



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização  
em Enfermagem de Reabilitação**

**Relatório de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação  
da Pessoa com Insuficiência Respiratória Crónica para  
a Autogestão da Dispneia**

**Tânia Filipa Mendes Fraústo**

---

**Lisboa  
2023**



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização  
em Enfermagem de Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação  
da Pessoa com Insuficiência Respiratória Crónica para  
a Autogestão da Dispneia**

**Tânia Filipa Mendes Fraústo**



Docente Orientador:  
José Carlos Pinto de Magalhães



**Lisboa  
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Estamos aqui, neste instante que esperou a sua vez desde o início dos tempos.*

*Estamos aqui, o caminho também é um lugar ”*

- José Luís Peixoto

*“Qualquer indivíduo é ao mesmo tempo indivíduo e humano: difere de todos os*

*outros e parece-se com todos os outros”*

- Fernando Pessoa

## LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ATS – *American Thoracic Society*  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Atividades da Vida Diária  
CAT – *COPD Assessment Test*  
CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias  
CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*  
CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem  
CO<sub>2</sub> – Dióxido de Carbono  
CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DL – Decreto de Lei  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
ERS – *European Respiratory Society*  
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*  
IRC – Insuficiência Respiratória Crónica  
LCADL – *London Chest Activity of Daily Living*  
MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação  
MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*  
MESH – *Medical Subject Headings*  
MIF - Medida de Independência Funcional  
mMRC – *Modified Medical Research Council*  
MMSE – *Mini Mental State Examination*  
MRC – *Medical Research Council*  
O<sub>2</sub> – Oxigénio  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OLD – Oxigenoterapia de longa duração  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica  
PR – Programa de Reabilitação  
PRR – Programa de Reabilitação Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RD – Reeducação Diafragmática

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TCC – Terapia Cognitivo-comportamental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

## RESUMO

O relatório apresentado insere-se no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Com vista ao desenvolvimento e aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, estabeleci como tema a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com Insuficiência Respiratória Crónica para a autogestão da dispneia.

A dispneia é um sintoma subjetivo, mas com elevado impacto na qualidade de vida das pessoas com patologia respiratória crónica, que constitui uma condição com elevada prevalência nomeadamente na forma de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Assim, intervenções que visem o seu controlo e gestão são fundamentais, com particular destaque para o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. O âmbito da sua intervenção contempla medidas não farmacológicas que poderão atenuar o sintoma no dia-a-dia da pessoa, permitindo a capacitação individual para a sua autogestão.

Neste relatório descrevo e analiso as atividades realizadas em dois contextos de estágio (comunitário e hospitalar), que traduzem o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para isto, o conhecimento teórico-prático foi articulado e integrado à luz do modelo de enfermagem de Calista Roy, que considera os indivíduos como sistemas em constante contacto com o ambiente, que desencadeia um processo de adaptação a estímulos, potenciando a mudança e a homeostasia do ser.

Durante o percurso de estágio foi possível verificar o impacto positivo das técnicas de autogestão da dispneia bem como o papel central do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação dentro da equipa multidisciplinar e na delineação do plano terapêutico individual.

Palavras-chave: Autogestão, Capacitação, Dispneia, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

## **ABSTRACT**

The report presented is part of the 13rd Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação. To develop and acquire the skills defined by the Ordem dos Enfermeiros, I defined the theme "Intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing towards the capacitation and self-management of dyspnea".

Dyspnea is a subjective symptom, with an extreme impact on the quality of life of people with chronic respiratory diseases, which is a highly prevalent condition, particularly in the form of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Therefore, interventions aimed at its control and management are fundamental, with particular emphasis on the role of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. The scope of its intervention includes non-pharmacological measures that may alleviate the symptom in daily life, allowing individual self-manage of the symptom.

This report describes and analyzes the activities carried out in two internship contexts (community and hospital), which reflect the development and acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. For this, theoretical-practical knowledge was articulated and integrated considering Calista Roy's nursing model, which ponders individuals as systems in constant contact with the environment, triggering a process of adaptation to stimuli, enhancing change and homeostasis.

During the internship, it was possible to verify the positive impact of self-management techniques as well as the central role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing within the multidisciplinary team and in outlining the individual therapeutic plan.

Keywords: Self-management, Capacitation, Dyspnea, Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing

# ÍNDICE

Introdução.....	11
1. Revisão de Literatura.....	24
2. Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas.....	34
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	35
2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e Legal.....	35
2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	37
2.1.3. Competências do domínio de gestão de cuidados.....	39
2.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais.....	41
2.2. Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação.....	43
2.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	44
2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	50
2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	56
3. Análise do percurso.....	60
4. Considerações finais.....	63
Referências Bibliográficas.....	67
Apêndices.....	75
Apêndice 1 – Guia de intervenção terapêutica	
Apêndice 2 - Estudo de caso hospitalar	
Apêndice 3 - Estudo de caso comunitário	
Apêndice 4 - Comprovativo de participação no Congresso Respirar e Resumo	
Apêndice 5 - Comprovativo de participação no Curso de Abordagem ao doente Respiratório e Resumo	
Apêndice 6 - Comprovativo de participação no Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência”	
Apêndice 7 - Comprovativo de apresentação Poster no <i>Webinar</i> “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência”	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA da revisão da literatura.....	25
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise sistematizada dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura.....	26
--	----

## INTRODUÇÃO

O presente documento emerge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no plano curricular do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A sua elaboração traduz o processo de aprendizagem efetuado, tendo por base uma análise crítica e reflexiva do meu percurso e experiência vivida ao longo do estágio clínico, que ocorreu em dois contextos clínicos, de forma a elevar o meu autoconhecimento, bem como a adquirir e desenvolver competências na área enfermagem de reabilitação, recorrendo à evidência científica existente. Pretende-se que este evidencie o trabalho desenvolvido na aquisição desses conhecimentos, atitudes, valores e competências que definem o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Esta área de intervenção foi selecionada por motivação pessoal e profissional, tendo em vista a obtenção e aprimoramento de conhecimentos e competências que me permitam a prestação de cuidados individualizados e diferenciados à pessoa. Apesar de a medicina ter determinado cientificamente os padrões de normalidade, a sociedade criou diversos modelos sociais ou até mesmo culturais, que se traduzem em comportamentos ou ações mais ou menos aceites, consoante as situações e convicções individuais, valores, rotinas e história prévia.

Assim, torna-se essencial olharmos para a pessoa para além da sua imagem e de ideias preconcebidas para que possamos dissociar convicções estabelecidas e observarmos o outro com base na informação que ele nos dá, indo ao encontro da sua individualidade (Hesbeen, 2003).

*“O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundadas sobre a teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”* (Benner, 2001, p.32). Para executar uma prática baseada no conhecimento adquirido durante o percurso académico, atingir os objetivos propostos e desenvolver competências, o estágio decorreu em dois contextos clínicos em momentos distintos. O primeiro momento de estágio decorreu num Serviço de Pneumologia de um Centro Hospitalar e o segundo numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A fim de elaborar este relatório e para o desenvolvimento de um enquadramento teórico que direcione o percurso de aquisição de competências sustentado na evidência, estabeleci a questão que serviu de base ao Projeto de Estágio: Quais as intervenções do EEER na capacitação para autogestão da dispneia na pessoa com Insuficiência Respiratória Crónica (IRC)?

Relativamente à escolha desta temática, pretendo explorar a intervenção do EEER no sentido de desenvolver intervenções que beneficiem o dia-a-dia da pessoa com dispneia recorrente, aumentando a sua qualidade de vida, direcionando a intervenção no sentido da saúde, autonomia e autocuidado, promovendo o processo de saúde da mesma, indo para além de uma atuação apenas no tratamento da doença.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE), as áreas de investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025 definidas pelo Colégio de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação incluem: intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória; capacitação da pessoa e/ou cuidador informal; e investigação em efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação (OE, 2015, p.5), reforçando a pertinência do trabalho a ser desenvolvido.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de *“competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”* [OMS citada por Direção Geral de Saúde (DGS), 2019, p. 6]. Desta forma, proponho uma abordagem centrada na capacitação da pessoa na autogestão da dispneia, promovendo a responsabilização pelo processo de saúde/doença através da transmissão de informação, bem como desenvolvimento de ferramentas que tragam a sensação de controlo do sintoma, reduzindo a ansiedade, favorecendo a adesão ao processo terapêutico e permitindo a adaptação na realização de Atividades de Vida Diária (AVD).

Para isso, no processo de aquisição de conhecimento e domínio das aptidões necessárias para a integração dos comportamentos de autocuidado esperados é essencial a instrução da pessoa. Esta deve ser útil para a mesma, incluindo transmissão de conhecimento acerca do controlo da respiração, conservação de energia, gestão da ansiedade com técnicas de relaxamento, prevenção e gestão de exacerbações, bem como adoção de hábitos de vida saudáveis (Bourbeau & Nault, 2007).

Considerando que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das doenças respiratórias crónicas mais prevalentes e representando a dispneia um dos sintomas mais frequentes, opto por recorrer à fundamentação teórica atualmente existente e mais relevante relativa à dispneia na DPOC para a fundamentação deste relatório.

Esta trata-se de uma doença caracterizada pela existência de sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo, devido a alterações alveolares e/ou das vias aéreas. É uma associação complexa de fatores relacionados com o hospedeiro, tais como alterações genéticas e desenvolvimento pulmonar anómalo durante a infância, e fatores de exposição ambiental, que de forma cumulativa aumentam a probabilidade de progressão da doença.

De entre estes últimos citados, a exposição ao fumo do tabaco destaca-se como o fator de risco mais comumente relacionado, sendo que a exposição ocupacional e a poluição

atmosférica são também possíveis desencadeantes de doença (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2022).

A OMS identificou o impacto das doenças respiratórias crónicas como um problema global e urgente, manifestando a necessidade de adoção de ações concretas na implementação de estratégias relativamente a esta problemática (DGS, 2012-2016). No mundo, o programa *Burden of Obstructive Lung Diseases* (GOLD, 2021 citado por GOLD, 2022) verificou em pessoas com DPOC com 40 anos ou mais uma prevalência de DPOC grau 2 ou superior de 10,1%, 11,8% para homens e 8,5% para mulheres e uma prevalência substancial de DPOC, entre 3 a 11%, entre não fumadores.

Estima-se ainda que o número de casos de DPOC foi de 384 milhões em 2010, com prevalência global de 11,7% (GOLD, 2022). Atualmente, pelo seu impacto a nível socioeconómico, as doenças respiratórias crónicas constituem um grave problema de saúde pública em todo mundo. Por sua vez, as doenças respiratórias em Portugal têm uma elevada prevalência, atingindo 40% da população portuguesa, estando presentes em cerca de 14,2% da população com mais de 40 anos (cerca de 800 000) e originando 19,3% dos internamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2018; DGS, 2012-2016; Santos, 2018),

De acordo com a Fundação Portuguesa do Pulmão (2020), a prevalência de doenças respiratórias teve um impacto socioeconómico acrescido resultante da diminuição da qualidade de vida sentida pelos doentes, com consequente aumento da procura aos serviços de saúde e acréscimo dos custos diretos associados à utilização dos mesmos.

O impacto financeiro das doenças respiratórias é estimado em cerca de 6% do orçamento anual total da saúde, sendo a DPOC responsável por 56% do custo das doenças respiratórias (GOLD, 2022). *“Os custos diretos com a utilização dos serviços de saúde representarão 4,3% da despesa corrente em saúde, e os custos indiretos relacionados com perdas de produção corresponderão a 0,27% da produção anual (PIB). A estimativa da perda económica total anual causada pela DPOC (2019) aponta para 1,6 milhares de milhões de euros”* (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020, p.8).

As exacerbações da DPOC representam o maior impacto financeiro desta patologia (GOLD, 2022). Verificou-se entre 2011 e 2019 ao nível dos cuidados de saúde primários um aumento de cerca de 152% nos utentes com problema ativo de DPOC. No final de 2019 foram identificados 137.774 utentes codificados com esta patologia, configurando uma prevalência de registo de 1,55%. Evidencia-se que o investimento na prevenção poderá objetivar resultados positivos a médio e longo prazo (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020, p.5).

A dispneia pode ser considerada um dos sintomas mais prevalentes na DPOC, juntamente com a fadiga, tosse, fraqueza, insónia e sofrimento psicológico (Spruit et al., 2013). O seu controlo passa por tratar as causas reversíveis e, quando estas não são passíveis de resolver, o alívio sintomático com técnicas de autogestão da dispneia torna-se primordial, havendo evidência que a reabilitação respiratória é uma mais-valia no controlo da dispneia

(Gonçalves et al., 2012). A dispneia e a fadiga são os sintomas mais relatados, com a respetiva prevalência de 59%-92% e 35-96%, considerando-se geralmente um sintoma característico das doenças pulmonares crónicas (Holland, Dal Corso, et al., 2021). Num estudo realizado com doentes respiratórios crónicos, 82% descrevem a dispneia como um grande problema nas suas vidas diárias (Williams, 1989).

Segundo a *American Thoracic Society* (ATS), a dispneia pode ser definida como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade. (Holland, Singh, et al., 2021). O mecanismo exato da perceção da dispneia é complexo. Acredita-se que a rutura da harmonia da relação entre o impulso neural inspiratório para respirar e a dinâmica simultânea da resposta motora e sensorial do sistema respiratório evoca esse desconforto respiratório.

A dispneia é particularmente desencadeada em situações com necessidade ventilatória aumentada como a realização de atividades físicas na vida diária ou exercício físico (Holland, Dal Corso, et al., 2021). A respiração deriva de interações fisiológicas, psicológicas, sociais e fatores ambientais. O centro respiratório, localizado no tronco cerebral, é responsável pelo controlo automático da mesma e está principalmente relacionado com a regulação do dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) arterial e manutenção de oxigénio (O<sub>2</sub>) adequado, portanto o equilíbrio ácido-base.

O padrão respiratório é regulado por vários neurotransmissores e neuromoduladores. Estes são constituídos por centros que transmitem informações acerca da excitação, emoção, atividade do córtex motor, temperatura; quimiorreceptores (ex. hipoxia, hipercapnia, acidose); receptores das vias aéreas; e músculos respiratórios que, ao induzirem a respiração, enviam, ao centro respiratório, estímulos que resultam da resistência gerada na parede costal e no pulmão (ex. fadiga, fraqueza). O controlo voluntário da respiração permite que o gerador do padrão central seja substituído temporariamente para permitir a realização de atividades de vida diária (Twycross & Wilcock, 2003).

A origem da dispneia, do ponto de vista fisiopatológico, pode estar associada ao aumento do esforço respiratório para vencer uma carga de trabalho; aumento da proporção da musculatura respiratória necessária para manter uma carga de trabalho normal (caquexia) e aumento das necessidades ventilatórias devido a hipoxémia, hipercapnia, acidose metabólica, anemia, entre outras. Em qualquer das situações existe um desajuste entre a capacidade motora e a resposta mecânica do sistema respiratório (dissociação neuromecânica) (Twycross & Wilcock, 2003). Por sua vez, a perceção da dispneia durante o esforço condiciona uma diminuição progressiva da capacidade de realizar uma atividade específica, criando um ciclo que pode levar “a perceção de dispneia durante a realização de atividades da vida diária com alteração do estado funcional. Este condicionamento leva a uma diminuição da força e massa muscular, sensação de fadiga e dor”. (Pereira, et al., 2010, p. 739).

A sensação de dificuldade respiratória com aumento do esforço pode manifestar-se através de respirações curtas, sensação de sufoco ou aperto torácico (Martinez et al., 2017).

Na tentativa de quantificar este sintoma foram desenvolvidos instrumentos de avaliação de dispneia, como escalas analógicas visuais, escalas numéricas, entrevistas, com observação de relatos históricos de sintomatologia durante um período ou através de uma estimativa considerando as limitações apresentadas na realização de AVD ou em esforço induzido (Victorson et al., 2009). Os instrumentos de avaliação de dispneia mais utilizados, pela sua relevância clínica, são: Escala de Borg Modificada, Modified Medical Research Council (mMRC), teste de avaliação da DPOC (*COPD Assessment Test* [CAT]) e Escala de *London Chest Activity of Daily Living (LCADL)* (MCEER, 2016).

Contudo, a percepção desta condição é subjetiva, sendo a sua avaliação baseada na perspectiva de cada indivíduo, com diferentes condições e limites, dificultando a uniformização das classificações de gravidade. (Victorson et al., 2009). Para Twycross & Wilcock (2003, p. 145), a sensação de “falta de ar” é condicionada pela experiência prévia da pessoa, expectativas, personalidade, padrão de comportamento e estado emocional. Estes episódios podem ser intermitentes e desencadeados por tarefas simples (como falar) e são associados à sensação de exaustão.

Com a restrição na capacidade para a realização das AVD e condicionamento da interação social, surge o declínio funcional, sensação de frustração, raiva e depressão. Como consequência, a pessoa experimenta sensações de ansiedade, medo, pânico e de morte. A ligação entre o domínio emocional e a sensação de “falta de ar” na pessoa com IRC torna-se clara, existindo um efeito de potenciação mútua ao longo do tempo, formando um ciclo que se pode tornar vicioso (Dales et al, 1989 citado em Esmond, 2005).

A intervenção não farmacológica pode beneficiar a pessoa com dispneia no sentido da autogestão e capacitação. Assim, a sensação de “falta de ar” e a forma como é percebida pela pessoa podem ser influenciadas pela ansiedade e dificuldades cognitivas (Dales et al, 1989 citado em Esmond, 2005), relacionando-se com fatores psicológicos, além dos fatores fisiopatológicos (Esmond, 2005). Parece claro que a dispneia se relaciona com a capacidade funcional e à medida que o sintoma aumenta, em frequência e agravamento da exacerbação, poderá existir maior dificuldade em concretizar as atividades do quotidiano (Banzett et al., 2015).

Os fatores fisiológicos, comportamentais, cognitivos e sociais podem intervir de forma isolada ou em conjunto, contribuindo para o aumento da ansiedade e do stress. Os sintomas de “aflição”, os tratamentos complexos, a perda de independência e as dificuldades de relacionamento, financeiras e profissionais podem adicionar-se ao stress psicossocial. “...o diagnóstico de doença crónica é por si só um dos principais fatores de stress, justificando o facto de muitas pessoas com doença crónica, sofram também de distúrbios psicológicos. As percepções dos sintomas e a vulnerabilidade à doença contribuem para o aparecimento de

*reações emocionais à doença*” (Leventhal, Patrick-Miller, 1993 citado em Esmond, 2005, p. 109).

Assim, as pessoas com IRC apresentam frequentemente limitações físicas e emocionais que condicionam uma vida ativa, promovendo a inatividade e a progressão da doença (McCarthy et al., 2015). A evolução da doença traduz-se na redução da atividade física, e conseqüentemente, num deficiente desempenho cardiovascular, fraqueza muscular e em alguns casos défices nutricionais.

A intervenção do EEER pode passar por ajudar a pessoa a conquistar a confiança de partilhar as suas emoções (Syrett & Taylor, 2003). Estes desempenham um papel na avaliação, planeamento e definição de estratégias de implementação, sendo que o tratamento não farmacológico evidencia o papel do EEER no ensino, apoiando a pessoa no processo de adaptação e impacto psicológico dos seus sintomas (Roberts et al, 1993 citado em Syrett & Taylor, 2003).

Assim, urge a necessidade de explorar a perspetiva de uma intervenção precoce para autogestão da dispneia, procurando limitar a sua progressão e reduzir a sua frequência e, potencialmente, diminuir novos episódios de internamento, reduzindo custos hospitalares.

Numa perspetiva integrada, a reabilitação respiratória melhora a dispneia e a qualidade de vida, diminuí o número de dias de hospitalização e induz benefícios psicossociais, traduzindo-se em ganhos em saúde (DGS, 2009).

Pode ser possível intervir precocemente, recorrendo a técnicas de relaxamento, bem como técnicas cognitivo-comportamentais (Leal & Ribeiro, 2021), exercícios de respiração, o ajuste ao evento e estimulação de estratégias têm sido usados rotineiramente por profissionais de saúde no tratamento da pessoa com doença respiratória crónica. O foco da intervenção deve ser dirigido no sentido de habilitar e capacitar a pessoa (Syrett & Taylor, 2003). Neste sentido, é relevante a identificação precoce deste sintoma, tanto pela instrução da pessoa com diagnóstico de IRC, bem como pela observação, monitorização de oximetria periférica e utilização de instrumentos de avaliação (por exemplo, mMRC ou LCADL) permitindo a reversão dessa sensação com uma abordagem precoce. Numa fase inicial, a intervenção dirigida no sentido da alteração do padrão respiratório pode trazer benefício, evidenciando-se a necessidade de intervir no reequilíbrio fisiológico, readaptando o desajuste entre as necessidades de oxigénio e o seu consumo, recorrendo a reeducação funcional respiratória (RFR), reeducação no esforço, técnicas de conservação de energia e finalmente, tratamento farmacológico se necessário (Ribeiro, 2021).

Quando o controlo da patologia se torna mais difícil, a ansiedade e a depressão podem provocar respostas comportamentais inadequadas (Gregory, Smeltzer, 1983 citado em Esmond 2005).

Nesta perspetiva, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ser eficaz na indução de comportamento em indivíduos com doenças respiratórias crónicas (Spruit et al.,

2013), sendo as intervenções sustentadas em técnicas cognitivas e comportamentais para gerir emoções, comportamentos ou sintomas. Trata-se de técnicas aplicadas a pensamentos, imagens e/ou atitudes (Leal & Ribeiro, 2021) e podem correlacionar-se com as técnicas de meditação. Por exemplo, a atenção direcionada permite utilizar o pensamento e a imaginação ou o comportamento para descentrar do estímulo ansiogénico, a sensação de falta de ar. Esta estratégia é particularmente eficaz na gestão de ansiedade (Leal & Ribeiro, 2021).

Desta forma, os exercícios para redução do stress e para o relaxamento têm como objetivo a diminuição da tensão muscular e o aumento do relaxamento físico e mental. É possível induzir um relaxamento passivo focando a atenção nas sensações de calor e de relaxamento de várias partes do corpo, com sugestões verbais e imagéticas. O relaxamento muscular progressivo é realizado ao tensionar e relaxar ativamente diferentes grupos musculares do corpo (Leal & Ribeiro, 2021).

Da mesma forma, a consciência plena (*Mindfulness*) define-se como a consciência que emerge, prestando atenção de forma intencional no momento presente, focando a atenção em algo específico (por exemplo, a respiração), com a intenção de estar plenamente no momento presente. Por sua vez, o *biofeedback* recorre à monitorização das respostas fisiológicas, como ferramenta de demonstração de melhoria em que a pessoa percebe a sua capacidade de autocontrolo, dando como exemplo a gestão da pessoa nas situações de ansiedade (Leal & Ribeiro, 2021). Por último, o recurso à imaginação guiada permite concentrar a mente em imagens positivas, com o objetivo de reduzir o stress (Leal & Ribeiro, 2021).

A motivação é um fator essencial no controlo da dispneia, pois além do desenvolvimento de habilidades e incentivo para executar essas ferramentas diariamente, é, também, um componente essencial na autogestão. Neste sentido, para que a mudança de comportamento se materialize, a pessoa precisa de perceber que beneficia com a mesma e que esta é concretizável. Para isso, o novo comportamento precisa de desencadear um resultado positivo pessoalmente relevante e valorizável pela pessoa, sendo parte de um processo evolutivo e prolongado no tempo (Effing et al., 2016). Assim, o sucesso da autogestão depende da capacidade de adaptação do comportamento ao longo do tempo, de acordo com as circunstâncias em que a pessoa se encontra inserida.

Esta adaptação é um processo fundamental para a pessoa gerir o diagnóstico e o seu processo de doença crónica, estando dependente da utilização de estratégias de *coping* como forma de se relacionar com a situação. Um *coping* adequado conduz a uma adaptação adequada (Leal & Ribeiro, 2021).

Num estudo clássico de Lazarus e Folkman (1984 citado por Leal & Ribeiro, 2021, p. 225) este é definido como um mecanismo de “esforços comportamentais e cognitivos, em constante mudança, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais”. O *coping* direcionado para o problema

envolve a utilização das competências para modificar a fonte do fator de stress. Estas respostas podem envolver competências para resolver problemas e competências adicionais necessárias que facilitam uma autogestão eficaz.

Habitualmente, a pessoa tem pouca consciência da sua respiração e conhecimento acerca do seu funcionamento. O desenvolvimento desta consciência e conhecimento que detém da situação é essencial para que a pessoa, perante uma respiração ofegante, possa recuperar a sensação de controlo, um fator chave no sucesso da gestão da dispneia. Existe o interesse latente na pessoa que sente falta de ar em aprender como respirar, que a sensação de falta de ar pode não representar uma ameaça direta à vida e que o recurso a técnicas relativamente simples permite percorrer um longo caminho para desarmar o medo muitas vezes esmagador. Esta natureza subjetiva do sintoma determina que a intervenção na pessoa com dispneia deve abraçar *insights* da mesma e do profissional (Syrett & Taylor, 2003).

Os profissionais de saúde devem desenvolver conhecimentos específicos necessários e competências para permitir aos doentes desenvolverem respostas comportamentais adaptáveis (Gregory, Smeltzer, 1983 citado em Esmond, 2005). A ausência de ajustamento e incapacidade de autogestão podem ser geradores de internamentos frequentes e redução da qualidade de vida (GOLD 2022).

Neste sentido, o Programa de Reabilitação (PR) visa capacitar a pessoa para autogestão de um sintoma, recorrendo à instrução e articulação com o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação como dinamizador, numa abordagem estruturada e adaptada às características da pessoa (Ribeiro, 2021). Particularmente, no que respeita à pessoa com patologia respiratória, em 2013 a ATS/*European Respiratory Society* (ERS) propôs o conceito de Reabilitação Respiratória, que engloba uma sequência de passos: avaliação sistemática e compreensiva da pessoa, instituição de intervenções personalizadas (treino de exercícios, educação e alteração comportamental), com o objetivo de melhorar a condição física e psicológica de pessoas com patologia respiratória crónica e potenciar comportamentos benéficos para a saúde (Spruit et al., 2013, p.14).

Para a *British Thoracic Society* um Programa de Reabilitação Respiratória (PRR) contempla: pelo menos 6 semanas de duração (6 a 12 semanas); pelo menos 2 sessões por semana supervisionadas, podendo existir uma terceira sessão que pode ser realizada de forma autónoma pelo doente; pelo menos um total de 12 sessões; estabelecer um programa educacional bem definido e estruturado; programa supervisionado, individualizado com treino aeróbico e de resistência muscular progressivo (Bolton, et al, 2013).

Assim, o PRR envolve uma intervenção abrangente baseada numa avaliação detalhada dos doentes, com terapias individualizadas que incluem: treino de exercício; mudanças educacionais; alterações comportamentais; treino progressivo e estruturado;

programa individualizado; avaliação individual; e medição de *outcome* (Rochester, et al, 2023 & Spruit, 2014).

De acordo com o guia orientador de boa prática em reabilitação respiratória (OE, 2018) os PRR são complementares ao tratamento farmacológico, aumentando a tolerância ao esforço, reduzindo a dispneia e minorando o impacto da doença nas AVD, com consequente melhoria na qualidade de vida (DGS, 2009).

Assim, os objetivos do PRR são bastante amplos e refletem uma visão holística e interdisciplinar. Alguns dos objetivos gerais passam por: prevenir exacerbações da doença respiratória, capacitar para a autogestão da doença, aumentar a tolerância ao esforço, promover a autonomia, aumentar a participação social, aumentar a qualidade de vida e implementar mudanças no comportamento de saúde a longo prazo promotoras de bem-estar (DGS, 2009, Ordem dos Enfermeiros, 2018; Spruit et al., 2013).

De acordo com o que foi anteriormente descrito, a pessoa com alterações do padrão respiratório, nomeadamente com sensação de dispneia, apresenta inevitavelmente uma alteração aguda ou prolongada nas suas capacidades físicas, interferindo no dia-a-dia e consequentemente na qualidade de vida. A realização das atividades de vida diária torna-se tendencialmente mais complexa, fisicamente mais exaustiva, e tende a ter impacto na saúde mental do indivíduo, uma vez que com o aumento progressivo da dependência a pessoa fica menos apto e com menor reconhecimento de si, privando-se de realizar atividades que faziam parte do quotidiano, isolando-se. Em virtude disto, existe a necessidade de uma adaptação a novos estímulos e à nova condição (temporária ou permanente) para que a pessoa se sinta capacitada a viver o seu dia-a-dia.

Considerando o Modelo de Callista Roy, os indivíduos são sistemas em constante contacto com o ambiente, o que desencadeia um processo de adaptação, isto é, a receção de estímulos de forma contínua leva a uma necessidade de resposta, que pode ser adaptativa (integrativa do estímulo e gestão do mesmo na perspetiva do bem-estar) ou não adaptativa (caminho oposto à integridade e bem-estar da pessoa) (Roy & Andrews, 2001). Desta forma, torna-se evidente que a mudança de comportamento de saúde é vital para a otimização e manutenção dos benefícios de qualquer intervenção em cuidados crónicos, e a reabilitação respiratória tem um papel fulcral na implementação de estratégias para atingir esse objetivo (Spruit et al., 2013).

Na mesma perspetiva, o ser humano como um sistema holístico só pode ser percebido como sendo passível de se adaptar. Este termo está subjacente ao modelo da autora Callista Roy que descreve o recetor de cuidados como apto para se harmonizar no seu meio, integrando-se como um conjunto de parte interligadas que dependem entre si para cumprir um objetivo próprio. (Roy & Andrews, 2001)

Os mecanismos de resposta (resistência ou controlo) ao estímulo são considerados inatos ou adquiridos para que este seja capaz de lidar com a mudança a que se propõem,

estando divididos em dois subsistemas; o regulador e o cognitivo (Roy & Andrews, 2001). Para tal, a utilização deste modelo torna-se relevante a capacitação da pessoa para a autogestão da dispneia, controlando de uma forma mais eficaz o meio em que se insere e adaptando-se em sintonia com o mesmo.

Os estímulos anteriormente referidos podem representar estímulos internos ou externos sendo divididos em: focais, contextuais e residuais. Um estímulo focal requer por parte da pessoa o dispêndio de energia necessário para esta ser capaz de lidar no imediato com determinada situação em concreto. O estímulo contextual, apesar de não ser o foco da atenção da pessoa, dá *input* ao estímulo local envolvendo-o e por último o estímulo residual, é aquele que não provem diretamente da situação atual, mas que permanece no ambiente como resultado da situação central (Roy & Andrews, 2001).

Importa esclarecer que estes estímulos são mutáveis dependendo do momento e que o que outrora foi um estímulo focal poderá transformar-se num estímulo contextual e vice-versa, considerando que é a situação em que a pessoa se encontra que vai influenciar estes estímulos e ser influenciada por eles. (Roy & Andrews, 2001).

Considerando o que foi previamente descrito, são, portanto, estes estímulos que vão potenciar a adaptação da pessoa no momento de mudança, criando estratégias e gerando um comportamento de controlo ou de resistência que se torna potencialmente adaptativo. Estas estratégias vão modificar o comportamento da pessoa face à situação, podendo estes ser analisados, alvo de avaliação e/ou relatados de forma subjetiva por observação e permitido posteriormente a implementação de uma intervenção direcionada.

Recorrendo ao tema do projeto, a pessoa com dispneia num momento de exacerbação sente-se incapacitada para agir pela constante sensação de “falta de ar”, existindo a necessidade de reagir no imediato com respostas físicas, tornando-se este o estímulo focal que exige estratégias adaptativas que permitam a autogestão do sintoma. Estas estratégias podem passar por utilização de RFR, TCC e estratégias motivacionais, para que num próximo episódio de dispneia, a sua resposta seja mais adaptativa, permitindo desta forma transformar o estímulo focal, num estímulo contextual, em que o foco deixa de ser a dispneia, conduzindo à capacitação funcional.

Em última instância uma resposta pode ser considerada adaptativa se a validação do estímulo externo e a integridade da pessoa está garantida, promovendo o seu crescimento e o seu instinto de sobrevivência.

A adaptação pode ser avaliada através da resposta funcional da pessoa, sendo esta dividida em quatro categorias: fisiológica, autoconceito, função do papel e interdependência (Roy & Andrews, 2001).

O domínio fisiológico, como o nome indica, é a maneira como a pessoa fisiologicamente responde ao ambiente reproduzindo uma manifestação corporal apoiada em

necessidades básicas, tais como: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção. (Roy & Andrews, 2001).

O domínio do autoconceito descreve a percepção da pessoa sobre si mesma, para tal é fundamental perceber quais os fatores estimulantes, motivacionais e comportamentais que influenciam esta percepção. Estes fatores remontam a aspetos psicológicos e espirituais (como a sensação de unidade ou a falta deste que resulta em isolamento social). A componente psíquica passa pela pessoa saber quem é, reconhecendo o seu eu físico e pessoal como partes únicas (Roy & Andrews, 2001).

O domínio da função do papel está relacionado com o papel da pessoa na sociedade, estando implícita a integridade social, a necessidade de saber a sua importância na vida e no relacionamento com os outros, sentindo-se apto a agir. A pessoa ser capaz de desempenhar o papel a que a sociedade a sujeita indica a concretização e funcionamento do papel (Roy & Andrews, 2001).

O domínio de interdependência está relacionado com a adequação emocional na interação com o outro, traduzindo-se na supressão da necessidade básica e ativa junto dos que lhe são mais próximos (Roy & Andrews, 2001).

Tendo por base este referencial teórico, é possível objetivar uma avaliação com a observação do comportamento e estado de adaptação atual da pessoa, assim como a avaliação dos estímulos internos e externos que influenciam essa adaptação. Posteriormente, é definido um diagnóstico de enfermagem e estabelecidos objetivos que permitem planear a intervenção no sentido de gerir estes estímulos, aumentando a interação da pessoa com o ambiente e promovendo um comportamento adaptável (Roy & Andrews, 2001). Considerando o mencionado, a pertinência deste referencial no âmbito da enfermagem de reabilitação reside no potencial de uma prática sustentada, particularmente perante circunstâncias que requerem adaptação fisiológica e psicossocial no sentido da capacitação para a autogestão da dispneia.

Por forma a desenvolver os objetivos propostos, descritos abaixo, nas 19 semanas de estágio, escolhi como campos de estágio um serviço de Pneumologia de um centro hospitalar e uma UCC, que passo a caracterizar.

Durante o período de 26/09/2022 a 25/11/2022, realizei estágio num serviço de Pneumologia de um Centro Hospitalar localizado numa capital de distrito. A realização deste estágio tinha como objetivo o desenvolvimento de competências especializadas na temática que me propus desenvolver, mas também na área neurológica, cardíaca, motora.

O centro hospitalar serve uma população de cerca de 245000 habitantes (Censos 2021). O serviço de Pneumologia funciona em âmbito de internamento (enfermaria) e ambulatório (hospital de dia de Pneumologia e consulta). A nível de enfermaria, a tipologia de doentes mais frequente engloba pessoas com pneumonia, IRC agudizada, derrame pleural, pneumotórax e patologia neoplásica. Em hospital de dia, destaca-se a avaliação de doentes

com IRC, patologia do sono e também a realização de exames complementares de diagnóstico, essenciais para o diagnóstico e estadiamento.

Durante o período de 28/11/2022 a 10/02/2023, realizei estágio numa UCC, integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A realização deste estágio teve como objetivo desenvolver competências especializadas na área de enfermagem de reabilitação, à pessoa com alterações neurológicas, respiratórias, cardíaca, motoras.

As UCC constituem o polo da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) afeto aos ACES (Decreto de Lei [DL] 28/2008), devendo constituir a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (DL 101/2006). Destas equipas fazem parte enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas da fala e assistentes sociais que visam prestar *“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo”* (DL 28/2008). Particularmente, enquadram-se no seu âmbito de ação serviços desde prevenção e educação para a saúde a cuidados paliativos, passando por apoio psicológico, fisioterapia ou terapia ocupacional, constituindo ainda um ambiente de excelência para a enfermagem de reabilitação (DL 28/2008).

A UCC onde estagiei serve uma população de cerca de 63000 habitantes, com um índice de envelhecimento de 106. A taxa de incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) nesta população é de cerca de 25%, 10% nos indivíduos com menos de 65 anos. Relativamente às patologias do aparelho respiratório, reporta-se uma percentagem < 1% de pessoas com DPOC e de cerca de 5% de bronquite crónica. A ECCI assegura em média cuidados a 50 utentes.

No sentido de desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas do EEER, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, estabeleci como objetivo geral: desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEER na capacitação da pessoa com IRC na autogestão da dispneia.

Para concretizar o objetivo geral, estabeleci os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver pesquisa científica que fundamente uma prática baseada na evidência;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Promover um ambiente terapêutico seguro;
- Avaliar a funcionalidade e realizar diagnósticos de enfermagem especializados adequados às alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade na pessoa com dispneia em contexto de IRC;

- Desenvolver planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, particularmente na capacitação para a autogestão da dispneia;
- Implementar e avaliar resultados das intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível respiratório e motor;
- Elaborar e implementar um programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida promovendo o controlo do agravamento da crise de dispneia;
- Conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino respiratório e sensoriomotor em função dos resultados esperados.

Com base nestes, apresento este relatório de estágio, composto por cinco capítulos: primeiramente a Introdução, apresenta a temática do projeto inicialmente proposto, nomeadamente a pertinência e enquadramento teórico, os locais onde decorreu o estágio, os principais conceitos mobilizados e filosofia de cuidados adotada. O primeiro capítulo descreve a revisão de literatura realizada. O segundo capítulo descreve e analisa as atividades desenvolvidas em estágio para a aquisição de competências comuns e específicas de EEER, bem como a análise do percurso decorrido. O terceiro capítulo apresenta a reflexão acerca do percurso realizado e o quarto capítulo apresenta as considerações finais do documento.

# 1. REVISÃO DA LITERATURA

Numa fase inicial, para a concretização do projeto de estágio, realizei uma revisão narrativa com pesquisa de artigos científicos nas bases de dados “*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*” e consultei livros e teses/dissertações no âmbito do tema a desenvolver, sustentando o planeamento de um cronograma e das atividades a desenvolver em estágio.

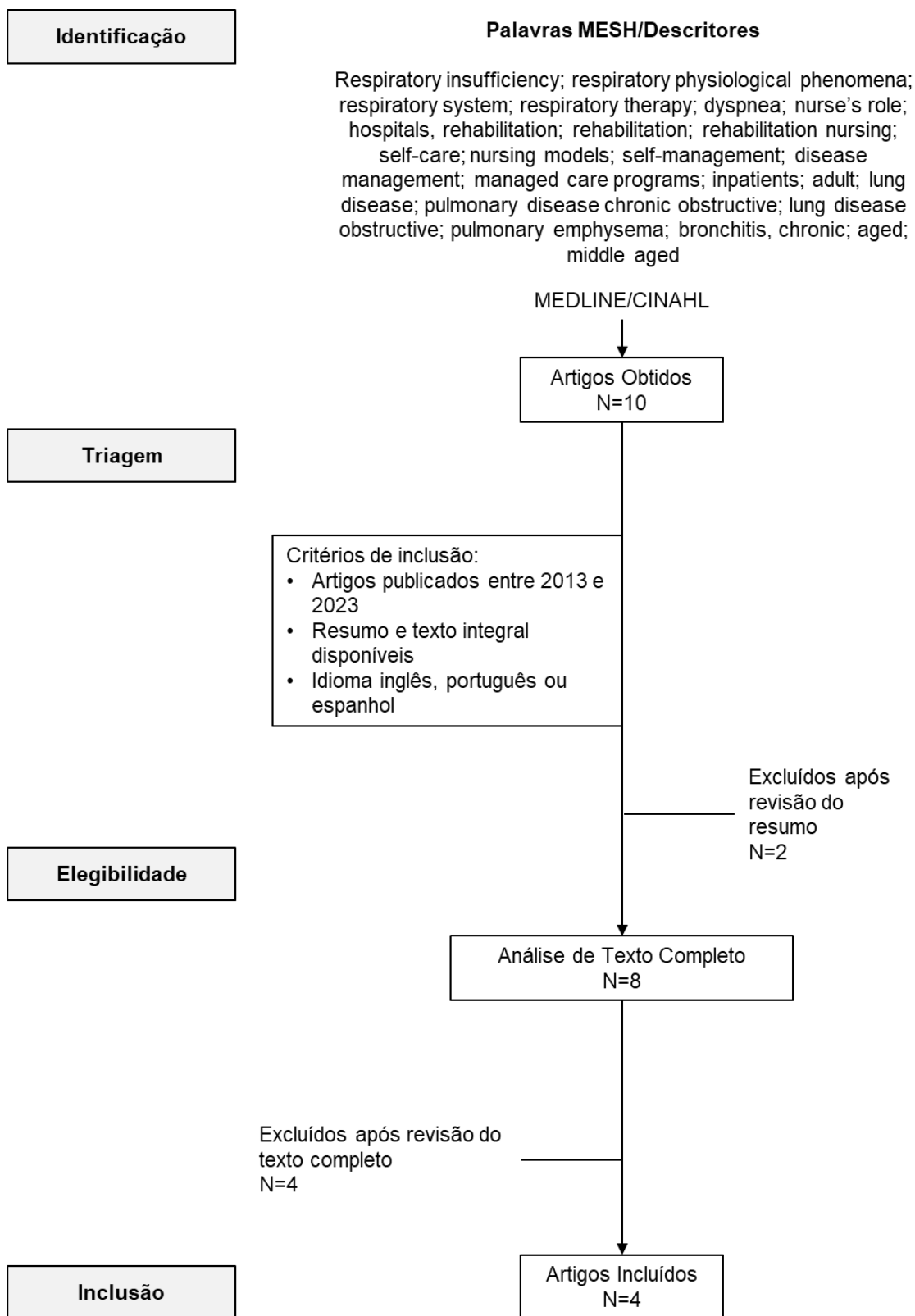
Considerando que o processo de aprendizagem tem um caráter evolutivo de acordo com as oportunidades de aprendizagem que possam surgir e o meu investimento individual, constatei que o percurso passaria por expandir e sistematizar a pesquisa anteriormente realizada. Assim, optei por efetuar uma revisão da literatura que complementa este relatório de estágio, permitindo aprofundar e desenvolver o tema a que me propus, estabelecendo como pergunta de investigação “Quais as intervenções do EEER na capacitação para autogestão da dispneia na pessoa com Insuficiência Respiratória Crónica?”.

Seguidamente, defini as palavras-chave, segundo o vocabulário *Medical Subject Headings (MESH)*: *Respiratory insufficiency; respiratory physiological phenomena; respiratory system; respiratory therapy; dyspnea; nurse’s role; hospitals, rehabilitation; rehabilitation; rehabilitation nursing; self-care; nursing models; self-management; disease management; managed care programs; inpatients; adult; lung disease; pulmonary disease chronic obstructive; lung disease obstructive; pulmonary emphysema; bronchitis, chronic; aged; middle aged.*

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados nos últimos 10 anos, entre 2013 e 2023, o resumo e texto integral estarem disponíveis e com os idiomas inglês, português ou espanhol. Por sua vez, o único critério de exclusão utilizado foi “Contexto de serviço de urgência, unidade de cuidados intermédios ou intensivos”.

Findas estas etapas, procedi à pesquisa bibliográfica com recurso às bases de dados “CINAHL e MEDLINE”, incluindo inicialmente 10 artigos. Após as diferentes fases de análise, foram selecionados 4 artigos, de acordo com o apresentado na figura 1.

Figura 2 - Fluxograma PRISMA da revisão da literatura



Considerando o fluxograma PRISMA apresentado previamente, e por forma a sistematizar a análise dos resultados obtidos, optei por apresentar tabela que se segue (tabela 1), que traduz a revisão da literatura realizada. Foram incluídos 4 artigos após as diferentes etapas de análise e a tabela abaixo apresenta-os de forma esquemática segundo título, autores, data de publicação, tipo de estudo, amostra, objetivos, metodologia, resultados e conclusões.

Tabela 1 – Análise sistematizada dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura

	1	2	3	4
<b>Artigo</b>	<i>Patients' experiences of a new integrated breathlessness support service for patients with refractory breathlessness: Results of a postal survey</i>	<i>Effect of Health Coaching Delivered by a Respiratory Therapist or Nurse on Self-Management Abilities in Severe COPD: Analysis of a Large Randomized Study</i>	<i>Improvements in Lung Diffusion Capacity following Pulmonary Rehabilitation in COPD with and without Ventilation Inhomogeneity</i>	<i>Pulmonary Rehabilitation in COPD According to Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Categories</i>
<b>Autores</b>	Charles C Reilly, Claudia Bausewein, Caty Pannell, John Moxham, Caroline J Jolley, and Irene J Higginson	Roberto Benzo and Charlene McEvoy	Pierachille Santus, Dejan Radovanovic, Giovanni Balzano, Matteo Pecchiari, Rita Raccanelli, Nicola Sarno, Fabiano Di Marco, Paul W. Jones, Mauro Carone	Sara Alfarroba, Fátima Rodrigues, Ana Luísa Papoila, Ana Filipe Santos and Luísa Morais

<b>Data</b>	2016	2019	2016	2016
<b>Tipo de Estudo</b>	Aplicação de um autoquestionário acerca da experiência com um Serviço de Apoio à Dispneia	Análise secundária de ensaio clínico randomizado multicêntrico	Estudo observacional prospetivo multicêntrico	Estudo prospetivo de coorte
<b>Amostra</b>	70 questionários enviados; 25 devolvidos	215 indivíduos internados por exacerbação de DPOC randomizados (108 no braço da intervenção e 107 no braço controlo)	274 pessoas com DPOC	167 doentes (27 GOLD A, 20 B, 52 C e 68 D); 132 completaram o PR
<b>Objetivo</b>	Descrever a experiência da pessoa com doença avançada e dispneia refratária com um Serviço de Apoio à Dispneia	Comparar os efeitos de <i>coaching</i> em saúde, feito por um terapeuta ou enfermeiro respiratório, na capacidade de autogestão da dispneia, comparado com o standard de tratamento	Investigar as alterações na capacidade de difusão pulmonar e no desequilíbrio ventilatório após um programa de reabilitação respiratória e a sua relação com o <i>outcome</i> funcional em doentes DPOC	Avaliar os efeitos do programa de reabilitação respiratório na capacidade de exercício, sintomas e estado de saúde em pessoas com DPOC

## Metodologia

- Questionário de autoquestionário acerca do Serviço de Apoio à Dispneia (caracterizado por conhecimento de peritos acerca da componente respiratória, aplicado num ambiente de ambulatório com duas visitas a clínica intercaladas de visita domiciliária);
  - A referenciação foi feita em âmbito hospitalar ou de ambulatório
- Randomização da amostra em 2 grupos;
  - Encontro entre os *coaches* e a pessoa após a alta, durante 3 meses, pelo menos uma vez presencialmente e posteriormente telefonicamente;
  - Visita nº 1 presencial: discussão do conceito de autogestão, definição de objetivos, planeamento de ação;
  - Entrevista motivacional;
  - Avaliação da autogestão através da aplicação do "*Chronic Respiratory Disease Questionnaire*" no momento de entrada, 6 e 12 meses. Avalia 4 domínios: dispneia, fadiga, emoção e capacidade de controlo
  - *Endpoint* primário: mudança na pontuação do questionário aos 6 meses
- Estudo em 3 unidades de reabilitação pulmonar;
  - Doentes internados em hospital de dia, referenciados para um PR intensivo segundo as recomendações da ERS/ATS;
  - Em condição estável
  - Sem necessidade de corticoterapia sistémica, antibioterapia ou alteração na terapêutica inalatória
  - Posteriormente, PFR e categorização segundo a gravidade da limitação (FEV1 > ou < que 50% do previsto) e homogeneidade ventilatória (volume alveolar/capacidade pulmonar total > ou < 0.8)
  - O programa de reabilitação tinha uma duração de 3 semanas nos doentes internados e de 4 semanas no hospital de dia; na admissão, havia uma avaliação por
- Doentes DPOC, com FEV1/FVC <0.7 e história de tabagismo (ou equivalente); com estabilidade clínica no mês anterior; terapêutica otimizada
  - PR respiratória multidisciplinar com pneumologistas, EEER, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos; 3x/semana durante 8 a 12 semanas;
  - 1ª fase: educação e adaptação ao equipamento de exercício; avaliação da taxa de esforço máxima em pedaleira ou passadeira
  - O PR incluía exercício aeróbico em passadeira ou bicicleta a uma taxa de 60-80% da taxa de esforço máximo; exercícios para os músculos periféricos com peso; técnicas de controlo respiratório e de clearance pulmonar

pneumologia e reabilitação respiratória, com definição do mesmo e estabelecimento de objetivos; treino de 30 minutos diários de pedaleira ou treino em passadeira, 6 vezes por semana, a 60-80% da intensidade de trabalho máxima na prova de marcha de 6 minutos; aumento progressivo dessa intensidade de acordo com a melhoria do paciente; exercícios supervisionados de alongamentos dos membros; exercícios respiratórios; treino de músculos respiratórios; técnicas de clearance pulmonar e treino de tosse; educação para a autogestão e técnica inalatória; sessões de relaxamento para redução da dispneia e acompanhamento psicológico

- Encorajamento a aplicação de rotina de exercício no domicílio
- Integração em sessões de autogestão individuais ou de grupo em equipa multidisciplinar (com foco no uso correto da terapêutica, importância da atividade física e cessação tabágica, bem como identificação de sinais e sintomas de exacerbação)
- Cálculo do índice BODE basal: índice de massa corporal, obstrução ao fluxo de ar (FEV1), dispneia (mMRC) e capacidade de exercício (prova de marcha de 6 minutos)
- Aplicação do instrumento de avaliação “*St. George Respiratory Questionnaire*”

## Resultados

- 84% das pessoas achou o serviço benéfico;
  - 96% achou útil a abordagem conjunta pela fisioterapia e terapia ocupacional, em âmbito de visita domiciliária;
  - a maioria dos doentes valorizou a natureza holística e amistosa do serviço;
  - a autoajuda ou os grupos de exercício para as pessoas com dispneia e seus cuidadores pode ser benéfico e promotor da autogestão;
  - 84% encontrou benefício na gestão da dispneia e sintomas adicionais;
  - 84% reportou que o programa os dotou de informação adicional e de serviços complementares
  - a maioria achou que as posições para alívio e gestão da dispneia, a ventoinha de mão e
- Houve uma melhoria na pontuação do questionário aos 6 meses ( $0.5832 \pm 1.29$ ,  $p=0,02$ );
  - Aos 12 meses não houve diferença estatisticamente significativa;
  - O *coaching* em saúde foi um fator preditor independente de melhoria na pontuação do questionário aos 6 meses, após ajustar para a idade, FEV1 e pontuação *baseline* do questionário;
  - O score basal do questionário está associado de forma independente com a necessidade de hospitalização
  - Não houve diferenças entre enfermeiros ou fisioterapeutas
- Após o programa, todos os parâmetros de função pulmonar e de trocas gasosas melhoraram significativamente (exceto a capacidade pulmonar total);
  - Houve uma melhoria na prova de marcha de 6 minutos em 38.7m ( $p < 0.001$ )
  - 137 pacientes tinham FEV1 < 50% e as melhorias observadas foram mais notórias neste grupo ( $p=0.001$ )
  - Houve uma melhoria na capacidade de difusão pulmonar
  - 178 pacientes tinham um rácio volume alveolar/capacidade pulmonar total < 0.8. O programa melhorou os volumes estáticos, de forma mais evidente neste grupo
- 16% GOLD A, 12% B, 31% C e 41% D; maioria fumadores (94%)
  - Índice BODE progressivamente pior com a gravidade da patologia
  - Houve uma melhoria de todos as variáveis após o PR (6MWD, taxa de esforço, índice de dispneia e questionário *St. George Respiratory Questionnaire*), independentemente da categoria GOLD

	as discussões acerca da gestão das crises foram ações úteis			
<b>Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Serviço de apoio à dispneia foi bem aceite pelas pessoas;</li> <li>• Mais de 50% considerou um serviço excelente.</li> <li>• Através da sua abordagem holística à gestão da dispneia, adquiriram competências e intervenções para a autogestão da dispneia e também aprenderam a reconhecer sintomas coexistentes como a dor e imobilidade</li> <li>• A combinação de estratégias de gestão (educação para a saúde e terapias específicas) combinado com uma abordagem centrada na pessoa teve um impacto positivo nas pessoas</li> <li>• A abordagem centrada na pessoa, combinado com a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O <i>coaching</i> em saúde baseado na entrevista motivacional pode melhorar a capacidade de autogestão, a capacidade para lidar com a DPOC e a gestão emocional</li> <li>• A melhoria da capacidade de autogestão, a aplicabilidade e a sua efetividade, fazem com que o <i>coaching</i> possa ser incorporado após a alta e também noutros cenários como ambulatorio e em reabilitação pulmonar.</li> <li>• O uso de <i>mindfull communication</i> pode melhorar <i>outcome</i> do uso dos cuidados de saúde, mas também melhorar fatores emocionais e sociais, como a solidão, que constitui um importante fator de risco para morbilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O programa de reabilitação tem um efeito positivo na capacidade de difusão pulmonar de pessoas com DPOC independentemente da gravidade da doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A classe da DPOC não é suficiente para prever que doentes beneficiam do PR. Independentemente da categoria GOLD, obtiveram-se melhorias estatísticas e clinicamente significativas na capacidade de realização de exercício e na qualidade de vida relacionada com a saúde</li> <li>• Os PR multidisciplinares devem ser adotados como parte integrante dos programas de gestão de pessoas com DPOC, em fases precoces da doença, não devendo ser excluídas pessoas aparentemente menos sintomáticas ou com menor gravidade.</li> </ul>

natureza de cuidados prestados, fez com que as pessoas se sentissem confortáveis e confiantes.

- O aumento da percepção de controlo e compreensão da dispneia através da educação dos pacientes e de intervenções direcionadas pelo contexto foram fatores chave apontados pelas pessoas.

Após a leitura e sistematização dos artigos, é possível evidenciar os benefícios da implementação de um PR e o facto de estes serem ferramentas bem aceites e consideradas benéficas pelas pessoas com dispneia. Do ponto de vista prático, permitem fomentar e sedimentar a aquisição de competências de autogestão deste sintoma, bem como o reconhecimento e integração de outros sintomas paralelos.

A utilização de uma abordagem holística centrada na pessoa, com transmissão de conhecimento referente ao sintoma e patologia, permite uma maior percepção e controlo da dispneia. Na mesma ótica, a entrevista motivacional, a *mindfull communication* e o *coaching* parecem potenciar a capacitação para a gestão do sintoma, em todas as suas vertentes, nomeadamente fisiológica, emocional e social, o que fomenta o empoderamento e melhor integração no meio, com ganhos em saúde.

Comprova-se a redução de agudizações com necessidade de recurso a hospitalização, bem como a melhoria de diversos parâmetros concretos das provas de função respiratória, traduzindo ganhos na fisiologia pulmonar. Além disso, estes aspetos traduzem-se também em ganhos de qualidade

de vida, avaliada através de instrumentos concretos e validados. A aplicação de PR tem validade comprovada em âmbito hospitalar e de ambulatório, em qualquer fase da doença, independentemente da gravidade clínica, devendo ser iniciado em fases precoces.

Globalmente, estes dados sedimentam a importância da temática desenvolvida em estágio, conferindo robustez científica aos PR implementados, indo de encontro a uma prática baseada na evidência.

## 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretende-se realizar uma análise crítica sustentada na evidência científica vigente, perspetivando os objetivos previamente definidos no projeto inicial, bem como a aquisição de competências em ambos os contextos de estágio.

Considerando a experiência prática, verificou-se, no decorrer do ensino clínico, a realidade diversa que ambos os contextos proporcionaram. Segundo Benner (2001, p. 61), a aprendizagem resulta da experiência e capacidade de refletir sobre a ação, permitindo a capacitação pessoal para o desenvolvimento de competências com o acumular de experiência. Assim, foi possível uma perspetiva ampla de cuidados, transpondo o tema do projeto inicial, albergando o cuidado à pessoa com alterações das funções respiratória, neurológica e motora.

A exigência da realidade vivida permitiu a procura de novas abordagens e ferramentas que possibilitassem o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados e dirigidos às necessidades da pessoa e do seu contexto. Por exemplo, ao longo do estágio que decorreu na UCC, verifiquei que o planeamento e implementação de um PR era muitas vezes condicionado pela motivação e adesão da pessoa ao mesmo, pelo que foi essencial um maior empenho na implementação de estratégias de motivação que aumentassem o *engagement*, o que potenciou o sucesso do planeamento dos cuidados especializados.

Por sua vez, Benner (2001, p.63) descreve que o *“processo de cuidados de enfermagem e a análise das decisões são limitados na medida em que a dificuldade da tarefa, a importância relativa, os aspetos relacionais e os resultados de uma prática competente não são completamente apreendidos se neles não incluirmos o contexto, as intenções e as interpretações desta prática competente”*.

Muito embora a concretização do processo de aprendizagem tenha decorrido com base nas oportunidades disponíveis, o desenvolvimento das atividades propostas possibilitou a aquisição de competências. Assim, no sentido de clarificar e organizar a descrição de atividades desenvolvidas, opto por subdividir de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, definidas pela OE nos seus regulamentos.

Assim, citando o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, *“(...) As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, (...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.”* (Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com o mesmo regulamento, existem quatro domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assim, “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (Regulamento n.º 140/2019, P. 4749)

Considerando o Regulamento das Competências Específicas do EEER elaborado pela OE em 2010, a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que “compreende um corpo de conhecimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (OE, 2010, p. 1). Assim, o EEER tem a capacidade de, de uma forma leve e direcionada, constatar os problemas reais que a própria pessoa identifica e responder de acordo com as capacidades da mesma, caminhando lado a lado de modo a suportar e instruir a pessoa com todo o conhecimento especializado que lhe permitem tomar decisões e melhorar a sua qualidade de vida (OE, 2010).

## **2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

Considerando o Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019, p.4744) o *“enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados”*. Assim, verifica-se a partilha de competências comuns transversais a todas as áreas de especialidade que se encontram divididas nos quatro domínios previamente mencionados, tornando-se possível enquadrar as atividades desenvolvidas e espelhar a sua aquisição ao longo do estágio.

### **2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), a deontologia contempla um conjunto de regras que permitem a correção da ação, remetendo indicações práticas precisas no domínio da disciplina da profissão. Por sua vez, a referência à ética decorre do domínio da reflexão sobre o agir humano. É o agir que realiza cada pessoa, com pedra basilar na capacidade de escolha que cada um tem de gerir a sua vida para seu próprio bem, ou seja

remete-se à consciência de cada um. Desta forma, “os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos” (OE, 2005, p.17).

Os princípios bioéticos constituem verdades óbvias e morais, que servem de guia para a ação e decisão. Classicamente, estes são constituídos pelos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Beauchamp 2003, Dossey & Keegan 2022), devendo estes estar presentes em todos os aspetos da prestação de cuidados.

O conceito de autonomia deve ser preservado. Na ausência de capacidade para expressar vontade própria, as diretivas antecipadas de vontade (DL n.º 25/2012, de 16 de julho) desempenham um papel fundamental na adequação de cuidados individuais, devendo o enfermeiro advogar no sentido da garantia da sua aplicação. Nos casos opostos, em que a pessoa tem capacidade de autodeterminação, este deve procurar saber a vontade perante determinada circunstância de vida e garantir a disseminação dessa informação pela equipa multidisciplinar, no sentido de providenciar o melhor cuidado. Este conhecimento foi essencial na minha prática, em que mantive constante a tentativa de ressalvar a expectativa da pessoa e dirigi o planeamento de cuidados especializados no sentido da mesma.

Nesta perspetiva, no decorrer do ensino clínico desenvolvi uma prática sustentada na responsabilidade profissional, ética e moral que integrou um cuidado de enfermagem holístico, personalizado e direcionado para “*as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida, que exigem adaptação*” (Silva, 2007, p.14). Tendo em conta o conceito da dignidade, este trata-se de um valor autónomo e específico, implícito ao ser humano em virtude da sua personalidade, sendo assumido como um princípio moral e um direito positivo, revelando uma visão unitária da pessoa (OE, 2005).

Assim, o cuidado de enfermagem holístico considera a mente, o corpo e o espírito da pessoa, promovendo uma cultura de cuidado que apoia a relação terapêutica, resultando em integridade, harmonia e cura. O cuidado holístico é conduzido pela pessoa alvo de cuidado, centrando-se no mesmo e permitindo fornecer uma abordagem individualizada, cuidando-o como um todo e não em partes fragmentadas (McEvoy & Duffy, 2008, p. 418).

Na premissa do cuidado centrado na pessoa, recorri a uma abordagem prática desenvolvida através da construção e manutenção de relações saudáveis com a pessoa e familiar/es de referência. Esta abordagem é possível através do desenvolvimento de uma cultura de *empowerment* propícia a uma melhoria constante das práticas (McCormack et al, 2015 citado por Cabete, 2021, p. 244)

Ainda nesta perspetiva, durante o ensino clínico assumi um modelo de tomada de decisão partilhada estando implícita uma parceria assente na escuta, negociação e participação equilibrada de todos os intervenientes em todos os momentos de decisão, intervenção e implementação do PR. Neste sentido, ressalva-se o interesse comum na melhor

solução possível sustentada no princípio de que tanto o EEER como a pessoa dispõem da informação relevante para uma tomada de decisão consciente e consequente exercício de autonomia (Cabete, 2021, p.251).

Emerge então a relevância de uma ligação de confiança, considerando a subtileza da presença do EEER, que tem o privilégio de perceber qual é a principal preocupação da pessoa alvo de cuidado, buscando atenuar o peso ou a pressão que a mesma exerce sobre os seus ombros (Hesbeen, 2003). Integrando esta ideia na minha prática clínica, pude entender que o acolhimento da pessoa ao longo do PR favoreceu a obtenção de resultados positivos bem como a adesão à intervenção implementada. Assim, “ouvir” revelou-se um dos alicerces da intervenção em ambos os contextos clínicos, dando a possibilidade da partilha à pessoa representando este o principal eixo da relação de confiança estabelecida.

*“O encontro e os laços de confiança que se criam são os primeiros que permitem cuidar a pessoa na perspetiva da saúde, na perspetiva da recuperação do equilíbrio do ser, ao longo de um percurso singular e particular”* (Hesbeen, 2003, p.75)

No contexto de uma pessoa com diagnóstico de patologia neurodegenerativa, pude verificar o estabelecimento de uma relação de confiança, capaz de empoderar e capacitar a mesma para a tomada de decisões conscientes, proporcionando um ambiente seguro e harmonioso. Desta forma, a intervenção terapêutica foi focada nas suas preocupações e expectativas, mantendo constante a transmissão de informação relativamente ao plano de cuidados de reabilitação e metas atingíveis, permitindo a manutenção do bem-estar e qualidade de vida.

Ao longo do estágio, participei em reuniões multidisciplinares, contribuindo para a tomada de decisão, tanto em ambiente hospitalar como comunitário, promovendo o planeamento de cuidados, planeamento de alta desde o início do internamento, participando em pareceres sobre estratégias que favorecessem a participação social e familiar. Refleti criticamente sobre circunstâncias complexas, o que permitiu uma resposta mais adequada às necessidades específicas da pessoa, respeitando os princípios ético-legais.

Neste sentido, assegurei o respeito pelos valores humanos integrando a isenção de uma conduta discriminatória, salvaguardando direitos, promovendo a independência física, psíquica e social, bem como o autocuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa (OE, 2005).

Por fim, na redação deste relatório, tive em conta o princípio da confidencialidade, respeitando o sigilo e o respeito pela pessoa e pelo seu processo de doença. Desta forma, importa salientar que não foram expostas informações que identifiquem instituições e utentes.

### **2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

A Ordem dos Enfermeiros tem vindo a manifestar a sua preocupação com a qualidade dos cuidados em saúde. Assumindo a necessidade de implementar sistemas de qualidade,

foi criado o documento intitulado “Padrões de qualidade dos cuidados em Enfermagem” (OE, 2001), assim como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, 2015). A consulta e análise destes documentos foi fundamental para o desenvolvimento de competências e intervenção no decorrer do ensino clínico.

No que respeita aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de reabilitação, este *“constitui um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de Enfermagem de Reabilitação”* (Regulamento n.º 350/2015, 2015, p.16655).

Nesta medida, durante o ensino clínico providenciei um ambiente terapêutico seguro, mobilizando conhecimentos e competências desenvolvidas e promovendo a melhoria contínua da qualidade.

Considerando o mesmo regulamento (Regulamento n.º 350/2015, 2015, p.16655), os fatores ambientais podem interferir não só na estrutura como função do corpo, mas também no desempenho da pessoa como ser social, no que respeita à capacidade de executar ações ou tarefas (Regulamento n.º 350/2015, p.16655). Nesta perspetiva, particularmente em contexto comunitário, promovi os hábitos de vida prévios e a manutenção de rotinas, capacitando a funcionalidade, reduzindo o impacto da incapacidade e promovendo a interação social.

Por sua vez, no Plano Nacional de Saúde (2021-2030) está contemplada a implementação de estratégias que conduzam à melhoria da saúde e bem-estar da população em todo o ciclo de vida. Nesta ótica, durante o percurso de prática clínica tive a oportunidade de implementar planos de intervenção ao longo de todo o ciclo de vida, envolvendo os cuidadores/família no sentido de assegurar a satisfação da pessoa, bem como a manutenção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança (DGS, 2021).

Durante toda a prática, garanti a aplicação dos princípios da ergonomia, prevenindo eventuais lesões e instruí a restante equipa durante a prestação de cuidados. Para assegurar a continuidade de cuidados, transmiti informação durante a prática de cuidados, enfatizando a relevância da implementação de estratégias que previnam a imobilidade, tais como o incentivo à participação da pessoa durante o autocuidado, a importância da realização de levante, posicionamento adequado e treino de marcha.

Visando garantir a continuidade de cuidados realizei registos da informação referente aos cuidados prestados, assim como consultei a informação clínica em sistema informático. Desta forma, registei dados revelantes para os planos de cuidados, permitindo também evidenciar o trabalho do EEER tanto em SClinico, como na RNCCI, utilizando linguagem segundo a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este tipo de registo está parametrizado e permite o tratamento de dados que se pode traduzir em resultados para indicadores de qualidade, possibilitando mensurar ganhos em saúde.

### 2.1.3. Competências do domínio de gestão de cuidados

*“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem”* (Regulamento 350/2015, p.16659).

Por sua vez, a liderança percebida pelos pares como eficaz considera diferentes abordagens, focando-se em competências específicas: emocionais, de resolução de problemas, sociais e intelectuais. Assim, o desenvolvimento de aptidões de liderança pressupõe um modelo integrativo das competências associadas à liderança e à gestão (Figueiredo, 2018). Acrescento ainda que, no decorrer do estágio, foi possível observar que um líder com uma comunicação assertiva e aptidão para gestão de conflitos adequada tem um maior reconhecimento dos pares e a sua liderança é mais eficaz, garantindo mais ganhos em saúde e maior motivação da equipa.

Neste âmbito, o papel do EEER integra o domínio da gestão de cuidados, recursos materiais e humanos, planeamento de intervenções e gestão de tempo. Em ambos os contextos clínicos contribuí para a motivação das equipas onde me inseri, articulando cuidados com todos os elementos da equipa de enfermagem, promovendo um espírito de trabalho cooperativo e potenciando a articulação com a equipa multidisciplinar conforme estabelecido no Regulamento nº 140/2019 (Diário da República, 2019).

Em consonância com o referido, colaborei sempre que possível, com supervisão dos enfermeiros orientadores e perspetivando a autonomia, nos processos de tomada de decisão, intervindo e propondo estratégias fundamentadas em evidência científica. No entanto, verifiquei realidades distintas no que respeita a recursos materiais disponíveis em ambos os contextos. Neste sentido, a comunidade exigiu uma maior adaptação, uma vez que a intervenção decorria no domicílio, evidenciando-se a necessidade de encontrar estratégias que permitissem a melhor prática possível com os recursos disponíveis no ambiente.

Na experiência vivida, foi notório que a motivação para a participação nos cuidados era menor na comunidade o que exigiu um maior esforço para o envolvimento da pessoa no seu processo de saúde. Por exemplo, o recurso a passatempos que eram desenvolvidos previamente pela pessoa, mostrou-se um fator potenciador do envolvimento no PR, nomeadamente: jardinagem para promover treino de força, motricidade fina e o equilíbrio; musicoterapia como promotora de um ambiente tranquilo e/ou motivadora de movimento; costura para treino de motricidade fina; utilização de um instrumento musical de sopro para treino da musculatura facial e da orofaringe; ou a utilização de uma bola no treino de força dos membros inferiores e equilíbrio.

Assim, em conformidade com o Regulamento nº140/2019 (Diário da República, 2019) tive a oportunidade de partilhar conhecimento e estratégias com a restante equipa de enfermagem, colaborando em decisões com a equipa multidisciplinar. Desta forma, garanti a

transmissão de informação essencial para a manutenção do planeamento e continuidade de cuidados. Acrescentei, sempre que necessário, soluções eficazes, nomeadamente na organização e planeamento de cuidados, solicitando a prescrição de produtos de apoio, articulando a comunicação com outros prestadores de cuidados de saúde e assegurando a sua referenciação quando foi oportuno.

Em vários momentos tive a oportunidade de demonstrar e instruir técnicas que poderiam ser delegadas, nomeadamente técnicas de posicionamento, transferência, utilização de produtos de apoio e correção postural durante a prestação de cuidados, tanto a cuidadores como prestadores de cuidados, no sentido do aperfeiçoamento e da qualidade dos cuidados, mais uma vez garantindo a continuidade dos mesmos.

De forma a garantir a autonomia e a continuidade em ambiente comunitário, potenciando a capacitação, quando possível, tanto pela literacia da pessoa como pelo seu *engagement* no seu processo de saúde, realizei planos de reabilitação com exercícios que eram entregues numa segunda sessão mediante a avaliação inicial realizada. Nesta perspetiva, os cuidadores presentes na sessão eram essenciais para assegurar os cuidados, assim como os restantes colegas da equipa. A utilização de um guia de exercícios/técnicas permitiu garantir o compromisso da pessoa/cuidador com o PR (apêndice 1). Apesar de se tratar de um guia individual, servindo de apoio ao ensino que foi realizado à pessoa, este documento poderá ser utilizado como um potencial folheto de ensino para o serviço.

O EEER deve adotar um papel de integração das diferentes perspetivas da equipa multidisciplinar, sendo o principal elo de ligação com a pessoa, família e/ou cuidadores. Tanto em contexto comunitário como em contexto intrahospitalar, deve identificar as necessidades de intervenção bem como as potenciais barreiras arquitetónicas à sua implementação, partindo daí para a seleção de estratégias de otimização do ambiente terapêutico. No caso particular do ambiente comunitário, em que a interação se foca essencialmente no binómio pessoa-EEER, integrada no ambiente íntimo da primeira, o papel do EEER é fundamental na identificação de potenciais barreiras arquitetónicas e necessidade de dispositivos de apoio que possam facilitar e maximizar a adaptação à incapacidade e sedimentar a intervenção de reabilitação no treino de AVD. Em ambos os contextos, verifiquei no terreno estes aspetos e pude pôr em prática estratégias com vista a garantir os mesmos. Por exemplo, na preparação para o momento da alta hospitalar, a identificação precoce de eventuais barreiras arquitetónicas e a articulação com a família com vista à sua resolução, possibilita o regresso da pessoa ao seu ambiente de conforto, corrigindo previamente fatores que possam constituir uma barreira às AVD e identificando a eventual necessidade de dispositivos de apoio que possam facilitar a adaptação à sua nova condição. No caso particular da pessoa com IRC, a dispneia constitui um sintoma muitas vezes incapacitante, pelo que a presença do EEER durante o planeamento da alta é essencial para a qualidade de vida e a minimização de eventuais agudizações.

Na ótica da continuidade dos cuidados, adotei uma postura disponível o que agilizou a integração nas equipas, assim como permitiu a partilha de conhecimento com os pares, garantindo a segurança, continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Para Figueiredo (2018, p.224), “os comportamentos e as competências não são conceitos autónomos, ou seja, os comportamentos resultam das características e das competências do líder que podem ser aprendidas ao longo da vida”. Numa perspetiva evolutiva, considero que as experiências vividas permitiram a tomada de consciência das competências de gestão e liderança essenciais para a prática como enfermeira especialista.

#### **2.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

A aprendizagem guiou o percurso que desenvolvi academicamente, tanto em contexto de aula como em estágio. Assim, a consciência do eu, enquanto pessoa e enquanto profissional foram essenciais para a definição de objetivos e desenvolvimento de competências de especialista. Ressalvo a necessidade de adaptação que foi exigida no sentido de existir uma reformulação de identidade profissional implícita na transição para enfermeira especialista. Para isso, foi essencial o papel dos enfermeiros supervisores, tanto na partilha de conhecimento fundamentado em evidência científica como no desenvolvimento da perícia técnica. Ainda assim, procurei manter o discernimento do eu e o reconhecimento das aptidões e características que detinha previamente.

Para Hesbeen (2003, p.115), na aprendizagem e formação de profissionais de reabilitação é essencial “*pensar a ação na perspetiva do cuidar*” tendo em conta os percursos pessoais e profissionais prévios. Evidencio assim uma das aprendizagens mais relevantes obtida no percurso, o agir centrado no cuidar em articulação com a capacidade reflexiva sobre a ação, o que permitiu uma intervenção mais eficiente e adequada, respeitando a pessoa e a sua individualidade. Este agir foi transversal a ambos os contextos de estágio, considerando que “*é essencial ser capaz – pelo menos ter uma intenção sincera - de considerar a pessoa para lá daquilo que o seu corpo revela ou dos actos que ele requer*” (Hesbeen 2003, p. 115).

Nesta perspetiva, a aprendizagem profissional em prática clínica permitiu a mobilização e a análise de saberes, articulados com competências relacionais. O contexto hospitalar parece ser um ambiente facilitador para a implementação dos programas de reabilitação, uma vez que a pessoa está inserida num ambiente clínico, o que pressupõe uma maior disponibilidade para a intervenção. No contexto comunitário, foi primordial o recurso a uma comunicação empática, genuína e assertiva. Da mesma forma, a transmissão de informação específica, ajustada à capacidade de entendimento da pessoa, permitiu a obtenção de resultados positivos e o cumprimento das intervenções planeadas.

O sucesso da intervenção passou pela comunicação, relação terapêutica segura e a devida atenção à realidade emocional que o processo de doença representava para cada

pessoa. Os estados emocionais podem, por vezes, desempenhar um papel significativo na vulnerabilidade à doença. Para além do carácter humanitário que favorece a necessidade de proporcionar solicitude além de tratamento, existem outras razões para considerar que a realidade psicológica e social da pessoa pertence ao domínio do cuidar (Goleman, 2006).

Sempre que possível, promovi um ambiente facilitador dos cuidados, integrando-me nas equipas e reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais, adotando uma perspetiva de aprendiz. Foi essencial realizar pesquisa autónoma que me permitisse fundamentar uma prática baseada na evidência, atuando como dinamizadora da incorporação de conhecimento no contexto da prática de cuidados com os pares, promovendo assim ganhos em saúde.

Neste âmbito, desenvolvi vários planos de cuidados ao longo do estágio, sustentados numa avaliação rigorosa e sistemática, tendo em conta os instrumentos de medida vigentes, que permitissem quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela minha intervenção como EEER (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER], 2016). Assim, levei a cabo, em cada contexto de estágio, um estudo de caso que apresentei posteriormente em ambiente académico e que se encontram disponíveis em Apêndice 2 (estudo de caso hospitalar) e Apêndice 3 (estudo de caso comunitário).

Tive oportunidade de participar num congresso desenvolvido em contexto hospitalar e num Curso de Abordagem ao doente Respiratório (Apêndice 4 e Apêndice 5), que se enquadrava na temática da pessoa com patologia respiratória, representando este um momento de aprendizagem que me permitiu potenciar conhecimento científico. Foram apresentadas várias temáticas sobre o mais recente estado da arte, em ambiente multidisciplinar, potenciando a interação e divulgação de experiências e vivências. Enfatizo a participação de EEER, que partilharam a sua prática e ganhos obtidos com a intervenção na pessoa com IRC, o que beneficiou o meu processo de aprendizagem e a aquisição e consolidação de conhecimento.

Em contexto de ambulatório, inserido no estágio hospitalar, tive a oportunidade de acompanhar técnicos de cardiopneumologia, observando e participando na realização de estudos de função respiratória. Este momento constituiu uma valiosa oportunidade na aquisição de competências de interpretação destes exames, bem como a integração do processo que visa a obtenção dos dados oximétricos, gasimétricos, espirométricos e pletismográficos, prova de capacidade de difusão de monóxido de carbono, bem como prova de marcha de 6 minutos. Estas provas recomendadas pela *GOLD* são fundamentais para o diagnóstico de DPOC e seu estadiamento (*GOLD 2022*), constituindo este contexto de observação um complemento fundamental na interpretação dos dados e integração dos mesmos na intervenção à pessoa com IRC/DPOC.

No mesmo contexto de estágio, tive a oportunidade de assistir a consultas de enfermagem de IRC e patologia respiratória do sono, constituindo estas momentos chave na

aplicação de instrumentos de avaliação que permitiam guiar a intervenção, avaliando o impacto na qualidade de vida da pessoa, percepção sensorial da dispneia e gravidade sintomática. Estas ações permitiram direcionar a instrução de forma individualizada, dando ênfase às estratégias que permitem a capacitação na autogestão da dispneia, possibilitando assim ganhos em saúde e qualidade de vida.

Finalmente, pude levar a cabo atividade científica, contribuindo como agente ativo na partilha de conhecimento científico e no desenvolvimento da prática clínica especializada, numa área recente de intervenção do EEER. Desta forma, levei a cabo uma revisão de literatura subordinada ao tema “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com condições pós-COVID-19”. Este trabalho foi, posteriormente, apresentado em poster no *Webinar* “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência” (Apêndice 6 e Apêndice 7) e o seu resumo publicado em *ebook*. (ESEL, 2022)

A abordagem deste tema permitiu-me desenvolver conhecimentos na área da reabilitação respiratória, numa patologia pulmonar até então desconhecida. Além disso, apesar de se tratar de uma aprendizagem informal, a possibilidade de trabalhar enquanto enfermeira generalista em serviços dedicados ao tratamento de pessoas com COVID-19 (em âmbito de serviço de urgência, área de doentes respiratórios ou enfermagem de medicina interna, com âmbito de atuação de nível I e II [Penedo, 2013]), permitiu-me perspetivar a especialidade de reabilitação numa visão integrada. Este aspeto potenciou a aquisição de competências na gestão da pessoa com IRC, sustentada na abordagem, gestão e capacitação da pessoa em situação aguda, e permitindo a integração longitudinal e transversal do processo de dispneia e insuficiência respiratória.

## **2.2. Competências específicas do EEER**

Na sua essência, a Especialidade de Reabilitação pressupõe uma mudança de paradigma, guiando a ação numa perspetiva de adaptação perante as circunstâncias humanas que possam surgir. Trata-se de um interesse genuíno pela pessoa, sem a reduzir ao estado de doença, incapacidade ou características, considerando o percurso da sua existência e o que era previamente a sua individualidade e a interação com o seu núcleo familiar (Hesbeen, 2003, p. 35).

Os cuidados de EEER constituem uma área de intervenção especializada decorrente da integração de conhecimento científico e procedimentos específicos como resposta à necessidade de cuidado de enfermagem especializados em áreas emergentes. O cerne do cuidado é norteado pela manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, permitindo readquirir a funcionalidade, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades, dirigindo-se à pessoa em todas as fases do ciclo vital (OE, 2015)

Considerando a aquisição de competências específicas do EEER, segue-se a descrição de atividades desenvolvidas ao longo do estágio, estabelecidas em três domínios complementares. De acordo com a experiência encontrada em estágio, foi possível compreender que a intervenção do EEER não existe de forma isolada. Neste seguimento, numa abordagem dinâmica e abrangente da pessoa e família, as dimensões do cuidar, capacitar e maximizar podem estar interligadas e a sua descrição não será circunscrita ao longo de cada um dos próximos subcapítulos.

### **2.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

Este domínio contempla a necessidade de intervenção especializada que ocorre ao longo do ciclo de vida, em pessoas com limitação nas AVD resultante da sua condição de saúde, deficiência, restrição de atividade e participação, de forma permanente ou temporária. Nesse sentido, o EEER implementa e avalia planos de intervenção e programas especializados perspetivando a qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade (Ribeiro, 2021, p.13).

Tendo em conta o Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação o EEER *“Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.”* (Diário da República, 2019, p. 13566). Desta forma, a intervenção contempla a avaliação e diagnóstico dos domínios de intervenção, planeamento e implementação de intervenções e avaliação de resultados dos PR, através da aplicação do processo de enfermagem especializado em reabilitação.

A realização, sempre que possível, de uma entrevista inicial à pessoa e família permitiu a avaliação e diagnóstico adequados ao processo de adaptação à incapacidade, bem como a implementação de intervenções num PR individualizado e ajustado aos objetivos da pessoa, com aplicabilidade no processo de enfermagem especializada em reabilitação.

A concretização da avaliação e diagnóstico (MCEER, 2015) determina o planeamento e implementação do PR. Numa perspetiva inicial, a consulta metódica da história clínica da pessoa, que se encontra disponível em programa informático (SClínico), permite a observação de exames complementares de diagnóstico essenciais ao planeamento, nomeadamente, resultados analíticos e gasimétricos, telerradiografia do tórax e tomografia computadorizada, bem como a informação transmitida em passagens de turno. Da mesma forma, esta

informação prévia permite a identificação de possíveis contraindicações para a implementação do PR.

Numa primeira abordagem à pessoa alvo de cuidado, a avaliação de sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e dor) e oximetria periférica esclarecia a possibilidade de iniciar uma sessão de reabilitação. Além disso, a observação permitia a identificação de sinais de alteração da ventilação, tais como: ritmo, profundidade, amplitude da ventilação, simetria e mobilidade do tórax, deformidades e/ou utilização de músculos acessórios da ventilação, possibilitando verificar se existe compromisso ventilatório no momento. Complementarmente, a realização de auscultação pulmonar possibilitava a identificação do murmúrio vesicular presente bilateralmente e simetricamente, a existência de alterações do tempo expiratório e presença de ruídos adventícios. Assim, era possível planejar a intervenção de acordo com as alterações identificadas (Ribeiro, 2021). Como estudante de especialidade de enfermagem de reabilitação a auscultação pulmonar constituiu um desafio, na medida em que se trata de uma técnica que exige treino auditivo e tem uma curva de aprendizagem longa. Além disso, sendo uma técnica dependente da perícia de quem a realiza, os resultados e a sua interpretação tomam um carácter subjetivo que podia condicionar a minha avaliação.

Seguidamente, procedia à aplicação de instrumentos de avaliação (MCEER, 2016) de acordo com a área de intervenção (respiratória, motora, neurológica). Por exemplo, a utilização de instrumentos de avaliação que permitiam avaliar a qualidade de vida constituía uma fonte de conhecimento que permitia direccionar a intervenção no sentido do bem-estar, autoestima individual e reduzindo o impacto da doença nas AVD.

No âmbito da pessoa com patologia respiratória, os instrumentos de avaliação utilizados foram: Escala de Borg Modificada, mMRC, CAT, LCADL e Medida de Independência Funcional (MIF). Considerando a pessoa com compromisso neurológico, os instrumentos de avaliação utilizados foram: Escala de Barthel, Escala de Morse, escala de força muscular *Medical Research Council* (MRC), Escala Modificada Ashworth (Escala de avaliação do tônus muscular), Escala de Tinetti (escala de avaliação do equilíbrio), Escala de Borg Modificada e *Mini Mental State Examination* (MMSE). No âmbito da pessoa com patologia osteoarticular os instrumentos utilizados foram: MRC, Escala Tinetti, Barthel, MIF e Escala de Morse (MCEER, 2016).

Considerando que um projeto de saúde envolve o controlo das condições a longo prazo com subsequente mudança de comportamento, é possível pensar num ambiente terapêutico ou relação terapêutica estabelecida com o EEER durante a implementação do PR, em que a mudança no comportamento traduza um processo adaptativo, potenciando a capacitação, autonomia e empoderamento da pessoa. Assim, recorri a técnicas de avaliação da motivação, tendo por base evidência científica sobre esta temática, possibilitando direccionar e empoderar a pessoa nas suas motivações para realizar mudanças

comportamentais em benefício da sua própria saúde. Neste sentido, a perspectiva foi de orientação mais do que direção, numa “dança” comunicacional entre escuta e partilha de informação. É possível assim, o EEER intervir ativando a própria motivação da pessoa para a mudança e adesão ao PR (Rollnick, S.; Miller, W. & Butler, C., 2008). Apesar de se tratar de uma técnica que exige formação específica e perícia, a consulta de evidência científica sobre as técnicas comunicacionais utilizadas mostrou-se muito útil na identificação de motivações pessoais e potenciar a adesão ao PR.

Durante o estágio, a implementação de PR foi muitas vezes condicionada pela motivação da pessoa alvo de cuidados. Considerando a multiplicidade de dimensões que podem caracterizar a pessoa com patologia crónica, é possível direcionar a motivação para a intervenção nos âmbitos dos domínios definidos por Callista Roy (fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência). *“A entrevista motivacional é um estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos, com particular atenção à linguagem de mudança. Está desenhada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso face a um objetivo específico, estimulando e explorando as próprias razões da pessoa para mudar, em clima de aceitação e compaixão”* (William Miller e Stephen Rollnick, 2016, p. 47). A utilização de técnicas de avaliação da motivação permitiu em muitos momentos ganhos em saúde para a pessoa.

William Miller e Stephen Rollnick (2016), propõem um fio sequencial de fases que se materializam em ações no decorrer da intervenção: “ligar”, “focar”, “evocar” e “planear”. Descrevendo estas fases:

- Ligar: o processo no qual a díade pessoa/EEER estabelecem uma união com alicerce numa relação terapêutica, constituindo um pré-requisito para toda intervenção;
- Focar: o processo de ligação terapêutica conduz a um foco de uma agenda específica, a articulação entre os objetivos e expectativas da pessoa e a mudança e ganhos em saúde implícitos ao PR;
- Evocar: estabelecido um foco de objetivos, evocar envolve potenciar as próprias motivações da pessoa, recorrendo às suas ideias, interesses e sentimentos como motor para a participação e capacitação;
- Planear: inclui um compromisso com planeamento específico da ação, tratando-se de uma conversa sobre a ação, conduzida para uma escuta que potencia as próprias soluções da pessoa, promovendo a sua autonomia na tomada de decisão (William Miller e Stephen Rollnick, 2016, p. 47).

A intervenção do EEER, na sua multiplicidade de características, pode ter lugar tanto em contexto hospitalar como comunitário, pautando-se por diferentes realidades de intervenção que devem ser adaptáveis e flexíveis.

Tendo em conta a descrição dos contextos de estágio realizada anteriormente, é possível aferir que a população alvo de cuidado se caracterizava, maioritariamente, por

elevado grau de dependência, apresentando-se por diversas vezes com síndromes de imobilidade e alectuamento crónico, apresentado incapacidade para realizar e cumprir autonomamente as AVD. Desta forma, o contexto comunitário proporcionou condições para o desenvolvimento de competências no domínio do cuidar.

Neste seguimento, em contexto comunitário, tive ao meu cuidado uma pessoa do sexo feminino de 46 anos com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, totalmente dependente nas AVD (Barthel 10/Escala Morse 35). Apresentava diminuição da força muscular (MRC [MID 2/5; MSD 3/5; MIE 2/5; MSE 4/5]), alteração do equilíbrio estático e dinâmico, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nas bases e ferveores audíveis na primeira avaliação. Cumpria Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) noturno em modo *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) sem aporte de O<sub>2</sub> adicional e era portadora de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) para administração de alimentação, hidratação e terapêutica.

Perante esta avaliação, foram consideradas como principais focos de intervenção a reabilitação motora e respiratória.

O planeamento do PR incluía a RR e Reabilitação motora, fazendo parte desse planeamento os cuidadores (2 filhos e apoio domiciliário) no treino de AVD. A entrevista inicial incluiu os filhos e a pessoa, as suas preocupações e dificuldades nos cuidados, expectativas e ajuste de objetivos. Tratando-se de uma intervenção no âmbito paliativo, o cerne da intervenção manteve-se na promoção da qualidade de vida, considerando o seu desconforto e sintomas. Chin e Booth, em 2016, referem que a dispneia é um sintoma comum e importante, que afeta pessoas com vários tipos de doenças. Além disso, relatam que a melhor evidência na gestão da dispneia recomenda abordagens farmacológicas e não farmacológicas, com evidência derivada de ensaios randomizados controlados em âmbito de equipas de apoio multidisciplinares, que englobem uma primeira intervenção focada na abordagem holística que considere a história clínica, exame objetivo e possíveis causas reversíveis para a dispneia (Chin e Booth, 2016). Tem sido reconhecido que uma avaliação do componente emocional da dispneia é imperativa, uma vez que esta é influenciada por processos psicológicos e é provável que os estados afetivos contribuam para a gravidade percebida pela pessoa (De Peuter, 2004).

Durante a primeira intervenção, pude perceber que a musicoterapia poderia ser uma ferramenta útil no estabelecimento de um ambiente tranquilo, sereno e confortável. Vários autores demonstraram que o uso de música na intervenção de reabilitação potencia o bem-estar da pessoa, melhora a função motora e desencadeia uma ativação motora, visual/Espacial e verbal coordenada, constituindo uma intervenção adjuvante de baixo custo e com potenciais ganhos em saúde (Davies et al 2021, Kogutec et al 2016, Antonietti 2009). Desta forma, todas as sessões foram iniciadas com musicoterapia, favorecendo o relaxamento e o envolvimento da pessoa, particularmente nas intervenções com recurso TCC, como imaginação guiada e atenção plena (*mindfulness*).

A sessão principiava com consciencialização respiratória e dissociação dos tempos respiratórios de olhos fechados e direção do pensamento para a imaginação, potenciando a concentração e o relaxamento. Inicialmente, não existiu um planeamento de ciclos e repetições, procurando conhecer a pessoa e qual a sua disponibilidade para as sessões que iríamos desenvolver posteriormente. Ao longo das sessões, o PR incluía ainda a reeducação diafragmática (RD), reeducação costal inferior bilateral e reeducação costal seletiva bilateral, com monitorização de oximetria periférica como *biofeedback* positivo ao longo da sessão. No âmbito da reabilitação motora, realizei exercícios de amplitude de movimento ativos assistidos de todos os segmentos dos membros superiores e membros inferiores (potenciando a contração muscular isotónica), passando progressivamente para rotação controlada da anca assistida, treino de ponte no leito, rolar no leito e treino de equilíbrio estático sentado.

Um estudo recente de 2023, realizado por Barbosa et al, em pessoas com DPOC com o objetivo de avaliar o impacto de técnicas respiratórias, guiadas por *biofeedback*, no *outcome* clínico e funcional, demonstrou que estas medidas resultaram na promoção de resultados positivos na dispneia, ansiedade, depressão e na qualidade de vida relacionada com saúde, bem como ganhos na força muscular respiratória e *performance* funcional no dia-a-dia (Barbosa et al 2023). Estes dados, permitiram-me sustentar a robustez da prática no potencial de resultados atingíveis com recurso a *biofeedback* com base na variação positiva da oximetria periférica.

Uma das preocupações dos cuidadores era a transferência para cadeira de rodas e/ou cadeira higiénica e o medo inerente de queda, uma vez que tal já tinha acontecido previamente. Perante isto, a intervenção de reabilitação motora foi progressiva, com enfoque na transição da posição de decúbito para sentado, treino de equilíbrio estático e capacitação dos cuidadores para a transferência.

A implementação de um estímulo externo (musicoterapia) favoreceu o desenvolvimento de estratégias de adaptação à sua condição de saúde, potenciou a sensação de bem-estar ao longo das sessões e forneceu ferramentas para autogestão, a par do envolvimento dos cuidadores neste processo.

Neste caso particular, a musicoterapia obteve um enfoque particular, reforçado por um estudo de 2017 em que se concluiu que esta apresenta eficácia na reabilitação de pessoas com patologia neurológica. O seu impacto tem por base mecanismos de ativação neuronal, neuroplasticidade; ativação de redes e recompensa, excitação e emoção; e criação de vias alternativas de comunicação neuronal, levando a benefícios na reabilitação motora, cognição, humor e qualidade de vida global (Sihvonen, et al, 2017), benefícios esses que pude observar e testemunhar na minha prática.

Ao longo das sessões foi ainda possível validar e consolidar ensinamentos relativamente à utilização e manutenção do dispositivo de ventilação não invasiva aos cuidadores. No decorrer do período de prestação de cuidados, considerou-se, em reunião de equipa multidisciplinar,

que uma vez que a pessoa não tinha capacidade ventilatória ou muscular para realização de ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), nomeadamente treino tosse assistida, a implementação de cuidados com utilização de *cough assist* como dispositivo acessório poderia ser benéfica para a mesma. Este aspeto, sedimenta-se sabendo que o uso de *cough assist* como forma de clearance das vias aéreas em pessoas com patologia neuromuscular é essencial para forçar o mecanismo de tosse e mantê-lo acima do fluxo mínimo necessário para evitar a estase de secreções que desencadeiam processos inflamatórios que podem desencadear infeções e insuficiência respiratória (Homnick, 2007).

No mesmo sentido, foram instruídos os cuidadores relativamente ao correto posicionamento no leito e importância de alternância de decúbitos como drenagem postural modificada, beneficiando os mecanismos de *clearance* das vias aéreas.

Em contexto hospitalar, destaco o exemplo de uma pessoa do sexo masculino de 38 anos, que foi admitida com hipótese diagnóstica de asma agudizada em contexto de pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória tipo 1. Previamente ao contacto, analisei o processo clínico disponível em sistema informático. Consultei a telerradiografia do tórax que apresentava horizontalização dos arcos costais e hipotransparência da base à direita, os resultados analíticos que apresentavam melhoria dos parâmetros inflamatórios e a gasimetria que revelava hipoxémia sob aporte de O<sub>2</sub> adicional por óculos nasais a 3L/min. Este encontrava-se sob antibioterapia empírica há 4 dias, bem como sob esquema de inaloterapia.

Na abordagem à pessoa, realizei a avaliação dos sinais vitais preconizada, avalei a oximetria periférica que era de 97% sob oxigenoterapia conforme descrito previamente. Na primeira observação, verifiquei que a respiração não apresentava alteração de ritmo, o tórax apresentava expansibilidade bilateral simétrica, não tendo sinais evidentes de dificuldade respiratória em repouso. Apresentou acessos de tosse produtiva pouco eficazes, expelindo secreções pontualmente. Na auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído na base direita, presença de sibilos e roncos dispersos bilateralmente e ferveores também à direita.

Foram aplicadas as seguintes escalas de avaliação: escala de Braden 23 (baixo risco de úlcera por pressão), escala de Barthel 80 (dependência moderada), escala de Morse 35 (baixo risco de queda), escala de Borg Modificada 3/10, escala mMRC 1/4 e a LCADL sem alterações classificando que a sensação de falta de ar não afetava as suas AVD.

Em análise conjunta com a pessoa sobre fatores precipitantes e fatores de alívio de sintomas prévio ao internamento, a mesma revelou que não cumpria o esquema de inaloterapia domiciliária uma vez que desvalorizava a sintomatologia e apresentava períodos assintomáticos, acabando por não ter adesão terapêutica, mesmo em situações de exercício físico.

Desta forma, implementei um PRR focado nas necessidades da pessoa, dando enfoque à RFR (consciencialização respiratória como técnica de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática com lábios semicerrados e reeducação costal inferior seletiva à direita - 5 repetições/dois ciclos); CATR; e estratégias motivacionais de cumprimento do regime terapêutico (como instrução na técnica de inaloterapia, esclarecimento relativo ao risco do incumprimento terapêutico potenciador da sensação de dispneia, especialmente em momentos de esforço como realização de atividade física).

No fim da primeira sessão, demonstrou capacidade para a expulsão de secreções, com diminuição dos acessos de tosse.

No momento da alta, com enfoque específico no cumprimento terapêutico, foi entregue um folheto informativo disponível no serviço sobre inaloterapia, com reforço do ensino realizado e demonstração da técnica correta realizada pelo próprio, tendo sido garantida a continuidade dos cuidados iniciados em internamento com encaminhamento para consulta de enfermagem no hospital de dia de pneumologia.

A implementação de um PR, com particular destaque para o treino de exercício físico, constitui uma ferramenta com benefício comprovado em diversas patologias respiratórias crónicas. Um estudo de Feng em 2021 destacou que no caso particularmente de pessoas com asma, este PR proporciona um incremento na qualidade de vida, a tolerância ao exercício e a função pulmonar, devendo ser considerado sistematicamente como uma ferramenta terapêutica suplementar (Feng, 2021).

### **2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

Segundo o Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER *“Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.”* (Diário da República, 2019, p. 13567). Nesta medida, a incapacidade inerente à patologia crónica, bem como as limitações física, emocional e psicossocial ligadas à dispneia, tornam evidente o impacto do desenvolvimento de planos de intervenção que visem a sua autogestão.

Considerando o tema do projeto a que me propus, a DGS (2009) estabelece direções técnicas que me orientaram na seleção de pessoas alvo para a aplicabilidade de reabilitação respiratória no contexto da capacitação para a autogestão da dispneia em IRC.

A dispneia é um sintoma prevalente e comum nas pessoas com DPOC, com consequências funcionais e compromisso da capacidade de exercício. A par das medidas farmacológicas, as não farmacológicas como reabilitação respiratória e educação para a autogestão, são meios efetivos para atingir o controlo desejado (Hanania & O'Donnell 2019).

Neste sentido, o modelo “*Breathing, Thinking, Functioning*” introduz os três aspetos chave do ciclo da dispneia: respiração ineficaz, sensação de ansiedade e stress e descondicionamento muscular, que se encontram interligados e se perpetuam entre si em contexto de emoções ou comportamentos deletérios. Com base neste modelo, é possível criar categorias de intervenções para reduzir o sintoma, com enfoque na necessidade de estratégias multifatoriais (Spathis et al, 2017). O uso de estratégias de TCC e de autogestão, reabilitação respiratória, RFR e técnicas de posicionamento e conservação de energia é comprovadamente benéfico na abordagem da pessoa com dispneia (Chin & Booth, 2016; Pyszora & Lewko 2022). Assim, a implementação de estratégias que quebrem este ciclo traduz-se em estímulos que irão desencadear comportamentos adaptativos para a pessoa.

O ambiente hospitalar proporcionou a abordagem à pessoa com patologia respiratória crónica agudizada, sedimentando o conhecimento teórico que tinha desenvolvido academicamente. A aquisição desta competência específica do EEER foi possível através do planeamento e implementação de PR com treino de AVD promovendo a adaptação à incapacidade cardiorrespiratória e motora, maximizando a qualidade de vida e autonomia. O planeamento da alta era previsto desde o início do internamento, contemplando assim nos PR o regresso ao domicílio e a articulação com unidades de saúde da área de residência que dessem continuidade aos cuidados. Para além disso, destaco também a articulação com o hospital de dia de Pneumologia, que permitia o seguimento em consulta de enfermagem de IRC, tratando-se também de um trabalho desenvolvido por EEER.

Por sua vez, em ambiente comunitário perspetivei a implementação de PR ao longo de um período maior, comparativamente com o tempo de internamento da pessoa em contexto hospitalar. Assim, tive a oportunidade de planear cuidados que contemplassem a acessibilidade e participação social, potenciando a inclusão, identificando eventuais barreiras arquitetónicas e promovendo a eliminação das mesmas, nomeadamente, tapetes e móveis que dificultassem a deslocação, reduzindo o risco de eventos adversos.

Neste seguimento, tive ao meu cuidado uma pessoa do sexo feminino com 50 anos de idade diagnosticada previamente com DPOC, a cumprir oxigenoterapia de longa duração (OLD) no domicílio, internada em contexto de exacerbação infecciosa. Comecei por consultar o processo clínico onde verifiquei que se tratava de uma pessoa com sintomas descontrolados e com idas recorrentes ao serviço de urgência por exacerbação da patologia de base, classificada como GOLD 3D (GOLD, 2022). Numa primeira análise, observei a telerradiografia de tórax que apresentava hiperinsuflação dos campos pulmonares com imagem de condensação na base direita; e posteriormente realizei auscultação pulmonar que revelou

murmúrio vesicular diminuído com fervores na base direita e roncos dispersos. Analiticamente apresentava elevação de parâmetros inflamatórios e gasimetricamente sob OLD apresentava insuficiência respiratória tipo 2 com acidose respiratória compensada (pH 7,33; pO<sub>2</sub> 50 mmHg; pCO<sub>2</sub> 60; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 31meq/L; Lactato 2,5 mmol/L). A avaliação dos dados clínicos que constavam no processo disponível em sistema informático permitiram-me confirmar os diagnósticos clínicos e validar a estabilidade necessária para a implementação do PR. Seguiu-se o planeamento de cuidados que dependia da observação e avaliação iniciais realizadas com recurso a instrumentos de medida ajustados que permitiam quantificar e qualificar sintomas subjetivos. Na primeira avaliação, apresentava parâmetros vitais estáveis e oximetria periférica, sob O<sub>2</sub> a 4 L/min, de 88%. A aplicação das escalas de avaliação pertinentes revelou uma pessoa parcialmente dependente nas AVD (Barthel 65/Escala Morse 60), sem alteração da força muscular nos membros (MRC [MID 5/5; MSD 5/5; MIE 5/5; MSE 5/5]) e sem alteração do equilíbrio estático e dinâmico. A escala de Borg Modificada era de 6/10. Através da aplicação do instrumento de medida LCADL (Pitta, et al, 2008) foi possível qualificar que a sensação de dispneia impactava as AVD, nomeadamente os cuidados de higiene, atividades domésticas, atividade física e no âmbito do lazer, a interação social também estava comprometida pelo sintoma, que segundo a mesma, a prejudicava muito nas atividades do seu dia-a-dia.

Assim, neste exemplo demonstro a aplicabilidade do tema proposto. O PRR incluiu RFR com recurso à técnica de *biofeedback*, o que constituiu um fator motivacional durante a intervenção, potenciando a consciência da respiração e a capacitação para a autogestão da dispneia durante a reeducação no esforço. A adaptação com recurso a técnicas de autogestão da dispneia está associada a melhoria da qualidade de vida relacionada com saúde e da sensação de dispneia e leva a uma redução da mortalidade global e relacionada com patologia respiratória e das admissões hospitalares (Zwerink, et al, 2014). O planeamento da sessão foi realizado após a entrevista inicial onde consegui perceber quais eram as suas maiores limitações diárias e aquelas que eram mais relevantes para a preservação da sua autoestima, capacitação e empoderamento, numa estratégia motivacional.

Tendo em conta os conceitos de PR e PRR descritos previamente pela *ATS/European Respiratory Society* (ERS) (2014) e a *British Thoracic Society* (2013), em contexto hospitalar não foi possível desenvolver PR e PRR que cumprissem pelo menos 6 semanas de duração tendo em conta o tempo de internamento, no entanto o número de sessões e a totalidade das mesmas foi respeitada (2 a 3 sessões por semana num total de 12 sessões).

A sessão planeada iniciava com correção postural potenciando a capacidade ventilatória, consciencialização respiratória e dissociação dos tempos respiratórios, habitualmente de olhos fechados e com recurso a imaginação guiada como forma de a remeter para o momento presente de forma simples e apaziguadora, excluindo estímulos externos e potenciando a concentração e estabilização emocional. A realização deste

exercício em ambiente hospitalar nem sempre era possível, considerando o ambiente e a presença constante das rotinas diárias de enfermagem. Iniciava o PR com dois ciclos de cinco repetições de diversos exercícios: consciencialização respiratória, dissociação dos tempos respiratórios, RFR com RD com lábios semicerrados com expiração forçada, abertura da grelha costal global e flexão coxofemoral, acrescentando assim resistência e treino muscular com recurso à gravidade. A utilização da pedaleira foi útil na preparação para a progressão do treino de marcha, contemplando um treino aeróbio com resistência.

A RFR promove melhorias na função respiratória, com ganhos em saúde em termos de melhoria dos mecanismos de clearance brônquico, promoção da tosse e eliminação de secreções, melhoria da dispneia, com resultados objetiváveis em termos de gasimetria arterial, saturação periférica de oxigénio, provas de função respiratória e auscultação pulmonar (Dias, 2022).

O número de ciclos e repetições foram aumentando ao longo das sessões ou ajustados quando necessário. A realização destas técnicas acontecia com monitorização de oximetria periférica como *biofeedback* positivo, evidenciando a subida dos valores de oximetria periférica, o que se mostrou um fator de relevância para a motivação da pessoa, através da tradução imediata de melhoria. Na DPOC, o uso da técnica de expiração com os lábios semicerrados tem evidência na melhoria da dispneia, ao criar um efeito de pressão expiratória final positiva com minimização do colapso das vias aéreas e redução do espaço morto, por permitir uma expiração mais prolongada e completa (Pyszora & Lewko 2022).

As técnicas de *clearance* da via aérea diminuem a dispneia e a necessidade de uso de assistência ventilatória, com impacto na redução da demora média de internamento em pessoas com DPOC (Pyszora & Lewko 2022). Sustentada numa prática baseada em evidência, a implementação de CATR fez parte do PR, bem como o ensino da técnica de tosse assistida, que passou a ser reproduzida pela pessoa autonomamente. Assim, a implementação de CATR melhora sintomas e qualidade de vida relacionada com saúde, reduzindo também a frequência de exacerbação em doentes com bronquiectasias. A par da RR, as técnicas de clearance são chave na autogestão da patologia (O'Neill, et al, 2019), melhorando a capacidade de expelir secreções e consequentemente a função pulmonar, sintomas e qualidade de vida relacionada com saúde (Lee, et al, 2015).

Segundo Wingårdh et al (2020), um PR de 2 semanas de treino de técnicas de conservação de energia reduz de forma eficaz a energia despendida nas AVD em pessoas com DPOC sintomática, sem aumentar o tempo de execução das tarefas. Além disso, permite executar a tarefa com menor grau de dessaturação periférica e menos dispneia (Wingårdh et al, 2020). Assim, após cinco dias de RFR foi iniciada a reeducação no esforço, com treino de marcha e treino de AVD.

O treino de marcha era realizado no corredor do serviço com aporte suplementar de oxigénio ajustado ao esforço. Relativamente ao treino de AVD, a realização do autocuidado

de higiene autonomamente com reeducação no esforço foi uma das suas conquistas, adquirindo capacidade para realização de higiene no chuveiro, sentada num banco de apoio e cumprindo um dos seus objetivos iniciais: lavar o cabelo autonomamente. Da mesma forma, foi realizado ensino relativamente à gestão do esforço com técnicas de conservação de energia, nomeadamente, ajustando o mesmo para o momento da expiração, bem como o planeamento das pausas durante a realização de tarefas com maior gasto energético. Em relação à marcha, gradualmente a distância percorrida foi aumentando (de 2 metros para 20 metros). No entanto só foi possível fazer treino de subir e descer escadas num lance de 6 degraus pela limitação decorrente do cansaço e dispneia. Apesar disso, esta limitação de treino não se traduzia numa verdadeira incapacidade nas AVD, uma vez que residia num 2º andar com elevador e as únicas escadas que teria de subir seriam as do patamar inicial do prédio.

Tendo este exemplo em conta, é notório o impacto do PR na capacitação para a autogestão da dispneia através da potenciação do desenvolvimento de estratégias adaptativas na pessoa, melhorando diretamente a sua qualidade de vida e a forma como se responsabiliza pelo seu projeto de saúde. A avaliação da motivação da pessoa permitiu dirigir a intervenção numa ótica empoderadora da mesma e dos seus interesses, valorizando a sua individualidade, considerando o seu conhecimento sobre o processo de doença como alavanca para a capacitação das suas ações e integração das estratégias adquiridas.

Implementei também um PR numa pessoa do sexo masculino de 62 anos, previamente autónoma, com história prévia de cirurgia cardíaca há 30 dias com substituição valvular mitral com prótese mecânica, internada com diagnóstico de pneumonia por *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* com insuficiência respiratória tipo 1 a necessitar de oxigenoterapia suplementar.

Neste caso concreto, a pessoa tinha cumprido PR no contexto cirúrgico, o que se mostrou facilitador, na medida em que o conhecimento sobre RFR estava subjacente. Considerando que se tratava de uma pessoa em isolamento de via aérea, a utilização de equipamentos de proteção individual constituiu uma barreira comunicacional o que poderia ter dificultado a entrevista inicial e a explicação do PR. No entanto, o facto de já ter tido contato com EEER tornou a interação mais dinâmica na entrevista inicial e a motivação para o PR esteve presente desde o início. Neste caso, o principal sintoma era a dispneia a pequenos esforços (escala de Borg modificada de 6) e a sensação de ansiedade. Tratando-se de um espaço físico restrito, a intervenção decorria no quarto o que aumentava a sua sensação de incapacidade e ansiedade. No início da sessão foi primordial a utilização de técnica de relaxamento com correção postural no leito, consciencialização respiratória, dissociação dos tempos respiratórios, de olhos fechados e recurso a imaginação guiada. A sensação de bem-estar desencadeada por estes exercícios era essencial para a restante prática. Seguiram-se sessões de intervenção com RD com lábios semicerrados com expiração forçada, abertura

da grelha costal global e flexão coxofemoral. O número de ciclos e repetições foram aumentando ao longo das sessões ou ajustados quando necessário. Seguiu-se treino de marcha no espaço disponível com aporte de O<sub>2</sub> titulado para o esforço segundo valores de oximetria periférica instantâneos, exercícios de flexão coxofemoral em posição ortostática, bem como reeducação do esforço, técnicas de conservação de energia e treino de AVD durante o autocuidado de higiene. No decorrer das sessões, a monitorização de oximetria periférica permitiu um *biofeedback* positivo. Após 7 dias de intervenção, a caracterização da sensação de dispneia com recurso a escala de Borg modifica foi de 2. Além disso, verificou-se melhoria na sensação de ansiedade. Considerando os estímulos externos implementados, a adaptação aos sintomas foi eficiente o que se traduziu numa alteração de comportamento com capacitação para a autogestão da dispneia.

Assim, comprovei que, tal como descrito na literatura, um PRR desenhado individualmente melhora sintomas crónicos e reduz as complicações da COVID-19 na população com doença respiratória. Particularmente, as técnicas de conservação de energia são fundamentais na adesão de pessoas com COVID-19 a programas de reabilitação respiratória, com impacto no desenvolvimento de síndromes de fadiga pós-COVID-19 e redução da ansiedade e depressão associadas (Dixit, et al, 2021), sublinhando o papel do EEER na prevenção destas complicações crónicas associadas à doença.

A reabilitação pós-AVC deve ocorrer em equipa multidisciplinar, com participação ativa do EEER (Winstein, et al, 2016). O EEER representa um papel fundamental na perspetiva holística do processo de prestação de cuidados. Além disso, foca-se na pessoa como um todo, providenciando continuidade e integridade no processo de reabilitação. Os enfermeiros são os profissionais na primeira linha dos cuidados e responsáveis pela reeducação dos pacientes e pela aplicação de um plano de ação (Miller, et al, 2010).

Neste sentido, descrevo o caso de uma pessoa do sexo feminino com 63 anos, que residia com o esposo numa moradia térrea com espaço exterior onde previamente realizava jardinagem. Na sequência de um AVC isquémico, apresentava sequela de hemiparesia direita de predomínio braquial. Desta forma, tinha indicação para implementação de um PR com o objetivo de a capacitar para a gestão da incapacidade.

Na primeira abordagem à pessoa realizei uma avaliação inicial com enfoque na avaliação neurológica (linguagem, avaliação dos pares cranianos, sensibilidade tátil, algica, propriocetiva e térmica, dismetria – prova dedo-nariz e calcanhar-joelho), avaliação da força muscular através da MRC (diminuída no membro superior direito, grau 3/5; agravamento distal com pronação da mão), manutenção do tônus muscular (0/4 segundo escala de Ashworth), sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico (16/16 segundo escala de Tinetti).

Posteriormente realizei um PR direcionado ao ganho de força muscular através da implementação de exercícios isotónicos e isométricos do membro superior direito, exercícios de mobilização ativa assistida de todos os segmentos do membro superior direito

(flexão/extensão, adução/ abdução e oponência dos dedos da mão; flexão/extensão do punho; desvio radial/cubital; supinação/pronação do antebraço; flexão/extensão do braço; rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão e circundação do ombro); exercícios de mobilização ativa resistida com utilização de garrafas de água de meio litro (numa fase posterior); exercício de indução de restrição do membro superior esquerdo e de indução do movimento do membro superior direito através de objetos e de realização de momentos de jardinagem como estimulação da motricidade fina.

A jardinagem era um interesse prévio, pelo que representou um fator motivacional durante as sessões. Assim, tornou-se facilitador realizar o treino de força muscular, optando por sessões adaptadas ao ambiente exterior. Foi evidente que recorrer aos interesses pessoais e às suas motivações individuais potenciou a capacitação da mesma para a realização de tarefas, o que neste estágio da patologia não lhe era possível sem o apoio de terceiros, recorrendo ao esposo para a realização das mesmas.

Apesar do estágio ter terminado no decorrer do PR e a sua continuidade ter sido assegurada pela enfermeira orientadora, na última avaliação que realizei, ao fim de 3 semanas, foi notório o ganho de força muscular no membro superior direito (4/5 segundo escala MRC) com capacidade de preensão dos utensílios autonomamente.

Ainda no que respeita ao domínio da capacitação, tive a oportunidade de apresentar dois estudos de caso que constam em apêndice 2 e 3.

O exercício físico como parte do PR pós-AVC é fundamental no retorno às AVD por permitir a recuperação da função muscular (Lee, 2022). A reabilitação pós-AVC desempenha um papel na recuperação da pessoa, com reativação neuronal e estimulação do movimento. Desta forma, apresenta benefícios na contração e força musculares, na dor crónica no membro afetado e melhora a qualidade de vida (Huang, 2022).

Assim, a intervenção comunitária como forma de continuação dos cuidados de fase aguda hospitalares é fundamental no restauro da funcionalidade e na inclusão social da pessoa.

### **2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

De acordo com a o Regulamento das Competências Específicas do EEER, o domínio desta competência contempla a intervenção na pessoa *“no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal”* (Diário da República, 2019, p. 13567).

A RR é uma parte integral no plano de cuidados das pessoas com DPOC, no âmbito de uma intervenção não farmacológica, treino de exercício físico e educação para a saúde. A

gestão de sintomas, melhoria da qualidade de vida, melhoria da funcionalidade e saúde psicológica são alguns dos seus resultados positivos. Pessoas que cumpram um PRR após internamento por exacerbação aguda apresentam menor risco de readmissão hospitalar e de mortalidade. Além disso, técnicas de *coaching* também parecem ser úteis na melhoria da capacidade para a realização de atividade física (Pyszora & Lewko 2022).

Considerando o desenvolvimento desta competência, em contexto hospitalar, tive a oportunidade intervir numa pessoa do sexo masculino, 50 anos, diagnosticado recentemente com DPOC estágio GOLD 2B (GOLD 2022). Na primeira avaliação, apresentava-se com parâmetros vitais estáveis e oximetria periférica em ar ambiente de 91%, independente nas AVD (Barthel 90/Escala Morse 55), sem alteração da força muscular nos membros (MRC [MID 5/5; MSD 5/5; MIE 5/5; MSE 5/5]) e sem alteração do equilíbrio estático e dinâmico. A sensação de dispneia em repouso, medida através da escala de Borg Modificada, era de 6/10.

Na entrevista inicial aferi que era professor, por esse motivo em contexto pandémico, passou a exercer funções em teletrabalho o que o impediu de identificar o agravamento de sintomas atempadamente, especificamente, a sensação de dispneia a médios esforços. Quando regressou à atividade laboral, tomou consciência de que a distância do seu domicílio à instituição onde trabalhava (cerca de 1km), para a qual se deslocava numa caminhada constante e sem paragens, passou a ser difícil de cumprir. Descrevia a necessidade de parar a marcha cerca de 10 vezes, condicionado por sensação de dispneia. Durante o internamento, no decorrer da entrevista, percebi que durante as aulas também necessitava de pausas no discurso pelo mesmo motivo, ocupando os alunos com exercícios que lhe permitissem recuperar, sendo que essa era a limitação diária que mais o preocupava. O planeamento e implementação do PR foi progressivo, incluindo RFR, mas com maior enfoque na reeducação no esforço, técnicas de conservação de energia e treino de exercício físico. O treino de exercício isolado ou como parte de um PR é benéfico na gestão da fadiga e as técnicas de conservação de energia permitiram um menor nível de dessaturação periférica no esforço e de gasto energético (Pyszora & Lewko 2022).

A utilização da TCC de imaginação guiada foi essencial para manter a concentração nos momentos de pausa, o que gradualmente se traduziu em momentos cada vez mais curtos e com uma recuperação ao esforço mais eficiente. A implementação da técnica de *mindfulness* trouxe benefício durante a implementação do PR, traduzindo-se numa estratégia que poderia utilizar no seu dia-a-dia, uma vez que o controlo da ansiedade proporcionava uma maior sensação de autocontrolo da sensação de dispneia potenciando assim a autogestão do sintoma. Através da implementação do instrumento de avaliação LCADL, objetivou-se um incremento na qualidade de vida. Numa avaliação inicial, apresentava impacto significativo nas AVD, descrevendo uma sensação grave de dispneia ao desempenhar cuidados de higiene, atividades domésticas e atividade física e no âmbito do lazer, bem como ao manter interação social, qualificando-se como uma pessoa com pouca qualidade de vida. No

momento da alta, após instrução de técnicas de conservação de energia e reeducação no esforço durante o treino de AVD, registou-se uma melhoria nessa escala.

A dispneia grave pode estar associada a níveis elevados de ansiedade. Técnicas de TCC e de *mindfulness* parecem levar a uma melhoria clínica significativa nos sintomas de ansiedade e depressão (Pyszora & Lewko 2022). Num estudo de Tan et al de 2019, demonstrou-se que uma sessão única de 20 minutos de respiração em atenção plena era eficaz na redução da dispneia em doentes com neoplasia do pulmão, asma e DPOC.

A atenção plena (*mindfulness*) envolve um foco intencional de atenção no momento presente, sem reatividade a estímulos externos. Está comprovado que esta melhora o stress, ansiedade e depressão, com efeitos positivos na qualidade do sono (Tan et al, 2019). O seu treino inclui uma breve explicação dos conceitos e práticas associados, seguidos de uma sessão de respiração guiada, em que as pessoas são instruídas a relaxar o seu corpo, fechar os olhos e focar a sua atenção na respiração (Tan et al, 2019). Em algumas pessoas, imaginar o percurso do ar através da faringe, laringe, traqueia, brônquios e pulmões, à medida que ganham consciência dos movimentos corporais no abdómen inferior, facilita a autogestão da dispneia. Algumas pessoas relatam agravamento do sintoma ao focarem a sua atenção no tórax, mas o uso do *mindfulness* não ficou condicionado, uma vez que o foco em qualquer outra parte do corpo se mostrou igualmente benéfico (Malpass, Feder & Dodd, 2018)

Para esta pessoa em particular, a reeducação no esforço e as técnicas de conservação de energia foram essenciais para o planeamento do esforço na sua atividade laboral, bem como na sua qualidade de vida, empoderamento e autoestima. Foi também possível implementar treinos de resistência com utilização de pesos de 0,5 kg nos membros superiores, pedaleira para os membros inferiores e posteriormente treino de marcha com aumento de distância progressiva, bem como treino de subir e descer escadas (cerca de 2 lanços de escadas com 10 degraus). A ansiedade e medo iniciais da sensação de dispneia foi substituído pela tranquilidade de saber que técnicas poderia utilizar para maximizar a ventilação e potenciar as suas aptidões. A implementação deste PR permitiu a adaptação nos domínios fisiológico, autoconceito e função do papel definidos por Callista Roy.

A RR consiste numa intervenção abrangente que inclui, mas não se restringe ao treino de exercício, educação da díade pessoa/cuidadores, intervenções de autogestão da patologia crónica e alteração de comportamento, otimização terapêutica, apoio psicossocial, com a premissa de melhorar a saúde física e psicológica da pessoa (GOLD, 2022). Um PR com treino aeróbico de 30 minutos combinado com alongamento de músculos respiratórios teve um impacto na melhoria nos volumes e capacidade pulmonar, melhorando a capacidade funcional de exercício em pessoas com DPOC moderada a severa. Isto levou a uma redução na dispneia com melhoria da capacidade funcional global (Wada, et al, 2016). Assim, foi essencial instruir sobre o benefício de manter o treino de exercício no seu dia-a-dia após a alta, constituindo um instrumento terapêutico que maximiza a funcionalidade.

Tive ainda oportunidade de estabelecer um PR a uma pessoa do sexo masculino de 76 anos, com alteração motora secundária a artroplastia do joelho esquerdo. Trava-se de uma pessoa previamente autónoma, que residia com a esposa num 4º andar de um prédio com elevador. Tinha ainda uma segunda habitação em ambiente rural, com terreno agrícola, onde trabalhava informalmente com produção para consumo próprio.

Na primeira sessão foi perceptível que a sua motivação para a adesão ao PR tinha por base a possibilidade de voltar a ser autónomo na condução e de assumir novamente um papel ativo nas AVD e na gestão agrícola, sendo que até ao momento tinha delegado a mesma nos filhos.

Previamente, em contexto hospitalar, tinha sido iniciado um PR. Desta forma, foi necessário avaliar o conhecimento relativamente às complicações possíveis e prevenção das mesmas. Após validar conhecimento, foi dado enfoque aos exercícios de fortalecimento muscular com avaliação prévia da escala de força muscular MRC (4/5 no membro inferior esquerdo, sem alteração nos demais) e com visível alteração da amplitude articular do mesmo membro. Foi essencial assegurar que a roupa e o calçado utilizados durante as sessões eram os adequados, bem como remover tapetes para a realização de treino de marcha com canadiana.

O PR consistiu na realização de 3 séries com 5 repetições de exercícios que incluíram: mobilização ativa assistida de todos os segmentos do membro inferior esquerdo e de exercícios musculares isométricos para fortalecimento dos músculos flexores do joelho na posição de sentado, com flexão/extensão do joelho através da aplicação de resistência. A continuidade dos cuidados era garantida pela esposa, que o acompanhava na repetição dos exercícios, após instrução, tornando-se um polo da díade alvo de intervenção/cuidados e assegurando a prevenção de complicações.

Com a continuidade das sessões, verifiquei uma melhoria na força muscular através da reavaliação da escala MRC (5/5 no membro inferior esquerdo), tendo retomado as suas atividades junto dos filhos e recuperando autonomia na condução.

O *outcome* funcional a longo prazo das pessoas submetidas a artroplastia do joelho depende das intervenções de reabilitação implementadas na fase subaguda. Estas devem focar-se no fortalecimento muscular e exercícios funcionais, com enfoque particular na recuperação da força muscular a nível do quadríceps e conseqüente independência nas AVD, normalização da marcha, redução da dor e retorno à autonomia (Mistry, 2016). A manutenção do PR no período pós alta hospitalar, com enfoque nas intervenções do EEER, é fundamental e permite assegurar que estes pressupostos são cumpridos.

### 3. ANÁLISE DO PERCURSO

A realização do estágio, bem como a elaboração do presente relatório, reflete o percurso de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, sustentado numa prática baseada na evidência e na reflexão crítica diária. De forma a avaliar este percurso, opto por efetuar uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), sistematizando a minha reflexão crítica do percurso.

- *Strengths* (Forças)

No percurso académico desenvolvido e na experiência vivida em estágio evidencio como uma força a dedicação que pautou o caminho, privilegiando o desenvolvimento e aquisição de conhecimento que me sustentou numa prática baseada na evidência.

Da mesma forma, foi primordial o planeamento de atividades em função desse conhecimento para implementar PR com ganhos para a pessoa alvo de cuidado. Foi essencial estabelecer estratégias que se adaptaram aos diferentes contextos de estágio (hospitalar/comunitário) recorrendo à evidência e às motivações individuais da pessoa, tendo em vista objetivos personalizados e alcançáveis pela mesma. Assim, considerar a pessoa na sua individualidade foi essencial no planeamento de atividades, permitindo-me gerir as diversas situações que surgiram em estágio e realizar as atividades relevantes para cada um, de forma a alcançar os objetivos do projeto de estágio.

Tratando-se de um processo de aprendizagem individual, com foco no desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, posso considerar que um mesmo percurso poderá originar resultados diferentes, pelo que a capacidade de identificar janelas de oportunidade de aprendizagem diversificadas foi fundamental.

Destaco, assim, o aprofundamento da revisão de literatura, bem como a presença num evento científico que promoveu a aquisição de conhecimentos e constituiu um momento de apresentação pública de um trabalho desenvolvido (Apêndice 7).

- *Weaknesses* (Fraquezas)

Considerando o meu percurso profissional prévio, desconhecia a realidade profissional do contexto comunitário, nomeadamente no que se refere ao perfil da pessoa alvo de cuidados, à estrutura do trabalho desenvolvido e à necessidade de adaptação ao contexto de cuidados. Apesar de representar uma área de intervenção desconhecida, procurei observar e apreender o conhecimento que a enfermeira orientadora me disponibilizou e a dinâmica da equipa na adaptação à diversidade da realidade de cuidados. Foi essencial o desenvolvimento de conhecimento científico que sustentasse a minha prática baseada na evidência no planeamento de cuidados, assim como a capacidade de reinventar estratégias que

suplementassem a escassez de alguns materiais, com recurso a objetos e rotinas do ambiente da pessoa.

- *Opportunities* (Oportunidades)

Ambos os locais de estágio me permitiram o entendimento do papel preponderante da intervenção do EEER na equipa multidisciplinar. Este permite obter ganhos em saúde nas diversas áreas de intervenção, centrando-se na díade pessoa-família/cuidador, ao longo do seu ciclo de vida. Assim, foi-me possível o planeamento de cuidados individualizados que incluíssem as intervenções perspetivadas no projeto inicial.

Considero que o acompanhamento dos enfermeiros orientadores de estágio foi essencial para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, bem como o acolhimento por parte da equipa multidisciplinar, potenciando a integração nos diferentes serviços.

Evidencio a realização do estágio no serviço de pneumologia pelas oportunidades de aprendizagem e pela intervenção diversificada na minha principal área de interesse, que traduzo neste documento. Considero que se tratou de um contexto enriquecedor que me permitiu implementar o projeto inicial e constatar o impacto da intervenção do EEER na capacitação para autogestão da dispneia, assim como os ganhos em saúde para a pessoa.

Da mesma forma, este contexto foi uma mais-valia, uma vez que este serviço era constituído por uma equipa de EEER valorizada e reconhecida, com uma vasta experiência, o que me proporcionou inúmeras oportunidades de aprendizagem, conduzindo ao desenvolvimento de capacidades em analisar situações complexas da prática de cuidados. A existência de uma equipa de EEER que presta exclusivamente cuidados especializados, revelou-se bastante relevante.

O papel das EEER orientadoras foi determinante para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de aptidões ao nível da organização e gestão dos cuidados de EEER, particularmente na realização de registos em sistema, com destaque para a monitorização das intervenções com base em resultados sensíveis aos cuidados de EEER.

Por sua vez, o contexto comunitário constituiu uma oportunidade de aprendizagem e integração de cuidados de EEER em domicílio, proporcionando território para o desenvolvimento de competências comuns e específicas. Considerando que ao longo do meu percurso profissional não tinha tido contato com esta realidade de cuidados, este constituiu um enorme benefício no meu percurso de aprendizagem, aumentando a minha capacidade de adaptação a novos contextos e ampliando a diversidade de áreas de intervenção.

Desta forma, consolidei os conhecimentos e competências desenvolvidas em contexto hospitalar e adquiri novos conhecimentos e competências, nomeadamente no planeamento e implementação de treino de AVD e PR cardiorrespiratória, neurológica e motora.

- *Threats* (Ameaças)

O contexto comunitário trouxe-me uma nova realidade de intervenção que suscitou alguns desafios. Primeiramente, destaco um novo ambiente de prestação de cuidados que implicava adaptação diária a diferentes realidades estruturais, socioeconómicas e familiares. Por outro lado, tratando-se de uma prática em contexto domiciliário, caracterizou-se diversas vezes pela escassez de recursos materiais disponíveis. O desenvolvimento de estratégias adaptativas para rentabilizar os mesmos na implementação de PR foi essencial pela volatilidade das condições que iria encontrar diariamente.

Noutra perspetiva, conhecer e integrar a realidade da pessoa e seu sistema familiar no seu domicílio favoreceu o estabelecimento de relações terapêuticas mais sólidas o que me sensibilizou em muitos momentos, por experienciar de forma próxima a realidade da pessoa. Pelo mesmo motivo, desenvolvi a minha capacidade reflexiva sobre a prática, considerando todos os fatores envolventes.

O papel das EEER orientadoras foi essencial no desenvolvimento de estratégias adaptativas que pudessem favorecer o planeamento de cuidados, usando os recursos existentes, acompanhando a pessoa e família desde a admissão até à alta.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do percurso acadêmico, através do desenvolvimento de conhecimento científico que pudesse alicerçar a minha prática na autogestão da dispneia, e também através da experiência vivida em estágio, foi clara a subjetividade deste sintoma.

Na evidência científica revista, identifiquei a potencialidade de intervenções que poderiam fomentar e sedimentar uma abordagem holística, mas, ainda assim, com menos robustez e precisão científica.

Os mecanismos subjacentes à dispneia são complexos uma vez que esta surge de diferentes sensações respiratórias. A dispneia pode desenvolver-se através de uma diversidade de caminhos com origem no sistema nervoso central e termino nos músculos respiratórios, particularmente quando existe um desalinhamento na integração dos sinais entre estes. Existem diversos sinais corticais profundos, ao nível do tronco cerebral, que interagem com quimiorreceptores bem como mecanorreceptores e finalmente com os músculos respiratórios. No entanto, não está esclarecido de que forma é que estas interações acontecem pelo que a evidência disponível não é suficiente para esclarecer a complexidade e subjetividade deste sintoma (Kacmarek, Stoller & Heuer, 2017, p. 323).

Neste sentido, a investigação futura poderá centrar-se, entre outros, na compreensão dos processos neurofisiológicos que a influenciam (Chin & Booth, 2016).

Considerando o meu percurso acadêmico, foi-me possível perceber a abrangência da intervenção do EEER, o que me fez equacionar que esta poderá ser alargada a novas perspetivas e conceitos, numa abordagem holística e integrada.

No decorrer do estágio, constatei que as técnicas de RFR e reabilitação respiratória melhoram a tolerância ao exercício na pessoa com IRC. No entanto, o acesso a programas de reabilitação pode ser condicionado, por compromisso na acessibilidade das pessoas aos cuidados de saúde. Neste sentido, um estudo desenvolvido em 2017 demonstra que a prática de um método simples de *pranayama*, ensinado por não profissionais de *yoga*, é viável, bem tolerado e associado a melhoria na capacidade de exercício. Propõe-se, assim, uma hipótese alternativa com baixo custo que pode ser praticada autonomamente no domicílio: a prática de *pranayama*, ou respiração de *yoga* (Kaminsky et al, 2017)

Para Sahasrabudhe et al., (2021) o *yoga* e a reabilitação respiratória são baseados em princípios semelhantes com uma abordagem holística que envolve atividades físicas, técnicas de mudança de comportamento e apoio psicológico para melhorar resultados. Nesta perspetiva, são complementares, mas verificam-se algumas diferenças na intensidade das atividades, tipos de exercícios e a inclusão de técnicas de meditação (Sahasrabudhe et al., 2021).

Algumas técnicas da reabilitação respiratória permitem o desenvolvimento da capacidade aeróbica, fortalecimento muscular e consciencialização sobre a doença. Por sua vez, o *yoga* pode centrar-se principalmente no fortalecimento muscular, controlo da respiração, técnicas de meditação, *mindfulness* e autoconsciência. Assim, surge a proposta de uma abordagem integrada do *yoga* com RFR, que pode levar a um encaminhamento, aceitação e perspetiva holística (Sahasrabudhe et al., 2021).

As técnicas respiratórias do *yoga* alternam entre tempos respiratórios prolongados e tempos respiratório mais curtos, trazendo a atenção plena (*mindfulness*) em cada ciclo respiratório, promovendo a sensação de controlo sobre a respiração similar à RFR (Sahasrabudhe et al., 2021).

Por sua vez, a prática de meditação pode beneficiar a pessoa, possibilitando o alívio do sofrimento e alcance de bem-estar, pela libertação de hormonas e neurotransmissores (beta-endorfinas, serotonina, dopamina e melatonina). Por isto, esta pode ser adaptada e incorporada em programas que visem promover a capacitação na autogestão de sintomas e superação no domínio emocional (Magalhães et al., 2018).

As técnicas de meditação têm contribuído de forma significativa para o desenvolvimento de diversos domínios: fisiológico, psicológico e emocional (Magalhães et al., 2018). Estas tratam-se de exercícios internos, um momento de concentração profunda no instante presente, podendo ser alcançadas com treino para redirecionar o pensamento. Além disso, permitem o desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades para lidar com as emoções e gerir situações de stress e ansiedade (Magalhães et al., 2018, Leal & Ribeiro, 2021).

Durante o percurso de estágio foi-me possível verificar que técnicas que promovam o relaxamento e sensação de bem-estar potenciam a implementação dos PR, aumentam a motivação da pessoa e parecem favorecer a capacitação para a autogestão da dispneia, maximizando a funcionalidade.

Na prática meditativa existem três pilares básicos: respiração, concentração e postura. A meditação considera a mente e o corpo, num exercício simples de concentração, prestando atenção de forma intencional no momento presente, focando a atenção em algo específico (por exemplo a respiração) ou recorrendo à imaginação guiada (Leal & Ribeiro, 2021). Assim, a sua prática regular pode potenciar mudanças comportamentais, diminuindo pensamentos distrativos e repetitivos; melhorando a capacidade de atenção, concentração e memória; aumentando a criatividade e saúde física; promovendo a aceitação e adaptação ao processo de doença; reduzindo a ansiedade; e favorecendo o equilíbrio emocional. Desta forma, parece beneficiar a pessoa com IRC, melhorando a qualidade de vida, favorecendo as relações familiares e profissionais e capacitação para AVD, levando a uma maior estabilidade emocional, confiança e sensação de bem-estar (Magalhães et al., 2018).

Foi na busca do aperfeiçoamento da minha prática diária que surgiu o início desta jornada que veio a mostrar-se um enorme desafio pessoal e profissional. Através da observação da prática de enfermagem de reabilitação e da evidência dos ganhos em saúde que a sua intervenção trazia que ao longo dos anos, fui nutrindo a admiração e respeito por este saber. Este Relatório de Estágio traduz a aprendizagem e o desenvolvimento de competências comuns e específicas que culminam com a entrega do mesmo.

A realidade profissional que experiencio diariamente fez com que encontrasse a relevância do tema do projeto que me propus a desenvolver. A capacitação para a autogestão da dispneia pode traduzir ganhos em saúde e melhoria na qualidade de vida da pessoa com IRC, reduzindo exacerbações e possíveis internamentos.

Ao longo do percurso de estágio pude encontrar contextos clínicos que se enquadravam na temática proposta e me permitiram desenvolver PR individualizados, mobilizando conhecimento teórico, construindo assim uma prática baseada na evidência. Nem sempre foi possível implementar as intervenções planeadas pela incapacidade subjacente ao avançar da patologia crónica. Posso concluir, ainda assim, que a concretização de PR se deve à implementação de um conjunto de estratégias devidamente fundamentadas ao longo deste relatório.

A motivação, o desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas à incapacidade resultante do sintoma dispneia, e o recurso a técnicas de relaxamento que permitiram a concentração no momento presente, no início de todas as sessões, favoreceram o compromisso e o envolvimento com resultados positivos na capacitação para a autogestão da dispneia.

Verifiquei, em diversos momentos, os ganhos associados ao treino de AVD, pela potenciação da autonomia e empoderamento da pessoa. Considero, assim, que a adaptação eficaz, com recurso a estratégias que a promovam, poderá traduzir-se numa maior qualidade de vida, favorecendo a interação e inclusão social, colmatando possíveis questões psicológicas inerentes ao processo de doença e sua cronicidade e permitindo um bem-estar holístico em todas as vertentes humanas.

Todo o percurso foi pautado por uma prática baseada na evidência, com desenvolvimento de competências e estratégias que poderiam ser úteis na implementação de PR. Evidencio a avaliação motivacional bem como as TCC que promoveram a obtenção de resultados e evolução clínica satisfatórias.

A diversidade de contextos de estágio enriqueceu o meu percurso, permitindo-me o desenvolvimento de competências comuns e específicas, no âmbito cardiorrespiratório, neurológico e motor. Com utilização de uma prática integrada e holística, centrada na pessoa, envolvendo cuidadores e familiares sempre que possível, favoreci a comunicação, agindo com eixo central na integração da pessoa com o meio e potenciando a díade pessoa-cuidadores/familiares.

Do ponto de vista pessoal e profissional, este percurso contribuiu em larga medida para o meu crescimento, aquisição e desenvolvimento de competências, bem como fortalecimento de aptidões adquiridas previamente. Neste sentido, considero globalmente uma experiência positiva, enriquecedora, possibilitando a construção da minha identidade profissional, no papel de EEER.

Futuramente, almejo prosseguir na aquisição e desenvolvimento de competências, bem como, criar oportunidades de investigação futura, como forma de contribuir para o desenvolvimento da área de reabilitação respiratória na pessoa com IRC, fazendo a ponte com áreas em desenvolvimento, nomeadamente no âmbito do *yoga* e *mindfulness*, bem como *coaching* em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfarroba, S., Rodrigues, F., Papoila, A. L., Santos, A. F., & Morais, L. (2016). Pulmonary Rehabilitation in COPD According to Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Categories. *Respiratory care*, 61(10), 1331–1340. <https://doi.org/10.4187/respcare.04414>
- Antonietti A. (2009). Why is music effective in rehabilitation? *Studies in health technology and informatics*, 145, 179–194.
- Azevedo, C. (2002). *Fisioterapia Respiratória Moderna* (Editora Manole Ltda (ed.); 4a Edição).
- Banzett, R. B., O'Donnell, C. R., Guilfoyle, T. E., Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Meek, P. M., Gracely, R. H., & Lansing, R. W. (2015). Multidimensional dyspnea profile: An instrument for clinical and laboratory research. *European Respiratory Journal*, 45(6), 1681–1691. <https://doi.org/10.1183/09031936.00038914>
- Barbosa, J. V., Fernandes, A. T., Silva, J. L., Leal, L., Santos, M. L. B., ... Leite, J. C. (2023). Effectiveness of Paced Breathing Guided by Biofeedback on Clinical and Functional Outcomes Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Uncontrolled Pilot Study. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 48(4), 423–432. <https://doi.org/10.1007/s10484-023-09591-51681-1691>.
- Beauchamp T. L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of medical ethics*, 29(5), 269–274. <https://doi.org/10.1136/jme.29.5.269>
- Benner, P (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. (Quarteto E).
- 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>
- Bolton, C. E., Bevan-Smith, E. F., Blakey, J. D., Crowe, P., Elkin, S. L., Garrod, R., Greening, N. J., ... Walmsley, S., (2013). British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax*, 68 Suppl 2, ii1–ii30. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-203808>
- Bourbeau, J., & Nault, D. (2007). Self-Management Strategies in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinics in Chest Medicine*, 28(3), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2007.06.002>
- Cabete, D. (2021). Empowerment: a chave para a concretização do projeto de saúde do cliente e para a promoção do seu potencial de saúde. *O Cuidado Centrado No Cliente: Da Apreciação à Intervenção Em Enfermagem*, 243–256.
- Chin, C., & Booth, S. (2016). Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgraduate medical journal*, 92(1089), 393–400.

<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133578>

- Davies, C., Shurdington, J., Murray, K., Slater, L., & Pearson, D. (2021). Music for Wellness in rehabilitation patients: programme description and evaluation results. *Public health*, 194, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.008>
- De Peuter, S., Van Diest, I., Lemaigre, V., Verleden, G., Demedts, M., & Van den Bergh, O. (2004). Dyspnea: the role of psychological processes. *Clinical psychology review*, 24(5), 557–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.05.00>
- DGS. (n.d.). Programa Nacional para as doenças respiratórias 2012-2016.
- DGS. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).
- DGS. (2013). Direcção geral de Saúde. Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares Em Números - 2013 : Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.
- DGS. (2019). Plano de acção para a literacia em saúde Health Literacy Action Plan. Portugal [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030.
- Dias, P., Teixeira, H., Palma, M., Messias, P., Vieira, J.,...Ferreira, R. (2022). Functional respiratory re-education interventions in people with respiratory disease: a systematic literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(4), e20210654. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0654>
- Diário da República (2012). Lei nº 25/2012, Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16, páginas 3728 - 3730
- Diário da República (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2a Série - n.o 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Diário da República (2019). Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem. DL 140/2019 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Dixit, S., Borghi-Silva, A., Bairapareddy, K. (2021). Revisiting pulmonary rehabilitation during COVID-19 pandemic: a narrative review. *Reviews in cardiovascular medicine*, 22(2), 315–327. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2202039>
- Effing, T. W., Vercoulen, J. H., Bourbeau, J., Trappenburg, J., Lenferink, A., Cafarella, P., Coultas, D., Meek, P., ... Van Der Palen, J. (2016). Definition of a COPD self-management intervention: International expert group consensus. *European Respiratory Journal*, 48(1), 46–54. <https://doi.org/10.1183/13993003.00025-2016>
- ESEL (2022). Enfermagem de Reabilitação: da formação à Prática Baseada na Evidência.
- Esmond, G. (2005). Enfermagem das Doenças Respiratórias. (1ª Ed) Lusodidacta
- Feng, Z., Wang, J., Xie, Y., & Li, J. (2021). Effects of exercise-based pulmonary rehabilitation on adults with asthma: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory research*,

22(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01627-w>

- Figueiredo, P. (2018). Competências para uma liderança percebida como eficaz – líderes e liderados. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade Europeia
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2020). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2020.
- GOLD. (2022). Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease-2022 Report.
- Goleman, D. (2006). Inteligência emocional. Printer Indústria Gráfica Newco S.L.
- Gonçalves, A., Nunes, L., & Sapeta, P. (2012). Controlo da Dispneia : estratégias , farmacológicas e não farmacológicas , para o seu alívio num contexto de Cuidados Paliativos. 1–25.
- Gosselink, R. (2004). Breathing techniques in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chronic Respiratory Disease*, 1(3), 163–172. <https://doi.org/10.1191/1479972304cd020rs>
- Hanania, N. A., & O'Donnell, D. E. (2019). Activity-related dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: physical and psychological consequences, unmet needs, and future directions. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 1127–1138. <https://doi.org/10.2147/COPD.S188141>
- Helming, M., Shields, D., Avino, K., Rosa, W. (2020). *Dossey & Keegan's Holistic nursing: a handbook for practice*. (8ª edição) Massachusetts: Jones and Bartlett Learning
- Henoch, I. (2007). *Dyspnea Experience and Quality of Life among Persons with Lung Cancer*.
- Hesbeen, W. (2003). *Criar novos caminhos. A reabilitação*. Loures, Lusociência
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (Lusociência)*.
- Holland, A. E., Dal Corso, S., & Spruit, M. A. (2021). *Pulmonary Rehabilitation* Edited by Pantone 200 CMJN (darker) Cyan 0. [www.ersbookshop.com](http://www.ersbookshop.com)
- Holland, A. E., Singh, S. J., Casaburi, R., Clini, E., Cox, N. S., Galwicki, M., ... Zuwallack, R. (2021). Defining modern pulmonary rehabilitation: An official American thoracic society workshop report. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), E12–E29. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202102-146ST>
- Homnick D. N. (2007). Mechanical insufflation-exsufflation for airway mucus clearance. *Respiratory care*, 52(10), 1296–1307.
- Huang, J., Ji, J. R., Liang, C., Zhang, Y. Z., Sun, H. C., Yan, Y. H., & Xing, X. B. (2022). Effects of physical therapy-based rehabilitation on recovery of upper limb motor function after stroke in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of palliative medicine*, 11(2), 521–531. <https://doi.org/10.21037/apm-21-3710>
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Censos 2021 – XVI Recenseamento geral da população. VI Recenseamento geral da habitação*. Lisboa: Instituto Nacional de

## Estatística

- Kacmarek, R., Stoller, J. & Heuer, A. (2017). *Egan's Fundamentals of Respiratory Care*. Elsevier (11<sup>o</sup> Edição)
- Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2012). Dyspnea review for the palliative care professional: Treatment goals and therapeutic options. *Journal of Palliative Medicine*, 15(1), 106–114. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0110>
- Kaminsky, D. A., Guntupalli, K. K., Lippmann, J., Burns, S. M., Brock, M. A., Skelly, J., ... Hanania, N. A. (2017). Effect of yoga breathing (Pranayama) on exercise tolerance in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized, controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(9), 696–704. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0102>
- Kisner, C., & Colbe, L. A. (2009). *Exercícios Terapêuticos - Fundamentos e técnicas* (E. Manole (ed.); 5a edição).
- Kogutek, D. L., Holmes, J. D., Grahn, J. A., Lutz, S. G., & Ready, E. (2016). Active Music Therapy and Physical Improvements From Rehabilitation for Neurological Conditions. *Advances in mind-body medicine*, 30(4), 14–22.
- Leal, I., & Ribeiro, J. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde* (Pactor-Ed).
- Lee, K. E., Choi, M., & Jeoung, B. (2022). Effectiveness of Rehabilitation Exercise in Improving Physical Function of Stroke Patients: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12739. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912739>
- Lee, A., Burge, A., & Holland, A. (2015). Airway clearance techniques for bronchiectasis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(11), CD008351. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008351.pub3>
- Magalhães, A. A., Oliveira, L., Pereira, M. G., & Menezes, C. B. (2018). Does meditation alter brain responses to negative stimuli? A systematic review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12(November). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00448>
- Malpass, A., Feder, G., & Dodd, J. W. (2018). Understanding changes in dyspnoea perception in obstructive lung disease after mindfulness training. *BMJ open respiratory research*, 5(1), e000309. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2018-000309>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15–23).
- Martinez, J. A. B., Padua, ; Adriana Inacio de, & Filho, J. T. (2017). Dyspnea. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(2), 199–207. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.006>
- Mccarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3>

- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412–419.
- Mendes, L. P. S., Moraes, K. S., Hoffman, M., Vieira, D. S. R., Ribeiro-Samora, G. A., Lage, S. M., Britto, R. R., & Parreira, V. F. (2019). Effects of diaphragmatic breathing with and without pursed-lips breathing in subjects with COPD. *Respiratory Care*, 64(2), 136–144. <https://doi.org/10.4187/respcare.06319>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2015). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem Dos Enfermeiros*, 60. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2016) Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação
- Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P., Billinger, S. A., American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association.
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-lei nº 101/2006. *Diário da república*. (p. 3856 – 3865)
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-lei nº 28/2008. *Diário da república*. (p. 1182 – 1189)
- Ministério da Saúde (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 350/2015. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119. (p. 16655-16660).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.
- Mistry, J. B., Elmallah, R. D., Bhave, A., Chughtai, M., Cherian, J. J., McGinn, T., Harwin, S. F., & Mont, M. A. (2016). Rehabilitative Guidelines after Total Knee Arthroplasty: A Review. *The journal of knee surgery*, 29(3), 201–217. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1579670>
- O'Neill, K., O'Donnell, A., Bradley, J. (2019). Airway clearance, mucoactive therapies and pulmonary rehabilitation in bronchiectasis. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 24(3), 227–237. <https://doi.org/10.1111/resp.13459>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos conceitos à análise dos casos

.[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem E Reabilitação. Ordem Dos Enfermeiros (OE), 8. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática (Vol. 1, Issue 10). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilitação-respiratória\\_mceer\\_final-para-divulgação-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, DL 140/2019. 2a Série, n o26, 4744–4750.
- Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento - Um guia prático para profissionais de saúde (Lusociência (ed.)).
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., Moreno, R. (2013). Avaliação da Situação Nacional das unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final. (Despacho nº 10601/2011, de 24 de agosto), Ministério da Saúde.
- Pereira, A., Clara, H. S., Pereira, E., Simões, S., Remédios, Í., ... Fernhall, B. (2010). Impacto do exercício físico combinado na percepção do estado de saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol XVI N., 737–757.
- Pitta, F., Probst, V. S., Kovelis, D., Segretti, N. O., Mt Leoni, A., Garrod, R., & Brunetto, A. F. (2008). Validation of the Portuguese version of the London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL) in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Revista portuguesa de pneumologia*, 14(1), 27–47.
- Pyszora, A., & Lewko, A. (2022). Non-pharmacological Management in Palliative Care for Patients With Advanced COPD. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 9, 907664. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.907664>
- Reilly, C. C., Bausewein, C., Pannell, C., Moxham, J., Jolley, C. J., & Higginson, I. J. (2016). Patients' experiences of a new integrated breathlessness support service for patients with refractory breathlessness: Results of a postal survey. *Palliative medicine*, 30(3), 313–322. <https://doi.org/10.1177/0269216315600103>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceitos e práticas* (LIDEL (ed.)).
- Rochester, C., Vogiatzis, I., Holland, A., Lareau, S., Marciniuk, D., Puhan, M., ... ZuWallack, R., (2015). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 192(11), 1373–1386. <https://doi.org/10.1164/rccm.201510-1966ST>
- Rochester, C. L., Alison, J. A., Carlin, B., Jenkins, A. R., Cox, N. S., Bauldoff, G., Bhatt, S. P., ... Holland, A. E. (2023). Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory

- Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 208(4), e7–e26. <https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. Guilford Press.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem - O modelo de adaptação de Roy* (Instituto).
- Sahasrabudhe, S. D., Orme, M. W., Jones, A. V., Tillu, G., Salvi, S. S., & Singh, S. J. (2021). Potential for integrating yoga within pulmonary rehabilitation and recommendations of reporting framework. *BMJ Open Respiratory Research*, 8(1), 1–7.
- Santos, A. (2018). 3o Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias - panorama das doenças respiratórias em Portugal. *Retrato da saúde 2018 O estado da Saúde em Portugal*. 107.
- Santus, P., Radovanovic, D., Balzano, G., Pecchiari, M., Raccanelli, R., Sarno, N., Di Marco, F., Jones, P. W., & Carone, M. (2016). Improvements in Lung Diffusion Capacity following Pulmonary Rehabilitation in COPD with and without Ventilation Inhomogeneity. *Respiration; international review of thoracic diseases*, 92(5), 295–307. <https://doi.org/10.1159/000448847>
- Silva, A. (2007). “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55(0871–2370), 11–20
- Sihvonen, A. J., Särkämö, T., Leo, V., Tervaniemi, M., Altenmüller, E., ... Soinila, S. (2017). Music-based interventions in neurological rehabilitation. *The Lancet. Neurology*, 16(8), 648–660. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30168-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30168-0)
- Spathis, A., Booth, S., Moffat, C., Hurst, R., Ryan, R., Chin, C., & Burkin, J. (2017). The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. *NPJ primary care respiratory medicine*, 27(1), 27. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0024-z>
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., Zu Wallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., ... Wouters, E. F. M. (2013). An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8). <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- 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>
- Syrett, E., & Taylor, J. (2003). Non-pharmacological management of breathlessness: a collaborative nurse--physiotherapist approach. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(4), 150–156. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2003.9.4.11499>

- Tan, S. B., Liam, C. K., Pang, Y. K., Leh-Ching Ng, D., Wong, T. S., Wei-Shen Khoo, K., ... Chai, C. S. (2019). The Effect of 20-Minute Mindful Breathing on the Rapid Reduction of Dyspnea at Rest in Patients With Lung Diseases: A Randomized Controlled Trial. *Journal of pain and symptom management*, 57(4), 802–808
- Twycross, R., & Wilcock, A. (2003). *Symptom Management in Advanced Cancer* (Radcliffe Medical Press Ltd (ed.); 3a).
- Victorson, D. E., Anton, S., Hamilton, A., Yount, S., & Cella, D. (2009). A conceptual model of the experience of dyspnea and functional limitations in chronic obstructive pulmonary disease. *Value in Health*, 12(6), 1018–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00547.x>
- Wada, J., Borges-Santos, E., Porras, D., Paisani, D., Cukier, A., Lunardi, A.; Carvalho, C. (2016). Effects of aerobic training combined with respiratory muscle stretching on the functional exercise capacity and thoracoabdominal kinematics in patients with COPD: a randomized and controlled trial. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 2691–2700. <https://doi.org/10.2147/COPD.S114548>
- Williams, S. J. (1989). Chronic respiratory illness and disability: A critical review of the psychosocial literature. *Social Science and Medicine*, 28(8), 791–803. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90108-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90108-1)
- Wingårdh, A. , Göransson, C., Larsson, S., Slinde, F., Vanfleteren, L. (2020). Effectiveness of Energy Conservation Techniques in Patients with COPD. *Respiration; international review of thoracic diseases*, 99(5), 409–416. <https://doi.org/10.1159/000506816>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... Zorowitz, R. D., (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P. D., Zielhuis, G. A., Monninkhof, E. M., ... Effing, T. (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(3), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002990.pub3>

**APÊNDICES**

## **Apêndice 1 – Guia de intervenção terapêutica**

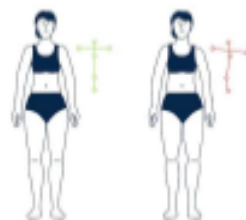
## PLANO DE EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO

Repetir o plano duas vezes por dia se possível

Cuidados: Caso exista alguma complicação, sintoma de tontura, vertigem ou dor, suspender e avisar o enfermeiro de reabilitação.

### 1. Alinhamento Corporal

- Cabeça e pescoço diretos
- Ombros alinhados com a bacia
- Braços e pernas esticados



### 2. Exercício Respiratórios

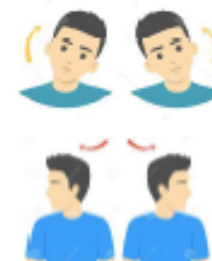
- ✓ até 4 repetições/ 3 séries

- Respiração abdominal (encher a barriga como se fosse um balão)
- Inspiração profunda pelo Nariz (10 segundos)  
Expiração pela boca prolongada (20 segundos)



### 3. Mobilizações

- Rotação da cabeça (direita e esquerda)
- ✓ 6 repetições



- Elevar os braços acima da cabeça e baixar com uma bola/almofada entre as mãos
- ✓ até 10 repetições



- Abdução/adução das pernas
- ✓ até 6 repetições/2 séries



## **Apêndice 2 - Estudo de caso hospitalar**

# ESTUDO DE CASO -PLANO DE INTERVENÇÃO-

Unidade Curricular: Estágio com Relatório - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação  
13º Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Docente Orientador: Professor José Magalhães  
Regente UC: Professora Mª Céu Sá

Discente: Tânia Fraústo



Lisboa, 25 Novembro 2022

## Sumário

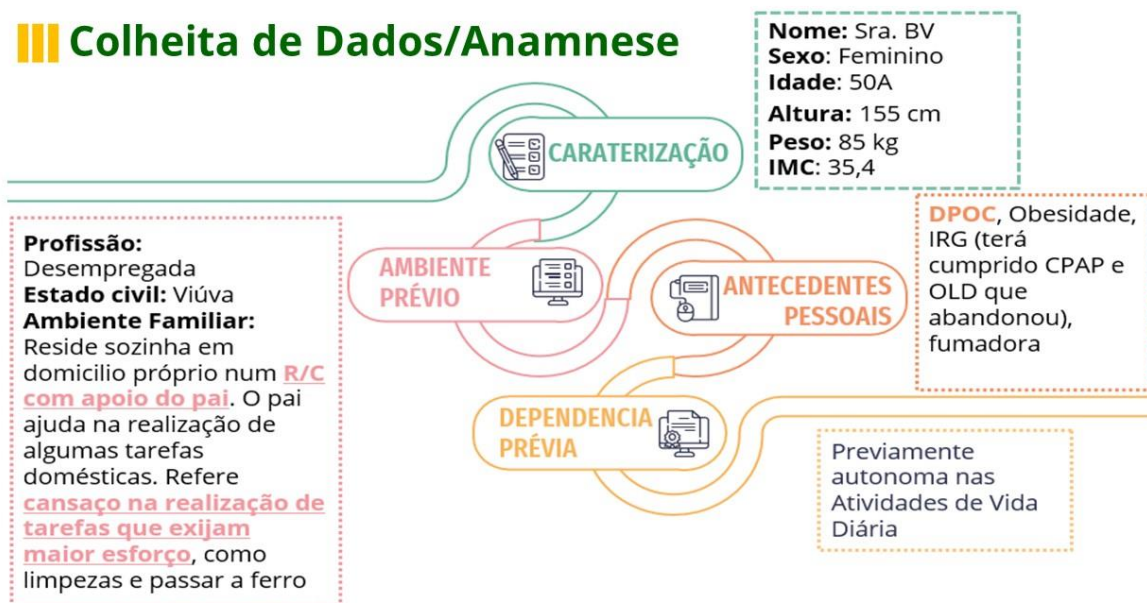
- 🔥 Colheita de Dados/Anamnese
- 🔥 Situação Clínica
- 🔥 Contextualização da Fisiopatologia
- 🔥 Avaliação
- 🔥 Planeamento de Cuidados
- 🔥 Planeamento de Alta
- 🔥 Considerações Finais

## IDENTIFICAÇÃO



3

## Colheita de Dados/Anamnese





## III Colheita de Dados/Anamnese

TERAPEUTICA HABITUAL

Alprazolam 0,5 mg 3x/dia

Amissulprida 50 mg/dia

## III Colheita de Dados

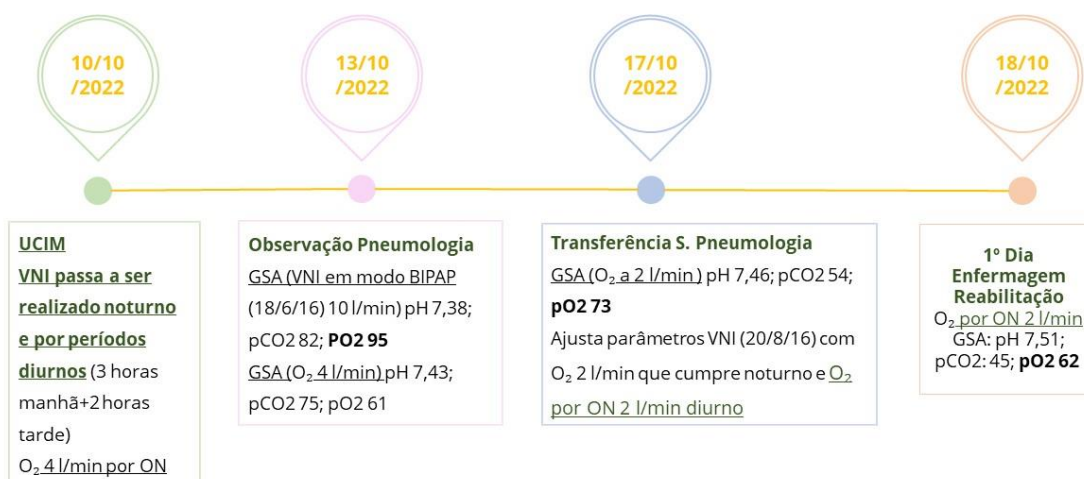
-  **Grau de conhecimento sobre patologia:** Refere ser seguida em consulta de IRC no Hospital de Dia de Pneumologia mas que abandonou no contexto da pandemia. Terá cumprido CPAP noturno que suspendeu porque não conseguia descansar durante a noite. Relativamente ao OLD, deixou de cumprir porque não sentia menos cansaço e não compreendia qual o benefício da sua utilização.
-  **Ambiente psicossocial:** Descreve-se como uma pessoa isolada e tendencialmente nervosa, especialmente desde a perda do marido há cerca de 5 anos (“Eramos muito amigos e costumávamos passar muito tempo juntos.”). Refere que a pessoa de referência é o pai a ajuda nas tarefas domésticas ao fim de semana. Habitualmente desloca-se ao café da rua no período da manhã e costuma interagir com as vizinhas. Ficou desempregada há cerca de 2 anos, era auxiliar de ação educativa mas deixou de conseguir desempenhar a sua função pelo cansaço. Refere sensação de falta de ar quando caminha distâncias mais longas, não pratica atividade física, exceto a deslocação matinal a cerca de 500 metros de casa. Não tem hobbies, nem áreas de interesse.

**Ambiente Habitacional:** Reside R/C sem escadas, localizado numa rua plana. WC com banheira.

## III Situação Clínica

- 🔥 No dia 08/10/2022 deu entrada no SUG por **dispneia e pieira** com dias de evolução.  
Hipótese Diagnóstica: **Pneumonia, Insuficiência Respiratória, Acidemia Respiratória, DPOC agudizada**
- 🔥 No serviço de Urgência:
  - Auscultação Pulmonar (relatada): MV diminuído, ferveores e sibilos dispersos bilateralmente
  - Radiografia Torax: condensação da base direita
  - GSA (15L/min): pH 7,33; **pCO<sub>2</sub>: 70; pO<sub>2</sub>: 72**
  - Inicia **VNI** em modalidade Binível no contexto de exaustão respiratória, com os seguintes parâmetros:  
IPAP 16; EPAP 8; FR 18 e aporte de O<sub>2</sub> adicional 15L/min.
  - GSA (VNI): pH 7,33; pCO<sub>2</sub>: 70; pO<sub>2</sub>: 80,4

## III Situação Clínica



## III Situação Clínica

### EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

#### Resultados Analíticos

Resultados Analíticos	8/10/22	10/10/22	13/10/22	17/10/22	18/10/22	24/10/22
Hemoglobina	14,8	15,9	14,9	15,2	15,2	15,16
Leucocitos	10300	15200	10900	9400	9400	126000
Neutrófilos	90,7	80	67,8	74,6	74,6	44,8
PCR	13,3	15,95	0,83	0,39	0,39	0,24
Plaquetas	260000	136000	224000	245000	245000	322000
Creatinina	0,63	0,65	0,59	0,56	0,56	0,63
Ureia	27	28	20,4	19,69	19,69	23,9
Na	146	145	141	139	139	141
K+	4,5	4,5	4,6	4,4	4,4	4,0
Analise Sumaria Urina	Sem alterações					

## III Situação Clínica

### EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

#### Resultados Gasimétricos

GSA	8/10/22	10/10/22	13/10/22	17/10/22	18/10/22	24/10/22
pH	7,329	7,33	7,46	7,46	7,51	7,47
pCo2	70,9	77	69	54	45	50
pO2	80,4	72	70	73	62	62
HCO3	37,3	40,6	49,1	38,4	35,9	36,4
Lact	0,9	1,1	0,8	1,2	3	2,3
SatO2	95,1	95,1	93,6	94,1	92	92

Gasimetria Basal em consulta de IRC (2019): pH 7,38; pCo2 56; pO2 56; HCO3 33; SatO2 88%

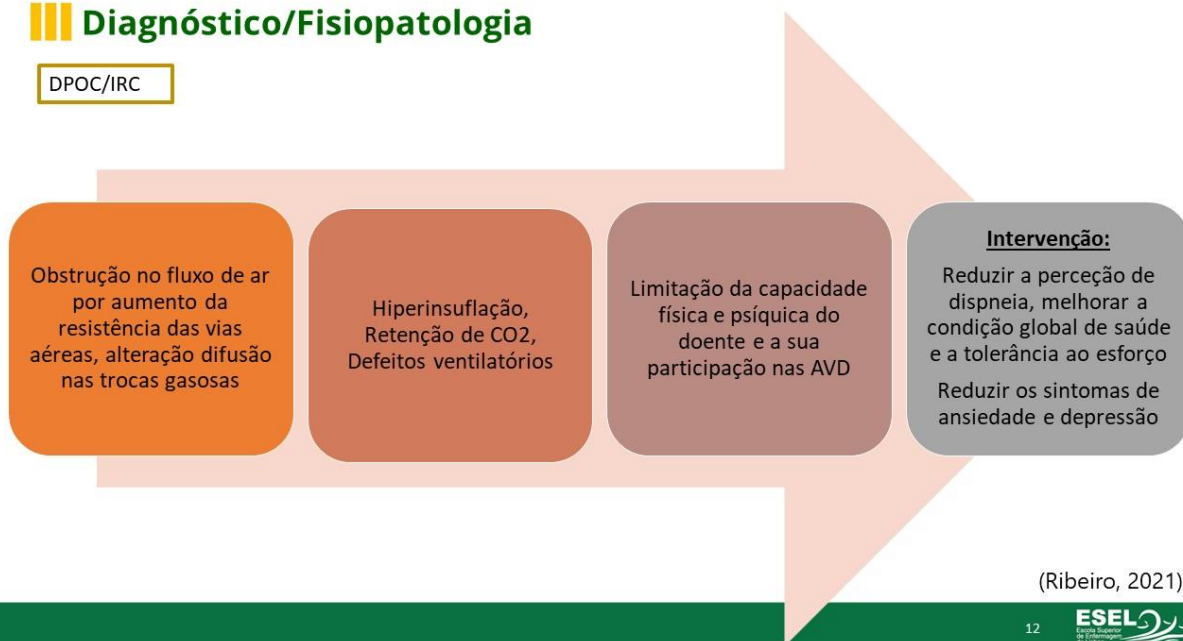
## III Situação Clínica

### TERAPEUTICA INSTITUIDA



## III Diagnóstico/Fisiopatologia

### DPOC/IRC



## ||| Avaliação

### 🔥 1º Dia Enfermagem Reabilitação

#### 🔥 EXAME FISICO

- Vígil, orientada, colaborante com os exercícios e com concentração mantida
- **Avaliação da Função Respiratória:**
  - ❖ Torax sem alterações morfológicas, com padrão respiratório costal
  - ❖ AP: MV diminuído nas bases dos lobos inferiores, mais acentuado à direita com ferveores
  - ❖ Ausência de sinais de esforço respiratório em repouso
  - ❖ Presença de sinais de esforço respiratório a médios esforços
  - ❖ Como consequência da diminuição progressiva da atividade física por percepção de dispneia durante a realização de AVD desencadeou-se uma alteração do estado funcional com maior inatividade e consequente diminuição da força e massa muscular.

## ||| Avaliação

### 🔥 1º Dia Enfermagem Reabilitação

#### 🔥 EXAME FISICO

- **Avaliação dos parâmetros vitais:**

PA: 111/57 mmHg,

FC: 78 bpm

SpO<sub>2</sub>: 90% (O<sub>2</sub> 2L/min)

FR: 24 cpm

Temp.: 36,9°C





## III Avaliação

### Avaliação da Capacidade funcional nas AVD

#### 🔥 Escala London Chest Activity of Daily Living:

Cuidado Pessoal: 2/2/3/2

Atividades Domesticas: 3/5/5/5/4/5

Atividade Física: 3/3

Atividades de Lazer: 2/3/2

Muito

Atividades	Escore				
<b>Cuidado pessoal</b>					
1. Secar-se após o banho	0	1	2	3	4 5
2. Vestir a parte de cima do corpo (camisa, casaco)	0	1	2	3	4 5
3. Colocar sapatos / meias	0	1	2	3	4 5
4. Lavar os cabelos	0	1	2	3	4 5
<b>Domésticas</b>					
5. Arrumar a cama	0	1	2	3	4 5
6. Trocar o lençol / roupa de cama	0	1	2	3	4 5
7. Lavar janelas / cortinas	0	1	2	3	4 5
8. Tirar o pó	0	1	2	3	4 5
9. Lavar louça	0	1	2	3	4 5
10. Passar o aspirador de pó / varrer	0	1	2	3	4 5
<b>Físicas</b>					
11. Subir escadas	0	1	2	3	4 5
12. Curvar-se	0	1	2	3	4 5
<b>Lazer</b>					
13. Caminhar em casa	0	1	2	3	4 5
14. Sair socialmente	0	1	2	3	4 5
15. Conversar / falar	0	1	2	3	4 5

Quanto a falta de ar afeta as suas atividades de vida diária?

( ) Muito ( ) Pouco ( ) Nada

**Escore:**

0. Não executo esta atividade (porque nunca precisei fazer ou é irrelevante)
1. Não sinto falta de ar ao executar esta atividade
2. Sinto moderada falta de ar ao executar essa atividade
3. Sinto muita falta de ar ao executar essa atividade
4. Não consigo mais executar essa atividade devido a falta de ar e não tenho ninguém que possa fazer ela por mim
5. Não consigo mais executar essa atividade e preciso que alguém a faça por mim ou me auxilie devido à falta de ar.

## III Avaliação

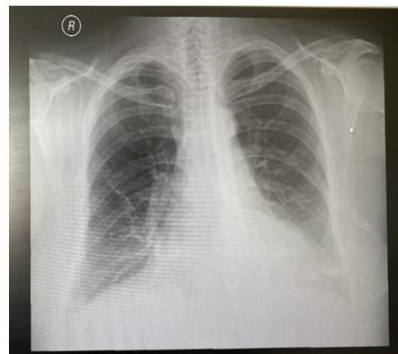
### 🔥 EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

🔥 8/10/2022

TAC Torax: "Consolidações aparentes parenquimatosas periféricas com broncogramas aéreos dispersos no LSD, no lingular inferior e nos posteriores bilateralmente associados a discreto espessamento pleural sem derrame"

🔥 20/10/2022: Radiografia de Torax

- Aparentemente não foi realizado no momento de maior capacidade inspiratória;
- Discreta hipotransparência das bases;
- Seios costofrênicos permeáveis, sem evidência de derrame;
- Aumento do índice cardio-torácico



## III Planejamento de Cuidados

### Referencial Teórico Callista Roy

Modelo de Adaptação de Callista Roy, a pessoa é vista como um ser adaptável com mecanismos que permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos ambientais.

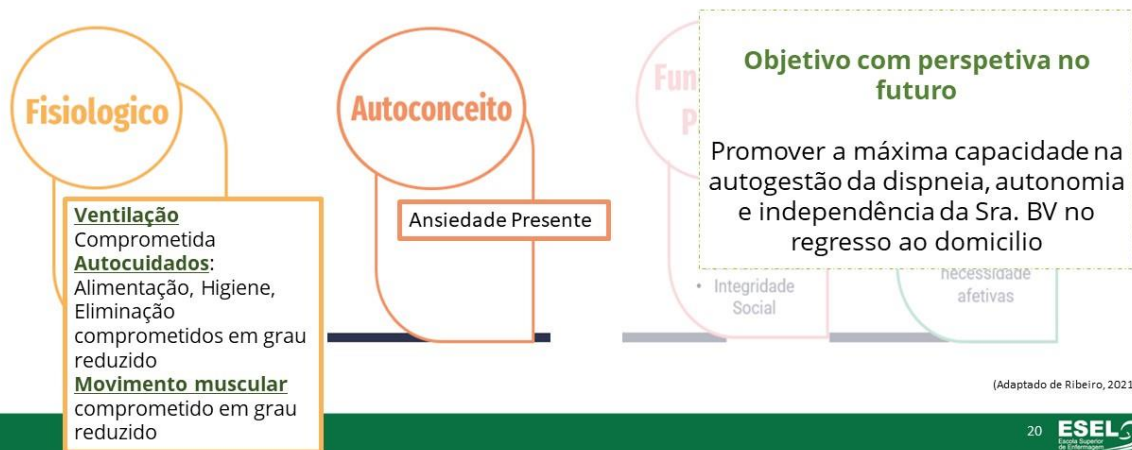


(Adaptado de Ribeiro, 2021)

## III Planejamento de Cuidados

### Referencial Teórico Callista Roy

Modelo de Adaptação de Callista Roy, a pessoa é vista como um ser adaptável com mecanismos que permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos ambientais.



(Adaptado de Ribeiro, 2021)

## Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
PRINCIPAL: <u>Ventilação Comprometida</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Controlar a respiração para diminuir o trabalho respiratório e melhorar a ventilação alveolar, corrigindo defeitos ventilatórios</li> <li>➢ Reeducação ao esforço: melhorar a tolerância ao esforço - Recuperar capacidade para realizar atividades de vida diárias</li> <li>➢ Prevenir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Avaliar a ventilação: Presença de ruídos adventícios; Auscultação Pulmonar, Tempo inspiratório curto, Tempo inspiratório prolongado, Tempo expiratório curto, Tempo expiratório prolongado, Monitorização Saturação periférica e frequência respiratória</li> <li>➢ Avaliar a Respiração: Respiração com uso de músculos acessórios, Esforço Respiratório em repouso, Esforço respiratório para pequenos esforços</li> <li>➢ Utilização de instrumento de apoio à tomada de decisão: mMRC (Escala de dispnea modificada do Medical Research Council, Escala de Borg Modificada, Escala de <i>London Chest Activity of Daily Living</i> (LCADL), <i>COPD Assessment</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Torax sem alterações morfológicas, com padrão respiratório costal</li> <li>➢ Auscultação Pulmonar: MV diminuído nas bases dos lobos inferiores, mais acentuado à direita com ferveores crepitantes</li> <li>➢ Rx Torax: hipotransparência lobos inferiores</li> <li>➢ Ausência de sinais de esforço respiratório em repouso</li> <li>➢ Presença de sinais de esforço respiratório a médios esforços</li> <li>➢ Sat de O<sub>2</sub> 90% com O<sub>2</sub> 2 L/min antes da RFR</li> <li>➢ Sat de O<sub>2</sub> 96% com O<sub>2</sub> 2L/min após RFR</li> </ul>

## Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
PRINCIPAL: <u>Ventilação Comprometida</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Controlar a respiração para diminuir o trabalho respiratório e melhorar a ventilação alveolar, corrigindo defeitos ventilatórios</li> <li>➢ Reeducação ao esforço: melhorar a tolerância ao esforço - Recuperar capacidade para realizar atividades de vida diárias</li> <li>➢ Prevenir agravamento da função pulmonar</li> <li>➢ Capacitar para a Autogestão da Dispneia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Posicionar para otimizar respiração</li> <li>➢ Avaliar/ Ensinar/Treinar/Incentivar técnicas para otimizar o autocontrolo do padrão respiratório</li> <li>➢ Assistir e Ensinar/Treinar/Incentivar Técnicas a otimizar a ventilação através da técnica respiratória (correção postural; Mobilização torácica e articular, consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios sem e com resistência manual; reeducação diafragmática sentado; reeducação costal inferior sentado, Aumento do Fluxo expiratório com lábios semicerrados)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Reconhece os ciclos respiratórios – Consciencialização da Respiração</li> <li>➢ Realiza a correção postural com mobilização escapulo umeral autonomamente</li> <li>➢ Executa Reeducação Funcional diafragmática com lábios semicerrados e Técnicas de relaxamento com assistência</li> </ul>

## III Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
PRINCIPAL: <u>Ventilação Comprometida</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Controlar a respiração para</li> <li>➢ Diminuir o trabalho respiratório e melhorar a ventilação alveolar, corrigindo defeitos ventilatórios</li> <li>➢ Reeducação ao esforço: melhorar a tolerância ao esforço - Recuperar capacidade para realizar atividades de vida diárias</li> <li>➢ Prevenir agravamento da função pulmonar</li> <li>➢ Capacitar para a Autogestão da Dispneia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Gerir oxigenoterapia (aporte de O2 por ON conforme prescrição) em função de oximetria periférica e controlo gasimétrico, durante a atividade a desenvolver</li> <li>➢ Incentivar o uso de dispositivos acessórios, como espirómetro de incentivo (invertido)</li> <li>➢ Incentivar/Instruir/Treinar administração de inaloterapia</li> <li>➢ Incentivar o repouso</li> <li>➢ Observar a pessoa na relação entre atividade/repouso</li> <li>➢ Treinar reeducação no esforço com treino de marcha por períodos</li> <li>➢ Ensinar/Instruir sobre estratégias adaptativas de conservação de energia para realizar AVD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Mantém monitorização de oximetria periférica com aporte de O2 durante a intervenção</li> <li>➢ Cumpre inaloterapia com assistência e posteriormente autonomamente</li> </ul>

## III Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
SECUNDÁRIO: <u>Potencial para melhorar a capacidade para otimizar a Respiração - Presente</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Controlar a respiração para diminuir o trabalho respiratório e melhorar a ventilação alveolar</li> <li>➢ Reeducação ao esforço: melhorar a tolerância ao esforço - Recuperar capacidade para realizar atividades de vida diárias</li> <li>➢ Prevenir agravamento da função pulmonar</li> <li>➢ Capacitar para a Autogestão da Dispneia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Instruir/Treinar/ Executar otimização de ventilação através de técnica respiratória: correção postural; Mobilização torácica e articular, Consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios; reeducação diafragmática sentado sem e com resistência manual; reeducação costal inferior sentado, Aumento do Fluxo expiratório com utilização de lábios semicerrados;</li> <li>➢ Treinar reeducação no esforço com treino de marcha por períodos</li> <li>➢ Ensinar/Instruir sobre estratégias adaptativas de conservação de energia para realizar AVD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Apresenta capacidade para consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, realização de respiração abdominal, reeducação no esforço e técnicas de conservação de energia com assistência e posteriormente autonomamente</li> <li>➢ Cliente capaz de conservar energia e gerir relação entre atividade e repouso</li> <li>➢ Utiliza a posição de descanso como recurso para gestão do esforço</li> <li>➢ Reconhece e utiliza técnicas de conservação de energia durante a realização de AVD</li> </ul>

## Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>PRINCIPAL</p> <p><u>Movimento muscular comprometido grau reduzido</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Recuperar a força muscular</li> <li>➢ Recuperar a amplitude articular</li> <li>➢ Manter o tónus muscular</li> <li>➢ Recuperar capacidade de realizar exercícios musculares autonomamente</li> <li>➢ Promover a independência para realizar atividades de vida diária (Reeducação no esforço)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Avaliar movimento muscular</li> <li>➢ Instruir/Treinar exercícios musculo-articulares (escapulo-umeral e coxo-femoral, tibiotarsica)</li> <li>➢ Executar técnica de exercitação musculo articular ativa e ativa resistida contra a gravidade e com utilização de pesos (0,5 kg) nos MI e MS bilateral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Força muscular mantida</li> <li>➢ Executa exercícios musculo articulares ativos e ativos resistidos após instrução</li> </ul>

## Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>PRINCIPAL:</p> <p><u>Autocuidados de:</u></p> <p><u>Higiene Vestir e Despir Eliminação Alimentação</u></p> <p><u>Comprometidos em Grau reduzido por dispneia no esforço presente</u></p> <p>SECUNDÁRIO:</p> <p><u>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidados</u></p>	<p>Recuperar a independência nos autocuidados</p> <p>Promover a capacitação para autogestão da dispneia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Avaliar conhecimento sobre reeducação no esforço e técnicas de conservação de energia</li> <li>➢ Identifica barreiras arquitetónicas para realização de autocuidados</li> <li>➢ Ensinar sobre técnica de reeducação no esforço e técnicas de conservação de energia para adaptação na realização de autocuidados</li> <li>➢ Executar técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia (respiração com os lábios semicerrados)</li> <li>➢ Executar técnicas de conservação de energia na realização de AVD: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene no banho sentada num banco;</li> <li>- Realização dos cuidados de higiene sentada (escovar dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se);</li> <li>- Calçar e descalçar os sapatos sentada;</li> <li>- Usar sapatos sem cordão;</li> </ul> </li> <li>➢ Realizar autocuidado pausadamente.</li> <li>➢ Providenciar material educativo (Panfleto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Identifica barreira arquitetónica do wc e estabelece estratégia adaptativa com recurso a técnica de conservação de energia</li> <li>➢ Apresenta capacidade para consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, realização de respiração abdominal, reeducação funcional no esforço e técnicas de conservação de energia com assistência e posteriormente autonomamente</li> <li>➢ Demonstra conhecimento sobre processo patológico, complicações do processo patológico, técnicas de otimização da ventilação e conservação de energia</li> <li>➢ Utiliza o folheto informativo e integra o conhecimento esclarecendo dúvidas sobre técnicas de conservação de energia</li> </ul>

## III Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÃO
<p>PRINCIPAL: <u>Ansiedade Presente</u></p> <p>SECUNDÁRIO: <u>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de adaptação para a autogestão de dispneia</u></p>	<p>- Promover recuperação do autocontrolo de ansiedade</p> <p>- Promover a identificação de fatores desencadeantes e promoção de desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> favorecendo os mecanismos de adaptação</p> <p>- Recuperar sensação de controlo de respiração</p> <p>- Recuperar a motivação para executar técnicas de autocontrolo diariamente como componente essencial na autogestão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Avaliar ansiedade (sinais de inquietação, descrição de sensação)</li> <li>➢ Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade (sensação de dispneia)</li> <li>➢ Encorajar a expressão de emoções, medos e fatores desencadeantes</li> <li>➢ Executar técnica de distração</li> <li>➢ Executar/Treinar técnica de relaxamento (por exemplo Técnicas cognitivo comportamentais/Técnicas de Consciência Plena) - relaxamento passivo focando a atenção nas sensações de calor e de relaxamento de várias partes do corpo, com sugestões verbais e imagéticas. <u>O relaxamento muscular progressivo é realizado ao tensionar e relaxar ativamente diferentes grupos musculares do corpo, exercício simples de concentração, prestando atenção de forma intencional no momento presente, focando a atenção em algo específico, por exemplo a respiração, ou recorrendo à imaginação guiada).</u></li> <li>➢ Executar técnicas de conservação de energia e de autogestão de dispneia (respiração diafragmática com os lábios semicerrados): reeducação esforço</li> <li>➢ Incentivar o autocontrolo de Ansiedade</li> </ul>

## III Plano de Cuidados

### AVALIAÇÃO

- 🔥 Identifica **fator desencadeante** de ansiedade e exprime emoções
- 🔥 Adquiriu **conhecimento sobre estrutura e funcionamento do sistema respiratório** através da consciencialização da respiração
- 🔥 Realiza exercício simples de **concentração**: prestando atenção de forma intencional no momento presente, **focando a atenção em algo específico** (utilizando a respiração- consciencialização da respiração, sensação no corpo)
- 🔥 Demonstra capacidade para executar técnica de autogestão de dispneia com recurso ao **repouso e técnica de relaxamento** (Técnicas de conservação de energia, posição de descanso e reeducação no esforço)
- 🔥 Após instrução, executa técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia (respiração com os lábios semicerrados, reconhece posição de descanso)

## III Planejamento de Alta

- Validação de ensinios sobre reeducação no esforço, técnicas de conservação de energia na realização das AVD
- Validação da capacidade para realização de consciencialização da respiração
- Validação de ensinios sobre autoadministração de inaloterapia
- Validação de técnicas adaptativas para realização do autocuidado de higiene no wc com banheira
- Aferição do aporte de OLD no domicilio (Concentrador de Oxigénio Portátil)
- Encaminhamento para consulta de Insuficientes Respiratórios Crónicos no Hospital de Dia de Pneumologia por e história prévia de incumprimento terapêutico e para garantir *follow up* dos ensinios realizados durante o internamento



## III Considerações Finais

- A intervenção trouxe ganhos para a cliente, aumentando a sua perceção de controlo respiratório e potenciando a independência na realização de AVD e autonomia.
- A realização da consciencialização respiratória foi difícil numa fase inicial, sendo gradualmente apreendida como uma ferramenta útil na reeducação no esforço.
- A realização de *Biofeedback* (TCC) com monitorização de oximetria periférica parece representar um efeito motivador.
- Não foi possível validar a manutenção das técnicas utilizadas no domicilio.

## III Considerações Finais



### Perspetiva global

- 🔥 A perceção da incapacidade do cliente com IRC associada à dispneia e a sua representação no quotidiano
- 🔥 O impacto positivo da reeducação no esforço e técnicas de conservação de energia no dia-a-dia do cliente com IRC, capacitando-o para a autogestão de sintomas
- 🔥 Existe evidência do benefício da RFR com monitorização de oximetria periférica
- 🔥 **Por vezes, os ganhos em saúde não são mensuráveis, podendo depender da capacidade de adaptação da comunicação e potenciação da motivação durante a realização da sessão.**

## III Referências Bibliográficas

DGS. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Chest, 131(5 SUPPL.), 21. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.07-0892> DGS. (2013). Direcção geral de Saúde. Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares Em Números

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2015). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem Dos Enfermeiros, 60. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf> Ordem dos Enfermeiros. (2015).

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática (Vol. 1, Issue 10). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilitação-respiratória\\_mceer\\_final-paradivulgação-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-paradivulgação-site.pdf)

Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação - Conceitos e práticas (LIDEL (ed.)).

# ESTUDO DE CASO -PLANO DE INTERVENÇÃO-

Unidade Curricular: Estágio com Relatório - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação  
13º Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Docente Orientador: Professor José Magalhães  
Regente UC: Professora M<sup>ª</sup> Céu Sá

Discente: Tânia Fraústo



Lisboa, 25 Novembro 2022



### **Apêndice 3 - Estudo de caso comunitário**

# ESTUDO DE CASO -PLANO DE INTERVENÇÃO-

Unidade Curricular: Estágio com Relatório – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

13º Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação








Docente Orientador: Professor José Magalhães  
Regente UC: Professora Mª Céu Sá

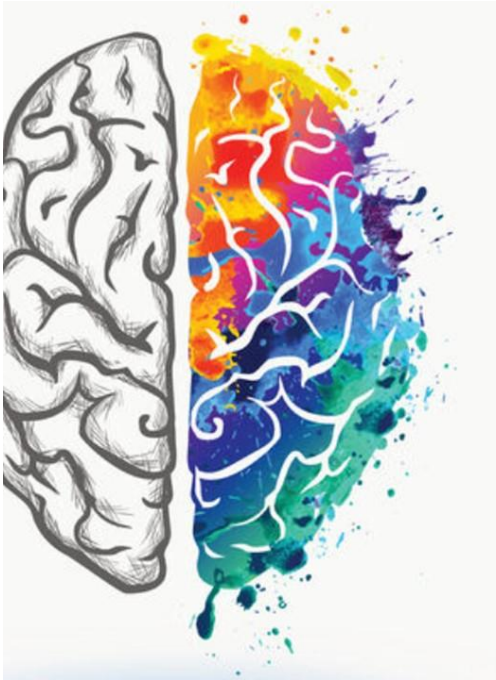
Discente: Tânia Frausto



Lisboa, 27 janeiro 2023

## SUMÁRIO

-  Identificação
-  Situação Clínica
-  Antecedentes Pessoais
-  Avaliação Inicial (1º dia ER)
-  Avaliação Socio Familiar e Habitacional
-  Plano de Cuidados
-  Considerações Finais



## Identificação

3



Sra. S.A  
77 anos

Grau de dependência  
Prévio: Parcialmente  
dependente nas AVD

Reside  
Sozinha em  
domicílio  
próprio

Estado Civil:  
Viúva  
Profissão:  
Costureira  
Atualmente  
Reformada

Peso: 88 quilos  
Altura: 156 cm



## SITUAÇÃO CLÍNICA

27/11/2022: Recorre ao SU por quadro súbito de diplopia e hemiparesia esquerda.

### Observada por Neurologia:

- Quadro sugestivo de **AVC vertebrobasilar em fase sub-aguda** e estável (>48h), sem oclusão de grande vaso na angioTC, nomeadamente sem oclusão da basilar.

"Vigil, orientada em todas as vertentes.

Pupilas isocóricas e fotoreactivas

Oftalmoplegia internuclear direita, supravversão com abdução OE e nistagmo vertical. Mimica facial simétrica. Sem outras alterações de NC. Sem disartria e nega disfagia.

Hemiparésia esquerda FM 4/5 no MS e FM 3/5 MI. Parésia crural direita previamente conhecida por patologia ortopédica.

Nega alterações da sensibilidade álgica.

Ataxia da marcha.



## SITUAÇÃO CLÍNICA

### **Exames Complementares de Diagnóstico:**

27/11: TC CE: "Exame de controlo não revela evolução de lesões agudas intra-cranianas. Mantêm-se as características densitométricas dos diferentes parênquimas cerebrais, cerebelosos e do tronco cerebral em relação ao estudo prévio. Vias LCR permeáveis."

» ANGIO-TC CRÂNIO-ENCEFÁLICO: "No estudo vascular arterial da circulação intracraniana não observamos sinais sugestivos de aneurismas nomeadamente do polígono de Willis detetáveis por esta técnica. Imagem suspeita de uma discreta estenose segmentar não oclusiva no terço médio da artéria basilar. Discreta estenose não oclusiva da ACM esquerda. Normal simetria dos eixos arteriais das artérias cerebrais anteriores e cerebrais posteriores. Tempos venosos aparentemente sem alterações. Artéria vertebral esquerda dominante."

» ANGIO-TC CERVICAL (TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS): com imagem suspeita de uma discreta estenose segmentar não oclusiva no terço médio da artéria basilar. Discreta estenose não oclusiva da ACM esquerda. Estenose bilateral artéria carótida interna. Calcificações ateromatosas nas bifurcações carótídeas definindo grau de estenose luminal da emergência de ambas as carótidas internas de cerca de 70-80% bilateralmente. Regular emergência dos troncos supra-aórticos. Artérias vertebrais permeáveis"



## SITUAÇÃO CLÍNICA

Exames Complementares de Diagnóstico:

### Resultados Analíticos sem alterações significativas

Resultados Analíticos	27/11/22	29/11/22	02/12/22	05/12/22
Hemoglobina	12.10	11.5	12.7	12.1
Leucocitos	5400	4800	4700	5100
Neutrofilos	69,8	69,2	70,1	66,3
PCR	1.58	3.64		
Plaquetas	161 000	143000	147000	14100
Glicose	90	95	102	90
Creatinina	0.60	0.67	0,70	0.71
Ureia	36	37.9	63.5	52.5
Na	139.0	141	142	142
K+	3.9	4.1	4,6	5,1
Análise Sumária Urina	Sem alterações			



## SITUAÇÃO CLÍNICA

**Cumpriu internamento no serviço de Medicina a partir do dia 27/11/2022**

29/11: Contactada Cirurgia Vasculardo HGO: Estenose carotídea não justifica o quadro clínico neste internamento.

Recomendada consulta de cirurgia vascular em ambulatório, para avaliação da estenose, que não é significativa, estando a doente assintomática.

Alta no dia 5/12 com



## SITUAÇÃO CLÍNICA

### Antecedentes pessoais:

- HTA mal controlada por incumprimento terapêutico
- PTA direita colocada em 2008, re-intervencionada em 2010 por quadro de osteomielite, no Hospital do Outão, Seguida em Consulta de Ortopedia.
- Úlcera varicosa crónica maléolo externo do MID

### Terapêutica habitual:

Tapentadol 100mg  
Ácido acetilsalicílico 100mg  
Clopidogrel 75mg  
Amlodipina 10mg



## AVALIAÇÃO INICIAL NO DOMICILIO

### 1º dia de ER 07/12:

#### Exame Objetivo:

Vígil

Orientada no tempo, espaço e pessoa. Colaborante

Discurso coerente e adequado.

Atenção e concentração ligeiramente comprometidas, alteração da memória a curto prazo.

Sem disartria.

Motricidade fina sem alterações.

Marcha com ataxia, deambula com andarilho

Parâmetros Vitais: TA 108/50 mmHg ; FC 58 bpm; SpO2 99%



## AValiação INICIAL NO DOMICILIO

Realizada avaliação neurológica, sem alterações na avaliação dos pares cranianos:

Par Craniano	Método de Avaliação	Resultado
I - OLFATIVO	Cheiro	Sem alteração
II-ÓPTICO	Acuidade Visual+Campo visual Contagem dos dedos a várias distâncias unilateral, até onde consegue observar o dedo no campo de visão	Sem alteração
III-MOTOR OCULAR COMUM	Reação pupilar ao estímulo ao estímulo luminoso, avaliar movimentos oculares	Sem alteração
IV-PATÉTICO	Avaliar movimentos oculares, simetria dos movimentos oculares (rotação ocular)	Sem alteração
V-TRIGÊMIO	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas 3 divisões do nervo (oftálmica, maxilar e mandibular – pessoa com olhos fechados); movimentos da mandíbula	Sem alteração
VI-MOTOR OCULAR EXTERNO	Avaliar movimentos oculares, simetria dos movimentos oculares (Abdução ocular)	Sem alteração



## AValiação INICIAL NO DOMICILIO

Realizada avaliação neurológica, sem alterações na avaliação dos pares cranianos:

Par Craniano	Método de Avaliação	Resultado
VII-FACIAL	Simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano (sorrir e franzir o sobrolho, encerramento das pálpebras)	Sem alteração
VIII-AUDITIVO	Acuidade auditiva; equilíbrio estático na posição sentado e ortostática (bater palmas)	Sem alteração Equilíbrio dinâmico comprometido
IX-GLOSSOFARÍNGEO	Reconhecimento de sabores	Sem alteração
X-VAGO	Reflexo de vômito – tocar com a espátula na porção posterior da língua, alteração do tom de voz	Sem alteração
XI-ESPINAL	Resistência à força muscular do esternocleidomastoideu lateralizando a cabeça com resistência e elevação dos ombros para avaliação da força do trapézio	Sem alteração
XII-GRANDE HIPOGLOSSO	Movimentos da língua Desvio da úvula Atrofia da língua	Sem alteração



## AVALIAÇÃO INICIAL NO DOMICILIO

### Instrumentos de Avaliação

#### Barthel 45

- Independente no autocuidado de alimentação.
- Parcialmente dependente no autocuidado de higiene, vestir e despir.
- Cumpre marcha com andarilho para deslocações dentro do domicilio.
- Realiza transferências com ajuda parcial.

13



## AVALIAÇÃO INICIAL NO DOMICILIO

### Instrumentos de Avaliação

Força Muscular – MRC: 4/5 no MIE; 5/5 MSE, MID 4/5 e MSD 4/5

Tónus Muscular – Escala Modificada Ashworth: Grau 0

Equilíbrio: Escala de Tinetti: 6 (1/1/1/1/1/0/0/1/0)

Escala de Borg durante a reeducação no esforço

Tabela 2. Teste de Tinetti<sup>19</sup>

2.1 Teste de Equilíbrio (Instruções: Sujeito sentado em uma cadeira rígida, sem braços)	
1) Equilíbrio sentado:	(0) Inclina-se ou desliza na cadeira (1) Estável, seguro
2) Levanta-se da cadeira:	(0) Incapaz sem ajuda (1) Capaz, usa membros superiores para auxiliar (2) Capaz sem usar membros superiores
3) Tentativas para se levantar:	(0) Incapaz sem ajuda (1) Capaz, requer mais de uma tentativa (2) Capaz de se levantar, uma tentativa
4) Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos):	(0) Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) (1) Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha (2) Estável sem dispositivo de auxílio
5) Equilíbrio de pé:	(0) Instável (1) Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares > 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio (2) Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6) Desequilíbrio no esterno (sujeito na posição de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra suavemente o sujeito na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas):	(0) Começa a cair (1) Cambaleia, se agarra e se segura em si mesmo (2) Estável
7) Olhos fechados:	(0) Instável (1) Estável
8) Girar 360°:	(0) Instabilidade (se agarra, cambaleia) (1) Passos descontinuados (2) Continuidade
9) Sentar-se:	(0) Inseguro (não avança bem a distância, cai na cadeira) (1) Usa os braços ou não tem movimentos suaves (2) Seguro, movimentos suaves
<b>Escore de equilíbrio:</b>	<b>____/16</b>



## AVALIAÇÃO INICIAL NO DOMICILIO

**Grau conhecimento sobre patologia:** Parece compreender a situação clínica e a condição física atual. Expressa interesse na sua melhoria, no entanto apresenta **momentos de desinteresse pela execução do programa o que dificultou a adesão ao programa proposto em alguns momentos.**

**Ambiente Habitacional:** **Reside sozinha em domicílio próprio**, numa moradia em piso térreo e com espaços amplos de passagem. WC adaptado com poliban e barras de apoio na parede. Removeram tapetes e móveis que pudessem impedir ou dificultar a deambulação com auxiliar de marcha. Tem apoio domiciliário para o autocuidado de higiene/vestir e despir e alimentação.

**Ambiente psicossocial:** Tem apoio do filho e **nora (sua principal cuidadora)**. **Humor deprimido e isolamento social.** Despende tempo a conversar com a vizinha que a visita todos os dias. Analfabeta. O seu hobbie era cuidar do jardim, horta e ovinocultura. Deixou de cumprir os seus interesses por incapacidade de marcha por redução da força e equilíbrio.

**Barreiras arquitetónicas:** O exterior da moradia é pavimentado e tem espaço físico para deambulação, no entanto está inserida em meio rural e o pavimento de acesso é em terra. Não sai habitualmente.



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

### Referencial Teórico Callista Roy

Modelo de Adaptação de Callista Roy: a pessoa é vista como um ser adaptável com mecanismos que permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos ambientais.



(Adaptado de Ribeiro, 2021)



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

### Referencial Teórico Callista Roy

Modelo de Adaptação de Callista Roy, a pessoa é vista como um ser adaptável com mecanismos que permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos ambientais.



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
7/12	Movimento muscular comprometido em grau moderado	-Manter integridade das estruturas articulares -Aumentar a amplitude do movimento articular e força muscular dos diferentes segmentos -Conservar a flexibilidade	Avaliar movimento muscular (escala MRC) Avaliar a espasticidade – Escala Modificada Ashworth Avaliação da sensibilidade superficial e profunda (proprioceptiva) Correção postural Executar atividades terapêuticas: Rolar no leito para o lado afetado, Ponte, rotação controlada da anca (bilateral), automobilização, carga no cotovelo esq.  Executar técnica de exercitação muscular articular com alongamento dos músculos afetos a várias articulações Executar técnica de exercitação muscular segmentar (escapulo-umeral esquerda; cotovelo esquerdo, punho esquerdo, coxofemoral bilateral, tibiotársica bilateral) passiva (para consciencialização do movimento) e ativa resistida (10 repetições): - Contrações isométricas dos glúteos e quadríceps (empurrando o membro contra o colchão) - Mobilizações ativas resistidas de todos os segmentos	MRC: 4/5 no MIE; 5/5 MSE, MID 4/5 e MSD 4/5  <u>Escala Modificada Ashworth:</u> Grau 0  Sensibilidade Superficial e profunda mantidas  Correção postural mantida Realizados exercícios de mobilização passiva para consciencialização do movimento Realiza atividades terapêuticas no leito com tolerância  Realiza os exercícios de mobilização ativa resistida de acordo com o planeado, com tolerância.



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
7/12	Movimento muscular comprometido em grau moderado	-Manter integridade das estruturas articulares -Aumentar a amplitude do movimento articular e força muscular dos diferentes segmentos -Conservar a flexibilidade	Executar técnica de exercitação muscular articular através de dispositivos adaptados ao contexto (garrafas de água 0,5; elástico, bola, bastão)  Levante da posição de sentado para a posição de pé (com apoio)  Na posição de pé (com apoio): - 2 séries de 5 repetições Carga nos membros inferiores Agachamentos Flexão coxofemoral e joelho (alternada) Abdução/adução (alternada)	Realiza exercícios musculares com recurso a dispositivos de apoio com tolerância  Cumpe levante da posição de sentado para posição ortostática com tolerância  Cumpe o planeamento dos exercícios, no entanto, não consegue cumprir as repetições e séries na totalidade



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
7/12	Equilíbrio (dinâmico) Comprometido em grau moderado	Promover o equilíbrio dinâmico; Redução da instabilidade funcional; Aumentar a estabilidade postural e o tónus muscular; Promover a coordenação motora e a estabilidade da marcha.	Avaliar equilíbrio corporal através da escala de Tinetti;  Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através da correção postural;  Promover exercícios de elevação da cintura pélvica (ex. ponte);  Incentivar levante da posição de sentado para a posição de pé (com apoio)- 2 séries, 5 repetições	7/12 Escala de Tinetti: 6 (1/1/1/1/1/0/0/1/0)  Equilíbrio dinâmico não eficaz;  16/1  Equilíbrio dinâmico eficaz



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
7/12	Marcha com auxiliar de marcha comprometida em grau moderado	- Andar independente com uso adequado de Dispositivo Auxiliar de Marcha - Promover o potencial de reconstrução de autonomia	Avaliar o esforço com a Escala de Borg para reeducação no esforço para ajustar o tempo e distância da marcha  Avaliar o andar com auxiliar de marcha (observação)  Assistir no levante com instrução do treino de alavanca  Treinar o andar com auxiliar de marcha:  Treino de marcha com reeducação no esforço (realização de exercícios de consciencialização respiratória e dissociação do tempo respiratório em repouso permitindo a sincronização da expiração com o momento de esforço)	7/12 Marcha Atáxica com auxiliar de marcha numa distância de 3 metros  Evolução progressiva da distância ao longo das sessões, de acordo com a tolerância  16/1 Marcha com auxiliar de marcha sem alterações numa distância de 50 metros



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
7/12	Autocuidados Higiene, Vestir e despir comprometidos em grau moderado	Promover a capacitação para as AVD Aumentar a participação nos autocuidados;	Capacitar para a realização de higiene parcial Realizar treino de AVD  Promover a readaptação funcional	7/12 Parcialmente dependente nos autocuidados, realiza higiene parcial e veste/despe peças de roupa que não exijam esforço respiratório e maior flexibilidade



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
7/12	Risco de queda em grau elevado	Diminuir risco de queda e promover ambiente seguro	Avaliar risco de Queda através de escala de Morse; Avaliar os pavimentos e superfícies: - Remover tapetes e móveis; Utilizar calçado e roupa adequada; Utilizar materiais de apoio como alteador de sanita, barras fixas e cadeira sanitária; Não foi possível adequar a altura da cama, nem a colocação de grades.	7/12 Escala de Morse: 50  16/1  Escala de Morse: 50



## PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
7/12	Adesão ao programa de Reabilitação Comprometido	Promover a adesão correta ao programa de reabilitação	Executar técnica de relaxamento com consciencialização respiratória; Incentivar a adesão ao programa de reabilitação com recurso ao ambiente exterior para promover o contato com os seus interesses prévios; Promover a readaptação à limitação utilizando um discurso motivador, incentivando a pessoa para a execução do programa de reabilitação; Utilizar uma abordagem terapêutica promotora da responsabilização pelo processo de recuperação, explicando e exemplificando os exercícios sempre que necessário; Descrever o objetivo da intervenção mostrando os benefícios para o estabelecimento de uma rotina diária e desempenho das AVD de forma (mais) independente, de acordo com os seus interesses e motivações; Utilizar a musicoterapia para facilitar a atenção e envolvimento na participação do programa de reabilitação	Executa técnica de relaxamento com consciencialização respiratória com poucos resultados;  Mostrou-se mais motivada e envolvida no programa de reabilitação ao longo das sessões  A musicoterapia teve um efeito positivo e foi impulsionadora da motivação no desempenho dos exercícios



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A limitação funcional representa maior vulnerabilidade e fragilidade tendo uma enorme representatividade rotina diária e interação social.

A consciencialização do movimento dos segmentos mantém a integridade das articulações e estruturas musculares, permitindo potencializar a capacitação para a independência;

O envolvimento da pessoa no projeto de saúde através da responsabilização parece promover a capacitação e a recuperação da funcionalidade.

*“Os fenômenos de adesão terapêutica estão intimamente relacionados com a aprendizagem que o indivíduo faz no contexto da sua doença”* (Serra, 2005)

*“A medicina experimental, querendo basear e objetivar as suas práticas segundo os métodos das ciências ditas “duras” avança para uma redução do ser humano limitando-o apenas à sua parte objetivável. É por isso que, na medicina moderna, há tão pouco espaço para o que o doente exprime, para a sua palavra que é essencialmente, subjetiva”* (Herbeen, 2000, p.15 citado por Serra, 2005)



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover o desenvolvimento de competências que lhe permitam o conhecimento do seu potencial individual no estabelecimento de uma rotina diária e desempenho das AVD parece representar um efeito motivador.

O recurso à musicoterapia incentiva a participação nos exercícios a desenvolver (Paul, S. & Ramsey, D. 2000), facilitando o foco e a atenção durante a sessão (Antonietti, A. 2009; Tomaino, C. & M. Journal of Nurse Life Care Planning, 2021).

A utilização de música familiar pode despertar memórias agradáveis, melhorando o humor e favorecendo o envolvimento da pessoa, potenciando assim a motivação durante a sessão (Antonietti, A. 2009; Tomaino, C. & M. Journal of Nurse Life Care Planning, 2021).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonietti, A. (2009). Why is music effective in rehabilitation? *Studies in Health Technology and Informatics*, 145, 179–194. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-018-6-179>
- Butler, C., Miller, W., & Rollnick, S. (2008). Motivational Interviewing in Health Care. In *The Guildford Press*.
- Damáσιο, A. (2013). *O Sentimento de Si - Corpo, Emoção e Consciência* (Bertrand Editora).
- Davies, C., Shurdington, J., Murray, K., Slater, L., & Pearson, D. (2021). Music for Wellness in rehabilitation patients: programme description and evaluation results. *Public Health*, 194, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.008>
- Diário da República. (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente* (Lusociência).
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2015). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem Dos Enfermeiros*, 60. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Paul, S., & Ramsey, D. (2000). Music therapy in physical medicine and rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 111–118.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceitos e práticas* (LIDEL, Ed.).
- Rusowicz, J., Szczepeńska-Gieracha, J., & Kiper, P. (2022). Neurologic Music Therapy in Geriatric Rehabilitation: A Systematic Review. *Healthcare*, 10(11), 2187. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112187>
- Schneider, L., Gossé, L., Montgomery, M., Wehmeier, M., Villringer, A., & Fritz, T. H. (2022). Components of Active Music Interventions in Therapeutic Settings—Present and Future Applications. In *Brain Sciences* (Vol. 12, Issue 5). MDPI. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050622>
- Tomaino, C. M., & M. Journal of Nurse Life Care Planning. (2021). Music Therapy: Evidence-Based Practice to Benefit People with Neurologic Issues. *AANLCP JOURNAL OF NURSE LIFE CARE*, XX(1), 34–38. [www.cbmt.org](http://www.cbmt.org)

# ESTUDO DE CASO -PLANO DE INTERVENÇÃO-

Unidade Curricular: Estágio com Relatório – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

13º Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Docente Orientador: Professor José Magalhães  
Regente UC: Professora Mª Céu Sá

Discente: Tânia Fraústo

**Apêndice 4 - Comprovativo de participação no Congresso Respirar  
e Resumo**



## Resumo Congresso - Respirar'22 - Sétimas Conversas da Pneumologia Com a Medicina Geral e Familiar

No dia 15 de outubro de 2022 participei nas Sétimas Conversas da Pneumologia Com a Medicina Geral e Familiar, organizadas pelo Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo.

Este congresso proporciona um ambiente multidisciplinar particularmente importante na discussão acerca das principais patologias respiratórias nos diferentes contextos de abordagem (comunitário e hospitalar).

Durante o dia de trabalho, as sessões foram divididas em 4 grandes temáticas. Primeiramente, abordaram-se os Distúrbios do Sono. Registou-se um debate de perspetivas pneumológicas e cardiológicas com particular importância para a Síndrome de Apneia do Sono e seu impacto nestes sistemas. Além disso, abordou-se também o Síndrome das Pernas Inquietas um diagnóstico pouco comum, facilmente negligenciado e para o qual é necessário manter um elevado nível de sensibilização por forma a chegar às pessoas que dele sofrem.

Posteriormente, o segundo grande tema abordado foi o das doenças pulmonares obstrutivas. Neste segmento, a DPOC foi a principal entidade desenvolvida, embora o foco não tenha sido apenas na forma tabágica, a mais comum, mas também a DPOC associada a exposição

ocupacional e ambiental. Além disso, abordaram-se também outras patologias obstrutivas prevalentes como a Asma e as Bronquiectasias.

Durante a tarde, abordaram-se questões mais abrangentes e transversais à prática de enfermagem. Primeiramente, focou-se a discussão no erro em saúde e na segurança do doente, aspetos cuja importância tem sido cada vez mais sublinhada, com maior sensibilização dos profissionais de saúde e conseqüente diminuição dos custos em saúde.

Por fim, abordou-se a doença associada à infeção por SARS-CoV-2. Os subtemas abordados foram a perspectiva pneumológica do seguimento pós-COVID-19, com enfoque no desenvolvimento de *Long-COVID Syndrome*. Abordou-se ainda a questão da vacinação, sua importância individual e comunitária e seus prós e contras.

Esta oportunidade de participação foi de crucial importância no meu percurso formativo, não só pela atualização científica, mas também pela oportunidade de participação num congresso multidisciplinar e de contactar com diversas realidades e experiências, sempre importantes na melhoria dos cuidados prestados.

**Apêndice 5 – Comprovativo de participação no Curso de  
Abordagem ao doente Respiratório e Resumo**



## Resumo Curso Prático - Abordagem do Doente Respiratório

No dia 14 de outubro de 2022 participei no curso intitulado "Abordagem do Doente Respiratório" incluído nas Sétimas Conversas da Pneumologia Com a Medicina Geral e Familiar, organizadas pelo Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo. Este curso, de elevada importância na formação pós-graduada dos profissionais, versou primariamente na abordagem dos principais sintomas respiratórios: tosse e dispneia. Após uma introdução teórica, abordou-se a marcha diagnóstica do doente respiratório, com especial enfoque no pedido, interpretação e comparação da telerradiografia de tórax e também nas provas de função respiratória, particularmente espirometria e pletismografia. Finalmente, abordaram-se as principais estratégias terapêuticas para o doente respiratório, tanto crónico, como agudo ou crónico agudizado, nomeadamente as indicações para inaloterapia e técnica inalatória, fundamental na adesão terapêutica, controlo sintomático e manutenção terapêutica; oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliária; e, por fim, o papel da reabilitação respiratória.

Enquanto aluna da especialidade de enfermagem de reabilitação, este curso revelou-se uma maisvalia formativa, com possibilidade de adquirir, atualizar e consolidar conhecimentos teórico-práticos e também como uma oportunidade para sedimentar o importante papel da enfermagem do EEER na gestão longitudinal e holística do doente respiratório.

**Apêndice 6 – Comprovativo de participação no Webinar  
“Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na  
evidência”**

# CERTIFICADO

Certifica-se que TANIA FILIPA MENDES FRAUSTO participou no Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência”, realizado online no dia 25 de outubro de 2022, com a duração de 7 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Apêndice 7 – Comprovativo de apresentação Poster no *Webinar*  
“Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na  
evidência”**

## CERTIFICADO

Certifica-se que Tania Frausto apresentou o Poster INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM CONDIÇÕES PÓS-COVID-19 de autoria de Tania Frausto, Cátia Vilhana, José Magalhães e Cristina Saraiva, no Webinar "Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência", realizado online no dia 25 de outubro de 2022.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento