



Escola Superior
Saúde Santa Maria

**ADESÃO E AUTOGESTÃO AO REGIME DE EXERCÍCIO
FÍSICO DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR
OBSTRUTIVA CRÓNICA**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Magda Pedroso

2023



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

**ADESÃO E AUTOGESTÃO AO REGIME DE EXERCÍCIO
FÍSICO DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR
OBSTRUTIVA CRÓNICA**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Magda Sofia Pereira Pedroso Lemos

Junho de 2023

Porto



**ADESÃO E AUTOGESTÃO AO REGIME DE EXERCÍCIO FÍSICO
DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA
CRÓNICA**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Magda Sofia Pereira Pedroso Lemos

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, orientada
pela Professora Mestre Catarina Ribeiro, coorientada pelo Professor Mestre Pedro
Barbosa e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Junho de 2023

Porto

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

À minha família, aos meus filhos Isaac Lemos e Indra Lemos. Que este trabalho seja um exemplo de perseverança, que considero importante nas nossas vidas.

A ti, Paulo Lemos esta etapa marca mais um objetivo concretizado em conjunto.

AGRADECIMENTOS

À orientadora professora Mestre Catarina Ribeiro e ao coorientador professor Mestre Pedro Barbosa pela disponibilidade, pelas palavras de apoio e motivação no decurso deste trabalho.

À enfermeira Célia Lousada pelos momentos de partilha.

Às minhas amigas, Ana Marta, Sara Duarte e Bruna Machado pela ajuda incondicional e motivação.

À enfermeira Ana Diniz, Carla Pinheiro e Marta Coelho pelo incentivo e amizade.

Aos meus pais, pela presença e apoio ao longo da vida, em todos os projetos, pessoais e profissionais.

À Doutora Rita Lemos por todos os momentos de apoio e pelo afeto que nos une.

E por último, ao meu marido, e aos meus filhos pelo suporte e amor que recebo todos os dias, pela inspiração que me transmitem.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

6MWT	<i>Six Minute Walking Test</i> (Teste 6 Minutos de Marcha)
AVD	Atividades de Vida Diária
CAT	<i>COPD Assessment Test</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EF	Exercício Físico
ESSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
FEV1	<i>Forced Expiratory Volume in 1 Second</i> (Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo)
FVC	<i>Forced Vital Capacity</i> (Capacidade Vital Forçada)
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
LCADL	Escala de Atividades da Vida Diária
mMRC	<i>Modified Medical Research Council Dyspnea Scale</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRR	Programa de Reabilitação Respiratória
RR	Reabilitação Respiratória
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
WHO	World Health Organization

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma doença pulmonar crónica que apresenta alta prevalência e morbidade em todo mundo. A manifestação de sintomas como a tosse, dispneia e produção de expetoração, acompanhados de exacerbações agudas da doença ou manifestações crónicas, representam uma alteração significativa na qualidade de vida destes clientes. O exercício físico é uma intervenção não farmacológica importante na reabilitação destes clientes, estimula a capacidade funcional, diminui as exacerbações e melhora a qualidade de vida, contudo depende de conceitos centrais como a adesão e a autogestão.

O presente relatório visa abordar esta problemática utilizando como metodologia a Revisão Integrativa da literatura. Esta centra-se nas estratégias/intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, que influenciam a adesão e autogestão do exercício físico e, por sua vez, termina com uma proposta de intervenção nesta população.

Os objetivos delineados, ao longo deste processo de aprendizagem, foram mapear e analisar a produção científica relativa às estratégias/ intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica que influenciam a adesão e autogestão do exercício físico, refletir sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da adesão e autogestão do cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica ao exercício físico na comunidade, através de um estágio neste contexto, integrando as suas competências especializadas e, por fim, elaborar uma proposta de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, centrada em estratégias para promover a adesão e autogestão do exercício físico do cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

Conclui-se que a evidência demonstra que não é possível definir qual a melhor estratégia para a promoção da adesão e autogestão do exercício físico em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Além disso, esta competência de adesão e autogestão, apresenta uma dimensão pessoal, que carece de personalização para cada cliente. Porém encontra algumas estratégias e recursos, nomeadamente aliar meios informáticos à prática em Enfermagem de Reabilitação, planos de intervenção personalizados, regimes de aprendizagem simplificados, existência de estruturas de apoio ao cliente, utilização de diários de registos e a otimização da autoeficácia, demonstraram ganhos efetivos.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Cooperação e Adesão ao Tratamento, Autogestão e Exercício Físico.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a chronic lung disease that has a high prevalence and morbidity worldwide. The manifestation of symptoms such as cough, dyspnea and sputum production, accompanied by acute exacerbations of the disease or chronic manifestations, represent a significant change in the quality of life of these clients. Physical exercise is an important non-pharmacological intervention in the rehabilitation of these clients, it stimulates functional capacity, reduces exacerbations and improves quality of life, however it depends on central concepts such as adherence and self-management.

This report aims to address this issue using the Integrative Literature Review as a methodology. This focuses on the strategies/interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in the client with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, which influence adherence and self-management of physical exercise and, in turn, ends with a proposal for intervention in this population.

The objectives outlined, throughout this learning process, were to map and analyze the scientific production related to the strategies/interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the client with Chronic Obstructive Pulmonary Disease that influence the adherence and self-management of physical exercise, to reflect on the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in promoting adherence and self-management of the client with Chronic Obstructive Pulmonary Disease to physical exercise in the community, through an internship in this context, integrating their specialized skills and, finally, preparing a proposal for intervention by the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, focused on strategies to promote adherence and self-management of physical exercise by clients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

It is concluded that the evidence demonstrates that it is not possible to define the best strategy for promoting adherence and self-management of physical exercise in clients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In addition, this adherence and self-management competence has a personal dimension, which requires personalization for each client. However, it does find some strategies and resources, namely combining computer means with practice in Rehabilitation Nursing, personalized intervention plans, simplified learning regimes, existence of customer support structures, use of log diaries and the optimization of self-efficacy, demonstrated effective gains.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Cooperation and Adherence to Treatment, Self-Management and Physical Exercise

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	9
ÍNDICE DE TABELAS	10
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA	14
1.2 NECESSIDADES DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA	20
1.3 REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA EM CONTEXTO DOMICILIAR/COMUNITÁRIO	23
1.4 ADESÃO E AUTO-GESTÃO DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA AO EXERCÍCIO FÍSICO NO DOMICÍLIO/ COMUNIDADE	27
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	33
2.1 ECCI CORAÇÃO D'OURO - PROJETO “RESPIRAR PARA VIVER MELHOR”	33
2.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER E OBJETIVOS – UMA REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA	38
2.1.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	38
2.1.2 Objetivos para a prática clínica	46
3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	50
3.1 CAPACITAÇÃO DO CLIENTE COM DPOC PARA O EXERCÍCIO FÍSICO NO DOMICÍLIO/ COMUNIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	50
3.2 PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO DO EEER NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM DPOC PARA O EXERCÍCIO FÍSICO NO DOMICÍLIO/COMUNIDADE.....	70

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
-------------------------------------	-----------

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
--	-----------

ANEXOS	84
---------------------	-----------

Anexo I Cronograma do Programa de Reabilitação Respiratória

Anexo II Instrumentos de Avaliação (Questionário de Dispneia, Teste de Marcha de 6 minutos Teste sentar e levantar em 1 minuto, Escala de Atividades da Vida Diária e Escala de Ansiedade e Depressão)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Componentes do Programa de Reabilitação Respiratória.....	35
Figura 2- Diagrama de Seleção Estudos.....	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -Classificação da Gravidade da Limitação do Fluxo Aéreo de Acordo com os Critérios GOLD (2023)	17
Tabela 2 - Ferramenta de Classificação "ABE" GOLD 2023	18
Tabela 3 - Síntese dos Artigos Incluídos.	59
Tabela 4 - Planeamento de Intervenção do EEER na Capacitação do Cliente com DPOC	70

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma patologia que apresenta alta prevalência e morbilidade em todo mundo, sendo constituída por permanência e progressiva limitação do fluxo aéreo, associada a uma resposta inflamatória anormal aos gases inspirados. No contexto Mundial, a DPOC ocupa o terceiro lugar na principal causa de morte, assim como, assume relevância na principal causa de morbilidade (GOLD, 2023). Em Portugal, dados da Sociedade Portuguesa de Pneumologia demonstram que 5,42% da população portuguesa entre os 35 e 69 anos sofre de DPOC. Anualmente, morrem cerca de 8,7 por 100.000 habitantes por DPOC (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2022).

A manifestação dos sintomas como a tosse, dispneia e produção de expetoração, acompanhados de exacerbações agudas da doença ou manifestações crónicas, representam uma alteração significativa na qualidade de vida destes clientes. Estes apresentam intolerância à atividade, cansaço fácil e dispneia crónica. O diagnóstico de DPOC tem por base a trilogia entre a sintomatologia que o cliente apresenta, os fatores de risco que reúne e o resultado obtido no teste de espirometria. (GOLD, 2023).

Neste sentido, o tratamento da doença inclui um conjunto de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Os objetivos destas intervenções são melhorar os sintomas, otimizar a capacidade para o exercício, melhorar o estado de saúde, prevenir e tratar exacerbações, prevenir a progressão da doença e reduzir a mortalidade (Guimarães et al., 2016).

No tratamento não farmacológico da doença, surge a Reabilitação Respiratória (RR), uma intervenção abrangente, baseada numa avaliação personalizada do indivíduo, que inclui, entre outras estratégias, o treino de exercício físico (EF), bem como a educação e mudança de comportamento (Spruit et al., 2013).

O EF assume-se como uma das componentes centrais do tratamento não farmacológico da doença, atendendo aos efeitos positivos na vida dos indivíduos. Neste sentido, o exercício físico, prescrito de acordo com as características de cada cliente, tem um impacto positivo na sintomatologia da doença. Este é influenciado por conceitos como

a adesão e a autogestão, tendo em vista o controlo da sintomatologia e, consequentemente, a obtenção de melhores níveis de qualidade de vida (Wang et.al, 2021).

Os níveis de adesão são influenciados por questões intrínsecas e extrínsecas ao doente, dado que o acesso aos programas de RR é dificultado por fatores como a com a escassez de recursos e inacessibilidade dos indivíduos aos mesmos, bem como, a subvalorização da importância dos programas de EF, por parte da população, reflexo do défice da literacia em saúde (Ding et al., 2019). A autogestão do EF relaciona-se com o nível de conhecimento e envolvimento no processo de reabilitação (Wang, et.al, 2021).

Assim, este relatório é o culminar de um processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, voltado, sobretudo, para o doente com DPOC. Face ao exposto, no terceiro semestre do referido curso, durante os meses de janeiro e dezembro, foi realizado um estágio, na UCC Coração D'Ouro, onde tive a oportunidade de integrar um projeto dirigido ao doente respiratório – *“Respirar para Viver Melhor”*.

Ao longo deste processo foram definidos objetivos que nortearam a prática clínica, bem como o percurso científico a adotar. Assim, os objetivos gerais para o desenvolvimento do presente relatório foram mapear e analisar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) que promovem a adesão e autogestão da pessoa com DPOC ao regime de EF, refletir sobre a intervenção do EEER para a promoção da adesão e autogestão ao EF do doente com DPOC na comunidade, através de um estágio neste contexto e integrando as suas competências especializadas e, por fim, elaborar uma proposta de intervenção do EEER, centrada em estratégias para promover a adesão e autogestão do EF do doente com DPOC.

Para o desenvolvimento do presente relatório considerou-se pertinente a sua estruturação em quatro capítulos principais. O enquadramento conceptual, primeiro capítulo deste relatório, visa sustentar o desenvolvimento dos construtos em análise, fornecendo o mote para a realização da pesquisa científica, neste domínio. No segundo capítulo, contextualização da prática clínica, são integrados aspetos estruturantes do local onde foi realizado o estágio, bem como a reflexão das competências do EEER, desenvolvidas ao longo do mesmo. De seguida, no capítulo referente às estratégias de intervenção profissional é apresentada uma revisão integrativa da literatura, relativa à

adesão e autogestão ao EF na pessoa com DPOC, bem como uma proposta de intervenção neste domínio, culminando com as considerações finais.

Para a realização deste relatório de estágio recorreu-se a evidência científica sediada em fontes como a EBSCOhost e literatura cinzenta, bem como obras de referência na área da investigação e entidades que se dedicam a investigar a pessoa com DPOC. O mesmo segue as regras da *American Psychological Association* (7.^a edição) como norma de referenciação bibliográfica e as normas de formatação para relatórios de mestrado da Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Através do capítulo que se intitula *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* pretende-se abordar as questões inerentes ao diagnóstico, estratificação da doença e sintomas principais. Por outro lado, no capítulo seguinte focam-se as necessidades específicas da pessoa com DPOC, a sintomatologia e impacte na qualidade de vida. Posteriormente, descreve-se o processo de reabilitação destes clientes com especial atenção ao EF. O capítulo termina com o aprofundamento da intervenção do EEER para a promoção da adesão e autogestão destes clientes, no seu programa específico de exercício, inserido no domicílio ou na comunidade.

1.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A DPOC foi definida pela primeira vez no final dos anos 50, contudo pouco investigada até à década de 90 (Keener, 2020). Em 1997, um grupo de investigadores, pneumologistas em colaboração com diferentes organizações, nomeadamente o National Heart, Lung, and Blood Institute, o National Institutes of Health e a Organização Mundial de Saúde (OMS) constituíram a GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) com o intuito de agrupar informação sobre a doença. Esta reunião de investigação sobre a doença, tinha como objetivo aumentar a consciencialização sobre a DPOC, definir critérios para o seu diagnóstico e incentivar a investigação sobre a sua prevenção e tratamento (GOLD, 2023).

No contexto Mundial, a DPOC ocupa o terceiro lugar na principal causa de morte, assim como, assume relevância na principal causa de morbilidade (GOLD, 2023). Em Portugal, dados da Sociedade Portuguesa de Pneumologia demonstram que 5,42% da população portuguesa entre os 35 e 69 anos sofre de DPOC. Anualmente, morrem cerca de 8,7 por 100.000 habitantes por DPOC, no entanto, o paradigma nacional relativo à DPOC está em mudança. Assim, Portugal integra, de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o grupo de países com menor mortalidade por Asma e DPOC. Da mesma forma, Portugal destaca-se por ser o país da OCDE com menos internamentos por agudizações da doença. Efetivamente, estes internamentos são potencialmente evitáveis, com a adoção de

medidas preventivas ou intervenções implementadas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Nos últimos anos, em Portugal existiu um aumento de consultas de cessação tabágica, bem como acesso a espirometria e a cuidados de RR. Em adjuvante, a implementação da prescrição eletrónica, a nível internacional, para cuidados respiratórios domiciliários, permitiu uma melhor monitorização destes clientes, promovendo uma prescrição mais eficaz, em conformidade com as boas práticas (Ministério da saúde, 2018).

Neste sentido, a DPOC é uma doença com incidência relevante na população, sendo, contudo evitável e tratável. As principais características são os sintomas respiratórios persistentes e a limitação do fluxo aéreo. A DPOC é uma condição pulmonar heterogénea caracterizada por insuficiência respiratória crónica, associada a sintomas de dispneia, tosse, produção de secreções e/ou exacerbações, devido a anormalidades das vias aéreas (bronquite, bronquiolite) e/ou alvéolos (enfisema), que causam obstrução persistente, muitas vezes progressiva, do fluxo aéreo. Geralmente, estas anormalidades devem-se à interação de dois fatores: ambientais e genéticos. Assim, a exposição significativa a partículas e gases tóxicos, e fatores intrínsecos ao hospedeiro, relacionados com o desenvolvimento pulmonar anormal, podem predispor a pessoa ao desenvolvimento da doença (GOLD, 2023).

Nas situações de enfisema, a inflamação crónica causa alterações estruturais, estreitamento das pequenas vias aéreas e destruição do parênquima pulmonar, que leva à perda de inserções alveolares das pequenas vias aéreas e diminui a retração elástica pulmonar. Por sua vez, essas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas permanecerem abertas durante a expiração. A perda funcional de pequenas vias aéreas contribui para a limitação do fluxo aéreo e a disfunção muco-ciliar é uma característica da doença (GOLD, 2023).

Relativamente às condições do tipo bronquítico, a lesão pulmonar localiza-se nos brônquios e bronquíolos, tornando-os cronicamente inflamados, espessos e com constante produção de muco. O cliente com bronquite crónica apresenta além dos sintomas de dispneia e cansaço, um quadro de tosse crónica com expectoração (Sociedade Portuguesa Pneumologia, 2022).

Na prática clínica é comum a sobreposição entre as duas condições. O cliente com DPOC pode ter um quadro com mais características de bronquite crónica, mas apresenta

sempre algum grau de destruição dos alvéolos e hiperinsuflação, que condicionam o fluxo aéreo (Guimarães et al., 2016).

A limitação do fluxo aéreo é geralmente medida por espirometria, pois este é o teste de função pulmonar mais amplamente disponível e reprodutível. A monitorização de sintomas crónicos é importante, já que estes precedem ao desenvolvimento da limitação do fluxo aéreo e muitas vezes associam-se ao desenvolvimento de eventos respiratórios agudos (GOLD, 2023).

No que concerne aos fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC, alguns estudos demonstram que a exposição significativa a partículas e gases nocivos interligados com fatores intrínsecos do hospedeiro, tais como um desenvolvimento pulmonar anormal ou fatores genéticos potenciam o desenvolvimento da doença. Assim, considera-se o tabagismo, a poluição do ar presente nas casas (como o combustível de biomassa utilizado para cozinhar e para o aquecimento), a poluição atmosférica, as poeiras e produtos químicos resultantes de atividades ocupacionais, fatores de risco importantes. No que diz respeito à componente genética da doença, o fator de risco genético mais documentado é o défice de alfa-1-antitripsina (IPCRG, 2020).

A DPOC instala-se de forma crónica e progressiva, no entanto é comum a ocorrência de exacerbações, associadas a infeções concomitantes. Ou seja, o indivíduo apresenta em simultâneo várias infeções causadas por diferentes agentes patógenos, bacterianas, víricas ou parasitárias. Nestas exacerbações ocorre uma resposta inflamatória exacerbada, um aumento da hiperinsuflação e retenção de ar, com redução do fluxo expiratório, causando um aumento da dispneia (Guimarães et al., 2016).

A sensação de dispneia está documentada como sendo o sintoma mais característico da DPOC. Outros sintomas da doença incluem tosse produtiva, sibilos, sensação de aperto no tórax, fadiga, perda ponderal, perda de massa muscular e anorexia. Situações como a depressão e a ansiedade também são comuns na DPOC e estão associadas a estados de saúde mais débeis e, consequentemente, com risco acrescido de exacerbações e admissões hospitalares (GOLD, 2023).

A manifestação destes sintomas como a tosse, dispneia e produção de expetoração, acompanhados de exacerbações agudas da doença ou manifestações crónicas, representam uma alteração significativa na qualidade de vida destes clientes. Estes apresentam intolerância à atividade, fadiga e dispneia crónica (GOLD, 2023). Esta

sintomatologia influencia a capacidade desta população em se autocuidar (Carlin, 2020), uma vez que decorre do descondicionamento físico e, consequente aumento da dispneia e fadiga, apresentando um círculo vicioso ou espiral descendente (Langer et al., 2015).

O diagnóstico de DPOC tem por base a trilogia entre a sintomatologia que o cliente apresenta, os fatores de risco que reúne e o resultado obtido no teste de espirometria. Assim, todas as pessoas que apresentam sintomas respiratórios crônicos e persistentes e/ou exposição a fatores de risco devem realizar espirometria (DGS, 2019; Duffy & Criner, 2019; GOLD, 2020). A espirometria é um exame simples para avaliação da função pulmonar, amplamente disponível e reprodutível (Duffy & Criner, 2019; GOLD, 2020). Os valores são relatados como medidas brutas de fluxo e como percentagem prevista após correção para peso, idade e sexo (Duffy & Criner, 2019).

O diagnóstico de DPOC é efetuado quando se demonstra a presença de obstrução ao fluxo aéreo, ou seja, quando a relação entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo após broncodilatação (FEV1) e a capacidade vital forçada (FVC) é inferior a 0,70 (70%) (DGS, 2019a; GOLD, 2020). Por outro lado, a severidade da obstrução dos fluxos aéreos é estabelecida pelo valor de FEV1. Assim, de acordo com os critérios da GOLD (2023) podemos considerar quatro níveis de gravidade: ligeira, moderada, grave e muito grave, conforme sintetiza a tabela um.

Tabela 1

Classificação da Gravidade da Limitação do Fluxo Aéreo: Critérios GOLD (2023)

GOLD	Gravidade FEV1	FEV1
GOLD 1	Ligeira	FEV1 $\geq$ 80% do valor previsto
GOLD 2	Moderada	FEV1 < 80% e $\geq$ 50% do valor previsto
GOLD 3	Grave	FEV1 < 50% e $\geq$ 30% do valor previsto

Fonte: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2023).

A dispneia é o principal sintoma que dita grande parte da morbidade destes clientes. A sua intensidade e o impacto no estado de saúde do cliente possuem baixa correlação com VEF₁. Por isso, a GOLD introduz a avaliação do cliente através da sintomatologia, por meio do *COPD Assessment Test* (CAT) ou *modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC), bem como do histórico de exacerbações.

Esta nova avaliação propôs uma classificação diferente da estabelecida previamente pela GOLD em (2022) destacando a relevância clínica das exacerbações. Face ao exposto, a GOLD (2023) sugere a ferramenta “ABE”, que se encontra sintetizada na tabela dois.

Tabela 2

Ferramenta de Classificação "ABE" GOLD 2023

Ferramenta “ABE” do GOLD 2023		
Histórico de Exacerbações		
≥ 2 exacerbações ou ≥ 1 com hospitalização	E	
0 ou 1 exacerbação sem hospitalização	A	B
	mMRC0-1 CAT<10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10
	SINTOMAS	

Fonte: Adaptado de GOLD, 20203

O tratamento da doença inclui um conjunto de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Os objetivos destas estratégias são melhorar os sintomas, otimizar a capacidade para o exercício, melhorar o estado de saúde, prevenir e tratar exacerbações, prevenir a progressão da doença e reduzir a mortalidade (GOLD, 2023). O tratamento da doença estável deve ser adequado à gravidade da mesma e a abordagem centrada na pessoa. O tratamento farmacológico é complementado pelo não farmacológico (Guimarães et al., 2016).

As intervenções farmacológicas e não farmacológicas têm como objetivo o controlo da doença, sendo que as intervenções não farmacológicas de cessação tabágica, programas de treino de exercício e RR, entre outras, têm a sua importância reconhecida. (Guimarães et al. 2016). No entanto, o tratamento farmacológico, como a broncodilatação é muito importante para o controlo da DPOC. Assim, é fundamental que as pessoas com DPOC estejam informadas sobre a doença, conheçam os fatores de risco para a progressão da mesma e o papel que eles próprios e os profissionais de saúde desempenham para um tratamento adequado e obtenção de melhores resultados clínicos (Araújo, 2016).

A terapêutica inalatória é o pilar do tratamento farmacológico e está indicado para pessoas sintomáticas, de acordo com os sintomas e risco de exacerbações futuras, ou seja, de acordo com a classificação “ABE”. Desta forma, são frequentemente utilizados os broncodilatadores de curta e longa ação, bem como os corticoides inalatórios. Estes fármacos podem ser prescritos de forma associada, tendo em conta a condição do cliente. O sucesso da terapêutica inalatória depende de vários fatores, sendo essencial que os fármacos sejam adequados à condição da pessoa, que a adesão ao regime medicamentoso esteja estabelecida e a técnica inalatória seja efetuada de forma correta (Araújo, 2016). Assim, a técnica inalatória deve ser revista regularmente (DGS, 2019a; GOLD, 2023) e devem estar contemplados programas de educação para a saúde dirigidos às pessoas com DPOC ou aos cuidadores, com enfoque na adesão ao regime terapêutico, com especial atenção para a instrução e treino da técnica inalatória correta. (DGS, 2019a). Para todas as pessoas com DPOC devem ainda ser prescritas a vacina antigripal, de forma anual e a vacina antipneumocócica (DGS, 2019a). Esta intervenção, o ensino e instrução em programas de educação para a saúde, com enfoque na adesão ao regime de terapêutico, reduz as infeções respiratórias, e consequentemente o risco de exacerbações, internamentos e morte (GOLD, 2023).

Assim, associado ao regime medicamentoso prescrito, existe um conjunto de intervenções não farmacológicas que potenciam o conhecimento e a capacidade para autogestão da doença. Deste conjunto de intervenções fazem parte as sessões de educação para a saúde, a promoção do aumento da literacia em saúde/doença, o aconselhamento para adoção de estilos de vida saudáveis, a prescrição de dieta nutricional adequada, o incentivo à prática de atividade física diária, o empoderamento para uma adesão ao

regime terapêutico e a instrução da correta técnica inalatória (Araújo, 2016; DGS, 2019a; GOLD, 2023).

Neste sentido, é perceptível o impacto que a DPOC poderá acarretar na vida da pessoa. É fundamental que o EEER atente a estas condicionantes, bem como avalie, especificamente, as necessidades da pessoa com DPOC, com objetivo de fornecer a melhor resposta, ajustada à condição de saúde individual e única, que cada indivíduo potencialmente poderá apresentar.

1.2 NECESSIDADES DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

O cliente com DPOC manifesta sintomas respiratórios persistentes e limitação crónica do fluxo aéreo e, muitas vezes, apresenta exacerbações episódicas da doença. Consequentemente, tem alto risco de admissão/readmissão hospitalar, com taxas relatadas de readmissão, em 30 dias, que variam de 10% a 20%. A autogestão da DPOC, por meio de suporte clínico e social, com o uso otimizado de medicamentos, modificação do estilo de vida e prevenção de fatores de risco, é essencial para melhorar os resultados em saúde e prevenir a progressão da doença (Ding et al., 2019).

Em paralelo à evolução da doença, acresce um conjunto de necessidades que o cliente experiencia, nomeadamente, fisiológicas, psicológicas, emocionais, financeiras e muitas vezes de apoio e suporte.

No quotidiano destes clientes, o principal problema de saúde são os sintomas como: a dispneia, tosse e expectoração, que afetam as componentes física, psicológica e social, interferindo com a capacidade para a realização das atividades de vida diárias (AVD) e participação social, repercutindo-se na qualidade de vida (Johansson et al., 2019; Luz & Basto, 2013; Miravittles & Ribera, 2017).

No que concerne às necessidades fisiológicas, a DPOC tem efeitos extrapulmonares que originam perda de peso, estados nutricionais debilitados e disfunção musculoesquelética, contribuindo para a intolerância ao exercício e agravamento do estado de saúde (Chaudhary et al., 2017; GOLD, 2023).

Segundo Frykholm et al. (2019), a DPOC é considerada uma doença multissistémica, que inclui a disfunção muscular. A disfunção de toda a musculatura é considerada uma das manifestações sistémicas mais problemáticas da doença e é

caracterizada por atrofia muscular, que ao nível funcional é evidenciado por força e resistência reduzidas. É importante ressaltar que esta atrofia muscular, está negativamente associada a resultados clinicamente relevantes, como tolerância ao exercício diminuída, capacidade funcional minimizada, dependência nas atividades da vida diária, bem como aumento do uso de serviços de saúde, dispneia e baixa qualidade de vida (Frykholm et al., 2019).

Relativamente à dependência funcional, a diminuição progressiva da energia e os momentos de exacerbação dos sintomas, condicionam negativamente a evolução da doença, comprometendo a capacidade do cliente para realizar as suas AVD e atividades instrumentais (Padilha, 2013). Estes aspetos interferem no processo de socialização fora e dentro de casa (Padilha, 2013; Gabriel et al., 2014), nos índices de qualidade de vida (Padilha, 2013; Gudmundsson et al., 2006), no bem-estar, bem como na identidade do cliente inserido no seu contexto familiar e comunitário. O compromisso incutido pela doença é crescente, onde, no início se caracteriza pela dificuldade no desempenho de tarefas com maior dispêndio de energia e gradualmente compromete as AVD essenciais, de baixo consumo energético, como é o caso do alimentar-se, o vestir-se, entre outras (Padilha, 2013).

A pessoa vê, assim, a sua capacidade para o autocuidado afetada. Assim, e segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o autocuidado é uma *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (ICN, 2019).

Para Orem (1993), o autocuidado define-se como um conjunto de atividades aprendidas e implementadas pelo próprio de forma ativa, voluntária, deliberada e continuada, de acordo com as suas necessidades num determinado momento, ou seja, algo que não é inato ao ser Humano, mas sim adquirido e desenvolvido pela pessoa no seu contexto sociocultural. Esta aprendizagem foca-se na preservação a vida, a saúde, no crescimento, no desenvolvimento, no funcionamento e no bem-estar. Na procura constante da vida com qualidade em todas as suas dimensões (Orem, 1993).

As dificuldades com que o cliente com DPOC se confronta, em virtude da sua condição de cronicidade, são diversas ao longo da progressão natural da doença. Desde a convivência com sintomas debilitantes que interferem nos diferentes domínios do

autocuidado, incluindo o regime terapêutico complexo, na sua diversidade farmacológica e não farmacológica, até às mudanças de comportamentos e estilos de vida que se impõem e as consequentes implicações na vida social e laboral.

As mudanças exigidas são, na sua maioria, atribuíveis às modificações nos processos corporais devidos à progressão da doença e, consequente, deterioração da condição de saúde do cliente. Da diversidade de sintomas prioriza-se a presença de dispneia e a intolerância à atividade. Estes sintomas fazem com que tarefas simples como, a preparação de refeições, cuidar da higiene pessoal, alimentar-se, e outras do domínio do autocuidado, fiquem comprometidas uma vez que, rapidamente, o cliente atinge um estado de fadiga e mal-estar tal, que tem necessidade de interromper ou mesmo desistir progressivamente de realizar este tipo de atividades. Segundo Sampaio (2019), é necessário atender a estratégias de conservação de energia, assim, os clientes devem aprender a gerir sua energia e evitar o desperdício de esforço. Este aspeto pode incluir o uso de técnicas de conservação de energia, como pausas frequentes durante atividades físicas, distribuição das tarefas ao longo do dia e planeamento de descanso adequado.

Paralelamente, atividades de socialização ou lazer são afetadas. Desta forma, sair do domicílio, fazer compras, visitar amigos e familiares ou participar em outras atividades, transforma-se num problema. Neste cenário surge o compromisso na liberdade e na dignidade da pessoa, alterações nas suas expectativas prévias e o isolamento social (Seamark et al., 2004). Neste sentido, e considerando a participação social e familiar, muitos clientes com DPOC optam pelo isolamento, por se sentirem um fardo para os outros. (Johansson et al., 2019; Luz & Basto, 2013; Miravittles & Ribera, 2017)

Do ponto de vista das necessidades psicológicas e emocionais, segundo Miravittles & Ribera (2017), para além dos sintomas e eventos críticos da DPOC, as componentes do tratamento, nomeadamente o tratamento farmacológico e a cessação tabágica, também têm implicações na vida da pessoa afetada. Estas podem levar à redução da atividade física, afetar a qualidade do sono e conduzir a ansiedade e depressão. A perspetiva da morte está muitas vezes presente para estes clientes, e o facto de se ter sido fumador conduz a sentimentos de culpa perante uma doença sem cura (Johansson et al., 2019; Luz & Basto, 2013; Miravittles & Ribera, 2017).

No que concerne às necessidades económicas, a gestão desta sintomatologia específica, acarreta custos substanciais para a sociedade. Além disso, a nível pessoal o

cliente, mediante a sintomatologia que manifesta, pode ser impossibilitado no seu exercício profissional e neste contexto surgirem situações de insustentabilidade económica (Johansson et al.,2019).

De forma a dar resposta as necessidades inúmeras e potenciar a qualidade de vida destes clientes, surgem as medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico, nomeadamente a RR. A RR, está implicitamente relacionada com a qualidade de vida da pessoa com diagnóstico de DPOC e é a base de uma intervenção efetiva para áreas como o autocuidado e a perceção de autoeficácia, através do Enfermeiro de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

A intervenção do EEER foca-se em várias necessidades de cuidados, nomeadamente o défice de autocuidado, a gestão de sintomatologia, a adesão ao exercício, entre outras. No contexto específico do domicílio compete ao EEER desenvolver estratégias que permitam potenciar a autonomia e a funcionalidade. Estas estratégias incluem não só trabalhar o conhecimento sobre a doença, os seus sintomas, estratégias preventivas para a não ocorrência de exacerbações da doença, entre outros aspetos, mas sobretudo desenvolver competências e capacidades que possibilitem ao cliente maximizar a sua autonomia, o seu bem-estar e sua qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

1.3 REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA EM CONTEXTO DOMICILIAR/COMUNITÁRIO

Reabilitar, segundo o ICN browser (2019) é *“restabelecer, restituir eficácia às funções ou a vida normal, através do treino, especialmente após uma doença”*. Analisando o conceito de Reabilitação este *“compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência, com o objetivo de satisfazer a pessoa, otimizar a sua autoestima e bem-estar”* (Diário da República, 2019, p. 13566).

A RR é uma intervenção abrangente, baseada numa avaliação personalizada do indivíduo, que inclui, entre outras estratégias, o treino de EF, a educação e a mudança de comportamento. Esta visa melhorar a dispneia, a condição de saúde e a tolerância ao esforço, reduzindo o número de hospitalizações, os sintomas de ansiedade e depressão.

Neste sentido, é implementada para melhorar a condição física e psicológica de pessoas com DPOC e promover a adesão a longo prazo de comportamentos que melhoram a saúde (Spruit et al., 2013).

No que concerne ao EF, este é parte integral e essencial nos programas de Reabilitação, sendo composto, sobretudo, por exercício aeróbio e treino de força muscular. Além do EF, o reforço da atividade física em programas estruturados, deve da mesma forma, ser incentivado. O aumento das atividades diárias de rotina, mais fáceis de implementar são fundamentais para a manutenção de exercícios a longo prazo (Piepoli et al., 2016). Importa estabelecer a diferença entre atividade física e exercício. A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto de energia. Isso inclui uma ampla gama de atividades, desde as tarefas diárias, como caminhar até o supermercado, subir escadas ou fazer tarefas domésticas, ou até atividades de lazer, como jardinagem ou dança. A atividade física é benéfica para o cliente com DPOC, pois ajuda a melhorar a capacidade funcional, fortalece os músculos respiratórios e melhora a qualidade de vida geral (Frykholm et al., 2019).

Por outro lado, o exercício é uma forma estruturada de atividade física, planeada, repetitiva e com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física e a saúde. Esta envolve sessões regulares de atividades específicas, como caminhadas rápidas, ciclismo, natação ou treino de resistência. O exercício é uma parte fundamental do programa de reabilitação respiratória para pessoas com DPOC, pois melhora a capacidade aeróbica, fortalece os músculos respiratórios, aumenta a resistência e reduz a dispneia durante as atividades diárias (Spruit et al., 2013).

As componentes de treino de exercício e de educação, com vista à autogestão da doença e à adoção a longo prazo de comportamentos que melhoram a saúde, são o pilar da RR. No entanto, devem também incluir as técnicas de reeducação funcional respiratória, a intervenção nutricional, psicológica, social, entre outras, adequadas aos problemas identificados, intervindo os profissionais que possam melhorar os resultados para estas pessoas (Carlin, 2020; DGS, 2019).

Assim, a RR enquadrada no tratamento não farmacológico da DPOC demonstrou-se eficaz, sendo esta uma das intervenções com melhor relação de custo/efetividade (GOLD, 2023). A evidência demonstra que a RR é efetiva na capacidade física e

psicológica dos clientes com DPOC e que os seus resultados convergem numa melhoria progressiva dos sintomas, da qualidade de vida e da participação física, psicológica e emocional nas AVD (Carlin, 2020; GOLD, 2023; Sampaio, 2019).

Segundo Ferreira et al. (2021), a alteração epidemiológica tem refletido um adoecimento, da população em especial, pela prevalência das condições crónicas, nomeadamente a DPOC. Por isso, observa-se maior uso dos serviços de saúde com necessidade de internamento hospitalar e elevado tempo de ocupação de vagas hospitalares, principalmente pela população idosa. Nesse cenário, vislumbram-se inúmeros desafios à sociedade, em especial ao setor saúde, no qual se faz necessário o planeamento estratégico de ações que favoreçam um envelhecimento com qualidade de vida. Uma estratégia para promover a desospitalização é garantir a continuidade da assistência no domicílio. As ECCI representam esta assistência, incluindo cuidados de saúde organizados num modelo de assistência destinado a clientes que continuam em programas de reabilitação no seu contexto domiciliário. Nesse contexto, a RR na comunidade e/ou no domicílio oferece vantagens a médio e longo prazo (Silva & Delgado, 2020).

No entanto, em Portugal, apenas 2% dos clientes com DPOC têm acesso a RR. Este aspeto é motivado por questões estruturais, dificuldades de acesso a centros de RR, assim como motivos intrínsecos aos clientes, como baixo grau de conhecimento sobre a doença, falta de apoio social e familiar e dificuldades económicas (Holland, 2017).

A RR na comunidade, surge, assim, como uma estratégia de tratamento com benefícios ao nível da qualidade de vida, trazendo melhorias ao nível da condição física, da autogestão da doença e redução da utilização de cuidados de saúde. (Burge et al., 2020)

Segundo Wang et al. (2021), o conhecimento sobre a doença, a motivação e o desenvolvimento de habilidades são os elementos mais importantes para que os clientes participem na autogestão da sua doença. A informação e a motivação do cliente influenciam diretamente a mudança de comportamento, o seu desempenho e as habilidades e capacidades que desenvolve, assim como potencia a eficácia implementada na sua autogestão da doença. Face ao exposto e segundo os autores supramencionados, um programa de autogestão deve incluir a transmissão de informações para a melhoria do conhecimento do cliente e habilidades para o controlo da doença, proporcionando

motivação para manter as mudanças de comportamento e empoderando o cliente para viver com a DPOC (Wang et al., 2021).

Langer e seus colaboradores (2015), num estudo comparativo entre clientes com DPOC submetidos a treino estruturado com aplicação de carga e treino de força e clientes submetidos a protocolos convencionais, concluem que os clientes do grupo experimental, demonstraram uma melhoria significativa da função muscular inspiratória e, além disso, ressaltaram que os clientes que toleraram cargas no treino mais elevadas, obtiveram melhorias mais substanciais na função muscular inspiratória.

Neste sentido, o EF é uma intervenção bem estabelecida para melhorar a performance física, os sintomas e a qualidade de vida em clientes com DPOC. No entanto, estes clientes enfrentam várias barreiras para a manutenção do regime de exercício, incluindo exacerbações episódicas da sua doença, apoio de um profissional de saúde contínuo limitado e baixa capacidade de autogestão da doença (Nguyen et al., 2009). Assim, o EF integrado num PRR estruturado é uma intervenção de curto prazo multicompetente recomendada para clientes com doença DPOC leve, moderada e grave (DGS, 2019a)

A RR está recomendada a todos os clientes com DPOC, segundo a classificação GOLD (2023), sendo a prática de atividade física regular, acompanhada de um plano de exercício estruturado, recomendado para todos os clientes, sem exceção (grupo A, B e E). Considerando o anterior, a localização onde a Reabilitação deverá ser integrada está, igualmente definida. Assim, os clientes do grupo A e B são incluídos em Programas de Reabilitação Respiratória (PRR) nos Cuidados de Saúde Primários. Contudo, no caso de apresentarem comorbilidades graves, devem integrar PRR em contextos hospitalares, assim como os clientes do grupo E (DGS, 2019b).

As indicações específicas que os PRR destes clientes devem cumprir encontram-se detalhadas na norma da DGS (2019b). Após o teste de espirometria a referência destes clientes para a Reabilitação nos cuidados de saúde primários, inclui a avaliação multi e interdisciplinar por pneumologistas, fisiatras, fisioterapeutas, EEER, técnicos de cardiopneumologia, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros. Os PRR devem incluir um módulo de treino de exercício estruturado e supervisionado e um módulo de educação e de apoio psicossocial.

O módulo de treino tem lugar em locais diversos, nomeadamente ginásios e salas

equipadas com ergómetros e máquinas de musculação e pesos livres. A segurança clínica dos clientes é prioritária, pelo que todos os clientes só iniciam o treino de exercício após uma prova de marcha de 6 minuto (6MWT) além disso é monitorizada a saturação periférica de oxigénio, que obedece ao critério de segurança de ser superior 90% para iniciar o treino, assim como a sensação subjetiva de esforço na escala de Borg modificada. As sessões iniciam-se e terminam com períodos de 10 minutos de aquecimento e arrefecimento e alongamento e integram vários tipos de treino de exercício com objetivos específicos. Assim, incluem exercícios aeróbios, exercícios de força muscular, exercícios de flexibilidade e exercícios de equilíbrio. Os PRR devem ter a duração mínima de oito a 12 semanas, com, pelo menos, duas sessões supervisionadas por semana. As sessões educacionais previstas, (seis a oito sessões) devem completar as sessões de treino. Estas podem ser estruturadas por qualquer profissional da equipa (DGS, 2019b).

Embora melhorias notáveis nos resultados funcionais estejam associadas com a Reabilitação, a manutenção do exercício autónomo diante de uma doença progressiva como a DPOC é algo desafiador. Por isso se justifica a necessidade de serem estabelecidos programas de adesão e de autogestão do EF nestes clientes. Um plano que, além de estruturar o tipo de exercícios específicos, inclua, também, intervenções efetivas para a adesão e motivação, bem como fomenta a autogestão, de forma que a mudança de comportamento possa ser efetiva nestes clientes.

1.4 ADESÃO E AUTO-GESTÃO DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA AO EXERCÍCIO FÍSICO NO DOMICÍLIO/ COMUNIDADE

A consciência da mudança, aliada ao conhecimento que a pessoa com DPOC vai adquirindo sobre a doença culmina na otimização das estratégias de adesão ao regime. Se o cliente não entender a doença e o tratamento não adere e, assim, é necessário criar estratégias que ajudem o cliente a aderir aos novos comportamentos. A adesão ao regime encontra-se intrinsecamente ligada a comportamentos de procura de saúde, que visam a vontade e o interesse que cada indivíduo tem em aprender, a iniciativa e a atitude que demonstram em ser parte ativa de todo o processo (Trivedi et al., 2012).

Vários autores estudaram a dicotomia de adesão ou não adesão ao regime terapêutico. No entanto estes dois conceitos nem sempre são fáceis de definir e

monitorizar. É necessário esclarecer critérios e atender ao contexto de cada indivíduo e de cada patologia. Exemplos de não adesão primária na DPOC incluem clientes que nunca cumprem as prescrições ou não iniciam um programa de exercício prescrito. Formas secundárias de não adesão incluem o esquecimento e alteração de horários e doses de medicação. A técnica de inalação ineficaz, resultando em administração de medicamento abaixo do ideal, também pode ser considerada uma forma de não adesão. Os clientes podem ser não aderentes ou parcialmente aderentes aos comportamentos de saúde, como comparecer a consultas de acompanhamento, mas não manter mudanças comportamentais relacionadas à saúde ao longo do tempo (Blackstock et al., 2016). Assim, segundo Bourbeau e Bartlett (2008) no contexto específico da DPOC, o conceito de adesão, em vez de simplesmente incluir o cumprimento das recomendações do médico, deve centrar-se na manutenção de melhorias clinicamente significativas no estado de saúde do cliente e na redução dos custos de saúde associados à perda de controlo da doença.

O regime terapêutico da DPOC é um processo contínuo e dinâmico, em que o cliente se submete a um regime de polimedicação, com recurso a diferentes fármacos, com diferentes números de tomas, dosagens, horários e vias de administração, em simultâneo. Acrescem a este esquema medicamentoso, estratégias não farmacológicas, como a alteração de hábitos alimentares e de exercício, autocontrolo de sintomas, entre outros (Padilha, 2013).

Para Bourbeau e Bartlett (2008) a adesão do paciente ao tratamento da DPOC é essencial para otimizar a gestão da doença. Assim como em outras doenças crónicas, a baixa adesão é comum e resulta no aumento das taxas de morbilidade, gastos com saúde, hospitalizações e possivelmente mortalidade. Além disso, contribui para o escalar desnecessário da terapêutica medicamentosa e na redução da qualidade de vida.

Face ao exposto, é exigido ao cliente uma mudança no comportamento, a aquisição de competências que lhe permitam manter a adesão e a gestão eficaz do seu regime terapêutico, o que trará benefícios na adaptação à condição de saúde, na diminuição da sintomatologia ou na alteração/manutenção do estado de saúde (Padilha, 2013).

Desta forma, a adesão define-se, como uma:

ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente (ICN, browser 2019).

Desta forma, reconhece-se o papel ativo, colaborativo e informado da pessoa no autocontrolo da sua doença. Pode considerar-se, assim, adesão, quando o comportamento do cliente coincide com o que fora negociado com o profissional de saúde (Padilha, 2013) e é também considerado como um fator comportamental modificável capaz de melhorar o prognóstico da doença (Trivedi et al., 2012).

Em paralelo ao conceito de adesão, surge o conceito de autogestão ou *self-management*, ou seja, a capacidade de o cliente gerir o seu tratamento. Este construto pressupõe não só que o cliente adira ao plano farmacológico e não farmacológico delineado, mas que seja capaz de reconhecer sintomas, modificar comportamentos, tendo em vista a otimização do seu estado clínico, sintomatológico e que por fim traduza uma melhoria da qualidade de vida. Assim, *self-management* representa a capacidade de autogestão de um cliente para gerir todos os aspetos de uma condição de doença crónica. Este conceito assume um papel focal e essencial no cliente com DPOC (Ding, et al., 2019)

Desta forma, existe um conjunto de intervenções não farmacológicas que potenciam o conhecimento e a capacidade para autogestão da doença. Deste conjunto de intervenções fazem parte as sessões de educação para a saúde, a promoção do aumento da literacia em saúde/doença, o aconselhamento para adoção de estilos de vida saudáveis, o empoderamento para uma adesão ao regime terapêutico (DGS, 2019b).

A autogestão tem um efeito positivo, melhora a qualidade de vida dos clientes, traduzida pela otimização da capacidade de exercício e na redução de hospitalizações por exacerbação da doença (Tanguay et al., 2021).

Gregersen, et al. (2016), após uma revisão sistemática, concluem que são vários os resultados positivos advindos da promoção da autogestão, tais como a redução das taxas de internamento, a redução da utilização de serviços de urgência e a melhoria da condição física em clientes com DPOC. Estes autores, encontram relação direta entre estes aspetos e a melhoria da qualidade de vida. É nesta relação entre a autogestão e a adaptação do cliente, de forma a maximizar a sua qualidade de vida, que surge a intervenção específica do EEER (Regulamento n.º 392/2019).

Para Burge et al. (2020), as barreiras na adesão a RR estão identificadas, incluindo a disponibilidade limitada dos serviços, particularmente em ambientes rurais, e a necessidade de viagens frequentes para os centros de RR, de clientes com sintomas de dispneia e mobilidade limitada. Como forma de contornar esta barreira surgem os Programas de Reabilitação domiciliários. Considerando o anterior, Holland et al. (2017) apresentam um novo modelo de Reabilitação domiciliária estruturado com ganhos em saúde equivalentes à Reabilitação convencional em centros de Reabilitação.

Vários estudos exploratórios, Ding et al. (2019), Tabak et. al (2014) e Burge et al. (2020), abordam o uso da internet e aplicativos móveis para apoiar a autogestão de sintomas, como a dispneia. Estes autores evidenciam que os idosos com DPOC são capazes e estão dispostos a usar dispositivos móveis para monitorizar a gestão de sintomas. A internet, utilizada nos telefones móveis, revolucionou, também, a área da saúde, possibilitando que os clientes estejam sempre conectados, permitindo novos tipos de interações sociais e de saúde, que antes não eram possíveis. Os telefones móveis podem, a curto prazo, fornecer intervenções eficazes de mudança de comportamento. Assim, surgem oportunidades para ampliar de forma económica a promoção da saúde interativa baseada em evidências e as intervenções de autogestão de doença (Holland et al., 2017).

Bulter (2016) e seus colaboradores referem que existem barreiras significativas para o cliente frequentar a RR levando a altas taxas de abandono. De forma a contornar esta constatação sugerem quatro aspetos, a ter em conta para melhorar a adesão: os benefícios para a saúde; o aumento da autoeficácia e independência; a segurança

emocional, devido a reuniões de acompanhamento frequente; e a manutenção da motivação ao longo do programa.

Assim sendo, o EEER assume um papel facilitador neste processo de adesão e autogestão do cliente com DPOC ao seu PRR. Através do seu papel diferenciado, intervém maximizando a autonomia e a independência dos clientes, potencia a autoeficácia, melhora a adaptação destes clientes à sua condição de saúde e assim otimiza a sua funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019).

Da adaptação constante e dinâmica emerge um processo de transição vivenciado pelo cliente com DPOC, no qual o EEER tem um papel preponderante. Efetivamente, Queirós (2010), refere o autocuidado, transições e bem-estar, como sendo conceitos centrais para a enfermagem na medida em que permitem entender o que os enfermeiros fazem.

Mudanças na saúde/doença dos indivíduos podem criar um processo de transição, em que as pessoas tendem a ficar mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde. Estas mudanças no estado de saúde podem promover oportunidades para aumentar o bem-estar ou expor os indivíduos a um aumento do risco de doença, sendo necessária uma adaptação para o restabelecimento do bem-estar e do equilíbrio do mesmo (Queirós, 2010).

As transições são complexas e multidimensionais, no entanto apresentam diferentes propriedades: conhecimento, envolvimento, mudança e diferença, e eventos e pontos críticos. Enquanto o conhecimento está relacionado com a percepção e reconhecimento da experiência de transição, o envolvimento é definido como a capacidade que cada pessoa tem em se ligar ao processo inerente da transição. Durante todo o processo de transição, o indivíduo experiencia vários momentos de mudança e diferença relativamente às suas rotinas, ideias, percepções e identidades. Por fim, os eventos e pontos críticos estão associados com momentos marcantes, tais como, nascimento, diagnóstico de doença ou morte (Meleis, 2010).

Os clientes com DPOC experienciam as transições de saudável a cronicamente doente e de independente a dependente, constituindo um desafio para o EEER. A intervenção de enfermagem tem como objetivo a capacitação da pessoa com DPOC para o autocuidado de forma universal, no sentido que este inclui a autogestão da doença e a capacitação para a realização das AVD, através de estratégias como as que são incluídas

nos PRR. Ao conceber, implementar e avaliar um plano de intervenções, com o objetivo de promover o autocontrole, autocuidado e autogestão de doença, o EEER torna-se um agente terapêutico facilitador do processo de transição, promovendo o bem-estar (Regulamento n.º 392/2019). A intervenção do EEER, junto de pessoas com DPOC, através de PRR, constitui o mecanismo de apoio para a readaptação da pessoa, permitindo a aquisição de novas capacidades físicas e psicológicas, com o objetivo da promoção do seu autocuidado e bem-estar (Silva & Delgado, 2020).

Dos paradigmas de enfermagem subjacentes à prática efetiva, encontramos na teoria das Transições de Meleis o suporte efetivo da intervenção dos EEER aos clientes com DPOC.

Meleis (2010), conclui que os enfermeiros lidam com pessoas que estão a experienciar transições, a antecipar ou completar transições, o que requer que a pessoa incorpore novo conhecimento para alterar o comportamento, o que por sua vez implica alterar a definição do *self* (da identidade) no contexto social.

Em paralelo à transição vivenciada pelo cliente com DPOC, Guimarães et al. (2016), estudou o processo da transição do cuidado da atenção hospitalar, com suporte multiprofissional, para o domiciliário, e conclui que o cuidado no domicílio necessita de um olhar mais cuidadoso e expõe as atuais fragilidades dos programas de saúde e assistência social. Estes clientes e famílias necessitam de uma orientação adequada para que a evolução do tratamento de reabilitação seja efetivo e promova o autocuidado, autonomia e independência e reinserção social do cliente. Assim, a educação em saúde para o cuidado domiciliário traz o empoderamento e a corresponsabilização do cliente e da família, assenta numa Reabilitação segura, prevenindo agudizações da doença, nova hospitalização, incapacidade funcional e morte (Johansson et al., 2019).

O empoderamento do cliente, no seu contexto domiciliário, visa sobretudo a independência nos autocuidados. Compete, assim, ao EEER, desenvolver estratégias adaptativas que permitam maximizar as capacidades dos clientes, ou por vezes, o objetivo de quem cuida pode ser a preservação da autonomia que possui no presente, o evitar que dano maior ocorra, que o agravamento de determinada condição do autocuidado aconteça (Regulamento n.º 392/2019).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

O presente capítulo pretende contextualizar os aspetos abordados neste relatório no contexto da prática clínica onde ocorreu o estágio.

Assim, o mesmo será estruturado em dois subcapítulos, onde o primeiro visa apresentar o local onde foi desenvolvida a prática clínica, assim como contextualizar o projeto desenvolvido, no âmbito da pessoa com DPOC, e onde tive a oportunidade de me inserir. De seguida, são apresentadas as competências específicas do EEER e os objetivos delineados para este estágio em específico, com uma reflexão sobre a forma como ambos foram desenvolvidos.

2.1 ECCI CORAÇÃO D'OURO - PROJETO “RESPIRAR PARA VIVER MELHOR”

A prática clínica decorreu na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) Coração D'Ouro, que, por sua vez, pertence à unidade funcional de Gondomar.

A ECCI Coração D'Ouro é uma unidade funcional do ACES Grande Porto II - Gondomar desde 1 de junho de 2011. Esta tem como função contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES Grande Porto II - Gondomar. A ECCI Coração D'Ouro tem como missão a prestação de cuidados de saúde integrados e sustentados à comunidade, numa perspetiva de qualidade, procurando através da máxima eficiência garantir à população da sua área de atuação uma vida mais saudável, mais longa e com maior qualidade (Diário da República, 2009).

A ECCI tem como objetivo ser uma unidade de referência no ACES Grande Porto II - Gondomar, apostando, para tal, numa visão de cuidados que vai de encontro às necessidades e expectativas dos seus clientes. Concomitantemente, pretende, garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, assegurar padrões de qualidade, estar disponível para novos projetos, tendo como principal compromisso a saúde da população da sua área geográfica.

Atendendo à sua localização geográfica, importa referir que esta unidade se insere num concelho onde as profissões dominantes são a ourivesaria, indústria mineira e a marcenaria. Estas são três atividades que devido às suas características inerentes, (ao

manuseamento de químicos e ao contato com micropartículas) colocam esta população com risco acrescido de incidência de doenças respiratórias, nomeadamente de desenvolvimento de DPOC. Estes aspetos vão de encontro ao referido pela GOLD (2023), que refere que a exposição considerável a partículas e/ou gases nocivos constitui um fator para o desenvolvimento da doença. Assim, os gases nocivos de inúmeras indústrias, o fumo do tabaco, contêm substâncias tóxicas, partículas finas de dióxido de enxofre, monóxido de carbono e compostos orgânicos voláteis. A inalação destes poluentes está diretamente relacionada com incidência de DPOC (Duffy & Criner, 2019; GOLD, 2023).

Assim, de forma a dar resposta a esta necessidade específica da população, surge o projeto *Respirar para Viver Melhor*, integrado na ECCI em discussão. Este é um projeto constituído por uma equipa interdisciplinar e coordenado pelos EEER. Desta forma, o mesmo é dinamizado pelos EEER, em estreita colaboração com outros profissionais da equipa da UCC, como o nutricionista, a Enfermeira em Saúde Mental e Psiquiátrica, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Pneumologista do ACES.

A DPOC assume-se como uma doença crónica e geralmente progressiva, sendo que a Reabilitação respiratória é uma componente fundamental no seu tratamento, assentando em três pilares: controlo clínico, capacitação, e treino de exercício; com o objetivo de melhorar a qualidade e vida do cliente e a sua vivência familiar e social. A intervenção, no contexto da ECCI, desenrola-se em três fases: avaliação inicial, programa educacional e avaliação final (DGS, 2019a).

O PRR desenvolvido na ECCI Coração D'Ouro, consiste numa abordagem abrangente, que visa promover a prática de atividade física e a adoção de comportamentos promotores de saúde na vida diária dos clientes com DPOC e a sua manutenção a longo prazo, diminuindo comportamentos sedentários e a morbilidade e mortalidade associadas.

Este PRR inclui como componentes fundamentais: a reeducação funcional respiratória, a autogestão da doença, a componente educacional e a reeducação ao esforço baseado no EF, conforme sintetizado na figura 1.

Figura 1

Componentes do Programa de Reabilitação Respiratória



Fonte: Programa "Respirar Melhor, Viver Melhor"

Desta forma, este PRR assume como objetivos específicos, a melhoria da condição física e psicológica dos clientes com DPOC, a redução dos sintomas, a melhoria da capacidade para a realização das tarefas diárias, a promoção da autonomia e participação em todas as vertentes da sua vida laboral e/ou social e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Relativamente aos critérios de inclusão para este PRR, assumem-se os que estão indicados para clientes a partir do estadio GOLD I e GOLD II (especificados na tabela 1), com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa (DGS, 2019). Assim, inclui clientes que apresentem dispneia, fadiga, bem como outros sintomas respiratórios crónicos, diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde, redução da capacidade funcional, redução do desempenho ocupacional, dificuldade na realização das AVD dificuldade no cumprimento da terapêutica farmacológica, problemas psicossociais inerentes à doença respiratória, défice nutricional e recurso excessivo aos serviços de saúde, por situações de exacerbação dos sintomas.

A referenciação para o PRR no contexto dos cuidados de saúde primários é realizada pelo médico de família, podendo ser referenciados todos os clientes com DPOC, GOLD I e II, sem comorbilidades graves, com risco cardiovascular moderado a elevado ou risco infeccioso. Os clientes não incluídos neste programa devem ser referenciados para PRR hospitalares. Os clientes com critérios deverão ser referenciados através dos sistemas de informação, com recurso a uma referenciação interna com a informação sobre

a história clínica sucinta (anamnese e exame físico), teste de espirometria com prova de broncodilatação e registo do valor de oximetria em repouso.

De forma a operacionalizar este projeto foi divulgado por toda a equipa de saúde, e nas diferentes unidades dispersas pelas freguesias do Concelho de Gondomar, os critérios de inclusão deste projeto e iniciou-se a referenciação de clientes para o mesmo. Estes clientes, foram posteriormente contactados pelo EEER e agendados para uma avaliação inicial.

O programa tem a duração de oito semanas, integrando sessões individuais três vezes por semana, tendo lugar nas instalações de saúde de Foz do Sousa. Este espaço encontra-se devidamente equipado com oxigénio, oxímetros, esfigmomanómetro, cardiofrequencímetros, balança, escala de Borg modificada, cadeiras, halteres, bandas elásticas, ergómetros e cronómetros. As sessões são efetuadas individualmente, de modo a que as intervenções sejam centradas nas necessidades individuais do cliente.

No que respeita aos componentes do programa, este encontra-se dividido em módulos educacionais e módulos práticos.

Os módulos educacionais, de autogestão, visam capacitar a pessoa com DPOC e a sua família para lidar com a doença no quotidiano e, em colaboração com os profissionais de saúde, permitir-lhes uma adaptação funcional e saudável à mesma.

As sessões incidem sobre temas como conceito de DPOC e fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento da doença, gestão dos sintomas respiratórios, nomeadamente a dispneia, técnicas de controlo respiratório, higiene brônquica, controlo das exacerbações, terapêutica, técnica inalatória e oxigenoterapia, gestão de stress e ansiedade, estilos de vida saudáveis (EF, alimentação, sono e vida sexual) e plano de ação.

Os módulos de exercício pretendem encorajar os clientes com DPOC a envolverem-se ativamente nos seus cuidados de saúde, para que atinjam o maior nível possível de funcionalidade e de independência nas AVD. De forma a serem respeitados os critérios de segurança do programa são monitorizados com frequência, a saturação periférica de oxigénio (SpO₂), para valores superiores a 90%; e a sensação subjetiva de esforço, através da escala de Borg modificada, para valores entre 4 e 6. A monitorização da pressão sanguínea e do pulso, sobretudo a frequência cardíaca, para a sua manutenção dentro dos intervalos fisiológicos são igualmente requisitos de segurança. As sessões

iniciam-se e terminam com períodos de 10 minutos de aquecimento/relaxamento e integram vários tipos de treino de exercício, indo de encontro às orientações da DGS (2019b) e GOLD (2023).

Assim, no que respeita à estrutura dos programas, na primeira semana ocorre a avaliação inicial e a definição de objetivos personalizados, tendo em consideração as características individuais de cada cliente, da sua patologia e comorbilidades associadas. Na última semana do programa tem lugar uma avaliação, da qual resulta um sucinto relatório com a história clínica, a indicação para PRR, os problemas identificados, o programa realizado, os resultados obtidos e plano de ação. O anexo I deste relatório sintetiza o cronograma das sessões do PRR.

Nestes dois períodos, de avaliação inicial e final, o PRR prevê a monitorização mediante determinados instrumentos de avaliação, nomeadamente o Teste de Marcha de 6 minutos; o Questionário de Dispneia, ou seja, a escala do *Medical Research Council* modificada (mMRC); o Teste sentar e levantar em 1 minuto; escala de avaliação das Atividades da Vida Diária (London Chest Activity of Daily Living [LCADL]); e escala de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]); representados no anexo II deste relatório.

Concluindo, este PRR na comunidade segue as indicações regulamentadas na norma da DGS (2019b). Desta forma, centra a RR nas necessidades individuais do cliente e inclui módulos de treino de exercício, educação e de apoio psicossocial do cliente e seus cuidadores, com vista à autogestão da doença e à adoção a longo prazo de comportamentos promotores da saúde. Por outro lado, inclui, ainda, as técnicas de reeducação funcional respiratória, a intervenção nutricional, psicológica, social, entre outras, de acordo com as necessidades potencialmente identificadas na pessoa portadora de DPOC. O PRR estabelece a Reabilitação respiratória de acordo com um método estruturado, que inclui a definição de objetivos personalizados, tendo em consideração as características individuais de cada cliente, da sua patologia e comorbilidades associadas.

Após a exposição do projeto *Respirar para viver melhor*, considerando que os programas de exercício no cliente com DPOC já apresentam sustentação sólida na evidência, fez sentido procurar sobre como, enquanto profissionais de saúde poderemos promover e potenciar a adesão e autogestão a estes programas.

O culminar desta experiência enriquecedora, é exposto no capítulo três, a estruturação de um programa que reúne estratégias de promoção da adesão e capacitação do cliente com DPOC para o EF

2.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER E OBJETIVOS – UMA REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA

A Ordem dos Enfermeiros (2019) regulamentou as competências específicas do EEER. No referido regulamento, estão expressamente enunciadas três competências específicas, que para efeitos do presente relatório serão consideradas. No próximo subcapítulo serão abordadas estas competências específicas, incluindo a sua descrição, unidades de competência e uma reflexão sobre o seu desenvolvimento durante o período de estágio. Posteriormente, no subcapítulo 2.1.2, é apresentada uma ponderação dos objetivos específicos previamente delineados para este estágio clínico, e de que forma potenciaram o desenvolvimento das aprendizagens e competências neste contexto.

2.1.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A enfermagem de Reabilitação, enquanto especialidade, centra os seus objetivos em melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, que vive em situação de doença. Para isso, o EEER alicerça a sua intervenção num conjunto de conhecimentos e competências específicas, desenvolvendo uma prática baseada em evidência e objetivando resultados sensíveis aos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

O conjunto de competências específicas do EEER inclui a construção de planos de cuidados especializados de Reabilitação personalizados, adequados às necessidades dos clientes que estão impossibilitados de realizar as atividades de autocuidado de forma independente, em resultado da sua condição de saúde ou doença. No contexto específico do cliente com DPOC, a intervenção do EEER foca-se numa situação de doença crónica, visando a qualidade de vida e o bem-estar. Pretende-se ainda que estes planos de cuidados sejam individualizados e centrados nas pessoas, englobando para além das necessidades das mesmas, os aspetos psicossociais que condicionam os processos adaptativos e de transição, os facilitadores e inibidores destes processos, o potencial para melhorar os

conhecimentos e as capacidades quer da pessoa, quer do seu familiar cuidador (Regulamento n.º 392/2019)

No âmbito da conceção da prática de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação dirigidos à pessoa com DPOC, realçam-se os enunciados descritivos bem-estar e autocuidado, promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional e reeducação funcional, não menosprezando os outros, como norteadores para um exercício profissional de qualidade (Regulamento n.º 350/2015).

Assim, a intervenção do EEER, no cliente com DPOC, através de PRR, representa um apoio imprescindível para a readaptação do cliente, permite a aquisição de novas capacidades e competências, com o objetivo da promoção do seu autocuidado e bem-estar, assim como tem vindo a ser evidenciado (Silva & Delgado, 2020).

Importa refletir sobre de que forma específica foram desenvolvidas e operacionalizadas na prática, as competências específicas enquanto EEER.

A primeira competência diz respeito a que o EEER “*Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.*” (Diário da República, 2019, p. 13566)

A mesma competência é descrita da seguinte forma:

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. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3)

- Unidade de Competência: Considerando esta competência em específico, a primeira unidade de competência diz respeito ao seguinte: “*Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.*” (Diário da República, 2019, p. 13566)

Reflexão:

Durante o estágio foi possível operacionalizar esta competência, uma vez que os clientes referenciados para integrar no projeto foram submetidos previamente a uma avaliação da funcionalidade.

Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, a funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, bem como a incapacidade. É um termo que engloba deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Esta classificação refere ainda que estes conceitos resultam da relação dinâmica entre os estados de saúde da pessoa e os fatores contextuais que representam as circunstâncias em que as pessoas vivem (OMS, 2004).

Neste estágio, enquanto EEER tive a oportunidade de efetuar a avaliação da funcionalidade dos clientes alvo de cuidados utilizando instrumentos de apoio à tomada de decisão, nomeadamente o 6MWT, o mMRC, o Teste sentar e levantar em 1 minuto, as escalas LCADL e HADS, expostos no anexo II deste relatório. Assim, foi-me possível avaliar um conjunto de funções do indivíduo, nomeadamente a função cardiorrespiratória motora, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação vesical, intestinal e sexualidade, dando ênfase às que se relacionam diretamente com o PRR. Além dos aspetos descritos, através do recurso à entrevista, importa perceber o contexto da pessoa, o significado atribuído ao PRR e a disponibilidade e envolvimento para o mesmo. Estes dados permitem perceber de que forma ou em que momento os clientes estão no processo de transição.

Como documento coadjuvante nestes campos, foi utilizada a avaliação inicial em Enfermagem de Reabilitação, disponibilizada pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em conjunto com a pesquisa de evidência específica, para cada situação clínica individual de cada utente.

- Unidade de competência: a segunda unidade de competência considera que o EEER *“concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”* (Diário da República, 2019, p. 13566)

Reflexão:

Analisando o desenvolvimento desta competência neste projeto, concluo que apesar de estes clientes encontrarem a DPOC como característica comum, cada um deles necessitou de um cuidar diferente, adaptado à sua individualidade. Estas diferenças não se prendem apenas com o tipo ou intensidade de treino adaptado a cada condição física, mas com outros fatores relacionados com a pessoa.

Relembro alguns clientes, ainda em fase ativa, com obrigações profissionais em que o período de treino necessitou de ser ajustado com o EEER. Apesar do objetivo deste projeto ser o treino em conjunto, muitas vezes este aconteceu de forma individualizada, de forma a ir ao encontro da disponibilidade dos clientes. Para além disso, e de forma ao cliente manter o EF no domicílio, o EEER neste projeto necessita de conhecer o cliente, as suas rotinas diárias para que, na construção do seu plano de cuidados, tenha em conta essa rotina e consiga prescrever, o EF, no dia-a-dia. Esta estratégia vai de encontro à evidência científica, que demonstra que a adesão ao PRR só é efetiva quando este está adaptado às características de cada pessoa (Langer et al., 2015). Assim, o EEER assumiu um papel ativo enquanto agente promotor de um processo de transição efetivo.

Por outro lado, a consideração do plano individual e objetivos de cada utente, permitiu o ajuste e individualização do plano de cuidados. A consideração de aspetos micro da condição física da pessoa, certamente conduziu a obtenção de ganhos em saúde major, como na qualidade de vida, ou mesmo, em circunstâncias psicológicas, emocionais ou de participação social.

- Unidade de competência: a terceira unidade de competência diz respeito à *“implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”* (Diário da República, 2019, p. 13566)

Reflexão:

Durante a participação neste projeto, e após o processo de avaliação e identificação das necessidades de cada cliente, foi concebido e implementado um plano de cuidados individual, para otimizar ou reeducar as funções, nomeadamente a função cardiorrespiratória, através do PRR, com exercícios de reeducação respiratória, e EF.

Objetivamente, os clientes conforme explanado anteriormente efetuavam o exercício nas instalações da UCC duas a três vezes por semana, continuando esta intervenção no domicílio.

Efetivamente foi possível implementar intervenções, tendo por finalidade a melhoria da funcionalidade e autocuidado, sendo aspetos que se relacionam intrinsecamente, e que impactam significativamente a qualidade de vida das pessoas com doença crónica, como o doente com DPOC. O facto de ter contactado com esta tipologia de doentes, em outros estágios, permitiu-me otimizar competências instrumentais, que possibilitaram o refinamento destas mesmas, ao longo destes dois meses na ECCI Coração D'Ouro, bem como adquirir outras, sobretudo no domínio da negociação e na promoção de estratégias para a adesão e autogestão da doença por parte dos utentes.

- Unidade de competência: a última unidade de competência prevê a *“avaliação dos resultados das intervenções implementadas”* (Diário da República, 2019, p. 13566)

Reflexão:

No término das oito semanas programadas no projeto foi efetuada uma nova avaliação, que contempla a aplicação dos mesmos instrumentos de apoio à tomada de decisão. Comparando os resultados obtidos na avaliação inicial e final consegui aferir sobre a eficácia das intervenções implementadas. Assim, estes instrumentos traduziram os ganhos em saúde de cada cliente, sendo que seria interessante, caso o estágio fosse mais longo, verificar as melhorias manifestadas por esta população, nos indicadores previamente referidos. Infelizmente, pelo tempo de permanência na unidade, assim como, pelo facto de o projeto estar a dar os seus primeiros passos em termos de implementação, ainda estava disponível uma amostra robusta, de forma a avaliar a sua eficácia.

A segunda competência diz respeito a que o EEER *“capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania.”* (Diário da República, 2019, p. 13566).

A mesma competência é descrita da seguinte forma *“analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual tendo em vista ao desenvolvimento implementação das ações autónomas e/ou*

pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político econômico que visem a uma consciência social inclusiva” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4).

- Unidade de Competência: Analisando esta competência em específico, a primeira unidade de competência diz respeito ao seguinte: *“Elabora e implementa programas de treino de AVD’s visando adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida”* (Diário da República, 2019, p. 13566)

Reflexão:

A capacitação está definida como a forma de tornar alguém capaz, preparar, habilitar. Assim, neste estágio desenvolvi a minha ação na promoção da saúde, na adaptação às limitações, maximizando a autonomia e a qualidade de vida. Durante as sessões de exercício foi sendo transmitida informação aos clientes, principalmente sobre estratégias adaptativas à sua condição de saúde. Relembro especificamente um cliente que estava dependente da família para o seu cuidado de higiene diário, mas que com a advocação de estratégias adaptativas (utilizar um banco de apoio como auxílio, preparar antecipadamente o material necessário) conseguiu adaptar-se e tornar-se autónomo neste autocuidado. Em paralelo a esta autonomia alcançada, espelha-se a melhoria na perceção da qualidade de vida.

- Unidade de Competência: a segunda unidade de competência diz respeito ao seguinte: *“promova a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”* (Diário da República, 2019, p. 13566)

Reflexão:

Muitos dos clientes com DPOC, que integraram neste projeto, tendem ao isolamento social, pela incapacidade despoletada pela sintomatologia, sobretudo. Considerando o exposto, esta foi uma preocupação ao longo de todo o estágio, no sentido da promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social.

Assim, além dos momentos de treino, foram organizadas duas sessões de apoio nutricional e psicológico, que acompanhadas de um momento de convívio, de troca de experiências, potenciaram a participação social destes clientes. Refletindo criticamente, considero que estes momentos são de tal forma benéficos que deveriam ter sido mais

vezes organizados. Criam um espírito de equipa entre o grupo de utente, permite a partilha de experiências, potencia o sentimento de pertença, a empatia a identificação com um grupo semelhante. Como consequência, a adesão ao PRR fica melhorada. Desta forma, foi perceptível no grupo que beneficiou desta estratégia, uma inter-relação crescente, que se prolongou ao domicílio, onde alguns utentes exerciam caminhadas juntos durante o fim-de-semana. Desta forma, pensamos que o EEER foi um agente promotor da interação social.

A terceira competência diz respeito a que o EEER “*maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.*” (Diário da República, 2019, p. 13566).

A descrição desta competência refere que o EEER “*integra com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar a as capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor cardiorrespiratório potenciando o desenvolvimento pessoal*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4).

- Unidade de Competência: a primeira unidade de competência especifica que o EEER: “*concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório*” (Diário da República, 2019, p. 13566)
- Unidade de Competência: a segunda unidade de competência contempla: “*avalia e reformula programa de treino motor e carga respiratória em função dos resultados esperados*” Diário da República, 2019, p. 13566)

Reflexão:

Ponderando a aplicação destas duas unidades de competência na prática efetiva deste projeto, a equipa de EEER concebeu um plano de treino motor e cardiorrespiratório para os clientes referenciados para integrar neste projeto. Estes planos foram, ao longo das sessões de treino, reavaliados e reformulados em função dos resultados esperados. Netas sessões de treino ensinei, instrui e treinei sobre as técnicas de RR, nomeadamente a reeducação postural, treino de equilíbrio e reeducação respiratória, de forma a maximizar o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório.

Face ao exposto, foi necessário em muitas situações renegociar estes cuidados com os clientes. Como o conseguimos alcançar? Numa das situações, existia um utente

que não aderira às caminhadas que faziam parte do seu programa de treino. De forma a potenciar a adesão ao exercício foi incluído neste percurso a deslocação à igreja e, assim, o utente em questão, deixou de fazer o percurso de carro para o fazer a pé. Esta negociação com o cliente é imprescindível e muitas vezes é necessário incorporar a família neste processo. A evidência científica demonstra que a adesão está ligada a diferentes fatores condicionantes, sendo dois deles, os fatores socioeconómicos e familiares (Luz & Basto, 2013).

As famílias são, efetivamente, parte integrante neste processo. Frequentemente, relatam ao EEER as suas fragilidades, sejam elas relativas à estrutura física do domicílio, à condição económica, ou mesmo a conflitos interpessoais que exigem competências relacionais e éticas por parte da equipa de enfermagem. Além disso, o plano de cuidados centrado na otimização da autonomia para o autocuidado, frequentemente, expõe o corpo e a intimidade dos clientes, exigindo do profissional o zelo pela confidencialidade e pelo direito à privacidade dos clientes, alvo de cuidados .

Neste contexto específico surgiram alguns dilemas relativos à gestão de expectativas da família relativamente à recuperação do cliente. Questões sobre o tempo de Reabilitação, o objetivo do programa de Reabilitação ou o potencial de recuperação plena de determinado cliente. Nesse sentido, foi importante ouvir a perspetiva do cliente e da família, de forma a perceber de que forma o EEER poderia mediar a situação. Grande parte das vezes foi possível solucionar o problema, através de uma comunicação terapêutica, com recurso a técnicas de comunicação adequadas e ajustadas a cada pessoa e circunstância. Por outro lado, permitir que a família interrogue, esclareça dúvidas e exteriorize emoções é extremamente relevante, por forma a ajustar expectativas, definir objetivos de recuperação e tratamento comuns, bem como negociar o planeamento de cuidados.

Refletindo criticamente, considero a parceria com um familiar ou um elemento de referência para o cliente, através da sua participação no PRR, seria uma mais-valia. Durante o estágio, quando isso sucedeu, penso que foi vantajoso para a Reabilitação do cliente. Do meu contato com esta realidade, perceciono que estes clientes precisavam de alguma continuidade de apoio no domicílio, algum tipo de suporte e acompanhamento. A Reabilitação não tem benefícios se ficar apenas limitada às sessões de treino presenciais na unidade, tem de ir muito mais além. Conforme demonstra a literatura é necessária uma

mudança efetiva no comportamento, é necessária consistência e empenho neste processo de mudança (Sampaio, 2019).

Efetivamente o familiar pode ser este elo de ligação e de continuidade, que, se devidamente instruído e treinado, pode fornecer ao utente este apoio no domicílio.

Assim, a presença da família, do cuidador não só como observador passivo, mas sobretudo como parceiro da prestação efetiva de cuidados, exige uma atenção extra da equipa de enfermagem. Concluindo, o cuidado não é centrado no cliente, mas na maioria das situações experienciadas, centrado no cliente inserido na sua família.

2.1.2 Objetivos para a prática clínica

Previamente à realização do estágio na ECCI Coração D'Ouro foram definidos objetivos, que pretenderam nortear o processo de desenvolvimento de competências específicas. Além deste aspeto, este planeamento surgiu com o objetivo de definir objetivos que se alinhem com a maximização das oportunidades de aprendizagem associadas ao local de estágio. Nesse sentido, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a organização e dinâmica do local de estágio, a metodologia de trabalho desenvolvida e a prática de prestação de cuidados de Reabilitação.

Reflexão:

A integração neste projeto e na sua organização foi facilitada pelo facto de existir um estágio prévio nesta unidade. Durante o período de estágio foi oportuno conhecer outras valências, nomeadamente a intervenção domiciliar da equipa e o projeto de apoio ao cuidador “Cuidar de Quem Cuida”. O conhecimento prévio da equipa, da metodologia de trabalho foi um fator facilitador e que permitiu, na minha perceção uma aquisição mais célere, das competências supramencionadas no capítulo anterior. Por outro lado, existia uma expectativa sobre como iria ocorrer a operacionalização do projeto na prática, visto que era um projeto novo, o que me trouxe motivação acrescida para trabalhar com estes clientes.

- Desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao cliente com DPOC, com enfoque na RR e prescrição de EF, visando a autonomia e qualidade de vida do cliente.

Reflexão:

A prática de cuidados de EEER neste contexto representou um desafio para mim. Pessoalmente, senti-me fora da minha zona de conforto, visto que no meu contexto profissional, além de existir um certo controlo da estrutura física onde presto cuidados, no contexto hospitalar, na maioria das vezes o cuidado é centrado no cliente. Neste contexto, dado que pretendemos estender a nossa intervenção ao domicílio, a exigência da adaptação dos cuidados de EEER á estrutura física é imprescindível. Além disso, a presença da família, do cuidador não só como observador passivo, mas sobretudo como parceiro da prestação efetiva de cuidados exige uma atenção extra da equipa de enfermagem. Assim, o cuidado não é centrado no cliente, mas na maioria das situações experienciadas, centrado no cliente inserido na sua família, no seu cuidador.

Da minha experiência profissional prévia, tenho conhecimento das necessidades da pessoa com DPOC na fase de exacerbação da doença, o que me concede sensibilidade acrescida para entender as necessidades destes clientes, para perceber o impacte da sintomatologia da doença na qualidade de vida. Contudo, a contextualização a pessoa com DPOC no seu domicílio, no seio familiar diverge daquela com que tenho experiência prévia, tendo-me imposto a urgência de investigar um pouco mais sobre este tópico, aspeto que abordei no estado da arte. Por outro lado, em contexto comunitário surgem outras questões, como a manutenção dos programas de Reabilitação, nomeadamente do regime de EF, bem como a gestão da doença. Por este motivo, senti necessidade de efetuar uma revisão integrativa da literatura, de forma a sintetizar e sistematizar o conhecimento neste domínio, com o objetivo de adaptar e ajustar as intervenções a cada individuo, foco dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação e inserido no projeto *Respirar Para Viver Melhor*.

Neste sentido, o desenvolvimento das competências em estágio, sobretudo na área da Reabilitação respiratória e prescrição de EF, visou a autonomia e qualidade de vida do cliente, com ênfase nos comportamentos de procura de saúde, bem como a alteração de comportamentos que potencialmente pudessem danificar a mesma . Neste sentido,

procurei expor aos utentes da ECCI em questão as vantagens a curto e longo prazo do PRR no controlo da doença, na prevenção das exacerbações, mediante uma mudança efetiva no comportamento e no estilo de vida.

De forma a atingir este objetivo planeado foi necessária a apropriação de conhecimento específico sobre a temática, operacionalizada através da pesquisa evidencia científica mais atual sobre a temática, sobretudo relacionada com a adesão e autogestão ao regime de EF.

- Promover a autonomia da pessoa com DPOC, com enfoque na adesão e autogestão ao EF na pessoa com DPOC, visando o seu empoderamento.

Reflexão:

Considero que este foi o objetivo mais difícil de atingir, mas, ao mesmo tempo, o mais desafiante do ponto de vista pessoal. A adesão e autogestão do cliente com DPOC é uma temática pouco explorada. Apesar de frequentemente descrita ou abordada, não se encontra consolidada de forma sólida na prática.

Efetivamente, os critérios e parâmetros de EF estão relativamente bem definidos e amplamente divulgados, contudo as estratégias para a sua operacionalização, visando a adesão e a autogestão destes clientes ainda é um caminho pouco trabalhado pela equipa de enfermagem.

Assim, de acordo com a revisão da literatura efetuada, foi efetuada uma proposta, integrada no próximo capítulo deste relatório, com recurso a estratégias/ recursos que apresentaram uma influência positiva em indicadores preestabelecidos, nestes utentes.

Assim, através da implementação destas estratégias em ensino clínico considero que as mesmas foram potenciadoras da adesão e autogestão dos utentes ao regime de EF, pese embora não fosse possível a avaliação da efetividade das mesmas, pelo tempo de permanência em estágio.

Por outro lado, quando acompanhadas de momentos de partilha, conforme aconteceu nas sessões de educação para saúde em que tive oportunidade de participar, poderão, na minha ótica, otimizar e potenciar estes dois indicadores – adesão e autogestão. Assim, estes módulos educacionais, em paralelo com os módulos de treino criam oportunidades de intervenção, não só nestes aspetos de adesão e autogestão, mas

também na motivação, no reforço positivo, na consciencialização e na sensação de autoeficácia, que assumem relevância acrescida na mudança efetiva do estilo de vida.

Após a reflexão das competências desenvolvidas e dos objetivos propostas para a prática clínica, torna-se necessário demonstrar o caminho de pesquisa efetuado. Assim, no próximo capítulo é apresentada uma revisão integrativa que integra o tópico da adesão e autogestão do EF pelo doente com DPOC.

Após a confrontação com a prática clínica durante o período de estágio e os achados da revisão integrativa da literatura, é estruturado, no subcapítulo 3.2 um planeamento da intervenção do EEER para a capacitação do cliente com DPOC, relativamente ao EF no domicílio/comunidade. Desta forma, pretende-se contribuir para a melhoria da prestação de cuidados, com a finalidade de potenciar ganhos em saúde.

3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente capítulo pretende expor estratégias de intervenção profissional desenvolvidas. Inicia-se no primeiro subcapítulo com uma revisão integrativa da literatura sobre a temática. Seguidamente, no subcapítulo 3.2 é apresentada uma sugestão de proposta de intervenção aos utentes participantes neste projeto “*Respirar para Viver Melhor*”, construída com base na evidência encontrada na revisão integrativa, aliada à reflexão da prática clínica.

3.1 CAPACITAÇÃO DO CLIENTE COM DPOC PARA O EXERCÍCIO FÍSICO NO DOMICÍLIO/ COMUNIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa da literatura foi submetida para publicação numa Revista Portuguesa de artigos científicos, nesse sentido, foi efetuada seguindo a metodologia e normas de formatação exigidas. Foi construída contendo resumo, introdução à temática, material e métodos utilizados, resultados obtidos, discussão e principais conclusões. No entanto, de forma a ser incluída como subcapítulo deste relatório foi adaptada às regras de formatação do mesmo, mantendo assim, a homogeneidade do documento. A bibliografia utilizada é incluída no quinto capítulo, associada às referências bibliográficas deste relatório.

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a adesão e autogestão ao exercício físico do cliente com DPOC: revisão integrativa da literatura

Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing for adherence and self-management of physical exercise of clients with CDOP: integrative literature review

Resumo

Enquadramento: A DPOC apresenta alta prevalência e morbilidade em todo mundo. A manifestação de sintomas como a tosse, dispneia e produção de expectoração, acompanhados de exacerbações agudas da doença ou manifestações crónicas, representam uma alteração significativa na qualidade de vida destes utentes. O EF é uma intervenção não farmacológica importante na reabilitação destes clientes, que estimula a

capacidade funcional, diminui as exacerbações e melhora a qualidade de vida, contudo depende de conceitos centrais como a adesão e a autogestão.

Objetivo: Identificar e analisar a produção científica relativa às intervenções do EEER no cliente com DPOC, que influenciam a adesão e autogestão do EF.

Metodologia: Realização de uma revisão integrativa da literatura, baseada nos princípios de *Toronto & Remington* (2020). Dois revisores independentes efetuaram a triagem dos artigos. Os critérios de elegibilidade foram: utilização de idiomas português e inglês, assim como artigos com acesso ao conteúdo integral. A colheita de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2022, através das bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*.

Resultados: A análise dos artigos incluídos permitiu identificar que a estratégia mais utilizada é a telerreabilitação, surgindo como um apoio informatizado acedido no domicílio sob a forma de aplicativo ou plataforma web. Os instrumentos de avaliação mais utilizados assentaram na avaliação da capacidade cardiorrespiratória e da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Conclusão: A evidência demonstra que não é possível definir qual a melhor estratégia para a promoção da adesão e autogestão do EF em clientes com DPOC. Estes aspetos advêm do facto da competência de adesão e autogestão apresentar uma dimensão pessoal, que carece de personalização para cada cliente. Porém, a utilização de tecnologia, por parte do EEER, em planos de intervenção personalizados, em regimes de aprendizagem simplificados e na criação de estruturas de apoio suporte à distância, bem como a utilização de diários de registo e a otimização da autoeficácia, por via do reforço, demonstraram efeitos positivos.

Palavras-chave: DPOC, adesão, autogestão e exercício.

Abstract

Background: Chronic Obstructive Pulmonary Disease has a high prevalence and morbidity worldwide. The manifestation of symptoms such as cough, dyspnea and sputum production, accompanied by acute exacerbations of the disease or chronic manifestations, represent a significant change in the quality of life of these users. Physical exercise is an important non-pharmacological intervention in the rehabilitation of these clients, which stimulates functional capacity, reduces exacerbations and improves quality of life, however it depends on central concepts such as adherence and self-management.

Objective: To identify and analyze the scientific production regarding the interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the client with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, which influence the adherence and self-management of physical exercise.

Methodology: Conducting an integrative literature review, based on the principles of Toronto & Remington (2020). Two independent reviewers screened the articles. The eligibility criteria were: use of Portuguese and English languages, as well as articles with access to the full content. Data collection was carried out between October and December 2022, using the CINAHL and MEDLINE databases.

Results: The analysis of the included articles identified that the most used strategy is telerehabilitation, appearing as a computerized support accessed at home in the form of an application or web platform. The most used assessment instruments were based on the assessment of cardiorespiratory capacity and health-related quality of life.

Conclusion: The evidence demonstrates that it is not possible to define the best strategy for promoting adherence and self-management of physical exercise in clients with COPD. These aspects stem from the fact that adherence and self-management skills have a personal dimension, which requires customization for each client. However, the use of technology, by the EEER, in personalized intervention plans, in simplified learning regimes and in the creation of support structures for distance support, as well as the use of registration diaries and the optimization of self-efficacy, via booster, demonstrated positive effects.

Keywords: COPD, adherence, self-management and exercise.

Introdução

A DPOC apresenta alta prevalência e morbidade em todo mundo, consistindo numa condição pulmonar heterogênea, caracterizada por sintomas respiratórios crônicos (dispneia, tosse, produção de expetoração), devido a anomalias das vias respiratórias (bronquite, bronquiolite) e/ou alvéolos (enfisema), que causam uma obstrução persistente do fluxo de ar, muitas vezes progressiva (GOLD, 2023).

No contexto mundial, a DPOC ocupa o terceiro lugar na principal causa de morte, assim como, assume relevância na principal causa de morbidade (GOLD, 2023). Em Portugal, dados da Sociedade Portuguesa de Pneumologia demonstram que 5,42% da

população portuguesa, entre os 35 e 69 anos, sofre de DPOC. Anualmente, morrem cerca de 8,7 por 100.000 habitantes por DPOC expetoração (Sociedade Portuguesa Pneumologia, 2022).

Desta forma, a manifestação de sintomas característicos da doença, como a tosse, dispneia e produção de expetoração, acompanhados de exacerbações agudas da doença ou manifestações crónicas, representam uma alteração significativa na qualidade de vida destes utentes. Neste sentido, estes apresentam intolerância a atividade, cansaço fácil e dispneia crónica. O diagnóstico de DPOC tem por base a trilogia entre a sintomatologia que o cliente apresenta, os fatores de risco que reúne e o resultado obtido no teste de espirometria (GOLD, 2023) .

Por outro lado, o tratamento da doença inclui um conjunto de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Os objetivos destas estratégias são melhorar os sintomas, otimizar a capacidade para o EF, melhorar o estado de saúde, prevenir e tratar exacerbações e prevenir a progressão da doença e reduzir a mortalidade (Maltais et al., 2014).

No tratamento não farmacológico da doença, surge a Reabilitação Respiratória (RR), uma intervenção abrangente, baseada numa avaliação personalizada do indivíduo, que inclui, entre outras estratégias, o treino de EF, educação e mudança de comportamento (Spruit et al., 2013). O EF é uma intervenção não farmacológica importante na reabilitação dos clientes com DPOC, pois estimula a capacidade funcional, a qualidade de vida e considera a frequência de exacerbações. Neste sentido, o EF tem um impacto positivo na melhoria e redução da sintomatologia da doença, contudo depende de conceitos centrais como a adesão e a autogestão, tendo em vista a obtenção de melhores níveis de qualidade de vida (Wang et al. , 2021) .

Bourbeau e Bartlett (2008), referem que a adesão do cliente ao tratamento da DPOC é essencial para otimizar a gestão da doença. Assim como em outras doenças crónicas, a baixa adesão é comum e resulta num aumento das taxas de morbilidade, gastos com saúde, hospitalizações e possivelmente mortalidade (Bourbeau & Bartlett, 2008).

Neste sentido, é exigido ao cliente uma mudança no comportamento, a aquisição de competências que lhe permitam manter a adesão e a gestão eficaz do seu regime terapêutico, o que trará benefícios na adaptação à condição de saúde, na diminuição da sintomatologia ou na alteração/manutenção do estado de saúde (Padilha, 2013). Assim,

de acordo com o ICN (2019) a adesão define-se, como uma “*ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento*”.

Reconhece-se, assim, o papel ativo, colaborativo e informado da pessoa no autocontrolo da sua doença. Desta forma, pode considerar-se adesão do cliente, quando o seu comportamento coincide com o que fora negociado com o profissional de saúde⁽¹¹⁾ e é também considerado como um fator comportamental modificável capaz de melhorar o prognóstico da doença (Trivedi, et al., 2021).

Em paralelo ao conceito de adesão, surge o conceito de autogestão ou *self-management*, ou seja, a capacidade de o cliente gerir a seu tratamento. Este construto pressupõe não só que o cliente adira ao plano farmacológico e não farmacológico delineado, mas que seja capaz de reconhecer sintomas, modificar comportamentos, tendo em vista a otimização do seu estado clínico, sintomatológico e que por fim traduza uma melhoria da qualidade de vida (Ding, et al., 2019). Assim, *self-management* representa a capacidade de autogestão de um cliente para gerir todos os aspetos de uma condição de doença crónica. Este conceito assume um papel essencial no utente com DPOC (Ding, et al., 2019). No entanto, apesar dos benefícios demonstrados existem barreiras significativas para o cliente frequentar a RR e aderir a planos de EF, levando a altas taxas de abandono, do tratamento farmacológico e não farmacológico (Benzo, et al., 2018). Destas barreiras identificadas, fazem parte aspetos sociais-económicos, do sistema de saúde, relacionados com o tratamento, assim como relacionados com o utente. Para melhorar a adesão, o EEER precisa considerar esses fatores no contexto de pessoas com DPOC e implementar estratégias voltadas diretamente para os problemas subjacentes (Blackstock et al. , 2016).

Tendo em conta a pertinência deste tema, pretende-se identificar e analisar a produção científica relativa às intervenções do EEER no cliente com DPOC, que influenciam a adesão e autogestão do EF, através de uma revisão integrativa da literatura.

Material e métodos

A necessidade de reunir o conhecimento existente sobre as intervenções do EEER, no cliente com DPOC, que influenciam a adesão e autogestão do EF, justificou a realização desta revisão integrativa, com base nas recomendações de *Toronto & Remington* (2020), a partir da seguinte questão de investigação: Quais as intervenções do EEER, no cliente com DPOC, que influenciam a adesão e autogestão do EF?

Para esta revisão, foi utilizada a estratégia de pesquisa PICO, em que a população (P) a ser estudada são adultos com diagnóstico de DPOC, a intervenção (I) corresponde às intervenções em reabilitação para a promoção da adesão e autogestão do EF e o resultado, ou outcome (O), a melhoria da adesão e autogestão ao EF.

A colheita dos dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2022. Utilizaram-se como critérios de inclusão os idiomas de português e inglês, assim como, artigos com acesso ao conteúdo integral. Foram utilizadas as fontes de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), com os seguintes descritores: *Pulmonary Disease; Chronic Obstructive, Airflow Obstruction; Chronic, COAD; COPD; Chronic Airflow Obstruction; Chronic Obstructive Airway Disease; Chronic Obstructive Lung Disease; Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Bronchitis, Chronic; Chronic Bronchitis; Pulmonary Emphysema; Treatment Adherence and Compliance; Treatment Adherence; Patient Compliance; Client Adherence; Client Compliance; Patient Adherence; Treatment Compliance; Self-Management; Self-Care; Exercise; Resistance Training; Circuit-Based Exercise; Physical Fitness; Exercise Therapy; Aerobic Exercise; Exercise Training; Isometric Exercise; Physical Activity e Rehabilitation Exercise*.

De seguida foi efetuada a estruturação da estratégia de pesquisa, com a combinação de todos os termos encontrados, adaptando-os à especificidade de cada base de dados ou agregador e recorrendo aos operadores booleanos "OR" e "AND" e à ferramenta "*", para reforçar a busca e garantir que novas variações da mesma palavra sejam criadas.

Os estudos obtidos em cada uma das bases de dados foram exportados para um software de gestão de referências (*Endnote X9®*) e as referências duplicadas foram removidas. Dois investigadores, de forma independente, analisaram os estudos por título, resumo e texto integral, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Caso houvesse

divergências entre os dois investigadores, estas eram resolvidas por um terceiro investigador, responsável por decidir se aquele estudo deveria ser incluído ou não.

Foram, assim, identificados 39 artigos conforme se pode verificar na figura 1, sendo que seis tiveram origem na *CINAHL* e 33 na *MEDLINE*.

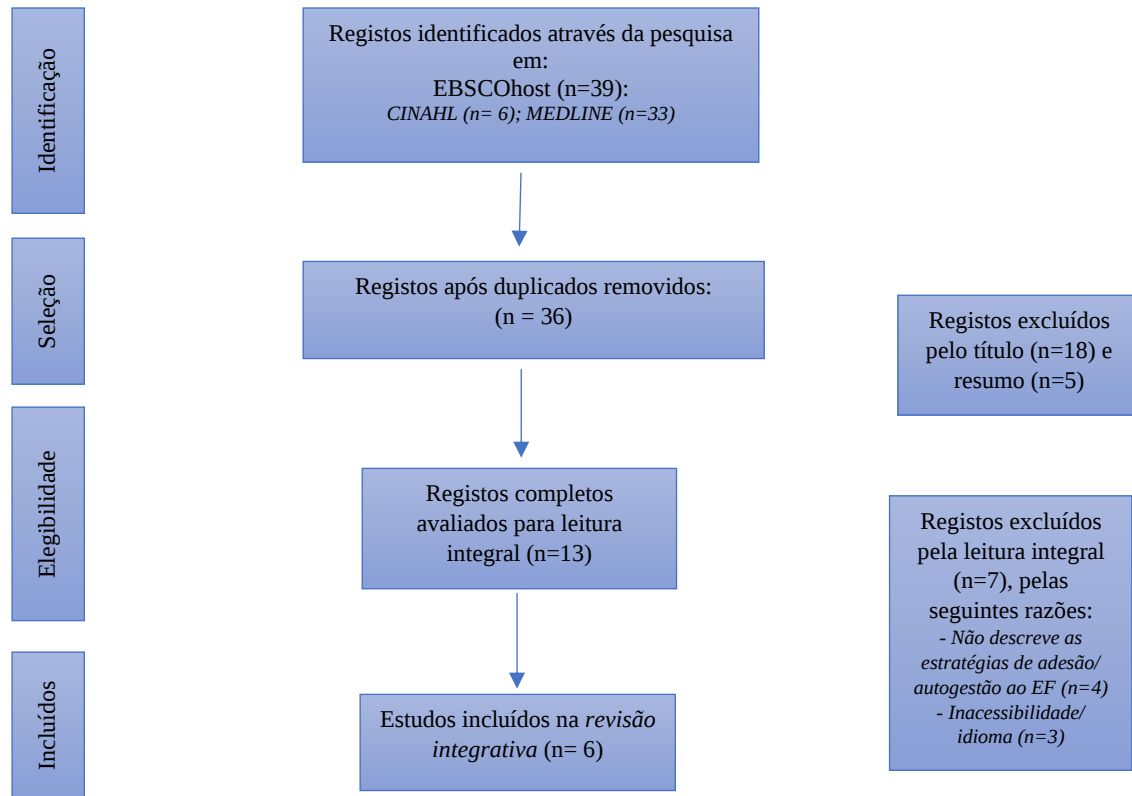
Dos 39 artigos selecionados, três encontravam-se duplicados, tendo sido removidos manualmente. Destes, 18 artigos foram excluídos pelo título e cinco artigos foram excluídos pelo resumo, uma vez que focam o seu estudo nas especificidades do EF, na população em estudo – pessoa com DPOC, mas não acrescentavam nenhuma estratégia relativa à adesão ao EF.

Após leitura integral, foram excluídos sete artigos, visto que a sua maioria não descreve estratégias de adesão/ autogestão ao EF (n= 7), e um deles, refere estratégias de adesão ao regime medicamentoso (Bourbeau & Bartlett, 2008) . Por outro lado, três artigos foram excluídos pela inacessibilidade ao artigo original completo e/ou pelo idioma apresentado.

Sumariamente, selecionaram-se para análise seis artigos. A figura 2 descreve o percurso realizado para seleção dos estudos, para análise integral.

Figura 2

Diagrama de Seleção de Estudos



Fonte: Elaboração Própria

Resultados

Foi realizada a síntese narrativa das seis publicações selecionadas, apresentando as principais evidências relativas às intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cliente com DPOC, que influenciam a adesão e autogestão do EF.

Para a extração dos dados, foi elaborado um instrumento com o objetivo de registrar as principais características dos estudos, bem como as principais evidências encontradas. Assim, englobou os seguintes tópicos: autor, ano e local de publicação, título, objetivo,

população/amostra, método e principais resultados. Os dados obtidos foram organizados na tabela número três, com organização cronológica seguindo a data da publicação.

Para a análise dos resultados categorizou-se em estratégias ou recursos, intervenção e avaliação.

Após uma análise sumária conclui-se que a estratégia ou recurso mais utilizada é a telerreabilitação. Esta, surge como um apoio informatizado, acedido no domicílio, sob a forma de aplicativo ou plataforma web. A forma como este recurso é utilizado diverge em cada estudo, e é acompanhado de outras valências, nomeadamente a utilização de tecnologia, por parte do EEER, em planos de intervenção personalizados, em regimes de aprendizagem simplificados e na criação de estruturas de apoio suporte à distância, bem como a utilização de diários de registo e a otimização da autoeficácia. A avaliação é, habitualmente, efetuada com recurso aos mesmos instrumentos de avaliação nomeadamente, a utilização do *six minute walking test* (6WTM), da escala de perceção subjetiva de esforço de Borg, do *COPD self-management scale* (CSMS) e o indicador Health-related quality of life (HRQL), aferido através dos instrumentos: Medical Outcomes Study Short-Form 36 (MOS-SF36) e St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Tabela 3

Síntese dos Artigos Incluídos. (Segundo autor, ano publicação, título, objetivo, amostra, método e resultado)

Autor, ano e local	Título	Objetivo	População /Amostra	Método	Resultados
Nguyen-2009 International Journal of CODP	Pilot study of a cell phone-based exercise persistence intervention post-rehabilitation for COPD	Determinar a viabilidade e eficácia de uma intervenção para manutenção de exercício baseada em uma aplicação para o telefone.	17 clientes com DPOC estável, classificada de moderada a grave. Idade média dos participantes de 40 anos.	Experimental, exploratório e randomizado	Estratégia/Recurso: Fornecimento de informação estruturada para o exercício e autogestão. Ensino e instrução de exercícios personalizados. Como recurso utiliza uma aplicação para o telemóvel com reforço semanal, através de mensagens. Intervenção: Acompanhamento de 6 meses, divisão em dois grupos. Ambos receberam ensino e instrução de exercícios personalizados. Um dos grupos recebeu mensagens de reforço semanal no telefone. Avaliação: Monitorização 6MWT e um indicador para avaliar a qualidade de vida (HRQL) através da utilização das escalas Medical Outcomes Study Short-Form 36 (MOS-SF36) e St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) no início, 3º e 6º mês. Este estudo demonstra que é viável fornecer uma intervenção para manutenção de exercício baseada em uma aplicação para o telefone para clientes com DPOC.

Autor, ano e local	Título	Objetivo	População /Amostra	Método	Resultados
Blackstock, F. C., et al. (2016) Annals of the American Thoracic Society	Why Don't Our Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Listen to Us? The Enigma of Nonadherence.	Identificar os fatores que influenciam na adesão dos clientes com DPOC		Revisão narrativa da literatura	Estratégia/Recurso: Design educacional; uso de tecnologia, intervenção psicológica para apoiar a aprendizagem, motivação, autoeficácia e mudança de comportamento; e formas de melhorar o envolvimento dos profissionais de saúde com os clientes. Intervenção: Personalização e simplificação dos regimes de aprendizagem e intervenção, identificando barreiras à adesão e abordando-as, garantindo a existência de estruturas de apoio ao cliente e melhorando a autoeficácia.
Zanaboni, P., et al. (2017). Journal of telemedicine and telecare	Long-term exercise maintenance in COPD via telerehabilitation: a two-year pilot study	Investigar a viabilidade, manutenção do exercício a longo prazo, efeitos clínicos, a qualidade de vida e uso de recursos hospitalares.	10 clientes com DPOC	Estudo piloto, não randomizado (case series)	Estratégia/Recurso: telerreabilitação, oxímetro de pulso e um tablet. Intervenção: 2 anos de telerreabilitação após frequentar a RR. Exercícios domiciliares, telemonitorização e autogestão on-line e por videoconferência. Avaliação: Monitorização 6MWT e escala da DPOC (CAT). Demonstra que a manutenção do exercício na DPOC via telerreabilitação é viável. Os resultados sugerem que a telerreabilitação pode prevenir a deterioração e melhorar o desempenho físico e a condição de saúde.

Autor, ano e local	Título	Objetivo	População /Amostra	Método	Resultados
Benzo, R. P., et al. (2018) Respir Care	Development and Feasibility of a Home Pulmonary Rehabilitation Program With Health Coaching.	Desenvolver um programa domiciliar de RR, que inclua tecnologia disponível comercialmente, e permita ao técnico de saúde de RR acompanhar o cliente em seu processo de RR, bem como avaliar a sua viabilidade.	Compõe dois estudos: Estudo piloto 1 – 3 participantes; Estudo piloto 2: 12 participantes em RR no domicílio, durante 8 semanas.	Compõe dois estudos: Estudo piloto 1 – estudo qualitativo; Estudo piloto 2: estudo não randomizado (<i>case series</i>)	Estratégia/recurso: Programa de RR no domicílio, utiliza tablet/computador, um monitor de atividade e um oxímetro conectado a um servidor. Telefonema semanal de um técnico de saúde em RR. Intervenção: RR domiciliar consiste em 12 minutos de caminhada e 6 exercícios voltados para todos os grupos musculares, realizados 6 dias por semana, além de telefonemas semanais com o técnico de saúde da RR. Avaliação: Escala de 10 pontos, criada para o efeito. Demostraram que programa de RR domiciliar que integra a auto-monitorização é útil e viável numa população de indivíduos com DPOC.

Autor, ano e local	Título	Objetivo	População /Amostra	Método	Resultados
Wang, L., et al. (2021) <u>Clinical Rehabilitation</u>	A mobile health application to support self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial."	Investigar os efeitos de um aplicativo de smartphone para apoiar programas de autogestão na qualidade de vida, no exercício e comportamento de cessação do tabagismo	78 clientes internados com DPOC no Hospital Afiliado da Zunyi Medical University em Guizhou entre 2017 a fevereiro de 2019.	Experimental randomizado	Estratégia/Recurso: Utiliza o aplicativo de smartphone para apoiar programas de autogestão. Salas de chat e apoio motivacional. Intervenção: Os participantes do grupo de intervenção (n=39) realizaram um programa baseado em aplicativo móvel, além dos cuidados de rotina, e os participantes do grupo de controle (N=29) receberam apenas cuidados de rotina. Avaliação: Aplicação de um questionário <i>COPD self-management scale</i> (CSMS), que inclui a autogestão da DPOC, a atividade física e a cessão tabágica. A colheita de dados foi realizada no início, no terceiro mês, sexto mês e após 12 meses. Demonstra eficácia na melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde e no comportamento de autogestão em pacientes com DPOC.

Autor, ano e local	Título	Objetivo	População /Amostra	Método	Resultados
Tanguay, P., et al. (2021)	Developing a Web Platform to Optimize the Self-Management of People Living with a Chronic Respiratory Disease.	Descrever o desenvolvimento de uma nova plataforma Web para otimizar a autogestão após a RR para clientes com DPOC	6 clientes com DPOC moderada a grave, idades entre 59 e 74 anos. 50% amostra eram mulheres. Durante 8 meses.	Estudo piloto	Estratégia/Recurso: Utiliza a plataforma Web com um referencial teórico de mudanças de comportamento e conceitos de autogestão e autoeficácia. Usa exercícios respiratórios e um diário de registro. Intervenção: Utilizaram a plataforma 6 clientes, durante 8 meses. Avaliação: Avaliou a adesão, através do número de exercícios/semana, a qualidade de vida, a dispneia e capacidade funcional utilizou 6MWT e escala de Borg. Demonstrou otimizar a adesão, melhorar às técnicas de autogestão e manutenção da capacidade funcional dos clientes.

Fonte: Elaboração Própria

Discussão

Os artigos que reuniram os critérios de inclusão nesta revisão integrativa da literatura permitiram definir quais as intervenções do EEER no cliente com DPOC, que influenciam a adesão e autogestão do EF.

Analisando a tabela de resultados é possível agrupar a abordagem dos estudos selecionados em três categorias, tendo em conta a estratégia ou recurso que os autores utilizaram, a intervenção e a avaliação.

Relativamente à estratégia/recurso, a telerreabilitação é o mais frequentemente enunciado e a sua operacionalização inclui a incorporação de conteúdos ou formatos que fomentam a adesão e a autogestão do cliente. Neste sentido são referidas estratégias/recursos como a educação sobre a doença e o EF, a avaliação e

acompanhamento da capacidade funcional do cliente, prescrição de EF individualizado, uso de tecnologia para monitorizar a atividade física do cliente, estabelecimento de metas, planeamento de atividade física, suporte emocional e motivação para aderir ao EF. No entanto, estas ferramentas enunciadas estão intimamente ligadas e integradas no conceito de telerreabilitação.

A telerreabilitação é definida como um recurso alternativo, potencialmente utilizado na reabilitação pulmonar, que inclui modelos domiciliares e o uso de tele saúde. Inclui a prestação de serviços de reabilitação à distância, utilizando tecnologias de informação e comunicação (Cox et al., 2021). Prevê, igualmente, a monitorização remota do cliente, o que pode fornecer informações valiosas aos profissionais de saúde. Assim, dados como frequência cardíaca, pressão arterial e atividade física podem ser recolhidos e analisados, ajudando a adaptar o plano de intervenção, de acordo com as necessidades individuais. Também utiliza aplicativos, dispositivos móveis ou plataformas online interativas. Estas ferramentas aumentam o empoderamento e a motivação do cliente em relação ao seu tratamento, fornecem informações em tempo real, feedback imediato e recursos educacionais, incentivando o cliente a participar ativamente na sua própria reabilitação (Cox et al., 2021).

Considerando este recurso, assumem-se como principais vantagens na sua utilização o acesso ampliado aos cuidados, especialmente para pessoas que vivem em áreas remotas, com mobilidade reduzida ou constrangimentos no transporte; conveniência e conforto; a redução de custos, visto que o cliente economiza em despesas de viagem e tempo na deslocação, enquanto o prestador de serviço, pode economizar em infraestrutura e recursos (Cottrell et al., 2017). Permite a continuidade do cuidado uma vez que, o cliente pode receber os cuidados habituais, mesmo quando não pode comparecer pessoalmente às sessões. Isso é particularmente relevante em situações de reabilitação a longo prazo, onde a consistência e a continuidade do tratamento são essenciais para obter resultados positivos (Cox et al., 2021).

No entanto, esta estratégia não é isenta de desvantagens. As limitações técnicas, como conexões instáveis, falhas de equipamento ou dificuldades de acesso à internet, podem afetar a qualidade e a eficácia das sessões de reabilitação. Por outro lado, a falta de contato físico direto, não permite que o profissional de saúde realize uma avaliação física detalhada, assim como a falta de supervisão constante, impede, o profissional de saúde

de monitorizar de perto o cliente, fornecer correções imediatas e ajustar o plano de tratamento conforme necessário (Cox et al, 2021).

Assim, os estudos analisados além da estratégia da telerreabilitação, associam outras ferramentas. No que concerne à educação sobre a doença e o EF, enunciado por três dos artigos selecionados (Blacktock et al., 2016; Nguyen et al., 2009; Tanguay et al., 2021), outros autores, nomeadamente Cottrell et al. (2017) corroboram a eficácia desta estratégia. Estes autores referem que a educação sobre a DPOC, os seus sintomas, o tratamento, bem como a importância do EF podem aumentar o conhecimento e a compreensão do cliente, incentivando à adesão ao programa de EF.

Além da ênfase no conhecimento e no desenvolvimento de capacidades, um artigo de revisão (Blacktock et al., 2016) inclui uma nota importante referente ao profissional de saúde, relativamente à necessidade de desenvolver estratégias para melhorar o envolvimento do profissional com o cliente. Neste sentido, estes autores enaltecem a importância da relação de empatia e proximidade do EEER com o seu cliente, que neste contexto pode contribuir para potenciar a adesão e a autogestão ao EF, enquadrado num processo de Reabilitação.

No que diz respeito à monitorização e acompanhamento da capacidade funcional do cliente, é reportado, nos estudos selecionados (Benzo et al., 2018; Zanaboni et al., 2017) como uma estratégia de otimização da adesão e autogestão. Na literatura, a mesma ferramenta é enunciada por Maltais et al. (2014) que refere que o acompanhamento regular dos clientes pode ajudar a manter a motivação e a adesão ao EF. O mesmo autor sugere operacionalizar esta intervenção através de visitas regulares, chamadas telefónicas semanais, diários de registos ou aplicativos de monitorização de saúde.

As chamadas de acompanhamento semanais, enunciadas nos estudos selecionados (Benzo et al., 2018; Nguyen et al., 2009) permitem um acompanhamento regular do progresso do cliente. O profissional de enfermagem pode obter informações atualizadas sobre a participação do cliente no EF, os desafios enfrentados e as conquistas alcançadas (American Thoracic Society/European Respiratory Society, 2017). Este aspeto facilita a identificação precoce de problemas e a oferta de suporte adequado. Além disso, representam oportunidade para o profissional motivar e encorajar o cliente, reconhecer os esforços e conquistas, oferecer feedback positivo e ajudar a manter a motivação ao longo do processo. Essa interação regular fortalece o vínculo entre o profissional de

enfermagem e o cliente, promovendo uma relação terapêutica positiva (American Thoracic Society/European Respiratory Society, 2017).

O registo em diário, permite que o cliente acompanhe seu próprio progresso e reflita sobre suas experiências. Registrar as atividades físicas realizadas, as sensações físicas e emocionais, os desafios enfrentados e as estratégias utilizadas, ajuda o cliente a desenvolver uma maior consciência dos seus próprios padrões e comportamentos relacionados com o EF. Da mesma forma, ao rever o diário de registo, tanto o cliente como o profissional de saúde, podem identificar padrões e tendências ao longo do tempo. Isso pode incluir identificar horários mais propícios para o EF, identificar fatores desencadeantes de sintomas, ou observar progressos graduais no aumento da tolerância ao EF. Essas informações podem orientar ajustes no plano de EF e estratégias de autogestão (Cox et al. 2021).

Relativamente à prescrição de EF individualizado, enfatizado num dos estudos selecionados, nomeadamente nas intervenções de Blacktock et al. (2016), vai de encontro ao evidenciado por Maltais et al. (2014), que refere que a personalização dos exercícios é uma parte importante do tratamento da DPOC, uma vez que pode ajudar a melhorar a qualidade de vida e reduzir as complicações dos clientes com essa condição. Esta personalização potencia a adesão e o acompanhamento do profissional de saúde, sendo importante para criar um programa de EF seguro e direcionado para necessidades individuais de cada cliente.

A abordagem deste autor, de Blacktock et al. (2016), em paralelo à personalização dos regimes de EF, enuncia a identificação de barreiras à adesão e a respetiva abordagem. Esta intervenção vai de encontro aos achados na literatura que identificam a existência de barreiras significativas para o cliente frequentar a RR e aderir a planos de EF, levando a altas taxas de abandono, do tratamento farmacológico e não farmacológico (Benzo et al., 2018). Destas barreiras identificadas, fazem parte aspetos sociais-económicos, do sistema de saúde, relacionados com o tratamento, assim como relacionados com o utente (Benzo et al., 2018).

O suporte emocional e motivacional é uma ferramenta enunciada nos estudos selecionados (Wang et al., 2021). Segundo Spruit et al. (2013), o apoio motivacional ajuda o cliente a superar as barreiras e resistências à participação em programas de EF, proporcionando incentivo e encorajamento contínuos. Estes aspetos aumentam a

probabilidade de adesão a um programa de EF a longo prazo, relacionando-se com o empoderamento do cliente para assumir responsabilidade pelo próprio cuidado (Padilha, 2013). A intervenção de apoio motivacional auxilia o cliente a desenvolver habilidades de autorregulação, capacidade de estabelecer metas realistas, enfrentar desafios e adotar comportamentos saudáveis a longo prazo. Neste sentido, promove a autoeficácia e a crença de que o cliente é capaz de realizar com sucesso as atividades necessárias para aderir ao EF. O apoio motivacional ajuda a fortalecer a autoeficácia do cliente, fornecendo feedback positivo, reconhecendo conquistas e oferecendo suporte emocional durante as dificuldades (Spruit et al., 2013).

Considerando a implementação da intervenção dos estudos em análise, ou seja, a forma como os investigadores operacionalizaram determinada estratégia ou recurso encontra-se descrita nos estudos selecionados (Benzo et al., 2016; Nguyen et al., 2009; Tanguay et al., 2021; Wang et al., 2021; Zanaboni et al., 2017) e traduz a aplicação prática destas estratégias/recursos nos PRR. A duração da intervenção varia entre 24 meses no estudo de Wang et al. (2021) a seis meses no estudo de Nguyen et al. (2009). Efetivamente, a evidência não sugere um tempo ótimo para a implementação destes programas. Considera-se que os PRR devem ser personalizados e o tempo de duração depende dos objetivos do cliente, da gravidade da doença, das comorbidades existentes e outros fatores relevantes (American Thoracic Society/European Respiratory Society, 2017). Tendo por base as recomendações do *American College of Sports Medicine* (2022) os PRR devem ter a frequência de três a cinco dias por semana, para o treino aeróbico; dois a três dias por semana, para o treino resistência e flexibilidade, contudo centram-se, sobretudo, na resposta do doente em termos de capacidade funcional, escasseando investigação que dê resposta aos indicadores de adesão/ autogestão (ACSM, 2022).

A avaliação das intervenções implementadas, nos estudos incluídos na presente revisão integrativa da literatura, apresenta alguma dispersão. Assim, são utilizados instrumentos que vão de encontro à avaliação da capacidade cardiorrespiratória e da qualidade de vida relacionada com a saúde. Desta forma, são utilizadas escalas de avaliação como o *Six Minute Walking Test* (6WTM), a escala de percepção subjetiva de esforço de Borg, o *COPD self-management scale* (CSMS), o *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS-SF36) e *St. George's Respiratory Questionnaire*.

A evidência (Benzo et al., 2016; Nguyen et al., 2009; Tanguay et al., 2021; Wang et al., 2021; Zanaboni et al., 2017) relata melhoria nos indicadores supramencionados, referindo que as estratégias utilizadas traduzem vantagens e ganhos em saúde para os participantes em questão. A intensidade do EF, monitorizado através de frequência cardíaca, percepção subjetiva de esforço ou outro instrumento apropriado, ajuda a mensurar a autogestão adequada do cliente durante as sessões de EF relevantes (American Thoracic Society/European Respiratory Society, 2017). Além disso, a evidência refere que avaliar a qualidade de vida geral do cliente, através de questionários específicos pode fornecer informações importantes sobre a autogestão e adesão do cliente ao EF.

No entanto, não são monitorizados outros indicadores de processo capazes de refletir sobre a efetividade das estratégias implementadas nestas intervenções. Face ao exposto, o número de desistências dos PRR, a frequência de participação, ou seja, a assiduidade com que o cliente comparece às sessões de EF ou cumpre o programa de prescrito são indicadores importantes, mas não considerados. A duração do exercício, ou seja, a quantidade de tempo que o cliente dedica ao EF, também é relevante.

Assim, o cumprimento de metas, o estabelecimento de objetivos realistas e mensuráveis com o cliente, como aumentar a distância percorrida num determinado período, reduzir o tempo necessário para concluir uma atividade específica ou melhorar a capacidade respiratória, são aspetos determinantes para a melhoria da adesão e autogestão. Por outro lado, o registo do número de exacerbações da doença, bem como a avaliação da capacidade funcional da pessoa, com reflexão conjunta com o cliente sobre estes aspetos, pode fornecer uma medida relativa à adesão e autogestão do cliente, assim como uma estratégia para a consciencialização do seu estado de saúde real relevantes (American Thoracic Society/European Respiratory Society, 2017).

Conclusão

A partir da revisão da literatura efetuada salienta-se a impossibilidade de definir qual a melhor estratégia para a promoção da adesão e autogestão do EF, em clientes com DPOC em contexto domiciliar ou comunitário, pela ausência de evidência que sustente esta decisão. Além disso, esta competência de adesão e autogestão, apresenta uma dimensão pessoal, que carece de personalização para cada cliente.

No entanto, esta revisão permitiu definir quais as principais estratégias e recursos a utilizar, de forma a conseguir resultados efetivos neste domínio. Desta forma, aliar meios informáticos à prática do EEER, potencialmente, melhora os resultados na funcionalidade e na capacidade de autogestão relativa ao EF. Planos de intervenção personalizados, regimes de aprendizagem simplificados, focados na identificação das barreiras à adesão promovem a aquisição de conhecimento e a mudança efetiva de comportamento. A existência de estruturas de apoio ao cliente, utilização de diários de registo e a otimização da autoeficácia, demonstraram ser estratégias eficazes. Em suma, estes recursos potenciam a adesão e a autogestão dos clientes com DPOC para o EF e, consequentemente, melhoram a capacidade funcional e a qualidade de vida destes clientes.

Os EEER desempenham um papel fundamental na promoção da adesão e autogestão do EF do cliente com DPOC. As intervenções baseadas em evidência podem melhorar a adesão e autogestão do EF do cliente com DPOC e, consequentemente, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional. Desta revisão integrativa da literatura emerge a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre esse tema para fortalecer a evidência e fornecer diretrizes para a prática clínica.

3.2 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM DPOC PARA O EXERCÍCIO FÍSICO NO DOMICÍLIO/COMUNIDADE

De acordo com os achados da revisão integrativa da literatura, aliado à reflexão sobre a prática clínica enquadrada nas necessidades dos utentes, participantes neste projeto “*Respirar para Viver Melhor*”, faz-nos sentido a sugestão de uma proposta de intervenção, tendo por base o programa de EF utilizado na ECCI Coração D’Ouro, com integração das estratégias/ recursos previamente identificados.

Desta forma, a coluna referente às estratégias/ recursos resume as intervenções encontradas na revisão integrativa, adaptadas a esta população, com o fim de potenciar a adesão e autogestão do cliente com DPOC para o EF. Face ao exposto, a tabela quatro sintetiza a proposta de intervenção em Enfermagem de Reabilitação para a capacitação da pessoa com DPOC para o EF no contexto deste projeto, bem como na sua extensão ao domicílio.

Tabela 4

Planeamento de Intervenção do EEER na Capacitação do Cliente com DPOC

	Sessões semanais			Estratégias/recursos	
1ª semana AVALIAÇÃO INICIAL	Vacinação Conheciment o do projeto	Avaliação de conhecimen to	Avaliação funcional	Esclarecimento de conceitos de adesão e autogestão em grupo, utilização de módulos educacionais com apresentações audiovisuais	Telefonia Semanal
2ª semana VENTILAÇÃO	Conheciment o sobre a doença Consciencial ização da respiração	Reeducação abdomino diafragmáti ca e costal	Técnicas de fortalecimento s dos músculos respiratórios	Utilização de aplicação no telemóvel com referencial teórico sobre o exercício	

3ª semana DISPNEIA FUNCIONAL	Conheciment o da dispneia	Técnicas de conservação de energia + Treino de equilíbrio	Exercício Físico	Diário de registos: registo dos principais sintomas	Telefonia Semanal
4ª semana REGIME TERAPEU TICO	Terapêutica farmacológic o Workshop inaladores	Nutrição	Exercício Físico		
5ª semana LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS	Técnicas de limpeza das vias aéreas;	Intervenção psicossocial e comportame ntal	Exercício Físico		
6ª semana EXERCÍCI O FÍSICO	Exercício Físico	Nutrição	Exercício Físico		
7ª semana EXERCÍCI O AUTÓNOM O	Exercício Físico	Intervenção psicossocial e comportame ntal	Exercício Físico	Participação em grupos de apoio e salas chat de apoio motivacional	
8ª semana AVALIAÇÃ O FINAL	Avaliação dos conheciment os	Avaliação funcional	Avaliação do programa		

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os resultados obtidos na revisão integrativa da literatura, a telereabilitação é o recurso mais enunciado nos artigos incluídos. Efetivamente, a evolução tecnológica tem desempenhado um papel significativo no campo da RR e a introdução de recursos informáticos tem trazido benefícios consideráveis para a prática da enfermagem nessa área (Spruit et al., 2013).

A necessidade de a intervenção da enfermagem de Reabilitação acompanhar essa evolução e adotar recursos tecnológicos no PRR, baseia-se em aspetos como a possibilidade de uma monitorização mais precisa e objetiva dos parâmetros de saúde do cliente com DPOC durante a Reabilitação e o aumento do empoderamento do cliente no

seu próprio cuidado. Aplicativos e plataformas online podem fornecer informações sobre a doença, exercícios recomendados, lembretes de atividades, registos de progresso e até mesmo comunicação direta com a equipa de enfermagem. Essa interação digital potencia a motivação do cliente, aumenta sua responsabilidade e facilita a adesão às orientações do PRR (Tanguay et al., 2021).

Além disso, a tecnologia permite ao EEER o acesso rápido a informações atualizadas sobre práticas baseadas em evidência, diretrizes de tratamento e recursos educacionais relevantes. Isso é especialmente importante, numa área de intervenção em constante evolução, como a RR, onde novas abordagens e técnicas estão continuamente a ser desenvolvidas (Wang et al., 2021).

Assim, é consensual que aliar meios informáticos à prática do EEER potencia os resultados obtidos na capacidade funcional, mas sobretudo na capacidade de autogestão relativa ao EF. No entanto, os resultados obtidos na revisão efetuada indicam outros recursos úteis para esta finalidade. A evidência encontrada considera que planos de intervenção personalizados, regimes de aprendizagem simplificados, focados na identificação das barreiras à adesão promovem a aquisição de conhecimentos e a mudança efetiva de comportamento. Além disso, a criação de estruturas de apoio ao cliente, utilização de diários de registo e a otimização da autoeficácia, são consideradas ferramentas válidas para a capacitação do cliente com DPOC na adesão e autogestão do EF (Tanguay et al. 2021).

Transpondo para a prática efetiva, e adaptando à população participante neste projeto, sugere-se a introdução no PRR das seguintes intervenções: esclarecimento de conceitos de adesão e autogestão, utilizando módulos educacionais com apresentações audiovisuais, telefonema semanal do EEER de acompanhamento do cliente, utilização do diário de registo para incluir os principais sintomas, a utilização de aplicação no telemóvel com referencial teórico sobre o EF e a inclusão em salas de grupo chat de apoio motivacional para clientes com DPOC.

Na primeira semana do PRR inclui-se o esclarecimento de conceitos de adesão e autogestão, presencial na ECCI. Da experiência da prática clínica, considera-se que num estadio inicial do PRR, esta estratégia possa ser a mais eficiente, de forma a consolidar aspetos basilares relativos ao processo patológico e a importância sobre a adesão e autogestão ao regime de EF. Pese embora, a população alvo integrada nesta ECCI,

incluísse indivíduos entre os 66 e os 80 anos, ou seja, com uma variação de idade significativa, pensa-se que numa sessão inicial em grupo será possível conhecer os participantes do PRR, bem como potenciar a interação grupal.

Assim, na prática clínica foi percecionado que, frequentemente, os clientes com DPOC conhecem a doença, os seus sintomas e o seu tratamento, até pelo seu carácter de cronicidade, no entanto os conceitos de adesão e autogestão eram desconhecidos, bem como a sua importância. Efetivamente, esta população viveu num contexto em que o paradigma do cuidado não contemplava o empoderamento, a capacitação a inclusão do cliente como parceiro no seu próprio cuidado. Por isso, esta dimensão da autogestão representa algo desconhecido e inovador para estes clientes, onde o poder de decisão sobre a melhor forma de dirigir o seu tratamento é centrada em si próprio.

Na segunda semana introduz-se a utilização de uma aplicação no telemóvel com um referencial individualizado sobre o EF, ou seja, o programa de EF personalizado ao utente. Todos os clientes deste PRR utilizavam o telemóvel, no entanto é previsível algum constrangimento associado a esta tecnologia. Talvez a introdução da família como um apoio, represente um bom complemento a esta intervenção. Assim, através do recurso a este dispositivo seria possível os clientes consultarem informação sobre o EF integrado no seu PRR no domicílio, sendo um suporte importante de informação útil sobre as técnicas e exercícios abordados nas sessões presenciais.

Na terceira e quarta semana sugere-se a introdução da utilização do diário de registo, iniciando pelo registo dos principais sintomas e mediante a adaptação de cada cliente, incluir outros registos, como as principais dificuldades, as dúvidas, os exercícios efetuados, entre outros. Considera-se pertinente que os clientes com DPOC reflitam sobre estes aspetos, no sentido da sua consciencialização e responsabilização do seu processo de procura de saúde. O recurso a esta estratégia, cria uma oportunidade de objetivarem e registarem aquilo que experienciam e, em simultâneo, representa uma espécie de compromisso entre o cliente que regista e o EEER que valoriza este registo na sessão presencial seguinte.

Por outro lado, estes registos representam uma forma de monitorização do cliente no domicílio. A monitorização remota também se encontra descrita na literatura como um recurso eficaz na capacitação do cliente com DPOC para o EF, contudo considera-se difícil de operacionalizar na ECCI em questão, devido aos constrangimentos económicos

dos serviços de saúde. Talvez num futuro próximo, a parceria com as empresas que comercializam estes equipamentos possibilite esta intervenção de monitorização remota.

De uma forma transversal, em todas as semanas do PRR sugere-se a realização de um telefonema de acompanhamento por parte do EEER. Esta intervenção além representar uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas e/ou de monitorização do EF, representa uma oportunidade de fomentar o sentimento de pertença destes clientes. A literatura descreve que a sensação de acompanhamento potencia o sentimento de autoeficácia, de autoconfiança, otimizando a adesão e autogestão do cliente (Maltais et al., 2014). Além disso, nas restantes semanas do PRR pensa-se ser importante o reforço das intervenções e recursos anteriormente introduzidos.

Finalizando, através das sugestões supramencionadas, incorpora-se o apoio motivacional de uma forma transversal, no entanto pensa-se ser importante a inclusão em salas de grupo chat de apoio motivacional para clientes com DPOC nas últimas semanas. Prevê-se que seja necessário algum tempo para que estes clientes confiem neste projeto, para se sentirem parte integrante do cuidado e, desta forma, participarem ativamente neste tipo de grupos de apoio. Neste sentido, justifica-se a implementação desta estratégia, nas últimas sessões de treino, onde, previsivelmente, possa existir uma empatia crescente entre pares, aliado às experiências efetivas de treino e às sessões educacionais em grupo.

O apoio motivacional visa promover a motivação intrínseca do cliente com DPOC, ajuda-o a encontrar razões pessoais e significativas para iniciar e manter o EF. Este ajuda o cliente a superar as barreiras e resistências à participação em atividades de EF, proporcionando incentivos e encorajamento contínuos. Fortalecer a autoeficácia do cliente, fornecendo feedback positivo, reconhecendo conquistas e oferecendo suporte emocional durante as dificuldades, aumenta a probabilidade de este aderir a um programa de EF a longo prazo. O recurso a chats e grupos de apoio, permitem a sensação de pertença destes clientes, ajudam a desenvolver capacidades de gestão da doença, capacidade de estabelecer metas realistas, enfrentar desafios e adotar comportamentos saudáveis a longo prazo (Maltais et al., 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre a temática abordada neste relatório, efetivamente o cliente com DPOC, integrado num projeto de RR na comunidade, necessita além das prescrições direcionadas para o EF, de intervenções centradas na promoção da adesão e da autogestão para o EF. A literatura diz-nos que estas intervenções são determinantes na mudança efetiva do comportamento e por consequência potenciam a adoção de estilo de vida saudável (Blackstock et al., 2016).

Em paralelo, as competências específicas regulamentadas para a intervenção do EEER demonstram que a intervenção de potenciar a adaptação do cliente, de otimizar a sua adesão e autogestão é uma área sensível aos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 392/2019).

Relativamente ao objetivo geral deste relatório, pensa-se que descreve as atividades que foram desenvolvidas, retrata o percurso da aprendizagem, bem como reflete a pesquisa que foi efetuada de uma forma sistematizada, de forma a dar resposta aos desafios que foram sendo colocados durante o processo de aprendizagem. Assim, considera-se que os objetivos de estágio foram concretizados, através da elaboração de um plano de cuidados, especificamente num cliente com DPOC, seguindo o processo de enfermagem com avaliação das necessidades, planeamento, implementação de intervenções e avaliação de resultados. Enquanto EEER, a prática clínica foi orientada pelas competências específicas, com vista à maximização e capacitação destes clientes relativamente ao EF.

Sumariamente, conclui-se que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Efetivamente, a integração nesta equipa interdisciplinar e neste projeto específico foi proficiente, bem com como foram identificadas as necessidades dos clientes incluídos neste projeto. Por outro lado, e como se espera num processo de aquisição do grau de mestre, foi integrada um método científico, neste caso a revisão integrativa da literatura, no âmbito da adesão e capacitação do cliente com DPOC para o EF, com vista ao seu empoderamento. Ao longo deste processo, foram procurados possíveis fatores facilitadores e dificultadores deste processo, com vista à elaboração de uma proposta factível e ajustada à realidade da ECCI Coração D'Ouro. Por fim, foram incorporados

estes saberes na prática efetiva da RR, e especificamente nos programas de EF adaptados ao cliente com DPOC, com ajuste do PRR existente na unidade.

No que concerne aos meus objetivos enquanto Mestre é evidente o desenvolvimento evolutivo de um pensar crítico e reflexivo sobre a prática da Enfermagem de Reabilitação. A pesquisa e prática baseada na evidência encaminha o Mestre em Enfermagem de Reabilitação a fundamentar a sua tomada de decisão, promovendo a melhoria da qualidade de cuidados e contribuindo para o desenvolvimento da profissão (Regulamento 63/2016) .

A realização da revisão integrativa sobre a temática, permitiu-me experienciar uma nova ferramenta que incute a mudança e o desenvolvimento profissional decorrente da aquisição de novo conhecimento e novas competências. Assim, consideram-se cumpridos os objetivos delineados enquanto Enfermeiro Mestre em Reabilitação.

No que se refere às dificuldades experienciadas, pensa-se que este projeto de formação pessoal e profissional foi desafiante e recompensador, contudo o tempo reduzido em horas de estágio, a necessidade de manter a atividade profissional em paralelo com este projeto constituiu uma dificuldade. Além disso, a escassez de literatura sobre esta temática específica da adesão e gestão do exercício na DPOC constituiu igualmente uma dificuldade. Na realização da revisão integrativa foram encontrados um número reduzido de estudos e pouco concisos no foco desta área de intervenção.

Relativamente às implicações deste relatório, sugere-se que esta temática seja mais estudada, com estudos experimentais, com recurso a amostras mais robustas. Além disso, propõe-se a introdução destes achados relativos à intervenção do EEER na capacitação do cliente com DPOC no domínio do ensino e formação de enfermagem. Claramente, estes correspondem a uma necessidade efetiva destes clientes, que não pode ser negligenciada e que se relaciona diretamente com ganhos efetivos na qualidade de vida do cliente com DPOC.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, A. M. S. D. (2016). DPOC: estamos a tratar os clientes conforme o estado da arte? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(3), 222-226. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/issue/view/778/showToc>.
- Benzo, R. P., Ridgeway, J., Hoult, J. P., Novotny, P., Thomas, B. E., Lam, N. M., Benzo, M. V., Kramer, K., & Seifert, S. (2021). Feasibility of a Health Coaching and Home-Based Rehabilitation Intervention with Remote Monitoring for COPD. *Respiratory Care*, 66(6), 960–971. <https://doi.org/10.4187/respcare.08580>.
- Blackstock, F. C., ZuWallack, R., Nici, L., & Lareau, S. C. (2016). Why Don't Our Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Listen to Us? The Enigma of Nonadherence. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(3), 317-323. doi:10.1513/AnnalsATS.201509-600PS
- Bourbeau, J., & Bartlett, S. J. (2008). Patient adherence in COPD. *Thorax*, 63(9), 831–838. doi:10.1136/thx.2007.086041.
- Burge, A. T., Holland, A. E., McDonald, C. F., Abramson, M. J., Hill, C. J., Lee, A. L., Cox, N. S., Moore, R., Nicolson, C., O'Halloran, P., Lahham, A., Gillies, R., & Mahal, A. (2020). Home-based pulmonary rehabilitation for COPD using minimal resources: An economic analysis. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 25(2), 183–190.
- Butler, F., Robinson, L., & Dawson, P. (2016). Adherence to exercise after pulmonary rehabilitation...The 35th Scientific Meeting of the Physiotherapy Research Society 16 April 2016, University of Leicester, UK. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 23(6), S272–S273. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2016.23.6.S270>.
- Carlin, B. W. (2020). The journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention at 40 years and its role in the evolution of pulmonary rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 40(2), 65-69. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000508>.
- Cason, J. (2014). Telehealth and the evolving role of the physiotherapist. *Physiotherapy Reviews*, 19(4), 259-267.

- Chaudhary, S. C., Rao, P. K., Sawlani, K. K., Himanshu, D., Gupta, K. K., Patel, M. L., Verma, A. K. & Parihar A. (2017). Assessment of Nutritional Status in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 4(1), 268-271.
- Costi, S., Di Bari, M., Pillastrini, P., D'Amico, R., Crisafulli, E., Arletti, C., Fabbri, L. M., & Clini, E. M. (2009). Short-term efficacy of upper-extremity exercise training in patients with chronic airway obstruction: a systematic review. *Physical Therapy*, 89(5), 443–455. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070368>.
- Cottrell, M. A., Galea, O. A., O'Leary, S. P., Hill, A. J., & Russell, T. G. (2017). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 31(5), 625-638.
- Delgado Lozano C. (2015). Caso clínico: EPOC y perdida de independencia, un problema familiar. *Metas Enferm*, 18(2): 13-18.
- Diário da República. Plano de Ação, plano de Formação interna e regulamento interno da UCC, In.,2009. nº 74, no Decreto-Lei nº 28/2008.
- Ding, H., Karunanithi, M., Ireland, D., McCarthy, L., Hakim, R., Phillips, K., . . . Yang, I. A. (2019). Evaluation of an innovative mobile health programme for the self-management of chronic obstructive pulmonary disease (MH-COPD): protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(4), e025381. doi:10.1136/bmjopen-2018-025381.
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). Norma clínica 005/2019: diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica no adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). Orientação técnica n.º 014/2019: programas de reabilitação respiratória nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Duffy, S. P. & Criner, G. J. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease: evaluation and management. *Medical Clinics of North America*, 103(3), 453-461. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.005>.

- Ferreira, R., Teston, E., Santana, A., & Almeida, G. (2021). Desafios para o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família. *Revista Baiana de Enfermagem*. <https://doi/10.18471/rbe.v35.42249>.
- Frykholm, E., Klijn, P., Saey, D., van Hees, H. W. H., Stal, P., Sandstrom, T., ... Nyberg, A. (2019). Effect and feasibility of non-linear periodized resistance training in people with COPD: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 6. doi:10.1186/s13063-018-3129-y.
- Gabriel, R., et al. (2014). Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts. *Psychology Health*, 29(8), 967-983. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24617821>.
- Global Burden of Disease 2019 Demographics Collaborators. (2020). Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1160-1203. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2023). About us: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Web site]. Disponível em: who.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2023 Report. Retrieved from <https://goldcopd.org/wp.content/uploads/2023/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>.
- Gregersen, T. L., Green, A., Frausing, E., et al. (2016). Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 809-822.
- Gudmundsson, G., et al. (2006). Mortality in COPD patients discharged from hospital: The role of treatment and co-morbidity. *Respiratory Research*, 7(1). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560381>.

- Guimarães, M., Bugalho, A., Oliveira, A. S., Moita, J., Marques, A., & GI DPOC-Grupo de Interesse na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. (2016). COPD control: Can a consensus be found? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 22(3), 167–176. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2016.01.004>.
- Holland, A., Mahal, A., Hill, C., Lee, A., Burge, A., Cox, N., Moore, R., & Nicolson, C. (2017). Home-based rehabilitation for COPD using minimal resources: A randomised, controlled equivalence trial. *Thorax*, 72, 57–65.
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser [Website]. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Primary Care Respiratory Group (IPCRG). (n.d.). COPD. Retrieved from <https://www.ipcr.org/>.
- Johansson, H., Berterö, C., Berg, K., & Jonasson, L. L. (2019). To live a life with COPD – the consequences of symptom burden. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 905–909. <https://doi.org/10.2147/COPD.S192280>.
- Keener, A. (2020). Redefining the diagnostic criteria for COPD. *Nature Outlook: COPD*, 581, S4-S6. Retrieved from <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01373-x>
- Langer, D., Charususin, N., Jácome, C., Hoffman, M., McConnell, A., Decramer, M., & Gosselink, R. (2015). Efficacy of a novel method for Inspiratory Muscle Training in People With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Physical Therapy*, 95(9), 1264–1273. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140245>.
- Luz, E. L., & Basto, M. L. (2013). The opinion of patients with COPD: The process of becoming chronically sick. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2221–2228. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800006>.
- Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., et al. (2014). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(9), e15-e62.

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Ministério da Saúde – Portugal. (2018). *Retrato da saúde, Portugal*. Lisboa. Consultado em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
- Miravittles, M., & Ribera, A. (2017). Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. *Respiratory Research*, 18(67), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12931-017-0548-3>.
- Nguyen, H. Q., Gill, D. P., Wolpin, S., Steele, B. G., & Benditt, J. O. (2009). Pilot study of a cell phone-based exercise persistence intervention post-rehabilitation for COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 301–313. <https://doi.org/10.2147/copd.s6643>.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2018). 13º Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias: 2016/2017 panorama das doenças respiratórias em Portugal. Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série – nº 85 – 03 de maio.
- Orem, D. (1993). *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat. ISBN 84-458-0092-2.
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde Lisboa.
- Padilha, J. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: Um percurso de investigação-ação*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Universidade do Porto. Tese de Doutoramento.
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... Members, A. T. F. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical

Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)
Developed with the special contribution of the European Association for
Cardiovascular.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem (7.^a edição). São Paulo, Brasil, Artmed.

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5–7.

Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22, 16655–16660.

Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565–13568.

Sampaio, M. (2019). Reabilitação respiratória: A abordagem holística da pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 35(2), 151–154. Retrieved from <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12013>.

Seamark, D., et al. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perceptions of patients and their carers. An interpretative phenomenological analysis. *Palliative Medicine*, 18(7), 619–625. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15540670>.

Silva, L., & Delgado, B. (2020). Reabilitação respiratória domiciliária na doença pulmonar obstrutiva crónica: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 50–55. doi:10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776.

Sociedade Portuguesa Pneumologia (SPP). (2022). DPOC. Retrieved from <https://www.sppneumologia.pt/saude-publica/dpoc>.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., & ... ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. (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), e13–e64. doi:10.1164/rccm.201309-1634ST.

Tabak, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P., Hermens, H., & Vollenbroek-Hutten, M. (2014). A telehealth program for self-management of COPD exacerbations and promotion of an active lifestyle: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 935–944. doi:10.2147/COPD.S60179.

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

Trivedi, R., et al. (2012). The influence of informal caregivers on adherence in COPD patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 66–72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22422104>.

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

Zanaboni, P., Hoaas, H., Aarøen Lien, L., Hjalmarssen, A., & Wootton, R. (2017). Long-term exercise maintenance in COPD via telerehabilitation: a two-year pilot study. *Journal of telemedicine and telecare*, 23(1), 74–82. doi:10.1177/1357633X15625545

ANEXOS

ANEXO I – Cronograma do Programa de Reabilitação Respiratória

Cronograma do Programa de Reabilitação Respiratória

	Sessões semanais		
1ª semana AVALIAÇÃO INICIAL	Vacinação Conhecimento do projeto	Avaliação de conhecimentos	Avaliação funcional
2ª semana VENTILAÇÃO	Conhecimento sobre a doença Consciencialização da respiração	Reeducação abomino diafragmática e costal	Técnicas de fortalecimentos dos músculos respiratórios;
3ª semana DISPNEIA FUNCIONAL	Conhecimento da dispneia	Técnicas de conservação de energia + Treino de equilíbrio	Exercício Físico
4ª semana REGIME TERAPEUTICO	Terapêutica farmacológico Workshop inaladores	Nutrição	Exercício Físico
5ª semana LIMPEZA DAS VIAS AEREAS	Técnicas de limpeza das vias aéreas;	Intervenção psicossocial e comportamental	Exercício Físico
6ª semana EXERCICIO FISICO	Exercício Físico	Nutrição	Exercício Físico
7ª semana EXERCICIO AUTONOMO	Exercício Físico	Intervenção psicossocial e comportamental	Exercício Físico
8ª semana AVALIAÇÃO FINAL	Avaliação dos conhecimentos	Avaliação funcional	Avaliação do programa

ANEXO II - Instrumentos de avaliação

Questionário de Dispneia, Prova de Marcha de 6 minutos Teste sentar e levantar em 1 minuto, Escala de Atividades da Vida Diária e Escala de Ansiedade e Depressão

• **Questionário de Dispneia**

(modified MRC Dyspnea Questionnaire)

Data ____ / ____ / ____

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>	☐
GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>	☐
GRAU 2 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>	☐
GRAU 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.</i>	☐
GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>“Estou sem fôlego para sair de casa”</i>	☐

- **Prova de Marcha de 6 minutos**

Instruções padronizadas:

O objetivo deste teste é que caminhe a maior distância possível durante seis minutos. Irá caminhar ao longo do corredor entre as marcas o maior número de vezes que conseguir em seis minutos. Não deve falar durante o teste, exceto caso sinta algo fora do normal e que deve comunicar. Irei informá-lo(a) a cada minuto alcançado e aos seis minutos dir-lhe-ei que pare onde se encontra. Seis minutos é bastante tempo de marcha, portanto irá esforçar-se durante o teste. Pode desacelerar, parar e descansar se necessário, mas retome a marcha assim que se sentir capaz. Lembre-se que o objetivo é que caminhe a maior distância possível durante os seis minutos, mas sem correr. Tem alguma questão?

Guião padronizado durante o teste:

1:00 “Está a ir bem. Tem mais cinco minutos para andar”

2:00 “Continue o bom trabalho. Tem mais quatro minutos para andar”

3:00 “Está a ir muito bem. Está a meio da prova”

4:00 “Continue o bom trabalho. Tem mais dois minutos para andar”

5:00 “Está a ir bem. Tem mais um minuto para andar”

6:00 “Por favor pare onde está”

Informações importantes a registar:

- Distância total percorrida
- Data, local e hora
- Peso, altura e índice de massa corporal
- Avaliações pré-teste, pós-teste e pós-recuperação: frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, pressão arterial e sensações subjetivas de dispneia, fadiga muscular e angor (escala de Borg)
- Pausas: número, distância, duração, razão de paragem, saturações periféricas pré e pós
- Oxigenoterapia: débito, interface, fonte de O₂, forma de transporte
- Auxiliar de marcha
- Outras observações pertinentes
- O aumento de pelo menos 30 metros representa a diferença mínima clinicamente significativa de benefício físico após um PRR.

- **Registo da Prova de Marcha dos 6 minutos**

Teste 1		Teste 2	
Início	Fim	Início	Fim

Dispneia (EBM)				
Fadiga muscular (EBM)				
Frequência cardíaca (bpm)				
SpO ₂ (%)				
Frequência respiratória (cpm)				
Pressão arterial (mmHg)	____/____	____/____	____/____	____/____
Distância percorrida (m)	_____		_____	

• EBM – Escala de Borg Modificada Corredor do teste _____ (m) Frequência cardíaca máx (bpm)
 _____ SpO₂ mín (%): _____

Parou ou descansou durante a prova? Não [] Sim []

Se sim, qual o motivo _____; Nº de vezes _____; Tempo de paragem _____

Observações: _____

ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:111–117.

- **Teste de sentar e levantar em 1 minuto**

O teste de sentar e levantar em 1 minuto providencia uma medida da força dos membros inferiores. Esta medida está diretamente relacionada com a capacidade para realizar as atividades básicas do dia-a-dia.

I – Procedimentos Gerais

a) Frequência

- No início e no final do PRR.

b) Preparação da Prova

- O avaliador deve explicar e exemplificar todos os procedimentos inerentes à realização do teste e garantir que o doente não tem dúvidas;
- O doente deve ter a possibilidade de se familiarizar com o exercício ou exercícios em que vai ser testado;
- O avaliador deve garantir que não há contraindicações à realização do teste, tais como:
 - Febre ou doença sistémica aguda; ○ Dor no peito ou angina instável;
 - Em repouso PA sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg; ○ Em repouso PA sistólica < 90 mmHg e/ou diastólica < 60 mmHg; ○ Em repouso frequência cardíaca < 50 bpm ou > 100 bpm;
 - Agravamento dos sintomas de dispneia/falta de ar, palpitações, dor no peito ou tontura;
 - Alterações do foro ortopédico que contraindiquem a aplicação do

teste. c) Equipamento

- Cadeira com apoio de costas e assento com cerca de 46 cm, sem apoio de braços
- Cronómetro
- Esfigmomanómetro
- Oxímetro
- Escala de Borg modificada

d) Orientações específicas para o teste de sentar e levantar em 1 minuto

- Caso o(a) doente reúna condições para realizar a prova, deve ser feito no início e no final o registo da frequência cardíaca, saturação de oxigénio, pressão arterial, fadiga dos membros inferiores e sensação de dispneia (Borg);
- Durante o teste deve ser monitorizada a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio;
- Enquanto controla o desempenho do participante para assegurar o maior rigor, o avaliador conta as elevações corretas. Podem ser realizadas chamadas de atenção verbais (ou gestuais) para corrigir um desempenho deficiente.

Instruções ao participante:

1. Sente-se no meio da cadeira;
2. Os braços devem estar dispostos ao longo do corpo ou apoiados nas coxas;
3. Mantenha os pés bem assentes no chão;
4. Mantenha as costas direitas;
5. Ao meu sinal, levante-se até à posição de pé e depois sente-se novamente;
6. Repita estes movimentos, tão rápido quanto possível, durante um minuto.

Prática/ ensaio:

Após uma demonstração realizada pelo avaliador, um dos dois ensaios pode ser efetuado pelo participante visando uma execução correta. De imediato segue-se a aplicação do teste. e) Segurança:

- Garantir que a cadeira não desliza para trás posicionando-a contra uma parede;
- Se um indivíduo não conseguir levantar-se da cadeira nem uma vez, deixe que este faça apoio nas coxas, no assento da cadeira ou numa cadeira com apoio de braços;
- A pontuação neste caso será zero, mas regista-se o número de vezes que o doente realiza o movimento como um teste adaptado. Devem ser registadas as adaptações realizadas;
- O examinador deve estar preparado para segurar o doente, caso este sinta perda de equilíbrio;
- Durante o decorrer do teste, o participante pode parar para descansar se sentir necessidade. O tempo continua a decorrer.

f) Resultados:

A pontuação obtida pelo número total de execuções corretas num intervalo de 1 minuto. Se o participante estiver a meio da elevação no final do minuto, esta deve contar como uma elevação.

Estes resultados representam a normalidade da pontuação (exemplo: entre os percentis 25% e 75% da população em geral). O aumento de pelo menos 3 agachamentos representa a diferença mínima clinicamente significativa de benefício físico após um PRR.

Interpretação dos resultados:

Idade (anos)	Nº de agachamentos - Homens			Nº de agachamentos - Mulheres		
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
20-24	41	50	57	39	47	55

25-29	40	48	56	40	47	54
30-34	40	47	56	37	45	51
35-39	38	47	58	37	42	50
40-44	37	45	53	35	41	48
45-49	35	44	52	35	41	50
50-54	35	42	53	33	39	47
55-59	33	41	48	30	36	43
60 - 64	31	37	46	28	34	40
65 - 69	29	35	44	27	33	40
70 - 74	27	32	40	25	30	36
75 - 79	25	30	37	22	27	30
80 - 84	20	25	30	18	23	28
85 - 90	16	22	28	16	21	26
90 - 95	14	19	24	8	15	22

• **FOLHA DE REGISTO**

• **TESTE DE SENTAR E LEVANTAR EM 1 MINUTO**

Nome:

Idade: _____

Data: _____

Hora: _____

Medicação:

_____ Tempo decorrido desde a última dose de broncodilatador:

	Levantar e sentar de uma cadeira
Nº de repetições	

Strassmann A, et al. Int J Public Health 2013;58(6):949-53.

Vaidya T, et al. Int J COPD 2016(11):2609–2616.

Escala de Atividades da Vida Diária (LCADL)

Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e **escreva o número** correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há atividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica, ao fazer as coisas que ainda consegue fazer.

0 – Eu não a faria de qualquer modo (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade) **1 – Eu não fico com falta de ar** (Se a atividade é fácil para si)

2 – Eu fico com falta de ar moderada (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou o(a) ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes atividades:

Cuidado Pessoal		Tarefas domésticas	
Enxugar-se	☐	Fazer a cama	☐
Vestir a parte superior do corpo	☐	Mudar os lençóis da cama	☐
Calçar sapatos/meias	☐	Lavar janelas / cortinas	☐
Lavar a cabeça	☐	Limpeza / limpar o pó	☐
		Lavar a louça	☐
		Aspirar / varrer	☐
Lazer		Atividade física	
Andar pela casa	☐	Subir escadas	☐
Sair para convívio	☐	Inclinar-se para a frente	☐
Conversar	☐		

De que maneira a sua falta de ar o(a) prejudica nas atividades do dia-a-dia? Por favor coloque um visto (V) na resposta apropriada:

Muito _____ Um pouco _____ Não prejudica _____

Garrod R, et al. Respir Med 2000;94(6):589-596.

Pitta F, et al. Rev Port Pneumol 2008,14(1):27-47.

• **Escala de Ansiedade e Depressão**

(Hospital Anxiety and Depression Scale)

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido **na ÚLTIMA SEMANA. Não demore muito tempo a pensar nas respostas:** a sua reação imediata a cada frase será provavelmente mais exata do que uma resposta muito refletida.

A		Sinto-me tenso/a ou ansioso/a:	Sinto-me como se estivesse mais lento/a:		D
3		A maior parte do tempo	Quase sempre		3
2		Muito frequentemente	Muito frequentemente		2
1		De vez em quando, ocasionalmente	De vez em quando		1
0		Nunca	Nunca		0
	D	Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter:	Sinto uma sensação de medo como se tivesse um “frio” no estômago:	A	
	0	Decididamente tanto como antes	Nunca		0
	1	Não tanto como antes	De vez em quando		1
	2	Apenas um pouco	Frequentemente		2
	3	Quase nada	Muito frequentemente		3
A		Tenho uma espécie de sensação de medo como se algo terrível estivesse prestes a acontecer:	Perdi o interesse na minha aparência:		D
3		Nitidamente e muito forte	Totalmente		3
2		Sim, mas não muito forte	Muitas vezes não tenho tanto cuidado quanto devia		2
1		Um pouco, mas não me preocupa	Por vezes talvez não tenha tanto cuidado quanto devia		1
0		Não, nada	Tenho o mesmo cuidado de sempre		0
	D	Consigo rir e ver o lado cómico das coisas	Sinto-me agitado/a, como se não conseguisse estar quieto/a	A	
	0	Tanto como sempre consegui Agora não	Muitíssimo		3
	1	tanto como antes	Bastante		2
	2	Nitidamente menos agora	Não muito		1
	3	Nada	Nada		0
A		Passam-me pela cabeça pensamentos preocupantes	Sinto um prazer antecipado pelas coisas		D
3		A maior parte do tempo Muito frequentemente	Tanto como sempre senti		0
2		Não muito frequentemente	Bastante menos que anteriormente		1
1		Raramente	Muito menos que anteriormente		2
0			Quase nada		3

	D	Sinto-me alegre:	Tenho sensações de pânico repentinas:	A	
	3	Nunca	Muito frequentemente	3	
	2	Não frequentemente	Frequentemente	2	
	1	De vez em quando	Não muito frequentemente	1	
	0	A maior parte do tempo	Nunca	0	
A		Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído/a: Sempre	Consigo desfrutar de um bom livro ou um programa de rádio ou TV:		D
0		Normalmente	Frequentemente		0
1		Não frequentemente	De vez em quando		1
2		Nunca	Não frequentemente		2
3			Muito raramente		3

Zigmond AS, Snaith RP. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70.
Pais-Ribeiro J, et al. Psychology, Health & Medicine 2007,12(2),225-237.

Fonte: Orientação nº 014/2019