situations, and settings.

Assumptions
Reasons for choosing the activities and tools used to bring about changes in healthcare services atthe system level.

Context
Physical and sociocultural makeup of the local environment (for example, external environmentalfactors, organizational dynamics, collaboration, resources, leadership, and the like), and the interpretation of these factors ("sense-making") by the healthcare delivery professionals, patients,and caregivers that can affect the effectiveness and generalizability of intervention(s).

Ethical aspects
The value of system-level initiatives relative to their potential for harm, burden, and cost to the stakeholders. Potential harms particularly associated with efforts to improve the quality, safety, andvalue of healthcare services include opportunity costs, invasion of privacy, and staff distress resulting from disclosure of poor performance.

Generalizability
The likelihood that the intervention(s) in a particular report would produce similar

results in othersettings, situations, or environments (also referred to as external validity).

Healthcare improvement
Any systematic effort intended to raise the quality, safety, and value of healthcare services, usuallydone at the system level. We encourage the use of this phrase rather than "quality improvement," which often refers to more narrowly defined approaches.

Inferences
The meaning of findings or data, as interpreted by the stakeholders in healthcare services –improvers, healthcare delivery professionals, and/or patients and families

Initiative
A broad term that can refer to organization-wide programs, narrowly focused projects, or the detailsof specific interventions (for example, planning, execution, and assessment)

Internal validity
Demonstrable, credible evidence for efficacy (meaningful impact or change) resulting fromintroduction of a specific intervention into a particular healthcare system.

Intervention(s)
The specific activities and tools introduced into a healthcare system with the aim of changing its performance for the better. Complete description of an intervention includes its inputs, internal activities, and outputs (in the form of a logic model, for example), and the mechanism(s) by whichthese components are expected to produce changes in a system's performance.

Opportunity costs
Loss of the ability to perform other tasks or meet other responsibilities resulting from the diversionof resources needed to introduce, test, or sustain a particular improvement initiative

Problem
Meaningful disruption, failure, inadequacy, distress, confusion or other dysfunction in a healthcareservice delivery system that adversely affects patients, staff, or the system as a whole, or that prevents care from reaching its full potential

Process
The routines and other activities through which healthcare services are delivered

Rationale
Explanation of why particular intervention(s) were chosen and why it was expected to work, besustainable, and be replicable elsewhere.

Systems
The interrelated structures, people, processes, and activities that together create healthcare services for and with individual patients and populations. For example, systems exist from the personal self-care system of a patient, to the individual provider-

patient dyad system, to the microsystem, to the macrosystem, and all the way to the market/social/insurance system. These levels are nested withineach other.

Theory or theories

Any “reason-giving” account that asserts causal relationships between variables (causal theory) or that makes sense of an otherwise obscure process or situation (explanatory theory). Theories comein many forms, and serve different purposes in the phases of improvement work. It is important tobe explicit and well-founded about any informal and formal theory (or theories) that are used.

APÊNDICES

APÊNDICE I - TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Tabela 1

Extração de Dados do Artigo 1

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
1- *A case series of an off-the-shelf online health resource with integrated nurse coaching to support self-management in COPD*	Frances Early Jane S Young Elizabeth Robinshaw Emma Z Mi Ella Z Mi Jonathan P Fuld	2017	Analisar a viabilidade de um programa online de promoção de saúde, "o Plano Preventivo", em conjunto com apoio técnico-enfermeiro especialista da área respiratória.	Métodos mistos Entrevistas semiestruturadas e analisadas tematicamente e a ativação dos participantes foi avaliada por testes T pareados de Wilcoxon.	Grupo 1 com 11 participantes (adultos com mais de 18 anos, DPOC GOLD 3 e 4, com 2 ou mais exacerbações e que não tenham realizado um PR no último ano) e o Grupo 2 com 8 (adultos com mais de 18 anos, DPOC GOLD 2, sem critérios de número de exacerbações).	implementação de um Pograma de promoção da saúde através de "o Plano Preventivo" online (ferramenta genérica personalizada por *upload* de detalhes pessoais, completando uma avaliação de risco à saúde e criação de um plano de prevenção personalizado/acesso a informação em saúde e programas de ação para apoiar mudança de comportamento) e apoio de uma enfermeira especialista na autogestão, que promovia visitas domiciliárias, apoio telefónico, ensino e apoio no acesso ao programa digital. Para o Grupo 2 era enviado semanalmente informação de conteúdo educativo sobre reabilitação respiratória e sobre a doença.	O grupo 1 revelou uma significativa melhoria em mestria na gestão da doença e redução da ansiedade. Ambos os grupos reduziram a necessidade de informação e melhoraram a condição física. Os participantes de ambos grupos se sentiram mais capazes na gestão da doença e adquiriram conhecimento sobre comportamentos saudáveis, como a alimentação saudável. A componente social e emocional melhorou para ambos os grupos. Enquanto o grupo 2 teve ganhos em autoconfiança, no grupo 1 os benefícios foram mais abrangentes, incluindo a capacidade de interagir com os outros, melhorias no estado de humor e confiança. Alguns participantes do Grupo 2 referiram maior capacidade de comunicação com os profissionais de saúde.

Tabela 2

Extração de Dados do Artigo 2

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
2 *Developing a Virtual Teach-To-Goal™ Inhaler Technique Learning Module: A Mixed Methods Approach*	Meng Wu, Nicole M. Woodrick, , Vineet M. Arora,, , Jeanne M. Farnan, , and Valerie G. Press,	2017	Avaliar a eficácia de uma intervenção educacional virtual (teach-to-goal™ "V-TTG™, que ficava disponível após a alta hospitalar) para reforço de conhecimento e habilidades sobre a técnica inalatória	Métodos Mistos Foram aplicados questionários e realizados 9 *focus grup* com 25 participantes (com temas sobre acesso à plataforma e tempo gasto, acesso à internet e literacia digital).	48 participantes de um hospital urbano com inaladores prescritos, dos quais 32 com diagnóstico de Asma e 16 com diagnóstico de DPOC.	A plataforma tinha como conteúdo vídeos e informação escrita sobre técnica inalatória, limpeza e manutenção dos dispositivos. Questionários de avaliação pré e pós visualização dos mesmos.	Como resultados mais de 80% dos participantes relataram que eram um pouco ou muito propensos a usar o V-TTG™ para obter habilidades para melhorar saúde deles. Os participantes com asma *versus* DPOC eram mais propensos a possuir um *smartphone*, a acesso à internet e usavam diariamente (p<0,05). Nos resultados dos *focus group* os participantes concluíram que a plataforma de aprendizagem V-TTG foi muito útil no ensino da técnica inalatória e denotaram que as perguntas pré e pós-teste foram particularmente eficazes em elucidar aspetos da técnica que desconheciam anteriormente.

Tabela 3

Extração de Dados do Artigo 3

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
3 *Interactive web-based pulmonary rehabilitation programme: a randomised controlled feasibility trial*	Emma Chaplin, Stacey Hewitt, Lindsay Apps, John Bankart, Ruth Pulikottil-Jacob, Sally Boyce, Mike Morgan,Johanna Williams, Sally Singh1	2017	Determinar se um programa de reabilitação pulmonar interativo e online seria uma alternativa viável ao programa de reabilitação convencional.	Quantitativo Experimental Os instrumentos de avaliação foram implementados no início e no final do programa (6/7 semanas) por um fisioterapeuta: *ISWT e ESWT; Chronic Respiratory disease Questionnaire-Self-Reported, Hospital Anxiety and Depression Scale, a CAT, PR Adapted Index of Self-Efficacy, Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ) e o Euro-QOL (EQ-5D-5L).*	103 participantes (pessoas com DPOC e scores na Medical Research Council dyspnea entre 2 e 5 que não tenham participado em programas de reabilitação no último ano). A randomização foi realizada por programa na distribuição 1:1. Dos 52 participantes do grupo de controlo (programa de reabilitação pulmonar convencional) completaram 40 e dos 51 participantes do grupo de intervenção (programa de reabilitação pulmonar interativo online) completaram 22	Os participantes aleatorizados para o grupo de intervenção tiveram acesso à página Web SPACE (Self-management Program of Activity, Coping and Education for chronic obstructive pulmonary disease) onde constava o material educativo (informação online acessível por etapas realizadas) e realizaram exercício aeróbio (caminhada) e anaeróbio (membros superiores e inferiores com pesos), segundo instruções (sem instrutor) online e registavam o seu progresso. Os participantes tinham um plano de ação individualizado para gerir exacerbações e o conteúdo educacional foi de acordo com as lacunas identificadas no BKQ. O grupo de controlo frequentava programa de reabilitação convencional duas vezes por semana e cada sessão com duração de 2 horas (1 hora para treino de exercício -caminhada e exercícios de força com alteres- e 1 hora para educação).	foi registada uma melhoria estatisticamente ($p \leq 0.01$) significativa em cada grupo no ESWT (grupo de intervenção: alteração média 189±211,1; e o grupo de controlo: variação média 184,5±247,4 s); assim como no domínio da dispneia (grupo de intervenção: alteração média 0,7±1,2; grupo Controlo: média alteração 0,8±1,0). No entanto, não foram registadas diferenças estatisticamente significativas nos resultados clínicos entre os grupos. As taxas de abandono foram maiores no Grupo de intervenção (57% *versus* 23%).

Tabela 4

Extração de Dados do Artigo 4

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
4 *A Tablet-Based Multimedia Education Tool Improves Provider and Subject Knowledge of Inhaler Use Techniques*	Aaron M Mulhall, Muhammad A Zafar, Samantha Record, Herman Channell, and Ralph J Panos	2017	Avaliar o efeito de uma ferramenta educacional multimédia (tablet) na correta utilização do inalador, quer pelos profissionais de saúde quer por pessoas com DPOC, e se esta metodologia de ensino se traduz numa redução dos sintomas respiratórios	Quantitativo Os participantes foram avaliados sobre o desempenho na técnica inalatória através de um teste de pontuação quantitativo após a intervenção e aos 3/6 meses. A qualidade de vida era avaliada através do CAT. Ambos repetidos após 3/6 meses.	58 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos) e 50 participantes com diagnóstico de DPOC.	Foram criados vídeos de 3 a 5 min através de uma *check list* elaborada com base na evidência recente para cada tipo de inalador. Os participantes assistiam aos vídeos, na presença de farmacêuticos, e de seguida reproduziam a informação adquirida.	No que diz respeito aos resultados serão apenas mencionados aqueles relativos aos participantes com DPOC. Assim, estes apresentaram melhorias no desempenho na técnica: MDI sem câmara expansora (69% vs 92%), MDI com câmara expansora (73% vs 95%) e tiotrópio DPI (83% vs 96%). O efeito benéfico desta intervenção educacional diminuiu ligeiramente para os participantes, mas com canhos comparativamente á avaliação pré-ensino ($p < .001$). Todavia, não houve redução dos sintomas respiratórios ($p= .11$).

Tabela 5

Extração de Dados do Artigo 5

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
5 *Inhaler Training Delivered by Internet-Based Home Videoconferencing Improves Technique and Quality of Life*	Rachel M Thomas , Emily R Locke , Deborah M Woo, Ethan H K Nguyen, Valerie G Press, Troy A Layouni, Emily H Trittschuh, Gayle E Reiber, and Vincent S Fan	2017	Determinar a viabilidade, eficácia e aceitabilidade de um programa de educação sobre a técnica inalatória por videoconferência e o impacte na autoeficácia da pessoa e qualidade de vida.	Quantitativo Instrumentos de avaliação: *COPD severity score* e o Mini Menthal State Examination na primeira sessão. Concomitantemente, foram aplicados questionários (no início e final da intervenção): *Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire* e o Chronic *Respiratory Disease Questionnaire.* Além disso a Teach-to-goal check-list também foi usada como instrumento.	41 participantes (pessoas com DPOC, com mais de 40 anos, fumadoras e com inaloterapia prescrita, pelos menos 1x na semana).	A intervenção consistiu numa sessão individual *Teach-to-goal* através de videoconferência realizada por um farmacêutico (uma sessão por mês, durante três meses - a primeira sessão teve a duração de 33.7 +/- 11.8 min). Esta consistia em ensino, demonstração e teach-back até cumprir os 17 passos ou até três ciclos.	Os resultados da investigação revelaram que 91% dos participantes ficaram satisfeitos com a intervenção e 94% recomendariam a outros. O domínio da dispneia do Chronic Respiratory Disease Questionnaire melhorou em 0,3 pontos (p= 0,01), no domínio da fadiga melhorou em 0,6 pontos (p = 0,001), na função emocional melhorou em 0,5 pontos (p=0,001) e o domínio da mestria em 0,7 pontos (p=0,001). Autoeficácia no uso de inaladores melhorou em 2 meses p= 0,05 para todos, (exceto formoterol e ipatrópio).

Tabela 6

Extração de Dados do Artigo 6

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
6 *Use of a Home-Based Manual as Part of a Pulmonary Rehabilitation Program*	Yves de Souza, Kenia Maynard da Silva, Diego Condesso, Bianca Figueira, Arnaldo J Noronha Filho, Roge´rio Rufino, Rik Gosselink, and Cla´udia H da Costa	2018	Avaliar se um manual de reabilitação facilitaria a manutenção dos benefícios adquiridos durante o programa de reabilitação pulmonar em contexto de ambulatório.	Quantitativa experimental Avaliados pos instrumentos no início e às 0, 12, 24 semanas: 6MWT, CAT, mMRC e 6 min STEP.	50 participantes (Pessoas com DPOC estabilizada, com hábitos tabágicos prévios, mas com cessação nos últimos 3 meses) foram aleatorizados: 25 pessoas no grupo de controlo e 25 pessoas no grupo de intervenção.	Ambos os grupos frequentaram um programa de reabilitação pulmonar em contexto ambulatório durante 12 semanas ministrado por fisioterapeutas. O grupo de intervenção recebeu ensino e um manual com instruções sobre exercícios (texto, ilustrações, código de cores sobre exercícios musculares para membros superiores e inferiores e uso de um Step) com a indicação de uso diário e o grupo de controlo recebeu apenas ensino durante a supervisão dos exercícios no programa.	os participantes do grupo de intervenção relataram usar o manual pelo menos 4 vezes por semana (4 – 6 vezes/semana), mas nenhum relatou usar diariamente. O grupo de controlo perdeu a *performance* adquirida no programa e apresentou piores resultados nos testes de reavaliação, com um decréscimo de 46 m no 6MWK. A dispneia relatada também foi menor no grupo de intervenção quando comparado com o de controlo (p=0,033). O valor de FEV1 não foi estatisticamente diferente entre os grupos. Apenas 2 elementos do grupo de intervenção tiveram exacerbações, enquanto no de no de controlo foram 16 (p =.004).

Tabela 7

Extração de Dados do Artigo 7

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
7 *Can the COPD web be used to promote self-management in patients with COPD in swedish primary care: a controlled pragmatic pilot trial with 3 month- and 12 month follow-up*	Andre Nyberg, Malin Tistada,b and Karin Wadella	2019	Avaliar a viabilidade de um programa de autogestão "COPD Web"	Quantitativo A viabilidade do "COPD Web" foi recolhida automaticamente através do site, enquanto os resultados sobre saúde, conhecimento e atividade física foram recolhidos através de questionários aos 0, 3 e 12 meses após a disponibilização. Os Instrumentos de avaliação usados foram o *CAT, o Swedish Critical Health Literacy, a Escala Medical Research Council dyspnea, a Escala SCI Exercise Self-Efficacy Scale e a Grimby's Activity Scale.*	83 participantes (pessoas com DPOC em cuidados de saúde primários) Alocados 1:1 em dois grupos. O Grupo de intervenção com 43 (com acesso à plataforma) e o de controlo com 40 (cuidados gerais).	DPOC Web" é uma página web interativa que foi co-criada com pessoas com disgnóstico de DPOC, familiares, profissionais de saúde e especialistas em DPOC. A secção para os participantes visa apoiar a autogestão – potenciando a capacidade, conhecimentos e habilidades. Incluiu textos, imagens e vídeos (por exemplo, como realizar treino de exercícios, técnicas de respiração, etc.), bem como componentes interativos, como uma ferramenta para registo de atividade física, incluindo *feedback* automatizado. O artigo usa o termo atividade física e exercícios, mas com componente aeróbia e muscular com a duração de 150 min/semana.	Aos 3 meses, 77% do Grupo de intervenção foi considerado utilizador assíduo. A maioria do tempo gasto no site era relacionado com atividade física e exercícios (musculares e aeróbicos segundo gráfio), sobretudo no primeiro mês (> 80%). O Grupo de intervenção relatou aumento do exercício físico (p<0,001), com conhecimento aumentado em cinco domínios (, todos p<0,05) e mudança nas estratégias de autogestão (por exemplo, aumento da atividade física) (p<0,05) em comparação com o grupo de controlo. Este último também foi diferente entre os grupos aos 12 meses (P=0,044). O conhecimento sobre atividade física foi correlacionado com o nível de realização da mesma (p<0,05) bem como para o uso de Atividade Física como estratégia para controlar a doença (p< 0,05).

Tabela 8

Extração de Dados do Artigo 8

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
8 *Effects of a Digital Self-care Intervention in Adults with COPD: A Pilot Study*	Andrew Bugajski , Susan K. Frazier , Lakeshia Cousin , Kaitlyn Rechenberg , Jaelyn Brown , Alexander J. Lengerich , Debra K. Moser , and Terry A. Lennie	2019	Desenvolver uma intervenção educacional de autocuidado (plataforma digital interativa), usando comportamentos de autocuidado baseados em evidências encontradas em *guidellines* e estudos.	Quantitativo A investigação teve a duração de três semanas. Os participantes foram avaliados às 0, 1, 2 e 3 semanas nas habilidades para o autocuidado: Self-Management *Ability Scale-Short; a adesão com a Medical Outcome Study Specific Adherence Scale, o conhecimento pela Lung Information Needs Questionnaire e a presença de sintomas pela Daily Symptom Scale.*	20 participantes , recrutados numa clínica de pneumologia com diagnóstico de DPOC GOLD 3 e 4 e com uma média 1.5 exacerbações no último ano.	Incorporação dos cinco temas mais mencionados (nutrição, atividade física (inclui exercícios recomendados para pessoas com DPOC, quantidade e duração, medicação, controlo respiratório, saúde mental e controlo ambiental) numa intervenção digital -site. Para cada um dos 35 desenvolveram textos, fotos e/ou vídeos para educar as pessoas sobre como realizar cada comportamento, ou incorporar o comportamento nas suas AVD's. Cada módulo foi projetado para ser aberto e autoguiado, para que os participantes possam aceder aos materiais em que sentiam maior necessidade de educação. Ademais, era enviado uma mensagem diariamente para lembrar o acesso ao site para completar os módulos de ensino e efetuar avaliações	A intervenção foi considerada aceitável e viável, conforme evidenciado por taxas de conclusão >95% e alto grau de participação. Não houve diferenças significativas nas pontuações da capacidade de autocuidado (p = 0,07), sintomas de ansiedade (p = 0,63) ou sintomas depressivos (p=0,72). Foi registada uma melhoria significativa nas pontuações sobre adesão desde o início para pós-intervenção (p = 0,025). As necessidades de informação de autocuidado foram significativamente reduzidas após a intervenção (p = 0,012). Deste modo, produziu mudança na perceção sobre o autocuidado em quase 10% e reduziu as necessidades de conhecimento em quase 10%.

Tabela 9

Extração de Dados do Artigo 9

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
9 *An observational cohort study of exercise and education for people with chronic obstructive pulmonary disease not meeting criteria for formal pulmonary rehabilitation programmes*	A Lewis , D Dullagha , H Townes , A Green , J Potts and Jennifer K Quint	2019	Avaliar os resultados de um programa de reabilitação nos sintomas da doença e no conhecimento sobre a mesma	Quantitativo Instrumentos de avaliação aos 3 e 6 meses após o programa: CAT; *Patient Activation Measure*, *BCKQ* e a *Hospital Anxiety and Depression Scale.*	42 participantes (pessoas com DPOC e com score 1 e 2 na escala de Medical Research Council dispneya).	A componente de exercício era ministrada e supervisionada por fisioterapeutas que incluía exercícios de força e endurance. A componente educativa, era ministrada em grupo e em sala, por uma enfermeira que abrangia: Definição e tratamento da DPOC, gestão de regime terapêutico e técnica inalatória; cessação tabágica, reconhecimento de exacerbações, alimentação e exercícios respiratórios.	Os resultados da intervenção revelaram que não houve melhoria nos scores do CAT. Todavia, no Patient Activation Measure e na BCKQ houve melhoria (p «.001) e 14 participantes aceitaram iniciar um programa de cessação tabágica no final.

Tabela 10

Extração de Dados do Artigo 10

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
10 *Comprehensive Effects of Organized Education for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*	Jong Geol Jang, Jee Seon Kim , Jin Hong Chung Kyeong Cheol Shin June Hong Ahn , Mi Sook Lee, So Hee Bang, Da Yeong Park, Mee Jung Nam, Hyun Jung Jin & Kwan Ho Lee	2019	Demonstrar a eficácia de uma intervenção educacional organizada a pessoas com DPOC	Quantitativo Na primeira e na terceira sessão cada participante foi avaliado com recurso ao CAT, *COPD* Knowledge Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, e Rosenberg Self- Esteem Scale.	55 participantes (pessoas com DPOC) Após a terceira intervenção e avaliação do BCKQ foi criado o grupo A (23 participantes) e o B (32 participantes- elementos em que houve um aumento de 5 pontos no instrumento).	Os participantes receberam duas sessões de educação presencial individualmente, cada uma com uma duração de 30 minutos com intervalo de 1 mês. Estas sessões foram realizadas por uma enfermeira especialista em DPOC e um Pneumologista (primeira sessão e a terceira foi conduzida pela enfermeira e a segunda sessão pelo pneumologista). O conteúdo da primeira sessão consistiu na definição e diagnóstico de DPOC, teste de função pulmonar, sinais e sintomas, tratamento, vacinação e alimentação. O conteúdo da segunda sessão educacional (1 mês após a primeira visita) incluiu o uso correto de um inalador, benefícios do exercício e atividade física, reconhecimento e plano de ação da exacerbação aguda e gestão comorbidades. A terceira sessão foi um resumo das anteriores	Os resultados revelaram que houve um aumento na pontuação pós-educação no BCKQ assim como no conhecimento sobre técnica inalatória (12.51±3.19 vs 17.89±1.37; $p < 0.001$). A taxa de depressão e ansiedade após a educação diminuiu 10,9% e 12,7%, respetivamente. Na análise de subgrupo, no Grupo B, a pontuação média do CAT melhorou significativamente (2,61±5,88 vs -2,41±7,48, p=0,01).

Tabela 11

Extração de dados do artigo 11

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
11 *"A breath of fresh air" for tackling chronic disease in Ireland? An evaluation of a self-management support service for people with chronic respiratory diseases*	Aishling Sheridan, Aisling Jennings, Shirley Keane, Poder Averil & Paul Kavanagh	2019	Descrever o impacte de um serviço telefónico de suporte de autogestão para pessoas com asma e DPOC na Irlanda.	Qualitativo Entrevistas semiestruturadas	162 participantes (com diagnóstico Asma 81 (50%) – DPOC 17 (10.5%) – Asma e DPOC 18 (11.1%) – Outra doença Crónica 2 (1%) – Asma ou DPOC e outra doença crónica 36 (22.2%) nenhuma anterior 8 (4.9%).	A intervenção consistiu num suporte telefónico operado por enfermeiras para a autogestão de pessoas com diagnóstico de asma e DPOC (realizada formação educativa e intervenções de suporte para aumentar a participação da pessoa por meio do desenvolvimento de conhecimento, habilidades e confiança na autogestão da doença). A componente educativa foi baseada em protocolos e *guidelines*. Em alguns casos os participantes foram aconselhados a desenvolver um plano de ação.	Os resultados foram avaliados através de entrevista por email (97 participantes) e por telefone (65 participantes). Os participantes relataram resultados cognitivos e afetivos positivos. 56% dos participantes não tinha um plano de ação anterior e após a intervenção foi implementado um.

Tabela 12

Extração de dados do artigo 12

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
12 *Effect of Health Coaching Delivered by a Respiratory Therapist or Nurse on Self-Management Abilities in Severe COPD: Analysis of a Large Randomized Study*	Roberto Benzo and Charlene McEvoy	2019	Analisar os resultados da presença de um *health coach* (terapeuta respiratório ou uma enfermeira) através de uma intervenção baseada em diretrizes sobre habilidades de autogestão na DPOC, em comparação com cuidados usuais.	Quantitativo Foi avaliada a *Chronic Respiratory Disease Questionnaire* aos 0, 6 e 12 meses.	215 participantes (pessoas com DPOC após hospitalização depois de uma exacerbação) foram aleatorizados em 2 grupos, intervenção(n=108) e controlo (n=107), através de um programa informático.	Ambos os grupos receberam ensino segundo as *guidellines* da GOLD e encaminhados para reabilitação pulmonar convencional. O Grupo de Intervenção tinha um *health coach* que realizou uma visita presencial de 2h, onde foram abordados o conceito de autogestão, objetivos e o plano de ação. Foi realizado um contato telefónico semanalmente nos primeiros três meses e mensalmente nos procedentes.	55% dos participantes do grupo de intervenção, tiveram pelo menos um aumento de 0,5 em pontuação num domínio do Chronic Respiratory Disease Questionnaire em comparação com 38% do grupo de controlo. Os participantes aprenderam a reconhecer alterações nos sintomas da DPOC que podem indicar o início de uma exacerbação e, mais importante, eles aprenderam, com o *health coach*, a ter um plano de ação para lidar com as exacerbações (o último inclui o uso de respiração consciente com os lábios franzidos e relaxamento, e um plano de medicação que inclui ninaloterapia, antibióterapia e corticoterapia)

Tabela 13.

Extração de Dados do Artigo 13

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
13 *The efficacy of a flipping education program on improving self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial*	Yi-Ya Chang & Yu-Tzu Dai	2019	Avaliar a eficácia de um programa de educação invertida na melhoria da autogestão em pessoas com diagnóstico de DPOC.	Quantitativo Avaliados os seguintes instrumentos aos 0, 1 e 3 meses: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Knowledge Questionnaire, Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy, Patient Activation Measure e CAT.*	54 participantes (pessoas com idade superior a 20 anos com diagnóstico de DPOC em consulta de ambulatório num centro médico) foram randomizados, por um programa informático, em dois grupos: 27 no grupo de intervenção e 27 no grupo de controlo.	No Grupo de controlo foi implementado, por duas enfermeiras, um programa educacional convencional ministrado numa sala, num único momento e foi disponibilizado o folheto institucional. Por sua vez, o grupo de intervenção recebeu um programa educacional na autogestão com método invertido por um enfermeiro gestor de caso. O programa era denominado de MSRAA (motivating, self-learning, reflecting, action plan verbalizing, and action taking). Neste foi disponibilizado material informativo, realizados telefonemas e reuniões, estabelecimento de objetivos e um plano de ação individualizado. Os conteúdos abordados foram a respiração com lábios franzidos, cessação tabágica, medidas de controle ambiental, prevenção de infeções, gestão medicamentosa e pratica de exercício.	A nível de resultados as pontuações *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Knowledge Questionnaire* ($p<0,05$), as pontuações *Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy* ($p<0,01$) e as pontuações *Patient* Activation Measure ($p<0,01$) do grupo de intervenção aumentaram em comparação com o grupo de controlo no primeiro e terceiro mês. As pontuações do CAT do grupo de intervenção diminuíram em comparação com o grupo de controlo no primeiro mês ($p=0,011$), mas sem diminuição significativa em comparação ao grupo de controlo no terceiro mês ($p=0,180$).

Tabela 14

Extração de Dados do Artigo 14

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
14 *A mobile health application to support self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial*	LianHong Wang YunMei Guo, Meili Wang, and mYan Zhao	2021	Avaliar os resultados obtidos através de aplicação para smartphone, na autogestão da doença, em pessoas com DPOC	Quantitativo Instrumentos avaiadas aos 0, 3, 6 e 12 meses: COPD *Assessment-Test (CAT);* *COPD Self-Management Scale* A atividade física e o comportamento de fumar foram medidos por meio de um questionário autoelaborado	78 participantes foran recrutados num hospital e aleatorizados 1:1, através de envelope lacrado, num grupo de intervenção e de controlo.	Os participantes do grupo de controlo receberam apenas cuidados de rotina (ensinos por uma enfermeira "respiratória" na alta hospitalar que incluía: exercício físico e gestão do regime terapêutico), os participantes do grupo de intervenção realizaram um programa baseado no aplicativo, além dos cuidados de rotina. O programa do aplicativo móvel (com palavras, imagens, vídeos e salas de bate-papo) consistia em três módulos: "Eu conheço a DPOC" - suporte de conhecimento e informação"Faça isso comigo" - com recursos visuais para ensinar aos participantes habilidades para lidar com a doença. "A morada da alma"-suporte motivacional, que incluiu uma sala de bate-papo de suporte entre pares e um portal de suporte especializado.	Os participantes do Grupo de intervenção apresentaram uma melhoria, estatisticamente significativa, nas pontuações do CAT ($p< 0,01$) e em todos os domínios das pontuações da COPD Self-Management Scale ($p< 0,01$) aos 12 meses (Grupo de intervenção melhoria de 4,3 unidades no CAT e 23,01 *COPD* Self-Management Scale/ Grupo de controlo melhoria de 0,3 unidades no CAT e 2,28 no *COPD* Self-Management Scale). Houve melhoria no comportamento de exercício físico (aumento do número de participantes que praticavam exercício físico 3 vezes por semana) e cessação tabágica dos participantes (no grupo de intervenção reduziu de 11 para 2 e no de controlo de 11 participantes apenas 1 cessou).

Tabela 15

Extração de Dados do Artigo 15

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
15 *Effectiveness of a Mobile Health and Self-Management App for High-Risk Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Daily Clinical Practice: Mixed Methods Evaluation Study*	Laura Kooij Petra J E Vos ,Antoon Dijkstra & Wim H van Harten	2021	Avaliar os efeitos de um aplicativo móvel na autogestão para pessoas com DPOC após a alta, assim como as expectativas e experiências (aceitação da tecnologia); satisfação das pessoas e enfermeiros; e readmissões hospitalares.	Métodos Mistos Instrumentos de medida: *Partners in Health Scale, a adaptação* à tecnologia a *Unified Theory Acceptance and Use of Technology model* e a satisfação da pessoa por questionário, implementados às 0, 8 e 20 semanas. Para avaliar os resultados em saúde usaram a *Clinical COPD Questionnaire e a Hospital Anxiety and Depression Scal*e na primeira e oitava semana	39 participantes (7 pessoas com DPOC GOLD 2 e 32 com GOLD 3+4	O aplicativo COPD App consistiu numa intervenção de saúde e autogestão com a duração de 8 semanas: incluiu um Plano de Ação, medicação personalizada, informações sobre DPOC, nutrição, atividade física (vídeos com exercícios de um fisioterapeuta), vantagens da cessação tabágica, com questionários semanais monitorizados por enfermeiras (Pulmonary nurse) e teleconsultas (na quarta e oitava semanas).	Os investigadores concluíram que o uso de um aplicativo móvel de autogestão parece ser viável apenas para um pequeno número de pessoas com DPOC. Os participantes demonstraram satisfação, no entanto, o uso diminuiu com o tempo e apenas o conhecimento e o *coping* mudaram significativamente ao longo do tempo (p=0.4) porém não foi encontrada relação com o uso do aplicativo (p=0,75). Nenhuma mudança significativa foi encontrada no reconhecimento, gestão dos sintomas e adesão ao tratamento (p=0.14) ou em relação ao uso do aplicativo (P=0. 92). As taxas de readmissão hospitalar foram comparadas com um estudo precedente e mostraram que 13% (5/39) das pessoas foram readmitidos em 30 dias; 31% (12/39) das pessoas foram readmitidos em 20 semanas, em comparação com 14,1% (48/340) e 21,8% (74/340) no estudo anterior.

Tabela 16

Extração de Dados do Artigo 16

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
16 *Developing a Web Platform to Optimize the SelfManagement of People Living with a Chronic Respiratory Disease*	Pamela Tanguay , Simon Décary , Justine Martineau-Roy , Emilie-Maude Gravel , Isabelle Gervais Pascale St-Jean , Michel Tousignant &Nicole Marquis	2021	Avaliar os resultados em ganhos de saúde, adesão e uso de uma plataforma digital na otimização da autogestão da doença respiratória crónica após um programa de reabilitação pulmonar.	Quantitativo A adesão dos participantes ao estudo foi registada automaticamente na plataforma pelo número de exercícios respiratórios que realizaram. Os ganhos em saúde foram avaliados pela aplicação CAT, escala de Borg Modificada e pelo 6-minute walk teste (6MWT). Duração de 8 mses	6 participantes(5 pessoas com diagnóstico de DPOC e 1 com fibrose quística).	A plataforma foi projetada para ajudar os participantes completaram o PR a manter um estilo de vida ativo. Era composta por duas componentes. A primeira consistia em exercícios respiratórios (respiração diafragmática, respiração torácica e reeducação costal global) a realizar 15min dia/6x por semana. A componente 2 tinha vídeos interativos, uma barra de progresso semanal e um diário de registo de exercícios aprendidos no PR para replicar (bicicleta, marcha, escadas).	Os participantes relataram que a plataforma os motivou a concluir os exercícios. Assim, 4 dos 6 tiveram uma taxa de adesão acima de 50% (>72 de 144 exercícios por semana realizados), e 3 deles atingiram 90% (130 de 144 exercícios por semana concluídos). Os outros 2 participantes tiveram taxas de adesão de 35% e 49%. Um participante parou de usar a plataforma na semana 30 por motivos médicos (avaliação pré-transplante) e outro participante parou na semana 23 por motivos pessoais. Além disso, 2 melhoraram os resultados CAT, 1 no 6MWT e 4 apresentaram valores piores na Escala de Borg Modificada.

Tabela 17

Extração de Dados do Artigo 17

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
17 *The Effect of a Web-Based Physical Activity Intervention on COPD Knowledge: A Secondary Cohort Study*	Maria A. Mongiardo, Stephanie A. Robinson, Elizabeth B. Finer, Paola N. Cruz Rivera1 Rebekah L. Goldstein & Marilyn L. Moy	**2021**	Analisar o impacte de um programa de reabilitação virtual no conhecimento sobre a DPOC	Quantitativo O instrumento de avaliação selecionado foi o BCKQ aos 0, 6, 9 e 12 meses.	72 participantes (adultos com mais de 40 anos com DPOC, fumadores e com broncodilatadores prescritos que não tenha frequentado um programa de reabilitação nos 3 meses precedentes).	Os participantes tiveram acesso a um site personalizado com metas semanais individuais de contagem de passos e com recurso a pedómetro. As metas foram baseadas em dados de contagem de passos carregados semanalmente e refletiu o nível atual de caminhada do participante. Pelo que, um aumento nesse parâmetro foi usado como medida do envolvimento do participante na intervenção. O site também continha dicas educacionais (instruções sobre caminhada, sinais de alarme, respiração diafragmática, escala de Borg, gestão terapêutica e links para o site da *American College of Chest Physicians* mensagens motivacionais e uma comunidade em fórum online durante os 12 meses do estudo.	Nos resultados do estudo houve um aumento significativo na pontuação total do BCKQ aos 12 meses e foram registadas melhorias estatisticamente significativas no conhecimento sobre exercício (conteúdo da BCKQ) (p=0,004), vacinação (p=0,027), broncodilatadores inalados (p=0,002) e esteroides inalados (p=0,002).

Tabela 18

Extração de Dados do Artigo 18

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
18 *Web-Based Self-management Program (SPACE for COPD) for Individuals Hospitalized With an Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Nonrandomized Feasibility Trial of Acceptability*	Linzy Houchen-Wolloff, Mark Orme, Amy Barradell, Lisa Clinch, Emma Chaplin, Nikki Gardiner & Sally J Singh	2021	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade de um programa de autogestão online.	Quantitativo Avaliada a BCKQ aos 0 e 6 meses e 14 participantes foram entrevistados sobre a experiência	100 participantes (pessoas com DPOC com 1 exacerbação com necessidade de hospitalização) que receberam acesso ao site após a alta, além dos cuidados habituais.	Intervenção realizada por enfermeiras especializadas em DPOC e o programa era denominado SPACE (Self-management Program of Activity Coping and Education) para a DPOC. Este visava educação sobre a doença, autogestão e exercício físico, através de vídeos e textos. Era possível usá-lo como diário de registo e ter acesso a um plano de ação individualizado. Os conteúdos funcionavam por etapas, num total de 11 semanas. Concomitantemente, foram realizados telefonemas 5 dias após a alta e era possível realizar teleconsultas com as enfermeiras	Os resultados denotaram uma mudança na pontuação do BCKQ que foi de 7,8 pontos, com um aumento de 21%. (apenas 42 responderam os questionários aos 6 meses) e no geral, os participantes sentiram que a componente educacional aumentou o seu conhecimento sobre a DPOC e habilidades de autogestão.

Tabela 19

Extração de Dados do Artigo 19

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo/Métodos	Amostra	Intervenções realizadas	Resultados
19 *Influence of Nurse-Led Health Education on Self-Management Ability, Satisfaction, and Compliance of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Knowledge, Belief, and Practice Mode*	Wenyan Hu , Tingyan Li, Shenglong Cao , Yongping Gu & Liyan Che	2022	Avaliar a influência da educação em saúde conduzida por enfermeiras na capacidade de autogestão, satisfação e adesão de pessoas idosas com DPOC baseada no modelo de conhecimento, crença e prática.	Quantitativo Avaliados os seguintes instrumentos antes e após a intervenção; *Self-Management Scale*, *Knowledge Belief* and Practice Level, Pulmonary Function Index/, 6MWT, *Life Quality Scale* e o *Nursing Satisfaction questionnaire.*	Os 60 participantes (pessoas idosas (entre 61 e 90 anos) com DPCO Grupo 2 e 3 após alta hospitalar) foram aleatorizados em dois grupos, através de envelope lacrado, em grupo de controlo e de intervenção com 30 elementos cada.	O grupo de controlo recebeu cuidados de enfermagem usuais e o grupo de intervenção recebeu educação em saúde com base no modelo de "conhecimento, crença e prática" sobre DPOC. Foi realizado ensino sobre a etiologia, fatores de risco, definição, epidemiologia, sintomas comuns, prognóstico e princípios de tratamento da DPOC assim como, instrução sobre exercício físico individualmente (exercícios de reabilitação respiratória e caminhada). Além disso, foram distribuídos manuais com informação com recurso a texto e fotografias e realizada entrevista telefónica a cada duas semanas.	O grupo de intervenção (100%) foi superior ao do grupo de controlo (83,33%). As pontuações de "conhecimento, atitude e comportamento" foram notavelmente maiores no primeiro ($p < 0:05$). A taxa de adesão do grupo de intervenção (93,33%) foi superior à do controlo (66,67%). Os *scores* de controle de sintomas, gestão da vida diária, gestão de emoções, gestão de informações e eficiência também foram maiores no grupo de intervenção($p<0:05$) assim como os resultados do 6MWK comparativamente ($p<0:05$). Após a intervenção, os *scores* de qualidade de vida foram reduzidos nos dois grupos. Os *scores* de função psicológica, social e autocognição de saúde foram menores no grupo de intervenção ($p<0:05$).