



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Pessoa com doença respiratória crónica: Enfermagem de Reabilitação e atividades de vida diária

Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia Nº 28916

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Pessoa com doença respiratória crónica: Enfermagem de
Reabilitação e atividades de vida diária**

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Enfermeiro Mestre Luís Jorge Gaspar

Viana do Castelo, junho de 2023

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de dedicar e agradecer à minha MÃE, que esteja onde estiver, e tenho a certeza que será num lugar privilegiado no CÉU, está muito feliz. A Ela devo tudo o que sou hoje, sem dúvida alguma o meu grande e sustentável alicerce.

Ao meu marido, José Gouveia, e aos meus filhos Bruna e Gonçalo, pelo seu amor, apoio incondicional e compreensão ao longo desta jornada. As palavras de incentivo e encorajamento foram essenciais para me manter motivada durante os momentos mais desafiadores, e para superar os obstáculos que pelo caminho encontrei.

Aos meus orientadores, à Professora Doutora Maria Salomé Ferreira e Enfermeiro Mestre Luís Gaspar pelo tempo dedicado, orientação e incentivo ao longo deste processo. A sua experiência e conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

Aos participantes da pesquisa, que generosamente dedicaram o seu tempo e compartilharam as suas experiências e informações. Sem a sua participação, este estudo não teria sido possível.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e aos seus professores que através da transmissão de conhecimentos, tornaram este sonho realidade.

À unidade hospitalar pelas condições que me proporcionou no desenvolvimento deste estágio.

Quero agradecer ainda aos meus colegas, que comigo compartilharam os seus conhecimentos e ideias, contribuindo para o enriquecimento do estudo.

PENSAMENTO

“As pessoas sabem aquilo que elas fazem; frequentemente sabem por que fazem o que fazem; mas o que ignoram é o efeito produzido por aquilo que fazem.”

Michel Foucault

RESUMO

As doenças respiratórias crónicas representam um desafio significativo para a saúde pública em todo o mundo, afetam milhões de pessoas, comprometem a sua qualidade de vida e resultam em elevados custos sociais e económicos. A prevalência destas doenças tem aumentado nas últimas décadas, devido a diversos fatores, como envelhecimento da população, exposição à poluição ambiental, tabagismo e mudanças nos estilos de vida.

Além disso, as doenças respiratórias têm uma influência significativa nas atividades diárias dos doentes, afetando a sua capacidade funcional e qualidade de vida geral. A perda de condicionamento físico e a falta de atividade física regular resultam em limitações permanentes. Tarefas simples, como subir escadas, caminhar longas distâncias ou realizar tarefas domésticas, tornam-se um desafio e exigem um esforço maior do que o normal. Uma abordagem abrangente para gerir estes problemas é crucial para melhorar a capacidade dos doentes e desta forma melhorar seu bem-estar geral. A enfermagem de reabilitação pode desempenhar um papel fundamental no tratamento das doenças respiratórias.

Este Estágio de Natureza Profissional foi realizado com o objetivo de desenvolver competências do domínio cognitivo, técnico-científico e humano na área dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, à pessoa com afeções do foro respiratório.

Neste sentido promoveu-se um estudo com o objetivo de identificar e caracterizar a influência de um programa de reabilitação respiratória no desempenho das atividades da vida diária da pessoa com doença respiratória crónica.

O estudo levado a cabo, baseou-se numa metodologia quantitativa, quase-experimental de grupo único, em que participaram 30 pessoas, com doença respiratória crónica. Nos participantes a média de idades é de 64,3 anos, variando entre um mínimo de 48 e um máximo de 80 anos. A maioria da amostra era do género feminino 56,7%, casada (73,3%) e tinha o 1º Ciclo (46,7%).

Para a avaliação da influência do programa, além de um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados, aplicados antes e depois da realização do programa de reabilitação: a London Chest Activity of Daily Living e o Teste Sentar e Levantar em um minuto.

Os resultados revelaram que relativamente à capacidade para realizar atividades de vida diária houve uma melhoria notória em todos os domínios e do score total da LCADL assim como um aumento significativo na capacidade funcional. A média do score total da LCADL antes do PRR era de 27,07 pontos e após é de 22,93 pontos. A diferença situa-se nos 4,14. Quanto aos valores verificados no TSL1M, verifica-se que a média antes do PRR era de 17,7 repetições e após é de 20,83.

Nestes dois domínios verificaram-se diferenças com significado clínico. Desta forma, podemos inferir que os doentes, adquirem maior capacidade para desempenhar as atividades de vida diária, tornam-se mais autónomos o que conseqüentemente resulta em melhorias na sua qualidade de vida.

Concluimos que um programa de reabilitação respiratória promove ganhos em saúde para as pessoas com Doença Respiratória Crónica.

Palavras-chave: Programa de Reabilitação Respiratória, Atividade de vida Diária, Doenças respiratórias, Reabilitação Respiratória, Capacidade Funcional.

ABSTRACT

Chronic respiratory diseases represent a significant public health challenge worldwide, affecting millions of people, compromising their quality of life and resulting in high social and economic costs. The prevalence of these diseases has increased in recent decades, due to several factors, such as an aging population, exposure to environmental pollution, smoking and changes in lifestyle.

In addition, respiratory diseases have an huge influence on patients' daily activities, affecting their functional capacity and overall quality of life. Loss of fitness and lack of regular physical activity result in permanent limitations. Simple tasks such as climbing stairs, walking long distances or doing household chores may become a challenge and require more effort than usual. A comprehensive approach to managing these problems is crucial to improving patients' capacity and their overall well-being. Rehabilitation nursing can play a crucial role in the treatment of respiratory diseases.

This Professional Nature Internship was carried out with the aim of developing cognitive, technical-scientific and humanitarian skills related to specialized care in Rehabilitation Nursing for people with respiratory conditions. In this regard, a study was made with the aim of exploring the influence of a respiratory rehabilitation program on the performance of activities of daily living of people with chronic respiratory disease.

The study was based on a quantitative, quasi-experimental methodology in which a single group of 30 people diagnosed with Chronic Respiratory Disease, participated. The average age of participants is 64.3 years, ranging from a minimum of 48 to a maximum of 80 years. Most of the sample was female 56.7%, married (73.3%) and had the 1st Cycle (46.7%).

To assess the influence of the program, in addition to a sociodemographic and clinical questionnaire, two data collection instruments were used, applied before and after the program was developed: the London Chest Activity of Daily Living and the one-minute sit-to-stand test.

The results revealed that regarding the ability to perform activities of daily living, there was a notable improvement in all domains and the total LCADL score, as well as a remarkable increase in functional capacity. The average of the LCADL total score before the PRR was 27.07 points and after it is 22.93 points. The difference is situated at 4.14. As for the values verified in the one-minute sit-to-stand test, it appears that the average before the PRR was 17.7 repetitions and after it is 20.83.

Differences with clinical significance were found in these two domains. This way, we can infer that patients acquire greater capacity to perform activities of daily living, becoming more autonomous, which consequently results in improvements in their quality of life.

We conclude that a respiratory rehabilitation program promotes health gains for people with chronic respiratory disease.

Keywords: Respiratory Rehabilitation Program, Activity of Daily Living, Respiratory Diseases, Respiratory Rehabilitation, Functional Capacity.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC – Doença Respiratória Crónica

FIRS – Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais

FPP – Fundação Portuguesa do Pulmão

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

ENR – Estágio Natureza Profissional

ER – Enfermagem Reabilitação

EER – Enfermeiro Especialista Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação

H – Hipótese

IPVC – Instituto Politécnico Viana Castelo

INE – Instituto Nacional de Estatística

LCADL – London Chest Activity of Daily Living

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Máx - Máximo

Md – Mediana

Me – Média

Min – Mínimo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PR – Programa de Reabilitação

PRR – Programa de Reabilitação Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SatO2 – Saturações de Oxigénio

Sig – Significância

SPP – Sociedade Portuguesa de Pneumologia

TSL1M – Teste Sentar Levantar em um Minuto

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	II
PENSAMENTO.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRAT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	7
2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	11
CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	15
NOTA INTRODUTÓRIA.....	17
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS, SUA RELEVÂNCIA NA SOCIEDADE	22
1.1.1 Ciclo vicioso da inatividade na pessoa com doença respiratória crónica	
25	
1.1.2 Implicações das doenças respiratórias crónicas nas atividades de vida diária e na capacidade funcional.....	27
1.2 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO	30
1.3 REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	34
1.3.1 O Enfermeiro de Reabilitação e o Programa Reabilitação Respiratória.....	38

2	METODOLOGIA.....	43
2.1	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS	44
2.2	TIPO DE ESTUDO.....	45
2.3	PARTICIPANTES	46
2.4	VARIÁVEIS.....	47
2.5	HIPÓTESES	48
2.6	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	48
2.7	PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS.....	51
2.8	PROCESSAMENTO DOS DADOS	53
2.9	ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO	54
3	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
3.1	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	58
3.1.1	Caracterização sociodemográfica	58
3.1.2	Influência do programa de reabilitação respiratória nas atividades de vida diária.....	60
3.1.3	Influência do programa de reabilitação respiratória na capacidade funcional.....	62
3.1.4	Ganhos em saúde após implementação do programa de reabilitação respiratória: Testes de Hipóteses	62
3.2	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	66
3.2.1	Dados sociodemográficos	67
3.2.2	Dados Clínicos.....	68
4	CONCLUSÕES DO ESTUDO E CONTRIBUTO PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	71
	CAPÍTULO III – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO E DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	75
	CONCLUSÃO.....	85
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	ANEXOS	97
	ANEXO I – DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	98

ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	100
ANEXO III – PARECER DO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS....	103
APÊNDICE	107
APÊNDICE I – PEDIDO AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL AUTORIZADA	108
APÊNDICE II – SUBMISSÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO AUTORIZADA.....	110
APÊNDICE III - AVALIAÇÃO DOS DOENTES: LCADL E TSL1M	116
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	118
APÊNDICE V- INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE.....	120
APÊNDICE VI – CONSENTIMENTO INFORMADO	122

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

FIGURAS:

Figura 1- Óbitos por algumas causas de morte %	24
Figura 2 – Modelo de Transições em Enfermagem.....	32
Figura 3 - Esquema Processamento de Dados.....	53

QUADROS:

Quadro 1: Benefícios da RR nos doentes estáveis e nos com exacerbações recentes....	37
Quadro 2 - Caracterização do Programa de Reabilitação Respiratória	52

TABELAS:

Tabela 1: Caracterização da Amostra (n=30)	59
Tabela 2: Distribuição da amostra segundo os Hábitos Tabágicos	59
Tabela 3: Distribuição dos Hábitos Tabágicos por género.....	60
Tabela 4: London Chest Activity of Daily Living, comparação antes e após do PRR ..	61
Tabela 5: Teste Sentar e Levantar em 1 minuto: Comparação Antes e Após o PRR.....	62
Tabela 6: Teste de Normalidade Shapiro-Wilk	63
Tabela 7: Resultado do Teste t Student de amostras paramétricas emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação	64
Tabela 8: Comparação das estatísticas descritivas das amostras não paramétricas emparelhadas antes e após o PRR	65
Tabela 9: Resultado da comparação entre as amostras emparelhadas não paramétricas antes e após o PRR	66

GRÁFICOS:

Gráfico 1: Distribuição segundo o tipo de Patologias na Amostra (n=30).....	60
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito curricular do Estágio de Natureza Profissional do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O estágio decorreu no Serviço de Pneumologia, Sector de Cinesiterapia Respiratória, integrado na Unidade de Exploração Funcional e Reabilitação Respiratória de um hospital na zona norte do país, no período compreendido entre os dias 03 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023, num total de 30 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System), sob orientação da Professora Doutora Salomé Ferreira e coorientação do Enfermeiro Mestre Luís Gaspar.

O ENP visa assegurar a aquisição de competências profissionais – competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019) e inclui uma componente de investigação. Desta forma, este relatório final pretende constituir-se num relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas.

A frequência neste estágio permitiu desenvolver competências específicas de um enfermeiro especialista na área da Reabilitação Respiratória, ampliando o conhecimento científico, prático e relacional e tornando-me mais qualificada na prestação de uma assistência diferenciada aos doentes acometidos das patologias nesta área associada.

Os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática (Vasconcelos, 1992) permitindo a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho.

O estágio é sem dúvida alguma, um momento privilegiado em que podemos desenvolver as nossas competências na prática clínica. Experimentar não só as técnicas e especificidades, mas também as dificuldades e limitações da sua própria ação.

Este documento visa representar o produto final de uma caminhada que engloba todo o trabalho teórico e prático desenvolvido ao longo do período supramencionado, aliado a experiências profissionais e pessoais enriquecedoras onde foram tratadas as questões relacionadas com esta intervenção específica: a Reabilitação Respiratória.

Em Portugal segundo dados recolhidos do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias a prevalência destas patologias é de cerca de 40%, com tendência a aumentar, e representam já a terceira causa de morte prevendo-se que até 2030, venham a ocupar o primeiro lugar. Estas doenças caracterizam-se por uma alteração do estado

normal das vias aéreas ou das restantes estruturas do pulmão, que se desenvolvem e perduram ao longo do tempo (FPP, 2022). A Organização Mundial da Saúde no seu Relatório Europeu da Saúde 2021, afirma que dois terços das mortes prematuras na Europa são causadas por quatro doenças não transmissíveis, entre as quais se encontram as doenças respiratórias crónicas (Organização Mundial de Saúde, 2022).

As patologias respiratórias provocam inúmeras limitações na vida dos doentes, e quase sempre se manifestam pela ausência da atividade física e pela presença de dispneia. Podemos considerar que estes dois fatores embora distintos podem provocar uma relação de causa efeito. A intolerância à atividade é originada pela inatividade causada pelo aparecimento da dispneia, que por sua vez provoca a redução da atividade física, o que promove uma desadaptação progressiva ao exercício (Gaspar et al., 2019).

Sendo a Enfermagem de Reabilitação uma especialidade da enfermagem que se dedica ao cuidado e à reabilitação de pessoas com incapacidades físicas, sensoriais, mentais ou sociais ao longo do ciclo de vida, o EEER desempenha um papel importante na promoção da independência, autonomia e qualidade de vida dos doentes ajudando-os a alcançar o máximo de funcionalidade e reintegrar-se à sociedade (Ribeiro, 2021).

Neste contexto, e dado que uma das competências do EER é conceber, implementar e monitorizar programas de reabilitação, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades do doente, realizamos um trabalho de investigação com o objetivo de identificar e caracterizar a influência de um programa de reabilitação respiratória, no desempenho das atividades vida diária e na capacidade funcional na pessoa com doença respiratória crónica. A investigação baseou-se no método quantitativo, quase experimental de grupo único.

Estudos de investigação na prática da Enfermagem de Reabilitação comprovam a importância da criação e implementação de programas de reabilitação com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida. A Rehabilitation Nursing Foundation tem como objetivo melhorar a prática promovendo, apoiando, conduzindo e disseminando a investigação que tem o potencial de melhorar a qualidade de cuidados de saúde a indivíduos com incapacidades ou doenças crónicas (Hoeman, 2011, p. 47). Assim sendo, vai de encontro com o objetivo estabelecido para a realização deste estudo.

Este relatório apresenta-se assim como um instrumento de exposição, reflexão e avaliação, e tem o objetivo de descrever e analisar o contexto no qual realizei este estágio.

Inicia com uma introdução geral e contextualização da prática clínica, onde se descrevem as características do campo de estágio, a integração na equipa multidisciplinar e as atividades desenvolvidas. Os capítulos seguintes reportam-se ao trabalho de investigação desenvolvido. Aqui se englobam o enquadramento teórico, a metodologia e a apresentação, análise, discussão dos resultados obtidos, onde são apresentados e objeto de reflexão. Prossegue uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências profissionais específicas do EEER e das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Termina com as conclusões que este percurso permitiu obter e contempla ainda o suporte científico e o conjunto de conceitos e princípios que fundamentaram o trabalho.

Para a realização do ENP e elaboração do presente relatório, foi realizada pesquisa através da Plataforma EBSCO, nas bases de dados científicas eletrónicas: CINAHL Complete, Cochrane Collection Plus, Medline Complete, MedicLatina e Scielo. Foi ainda realizada pesquisa bibliográfica no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, em livros, em artigos de revistas científicas, bem como bibliografia cinzenta.

**CAPÍTULO I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL PARA O
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

Este estágio foi realizado em contexto de prestação de cuidados especializados na vertente de reabilitação respiratória sob supervisão de um enfermeiro mestre na área. A escolha do contexto e local de estágio é essencial para o desenvolvimento das competências a que nos propomos. Deste modo, selecionei o Serviço de Pneumologia, Sector de Cinesiterapia Respiratória, integrado na Unidade de Exploração Funcional e Reabilitação Respiratória de um hospital na zona norte do país.

Trata-se de um hospital universitário da cidade do Porto, e serve não só a população da cidade, mas também é um centro de referência para os concelhos do Porto. É não só o maior hospital da zona norte de Portugal, como um dos maiores do país. O seu serviço de Pneumologia tem como missão o diagnóstico, seguimento e tratamento das Doenças Respiratórias, onde se destacam as patologias mais frequentes: a DPOC; Bronquiectasias; Fibrose Quística; Asma; Derrame pleural, etc.

A escolha baseou-se não só pelo critério da proximidade geográfica ao local de residência, mas também pelo conhecimento pessoal da instituição, dado ser o meu local de trabalho, embora exerça funções num outro serviço. A experiência como Enfermeira no Serviço de Urgência, e a verificação dos inúmeros casos que ali recorrem por exacerbação da sua DRC, alimentou a vontade de entender, não só o papel do enfermeiro no cuidar durante a fase aguda da doença, mas qual a importância que teria numa fase de reabilitação. Tudo isso me incentivou a preferir esta Unidade de Saúde, pois beneficiei ainda do critério de inclusão, para alunos que são profissionais daquela instituição.

Como já referido o estágio desenrolou-se sob orientação e gestão pedagógica da Professora Doutora Salomé Ferreira e do Enfermeiro Mestre Luís Gaspar. O mesmo decorreu no Serviço de Pneumologia, Sector de Cinesiterapia Respiratória, integrado na Unidade de Exploração Funcional e Reabilitação Respiratória, situado no nono piso do hospital e que tem a seguinte composição:

Estrutura física:

Composta por dois espaços:

- Ginásio, que neste momento é apenas utilizado por doentes com carbapenemases positivo
- Setor com 4 salas de pressão negativa

Material de apoio:

- Cicloergómetro (braços e pernas)
- Tapetes
- Halteres
- Stepper
- Espelho quadriculado
- Pedaleiras
- Bastão
- Passadeiras
- Monitores portáteis para avaliação de sinais vitais

Recursos Humanos:

- * 2 Enfermeiros Especialistas Enfermagem Reabilitação

➤ Integração na equipa

A integração na equipa multidisciplinar foi fácil e rápida, muito por conta dos excelentes profissionais que se encontram neste serviço. A ajuda permanente que me oferecem e os conhecimentos práticos, técnicos e teóricos que transmitem foram de extrema importância para a adaptação aos métodos de trabalho e às práticas a seguir.

Durante o período de estágio existiu sempre o acompanhamento por parte do Enfermeiro Mestre que orientava e ensinava amiúde. Foi prestada especial atenção às suas ações ao nível da gestão e priorização de cuidados especializados, à interação com a equipe médica, técnicos de diagnóstico e família dos doentes, no fundo ao acompanhamento do processo clínico desde a admissão à alta no departamento. A presença assídua e sempre importante do Enfermeiro Mestre que coordenou e geriu toda a prática, foi a bússola que norteou o trabalho neste período. Para além dele a Enfermeira Paula Dias, especialista em reabilitação e a exercer a especialidade neste serviço, que sempre se prontificou a esclarecer dúvidas, fornecer e enriquecer conhecimentos mostrando-se sempre disponível para qualquer solicitação.

Todos os elementos da equipa multidisciplinar contactados, foram recetivos e acolhedores face à minha presença no serviço.

Além de avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações é responsabilidade do EEER avaliar e identificar as necessidades do doente naquilo que diz respeito no domínio da reabilitação. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação também é responsável por conceber e implementar planos de intervenção de maneira a otimizar e reeducar as funções ao nível motor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, eliminação e sexualidade. Assim, compete ao enfermeiro especialista determinar as limitações (permanentes ou não) do doente.

Cada doente com alterações do foro respiratório requer um cuidado diferenciado e específico às suas necessidades. Para a concretização deste objetivo foi preciso entender qual a melhor forma de perceber e diagnosticar as limitações do doente. Torna-se assim fundamental fazer um balanço de toda a informação recolhida e projetar a melhor forma de atuar indo de encontro às necessidades do doente. Assim, a avaliação inicial e a comunicação entre a equipa multidisciplinar revelou-se fundamental na obtenção de dados acerca dos doentes para que esta seja mais eficaz.

Desta forma, foram utilizadas técnicas e estratégias de avaliação do estado de consciência, funções cognitivas e sistema motor através das seguintes escalas e testes:

- Escala Coma de Glasgow (Estado de consciência)
- Escala da Dor
- Escala mMRC (avaliação da dispneia)
- Escala modificada de Borg (Escala de avaliação da dispneia)
- Escala de atividades de vida diária (LCADL)
- Teste sentar e levantar em 1 minuto (TSL1M)

Maximizar a funcionalidade do doente com alterações do foro cardiorrespiratório foi outra das áreas onde evoluímos e promovemos cuidados através do ensino de estratégias adaptativas, onde se incluem: as técnicas de descanso e relaxamento; técnicas de conservação de energia, o planeamento e importância do exercício físico. Foram ainda desenvolvidos ensinamentos de mobilização e drenagem de secreções, onde abordamos o ciclo ativo da respiração, da consciencialização e controlo respiratório; da terapêutica de posição; da Espirometria de incentivo; etc.

Para avaliar e diagnosticar alterações que determinam limitações do foro respiratório, demonstrou-se essencial conhecer, também, aqueles que são os objetivos e metas que o próprio doente pretende atingir. Estas devem ser sempre valorizadas e o doente deve

entender que estamos a trabalhar em conjunto com um único fim: melhorar o seu bem-estar, autonomia e qualidade de vida. Assim, este foi um aspeto também desenvolvido ao longo deste percurso na medida em que sempre foram tidos em conta os objetivos do próprio doente. Para alavancar tal desiderato:

- Identificaram-se as necessidades e intervenções para otimizar ou reeducar a função a nível cognitivo, cardiorrespiratório e da realização das AVD.
- Verificaram-se os resultados das intervenções de enfermagem, através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados.

Registaram-se ganhos decorrentes da aplicação de programas de enfermagem de reabilitação recorrendo a instrumentos validados e indicadores sensíveis padronizados em sistema informático e/ou em papel, constando-se uma maior autonomia na gestão da doença, mais precisamente em relação à gestão dos seus sinais e sintomas, acompanhada pela equipa de saúde.

De referir que os exames físicos, e os exames complementares de diagnóstico fornecem muita informação importante acerca do doente e que devem ser sempre considerados. São informações que se completam e assim, os programas a implementar pelo EEER ainda se tornam mais especializados e individualizados. Nomeadamente, e para conceber um PRR, é fundamental um teste ergométrico. Este teste associado a outros exames, é capaz de auxiliar na avaliação cardiorrespiratória. Também é conhecido como teste de esforço. O teste ergométrico permite identificar problemas cardíacos, analisando como o coração do doente reage ao esforço físico.

Como EEER concebi, implementei e avaliei programas especializados e individualizados tendo em vista a melhoria da qualidade de vida, da autonomia e uma mais fácil reintegração e a participação dos doentes na sociedade. Foram através destas intervenções que desenvolvi o trabalho de investigação com a finalidade de caracterizar qual a influência que um programa de reabilitação tem nas atividades de vida diária e na capacidade funcional na pessoa com DRC. A prática diária desenvolvida neste local de estágio facilitou a elaboração deste trabalho. Durante este período também observei que a intervenção do EEER é determinante, pois este é capaz de identificar as necessidades da pessoa a todos os níveis, prestando, em parceria com toda a equipa multidisciplinar, cuidados especializados em ER.

CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

NOTA INTRODUTÓRIA

As doenças respiratórias crônicas são patologias de evolução progressiva, com efeitos perniciosos principalmente ao nível da capacidade funcional e na qualidade de vida dos doentes. Os seus efeitos sistémicos e metabólicos são consideráveis, têm a dispneia como o principal sintoma, e comprometem inevitavelmente a realização das atividades de vida diária, desde as mais básicas até às de maior intensidade.

As doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e em Portugal representam a terceira causa de morte. Em 2019, ocorreram cerca de 12 218 óbitos, que representaram 10,9% do total de óbitos ocorridos. Os tumores malignos que ocupam a segunda causa de morte no país, com 28 544 óbitos, que representaram 25,4% do total, sendo que, a maior percentagem de óbitos relacionados com estes tumores, são os da laringe, traqueia, brônquios e pulmão que representam cerca de 4703 óbitos.(Instituto Nacional de Estatística, 2021, p.38).

Segundo ONDR (2022) o elevado número de doenças respiratórias confirma a urgência na implementação de programas de reabilitação respiratória, com o objetivo de proporcionar e ensinar à pessoa com doença respiratória, como alcançar o seu máximo potencial para a execução da atividade de vida diária e promover uma melhor qualidade de vida (Vilarinho et al., 2021).

Atendendo à abrangência da doença e à complexidade na abordagem destes doentes, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação dispõe de competências específicas para cuidar de pessoas com necessidades especiais, o que lhe permite desenvolver programas de reabilitação respiratória visando maximizar a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010).

Por tudo isto, e sendo a reabilitação respiratória uma abordagem terapêutica com nível de evidência torna-se necessário monitorizar a evolução da doença, e verificar com a junção ao tratamento farmacológico, de um programa de reabilitação.

Um dos desafios deste estágio foi contribuir para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Assim delineamos um projeto de investigação em que fosse possível desenvolver competências na prática de investigação no âmbito dos cuidados na área da Enfermagem de Reabilitação, contribuindo para praxis baseada na evidência.

Para a elaboração do trabalho de investigação é necessário criar a questão de investigação, em que é definida de forma interrogativa, no presente do indicativo e que habitualmente

estão incluídas uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 2011). Assim sendo a questão de partida que orientou este estudo foi: “Qual a influência de um programa de reabilitação respiratória, nas atividades de vida diária, à pessoa com doença respiratória crónica”?

Deste modo, este estudo pretendeu avaliar a influência de um programa de reabilitação respiratória na qualidade de vida e capacidade funcional em realizar atividades de vida diária em pessoas com DRC. Desenvolveu-se um estudo quase-experimental de grupo único, em que participaram 30 pessoas. Para a avaliação da influência do programa, utilizamos um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, uma escala (LCADL) de avaliação das AVD e o TSL1M para avaliar a capacidade funcional, antes e depois da realização do PRR.

Alguns estudos foram já desenvolvidos sobre a reabilitação respiratória e os seus benefícios em pessoas com DRC, mas o conhecimento produzido em contextos de cuidados de enfermagem precisa de ser incrementado, designadamente por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que desenvolvam programas personalizados, em unidades de reabilitação respiratória. Com este trabalho esperamos contribuir para o aumento do conhecimento no domínio da enfermagem de reabilitação e mais especificamente sobre os ganhos de saúde conseguidos através dos programas de reabilitação respiratória. O objetivo geral, foi avaliar os efeitos de um programa de reabilitação respiratória na pessoa com DRC.

Neste sentido o presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira, apresenta-se uma introdução ao trabalho de investigação com uma visão geral do trabalho realizado, os seus objetivos e a questão de investigação. A segunda parte compreende o enquadramento teórico, onde se efetua a clarificação de conceitos e se abordam temas relacionados com as DR, a sua representatividade na sociedade e implicações nas AVD e na capacidade funcional, também o papel do EEER no processo de transição sustentado pela teoria de Meleis é exposto nesta parte. A terceira parte foca-se no enquadramento metodológico onde é estampado: a finalidade do estudo; a questão de investigação; os seus objetivos, caracterização dos participantes, o processo e os instrumentos de colheita de dados assim como o seu processamento e as questões éticas adjacentes. Na quarta e última parte encontra-se a apresentação, análise e interpretação de dados e ainda a discussão dos resultados obtidos, tendo subjacentes estudos científicos realizados nestes

domínios terminando com as considerações finais retirados do estudo e seu contributo para a prática clínica.

Para reunir as evidências científicas, efetuou-se pesquisa através da Plataforma EBSCO, nas bases de dados científicas eletrônicas: CINAHL Complete, Cochrane Collection Plus, Medline Complete, MedicLatina e Scielo.

Foram delineadas as palavras-chave: Programa de Reabilitação Respiratória, Atividade de vida Diária, Doenças respiratórias, Reabilitação Respiratória, Capacidade Funcional.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS, SUA RELEVÂNCIA NA SOCIEDADE

As doenças respiratórias são as que afetam os processos da respiração e os órgãos do sistema respiratório, como a cavidade nasal e a faringe, que constitui as vias aéreas superiores e as vias aéreas inferiores fazem parte a laringe, traqueia, brônquios e pulmões (Cordeiro & Menoita, 2012 p.5).

As principais doenças respiratórias crônicas, que beneficiam de RR, para além da DPOC como a evidência científica comprova, são a asma, bronquiectasias; fibrose quística; doença intersticial pulmonar; doenças neuromusculares com impacto respiratório; deformidades da parede torácica, síndrome de obesidade hipoventilação; cancro do pulmão e hipertensão pulmonar (DGS, 2019b).

Várias causas podem desencadear um aumento de DRC, ainda assim a exposição direta ou indireta ao fumo do tabaco é o maior fator de risco para o seu desenvolvimento. Outros fatores de risco importantes são a exposição à poluição doméstica e de outros espaços fechados, à poluição exterior, à exposição ocupacional, à má nutrição, baixo peso à nascença e às infeções respiratórias recorrentes em idades precoces, a pobreza como um dos fatores de risco mais importante dentro dos fatores socioeconómicos (Antunes et al., 2016).

Existe uma grande diversidade de sinais e sintomas que podem estar presentes nas doenças respiratórias, no entanto algumas delas merecem especial atenção nomeadamente a dispneia, a tosse, a expetoração e a toracalgia (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A Pneumologia é a especialidade que estuda, diagnostica e trata as doenças do aparelho respiratório (FPP, 2022). A relevância de uma atividade tem diretamente a ver com a dimensão e o impacto na população à qual se dedica. Relativamente às doenças do aparelho respiratório, elas não só são altamente prevalentes, se considerarmos nomeadamente as doenças respiratórias obstrutivas, as infeções respiratórias, o cancro do pulmão ou as doenças respiratórias do sono, como têm um impacto significativo, que é bem demonstrado na previsão que é feita pela Organização Mundial de Saúde (Loureiro et al., 2019).

Desta forma, o elevado número de doenças respiratórias confirma a urgência na implementação de programas de reabilitação respiratória, com o objetivo de proporcionar

e ensinar à pessoa com doença respiratória, como alcançar o seu máximo potencial para a execução da atividade de vida diária e promover uma melhor qualidade de vida (Vilarinho et al., 2021).

Dados recolhidos do Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais (FIRS), pelo menos dois biliões de pessoas em todo o mundo estão expostos aos fumos tóxicos provenientes dos combustíveis; e mais de dois biliões inalam poluentes e estão expostos ao fumo do tabaco. As doenças provenientes destes fatores resultam numa imensa “carga” para a saúde mundial, sendo que cinco doenças respiratórias estão entre as causas mais comuns de morte em todo o mundo, sendo elas: DPOC; Cancro do Pulmão; Tuberculose; Asma e Infeções agudas do trato respiratório (Barbosa et al., 2021).

A estas doenças podemos juntar ainda o surgimento de novos vírus respiratórios, nos quais se incluem o vírus da influenza A (também conhecido como H1N1), os vírus da gripe aviária a (H7N9) e a (H5N6), o coronavírus responsável pela síndrome respiratória do oriente médio (MERS), e mais recentemente o novo coronavírus (Sars-CoV-2) causador da atual pandemia de COVID-19, responsável por mais de dois milhões de óbitos em todo o mundo, até o momento (FIRS, 2017).

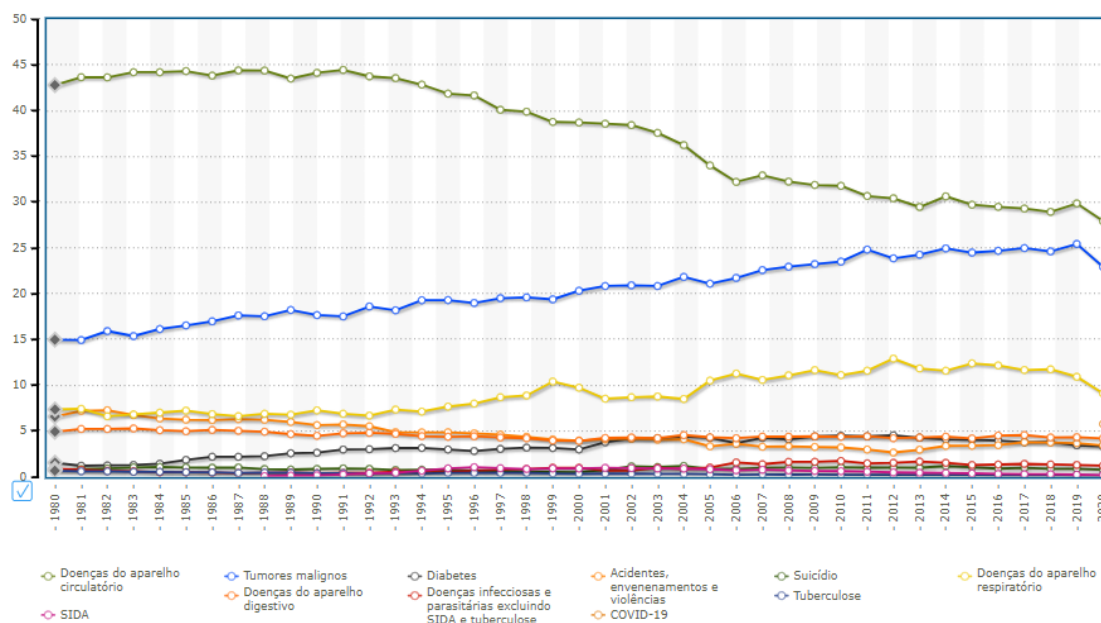
As doenças respiratórias, não só são altamente prevalentes, como têm um impacto significativo na sociedade. Segundo a OMS, das 10 maiores causas de mortalidade a nível mundial, quatro delas serão do foro respiratório.

Em Portugal o ONDR no seu Relatório de 2020, fez uma análise da realidade das doenças respiratórias. Vários especialistas portugueses de renome da área, destacavam as 36 mortes diárias em Portugal devido às doenças respiratórias não-COVID, o que podemos considerar um alto custo social, e ainda a perda económica total anual estimada de 3,5 mil milhões de euros devido a estas doenças em 2019, um valor que se agravou para mais de 37 mil milhões de euros em 2020, devido à pandemia do Covid 19.

O ONDR explica que, do ponto de vista económico, o peso das doenças respiratórias “resulta da soma dos custos diretos relacionados com a utilização dos serviços de saúde, com os custos indiretos relacionados com as perdas de produção em resultado da doença, e com o valor económico perdido com a redução da qualidade e anos de vida sofrida pelos doentes”(ONDR, 2020) . Lembra ainda que as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e em Portugal e insiste

que, embora a grande maioria seja possível prevenir ou tratar com intervenções economicamente acessíveis, "não se tem assistido a uma redução da sua prevalência".

Figura 1- Óbitos por algumas causas de morte %



Fontes: INE | DGS/MS. PORDATA

Em suma podemos concluir que no nosso país, as doenças respiratórias, tem uma expressão significativa quer no quadro de doenças diagnosticadas, quer no número de morte por causa associada, como demonstra o quadro acima (PORDATA, 2023). No entanto, os recursos a utilizar para o controlo destas doenças, nomeadamente a reabilitação respiratória, não estão a ser devidamente utilizados (C. Rodrigues et al., 2019). Sendo este procedimento uma das principais recomendações para o tratamento destas patologias, quer pelo alívio de sintomas que propicia, quer pelo impacte positivo no número de hospitalizações, a sua utilização deveria ser maior.

A reabilitação respiratória reduz significativamente as manifestações das DR que maioritariamente são agravadas pela inatividade física. A falta de exercício e um estilo de vida sedentário podem contribuir para o enfraquecimento dos músculos respiratórios, diminuição da capacidade pulmonar, redução da resistência física e aumento da dispneia, limitando a capacidade de desempenhar as AVD e também a participação social e familiar, conduzindo os doentes a uma espiral de descondicionamento físico originando perda da qualidade de vida (Cordeiro, 2020).

1.1.1 Ciclo vicioso da inatividade na pessoa com doença respiratória crônica

O envelhecimento em Portugal tem-se vindo agravar ao longo dos últimos anos, com o aumento significativo da população idosa e a diminuição da população jovem. Segundo dados dos censos 2021, a idade média da população em Portugal no último ano é de 46,8 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Com o aumento da população idosa a prevalência da incapacidade também aumenta de forma progressiva sobretudo a partir dos 70-74 anos, e a mais prevalente é a incapacidade em andar ou subir degraus que afeta 6,1% da população com 5 ou mais anos (INE, 2023).

Muitos idosos vivem um ciclo vicioso sociocultural que faz com que se limitem em termos de atividade física. Este ciclo vicioso passa pela inatividade física, pelo desenvolvimento de doenças crônicas, pela complicação dessas doenças crônicas e culmina numa limitação em graus variáveis para executar as tarefas mais simples do quotidiano, como, por exemplo, cuidar da própria higiene, caminhar.

A atividade física regular promove a saúde mental e física em pessoas de todas as idades. No entanto, hoje, mais de 80% dos adolescentes e 27% dos adultos não atingem os níveis de atividade física recomendados pela OMS. Isso afeta não apenas os indivíduos ao longo de sua vida, mas também representa um ônus financeiro para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2022).

O ciclo vicioso de inatividade refere-se a um padrão de comportamento no qual a falta de atividade física leva a consequências negativas que, por sua vez, dificultam ainda mais a participação em atividades físicas. Esse ciclo pode ocorrer em várias áreas da vida, incluindo a saúde física, emocional e social de um indivíduo (Cordeiro, 2020). Os principais componentes desse ciclo são:

- ✓ Pouca atividade física: Quando uma pessoa está inativa e não se envolve regularmente em exercícios ou atividades físicas, a sua condição física e capacidade de realizar atividades quotidianas podem diminuir. Isso pode ser resultado de diversos fatores, desde o estilo de vida sedentário, lesões, doenças crônicas ou falta de motivação.
- ✓ Perda de condicionamento físico: A falta de atividade física leva à perda de condicionamento físico, como força muscular, resistência cardiovascular e flexibilidade. Essa diminuição do condicionamento físico pode tornar as

atividades de vida diárias mais difíceis de serem realizadas, provocando mais rapidamente a fadiga, falta de ar ou dores.

- ✓ Limitações nas atividades diárias: A perda de condicionamento físico e a falta de atividade física regular podem resultar em limitações nas atividades diárias. Tarefas simples, como subir escadas, caminhar longas distâncias ou realizar tarefas domésticas, podem se tornar desafiadoras e exigir um esforço maior do que o normal.
- ✓ Isolamento social e diminuição da qualidade de vida: À medida que as limitações nas atividades diárias aumentam, as pessoas podem começar a evitar situações sociais que envolvam esforço físico. Isso pode levar ao isolamento social, diminuição da participação em atividades recreativas e redução da qualidade de vida geral.
- ✓ Aumento dos sintomas físicos e emocionais: A inatividade física está associada a uma série de sintomas físicos e emocionais, como ganho de peso, rigidez muscular, dores articulares, baixa autoestima, ansiedade e depressão. Esses sintomas podem agravar ainda mais a falta de motivação e disposição para se engajar em atividades físicas.

Para quebrar o ciclo vicioso de inatividade, é essencial adotar uma abordagem gradual e integrada. Iniciar um programa de exercícios com orientação profissional, estabelecer metas realistas, solicitar apoio social e adotar um estilo de vida mais ativo são medidas importantes para interromper esse ciclo. Além disso, o apoio emocional e a motivação são cruciais para superar os desafios iniciais e manter a regularidade nas atividades físicas (Ribeiro, 2021).

Ao quebrar o ciclo de inatividade, é possível melhorar a aptidão física, aumentar a capacidade de realizar atividades diárias, promover a saúde geral e desfrutar de uma melhor qualidade de vida.

Segundo Relatório de Status Global sobre a atividade física de 2022, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 19/10/2022, em que documenta a existência de dados de 194 países em querer implementar recomendações para aumentar a atividade física da população, em todas as idades e habilidades. Trata-se de um processo lento, de extrema importância, e que exige um aceleração no desenvolvimento e implementação de políticas para aumentar os níveis de atividade física e, assim, prevenir doenças, reduzir

as suas manifestações e complicações traduzindo também numa redução na carga sobre os sistemas de saúde já sobrecarregados (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2022).

Entre as doenças mencionadas, incluem-se as DRC que são responsáveis por significativas alterações funcionais na pessoa, como a degradação progressiva da função pulmonar e disfunção dos músculos esqueléticos periféricos, provocando dispneia ao realizar esforços físicos, e conseqüentemente uma diminuição da tolerância à atividade. Essa intolerância ao exercício vai limitar a realização das atividades de vida diária e gerar impacto negativo sobre a qualidade de vida (Ribeiro, 2021). Define-se clinicamente por incapacidade da pessoa em realizar as suas AVD, na intensidade ou na duração normalmente tolerável para pessoas saudáveis e sedentárias (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Associados a isto tudo, também a anemia, acidose metabólica crónica, a carboxiemoglobina e a má nutrição, diminuem a tolerância ao exercício.

A inatividade como resultado do aparecimento da dispneia e como forma de evitar a sensação de dificuldade em respirar, e conseqüente descondicionamento físico, faz com que as doenças respiratórias crónicas sejam vistas como um ciclo vicioso de sintomas incapacitantes que levam a uma desadaptação progressiva à atividade, encorajando um estilo de vida mais sedentário, isolamento social e profissional (Gaspar et al., 2019).

1.1.2 Implicações das doenças respiratórias crónicas nas atividades de vida diária e na capacidade funcional

As doenças respiratórias incidem nas vias aéreas e causam consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais. A qualidade de vida dos doentes que sofrem dessas doenças é afetada por vários sintomas como a fadiga, a intolerância à atividade física, e a dispneia, conduzindo a casos como a depressão, ansiedade, baixa autoestima (Gehlen et al., 2023).

Os seres humanos só se apercebem da importância de se movimentar voluntariamente, quando ficam inibidos de o fazer. A compreensão do impacto negativo, a curto e a longo prazo, da imobilidade perante a hospitalização de doentes, remete-nos para o desenvolvimento de cuidados especializados, sendo que uma abordagem precoce da enfermagem de reabilitação é fundamental na otimização da funcionalidade e na redução das incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2013). O movimento define-se «como a

capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável» (Hoeman et al., 2011, p.253). Assim, a mobilidade é percebida como implícita na existência de cada um, pois é determinante na forma como concretizamos o nosso projeto de saúde que deve ser vivido de forma harmoniosa e saudável. Considerando a abordagem holística da mobilidade no doente com patologia respiratória, o movimento tem parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais, constituindo-se desta forma, fundamental para a vida e saúde da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As principais limitações da pessoa com doença respiratória na realização de exercício físico, estão associados a limitação respiratória, alterações das trocas gasosas; fraqueza relativa dos músculos inspiratórios, disfunção dos músculos periféricos, com perda de massa muscular e redução de fibras tipo I; e limitação cardiovascular (Gaspar et al., 2019).

A pessoa com doença respiratória crónica apresenta compromisso do processo respiratório, com elevado impacto no autocuidado, designadamente devido a dispneia e cansaço decorrente da imobilidade induzida pela doença (Gaspar & Martins, 2018a).

As exacerbações da doença são caracterizadas por um acentuado declínio da função pulmonar e, concomitantemente, da qualidade de vida familiar, social e profissional. Elas têm um impacto negativo na funcionalidade exigindo, também, um aumento das necessidades de fármacos (Pereira et al., 2020). A gravidade da doença e a incapacidade dificultam a mobilidade, desencadeando perda de autonomia na sua deslocação, verificando-se desta forma um comportamento sedentário (F. Rodrigues, 2022).

Por tudo isto, verificam-se também alterações significativas no desempenho das AVD. Estas representam um conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia e, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.1) elas podem ser subdivididas em dois grupos: as ABVD ou cuidado Pessoal e as AIVD ou atividades domésticas e comunitárias.

As ABVD são as funções e estruturas do corpo envolvidas, tais como as atividades de participação para a sua execução. Estão descritas na literatura seis ABVD, que se referem tanto às estruturas e funções do corpo envolvidas como às atividades e participação para a sua execução: higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferências. Quanto às AIVD elas referem-se à capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive. Compreendem a

preparação de refeições, a realização de tarefas domésticas, lavar a roupa, gerir o dinheiro, utilizar o telefone, gerir terapêutica, realizar compras, utilização dos meios de transporte (MCEER, 2011).

Portanto as DRC podem ter várias implicações nas AVD e resumidamente as mais comuns são: a dificuldade respiratória que dificulta atividades como subir escadas, as caminhadas e realização de tarefas domésticas que exigem esforço físico desenvolvendo a fadiga e conseqüentemente a restrição da mobilidade, que limitam a liberdade de locomoção e a possibilidade de participar em eventos sociais e atividades recreativas levando ao isolamento social e afetando negativamente o bem estar emocional, provocando muitas vezes quadros de depressão e ansiedade. Estas doenças podem também provocar alterações no padrão de sono com pouca qualidade e por isso aumentam a sonolência diurna, e diminuem o interesse e motivação para as atividades, também a necessidade de medicação regular, oxigenoterapia ou outros tratamentos específicos podem exigir ajustes na rotina diária.

É importante ressaltar que cada pessoa pode ser afetada de forma diferente pelas doenças respiratórias, e as implicações podem variar dependendo da gravidade da condição e do tratamento adequado. É recomendado que as pessoas com doenças respiratórias trabalhem em conjunto com profissionais de saúde para gerenciar sua condição e receber orientações sobre como adaptar suas atividades diárias para melhorar sua qualidade de vida. O seu grau de exigência, aliado ao esforço acrescido, podem conduzir a situações de frustração e conseqüentemente à desmotivação da pessoa podendo comprometer a efetividade do programa de reabilitação implementado (Cordeiro & Menoita, 2012).

O treino das AVD assume assim particular importância na promoção das atividades de autocuidado, proporcionando o máximo de funcionalidade após uma doença tornando-se fundamental para a reintegração sociofamiliar do indivíduo (MCEER, 2011).

Desta forma é necessário planejar e implementar cada vez mais intervenções de âmbito nacional, dirigidas à prevenção e controlo da DRC (DGS, 2019a).

Igualmente importante a ter em conta, é que só cerca de 2 % dos doentes com DRC que precisam de participar em programas de reabilitação é que têm acesso a eles. Resultando numa baixa taxa de disponibilidade e acesso aos serviços de reabilitação. Algumas das principais causas que justificam esta baixa taxa de acesso a PRR são: recursos limitados; falta de conscientização por parte dos doentes e suas famílias no que diz respeito à

existência dos programas de reabilitação e seus benefícios; barreiras geográficas; os custos associados aos PRR; falta de encaminhamento pelos profissionais de saúde. Esta disparidade entre a necessidade de reabilitação e o acesso apropriado a PRR pode implicar influência negativa na qualidade de vida doentes e na capacidade de recuperação (ONDR, 2020).

Para além das intervenções de âmbito geral relacionadas com programas de saúde emanadas pela DGS, existem intervenções transversais a esses programas e que estão relacionadas com a reabilitação respiratória, os quais permitem promover a recuperação da capacidade respiratória do doente, reduzindo tempos de internamento, gastos medicamentosos e sobretudo melhorar a qualidade de vida do doente e família, bem como o seu bem-estar social e da sociedade, em geral (DGS, 2019).

O EEER assume um papel fundamental na promoção dos autocuidados e na maximização do potencial funcional e de independência de doentes e família, com qualquer nível de incapacidade ou de dependência, independentemente da sua origem.

1.2 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

As teorias de enfermagem norteiam o exercício profissional, assumem uma visão holística e humanista e, salientam a importância da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa (Ribeiro, 2018). Posto isto a prática desenvolvida pelos enfermeiros deve ser norteada por referências teóricas.

O referencial teórico de Afaf Meleis evoluiu ao longo tempo, tendo resultado essencialmente da observação da forma como o ser humano enfrenta e lida com situações de mudança e/ou alteração na condição de vida, surgindo o conceito de transição (R. Silva et al., 2019). A palavra transição deriva do latim *transitióne* e é definida como uma passagem de um estado ou condição para outro, isto é, uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades (Meleis et al., 2000). No decorrer da vida a pessoa experimenta diferentes fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro (Meleis, 2012). Estes momentos causam instabilidade, pelo que é necessária adaptação para restabelecer a estabilidade.

Meleis desenvolveu uma teoria de médio alcance, onde a transição é o foco do seu quadro conceptual.

As transições, têm uma série de propriedades universais como sejam: direção, identidade, papéis, relações, habilidades, padrões de comportamento, estrutura, funções e dinâmica. Elas podem ser tipificadas pelo menos em quatro grupos (Costa, 2016):

- * Transições do tipo desenvolvimento, em relação ao ciclo vital exemplos destas são as mudanças que ocorrem ao longo da vida e centradas na pessoa como a parentalidade, a mudança de imagem corporal consequência da puberdade, menopausa, consciência da homossexualidade;
- * Transições situacionais, relativas à mudança das circunstâncias e espaços vivenciais, isto é, compreendem adição ou subtração de pessoas no meio, necessitando para cada circunstância a definição ou redefinição de papéis dos envolvidos por exemplo a viuvez, a necessidade de ir para um lar de idosos, imigração;
- * Transições saúde/doença, relacionado com o processo de adoecer e de recuperar, estas são influenciadas pela diversidade cultural e de doenças, ficando a passagem do hospital para o domicílio, para o atendimento ambulatorial ou para centros de reabilitação provocado por doenças cerebrovasculares, recuperação pós-operatória, doenças crónicas, cancros;
- * Transições organizacionais, reportando-se às alterações nas organizações com impacto nas pessoas.

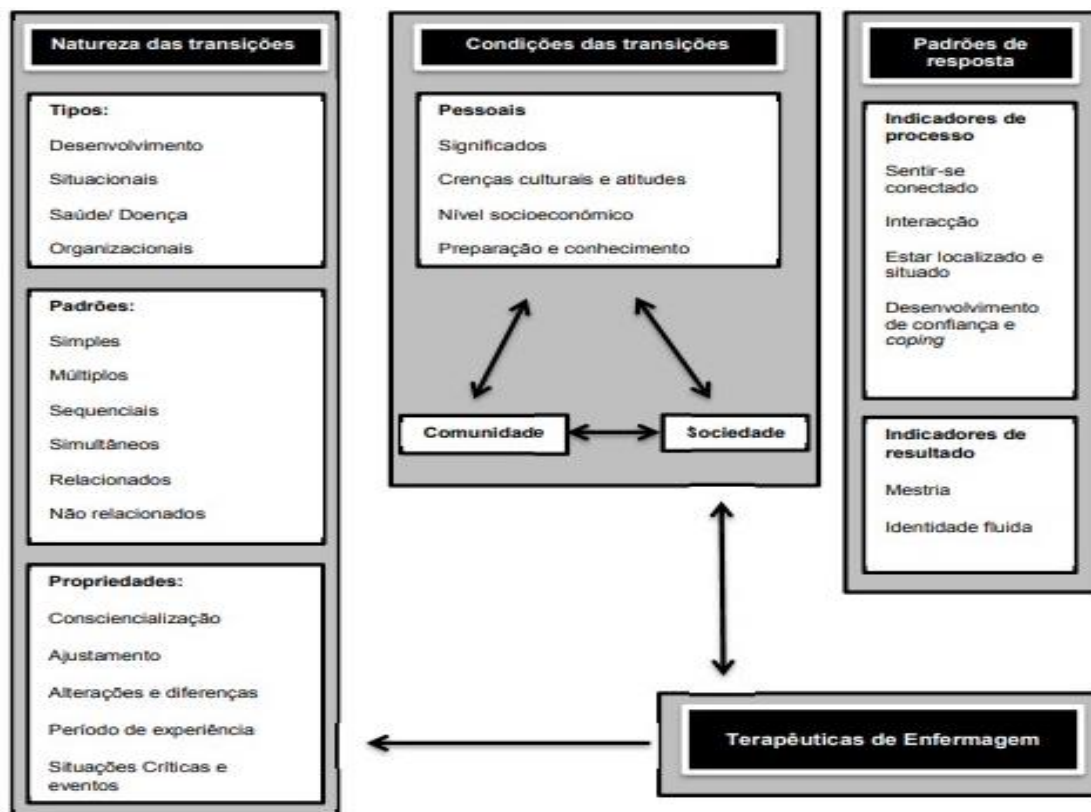
A natureza das transições sugere que enfermeiros considerem os padrões de todas as transições vivenciadas por um indivíduo, em vez de centrar-se apenas num tipo específico de transição. Esses padrões podem ser simples ou múltiplos, sequenciais ou simultâneos, de acordo com a dimensão da sobreposição entre as transições e a relação entre os diferentes eventos que precipitam as transições de um indivíduo (Meleis et al., 2000).

Apesar da complexidade e da multiplicidade das transições, as propriedades das mesmas não são necessariamente exclusivas, mas inter-relacionadas num processo complexo e dinâmico. As propriedades incluem: ser consciente, ajustamento, mudança e diferença, tempo de transição, pontos críticos e eventos (Costa, 2016).

Existem condições de transição, tais como: significados, expectativas, nível de conhecimento, habilidades, ambiente, nível de planejamento, bem-estar emocional e físico.

O modelo de enfermagem de transições considera ainda terapêuticas de enfermagem promotoras, preventivas e interventivas. Portanto o modelo realça, indicadores de transição saudável, considerando: o bem-estar subjetivo; a mestria; e o bem-estar nas relações (Meleis et al., 2000).

Figura 2 – Modelo de Transições em Enfermagem



Adaptado de: Davies (2005). Modelo das Transições em Enfermagem (Meleis, et al., 2000),

Na área da saúde, uma transição de saúde-doença pode ser definida como a transição ou mudança de um estado de saúde ou bem-estar para um estado de doença aguda ou crônica, sendo que o enfermeiro surge como agente facilitador do processo de transição (Meleis, 2010).

Os enfermeiros facilitam os processos de transição, promovendo o autocuidado, a capacidade do doente cuidar de si, satisfazendo necessidades humanas, promovendo a adaptação a novas circunstâncias, considerando os aspetos culturais específicos, em

ambientes concretos, valorizando a relação. E ao fazermos isto, solicitamos o contributo de uma série de conhecidas teóricas de enfermagem, nomeadamente Orem, Leininger, Roy, Watson, Henderson, Peplau (Loureiro et al., 2019). As terapêuticas de enfermagem e os indicadores de processo e resultado podem ser observados nas competências específicas do EER no âmbito da capacitação pessoa para lidar com a transição em que se encontra e respetivos ensinamentos e treinos que são realizados por ele. No processo de capacitação do doente com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação, o EEER tem dois focos de atenção privilegiados, desenvolvidos nas intervenções terapêuticas: o conhecimento, em que tem como objetivo emponderar a pessoa para a tomada de decisão de modo a maximizar a autonomia e a aprendizagem das capacidades, em que torna a pessoa mais independente nas AVD, (Sousa et al., 2020).

Assim, é necessário que os enfermeiros sejam detentores de perícia para que sejam verdadeiros facilitadores do processo de transição. Só assim poderão ser verdadeiramente significativos para a população e desenvolver uma “Enfermagem com mais Enfermagem” (R. Silva et al., 2019). Os Enfermeiros são os profissionais que melhor podem desempenhar esse papel, pela maior proximidade e conhecimento da realidade e necessidades das pessoas. No entanto, deve haver uma consciencialização do enfermeiro de que o seu papel não é de substituição, mas de parceria, ou seja, não devemos assumir uma atitude paternalista, mas sim ajudar o doente no encontro do seu bem-estar e logo, da melhor qualidade de vida (R. Silva et al., 2019). Para que tal aconteça é necessário que o doente se consciencialize das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais ocorridas para poder dar início ao processo de transição, portanto a consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição traduzindo-se como uma característica definidora (Sousa et al., 2020).

A fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspetiva do exercício da enfermagem mais humanizado, científico, partilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do doente e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, e tem de estar consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade. A prestação de cuidados de EEER nos diferentes contextos de cuidados, deve ser norteadada por um modelo teórico. A enfermagem de reabilitação, enquanto especialidade, abrange um conjunto de conhecimentos e intervenções específicas que permitem aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação potenciar a funcionalidade de pessoas com doenças agudas, crónicas ou com

as suas sequelas, constituindo-se igualmente como um campo com especificidade de atuação e de construção de conhecimento (Lopez Perez et al., 2021).

Segundo Hoeman (2011 p.12), o EEER assume papéis de coordenação, educação, investigação, consultoria, gestor de caso, advogado, facilitador, perito e membro da equipa, clarificando o seu papel no seio da mesma.

Concluindo, para Meleis os enfermeiros atuam facilitando transições para melhorar a sensação de bem-estar dos seus doentes, mais especificamente, e em 2012 defendeu:

“Propõe-se que o enfermeiro interage (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), que está em uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e que está em algum tipo de transição ou está a antecipar uma transição (transição); as interações enfermeiro-paciente são organizadas em torno de um propósito (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas ações terapêuticas (terapias de enfermagem) para melhorar, trazer ou facilitar a saúde (saúde)” (Meleis, 2012).

Portanto em contexto da reabilitação respiratória o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental no apoio ao doente durante todo o processo de transição, na promoção de estratégias e intervenções facilitadores para o autocuidado, maximiza a autonomia e a funcionalidade traduzindo o seu trabalho em ganhos para a qualidade de vida dos doentes.

1.3 REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A reabilitação respiratória é reconhecida como um componente central do tratamento de indivíduos com doença respiratória crónica. Desde a Declaração de 2006 da American Thoracic Society (ATS)/European Respiratory Society (ERS) sobre Reabilitação Pulmonar, houve um crescimento considerável em nosso conhecimento de sua eficácia e objetivo.

A RR é uma intervenção abrangente, no sentido em que não se confina à doença pulmonar, mas às várias repercussões físicas e psicológicas impostas pela doença respiratória, é interdisciplinar (nela intervêm equipas constituídas pelos médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, etc.). É dirigida às pessoas com doença respiratória crónica e inclui várias intervenções

terapêuticas desenhadas individualmente para melhorar o desempenho físico e psicossocial e promover a adesão a longo prazo a comportamentos e estilos de vida que beneficiam a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Pode dizer-se que a RR tem como objetivo principal proporcionar um bem-estar físico, mental, emocional, social e profissional à pessoa com doença respiratória, tornando-a funcionalmente independente e possuidora de conhecimentos acerca da sua própria doença quais as alternativas para lidar com a mesma (DGS, 2019). Define-se como uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, destinada às pessoas com doença respiratória com limitação nas atividades de vida diária, em que o seu objetivo primordial é tornar as pessoas fisicamente mais ativas, com mais conhecimento sobre a sua doença, formas de tratamento e como lidar com a situação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo o Relatório do ONDR (2020), a reabilitação respiratória é fulcral para a alteração de determinadas condições inerentes às doenças respiratórias crónicas, como a limitação nas atividades diárias e dificuldade na autogestão da doença, apresentando como benefícios a melhoria dos sintomas, como a dispneia, da capacidade funcional, da tolerância à atividade e da qualidade de vida (ONDR, 2020).

Estas, são responsáveis por um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, com grande impacto na morbilidade e mortalidade (DGS, 2017). Foi neste sentido que surgiu em 2006 a Global Alliance Against Respiratory Diseases (GARD), uma aliança voluntária de organizações nacionais e internacionais, apoiada e coordenada pela OMS, que tem como principal objetivo o combate às doenças respiratórias crónicas e a redução do seu impacto mundial (DGS, 2017).

Assim as doenças respiratórias crónicas revelam-se como um enorme desafio para a vida e saúde da sociedade atual, sendo a prevenção e tratamento destas doenças, assim como, a promoção da saúde respiratória vistas como prioridades. A reabilitação respiratória destaca-se como a pedra angular no tratamento das doenças respiratórias crónicas, quer seja como complemento ou como alternativa ao tratamento farmacológico, sendo inegável o seu benefício na melhoria da dispneia, tolerância à atividade, capacidade funcional e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Possibilitando, assim, uma diminuição nas exacerbações e uma melhor capacidade de gestão da doença, traduzindo-

se numa redução das consultas, internamentos hospitalares e na utilização de recursos de saúde (Branco et al., 2012; DGS, 2009).

O sucesso da RR assenta na sua capacidade de influenciar positivamente os efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular, associadas à DPOC, apesar de não ter efeitos diretos no processo fisiopatológico subjacente ao desenvolvimento da doença. Os estudos mostram, por outro lado, que a RR é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata. Para que a sua implementação possa ser otimizada é necessário alertar, educar e treinar técnicos de saúde a todos os níveis, com o objetivo de a incorporar no centro da prática médica (DGS,2009).

A RR esta indicada em doentes respiratórios crónicos que apresentem determinadas características como: a dispneia, a fadiga e outros sintomas respiratórios; diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde; redução da capacidade funcional; redução do desempenho ocupacional; dificuldade na realização das AVD; problemas psicossociais inerentes à doença, entre outros (DGS, 2019b). Todos aqueles em que seja previsível a não adesão ao PRR e que apresentem comorbilidades que limitam a prática de exercício físico estão contraindicados para a reabilitação respiratória.

O EEER desempenha um papel fundamental na área da reabilitação respiratória pois está capacitado para avaliar a função pulmonar, monitoriza os sinais vitais, avalia a capacidade de exercício e a dispneia dos doentes, fase de extrema importância para determinar o programa de reabilitação respiratório e elaborar o plano de cuidados ajustado a cada doente. O enfermeiro de reabilitação realiza diversas intervenções para melhorar a função pulmonar e a capacidade respiratória e fornecem orientações ao ensinar, apoiar e incentivar todo o processo da reabilitação respiratória, ajudando o doente e família a lidarem e adaptarem-se às mudanças decorrentes da doença respiratória crónica. A parceria que estabelecem com a restante equipa é fundamental para o sucesso da RR.

Quanto aos benefícios da RR e baseados na evidência científica, englobam uma melhoria da dispneia e da qualidade de vida (evidência A); diminui o número de dias de hospitalização e induz benefícios psicossociais (evidência B)(DGS, 2019), o treino de exercício inserido em programas de RR capacitam os doentes a realizar as tarefas diárias que envolvem esforço físico, com menor dispneia e fadiga, maior autonomia e independência (Araújo, 2017). Como tal, os benefícios de um programa de reabilitação

nestes doentes, passam pela melhoria da dispneia, da tolerância ao exercício, aumento da participação nas atividades de vida diária, melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, redução da ansiedade e depressão e redução do número de hospitalizações bem como da duração das mesmas (C. Rodrigues et al., 2019).

No quadro abaixo encontra-se esquematizado os benefícios da reabilitação respiratória nos doentes estáveis e nos doentes com exacerbações recentes, fornecido pela DGS.

Quadro 1: Benefícios da RR nos doentes estáveis e nos com exacerbações recentes

Benefícios da Reabilitação Respiratória	
<p>Nos doentes estáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reduz as hospitalizações * Reduz os recursos inesperados aos cuidados de saúde * Reduz os sintomas de dispneia e desconforto dos membros inferiores * Melhora a força muscular e a tolerância ao exercício * Melhora a capacidade funcional (ex. AVD) * Melhora a função emocional * Aumenta a auto eficiência e o conhecimento * Aumenta a autogestão colaborativa 	Evidência A
<p>Nos doentes com exacerbações recentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reduz as readmissões hospitalares * Melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde * Melhora a tolerância ao exercício 	Evidencia B

Fonte: DGS (2019)

Para Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor geral da OMS, os benefícios em apoiar as pessoas a aumentar a sua atividade física e de lazer, são enormes, não apenas para a saúde física e mental, mas também para as sociedades, ambientes e economias” (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2022).

Face a estes benefícios, infelizmente, é reconhecida a insuficiente resposta em PRR no panorama nacional, aliás como já foi referido anteriormente neste relatório. De acordo com os dados mais recentes do ONDR (2020), apenas 2% dos doentes com indicação para integrar programas de reabilitação têm acesso a eles. Esta lacuna é explicada pelo

reduzido número de centros, na sua maioria situados nas unidades hospitalares dos grandes centros urbanos e no litoral do país, limitando deste modo a acessibilidade e a adesão dos doentes que residem no restante território nacional. Por parte do doente, a gravidade da doença e a incapacidade dificultam a mobilidade, com perda de autonomia para a sua deslocação aos centros. As situações de défice económico limitam o acesso aos centros, o pagamento das taxas moderadoras, a compra dos fármacos prescritos e o pagamento dos transportes para chegar aos centros / unidades de Reabilitação Respiratória. Residir longe das unidades de saúde e o isolamento social/familiar limitam igualmente o acesso aos PRR (F. Rodrigues, 2022).

1.3.1 O Enfermeiro de Reabilitação e o Programa Reabilitação Respiratória

Na declaração oficial da American Thoracic Society e da European Respiratory Society, um programa de reabilitação respiratória consiste num conjunto de intervenções multidisciplinares, baseadas em evidência, para doentes respiratórios crónicos sintomáticos, condicionando uma diminuição da capacidade para a realização das atividades diárias. (Nici et al., 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É recomendada uma avaliação multidimensional e interdisciplinar do indivíduo com doença respiratória crónica, antes do início de um programa de reabilitação respiratória, que permita a prestação de cuidados adequados às características do indivíduo (ordem enfermeiros 2018).

Um programa de reabilitação respiratória deve ser contínuo e monitorizado, de forma a garantir a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, deve ser bem direcionado e desenhado individualmente, impondo uma avaliação personalizada relativamente à pessoa, à sua idade, capacidade de aprendizagem, motivação, problemas psicológicos, emocionais e sociais, relativamente à doença e à sua gravidade, e ao local de aplicação do programa e recursos existentes (Ordem dos Enfermeiros 2018). É mais do que uma intervenção multidisciplinar, em que cada elemento da equipa trabalha de forma independente para atingir objetivos específicos da sua área de atuação e onde o resultado global da intervenção é igual ao somatório dos tratamentos realizados por cada disciplina, deve haver uma intervenção abrangente e interdisciplinar, determinada pela colaboração constante entre todos os elementos da equipa. A curto prazo tem como objetivo aliviar os sintomas, atenuando a deficiência; diminuir as limitações da atividade;

promover a participação do doente na vida social aumentando a qualidade de vida. A longo prazo para além de manter estes benefícios é importante verificar se se traduzem em: diminuição da utilização de recursos de saúde; prevenção de admissões hospitalares; diminuição no tempo de internamento; aumento da capacidade de autocontrolo da doença e redução da dependência dos serviços de saúde (DGS, 2009).

A reabilitação respiratória foi definida como uma intervenção abrangente, fundamentada numa avaliação completa da pessoa e em tratamentos individualizados, que incluem o treino de exercício, a educação e a mudança de comportamentos, melhorando a condição física e psicológica da pessoa e promovendo a adesão a longo prazo de comportamentos para a melhoria da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O treino de exercício e a educação, são encarados como duas bases de sustentação indispensáveis, que permitem melhorar a capacidade física da pessoa, tornando-a mais ativa e independente, e também a sua capacidade de decisão face às opções de tratamento e aos mecanismos de coping a adotar, possibilitando a otimização e manutenção dos benefícios de qualquer programa de reabilitação respiratória (ONDR, 2017).

Assim sendo, o treino de exercício tem vindo a ser utilizado de forma crescente na abordagem e tratamento da pessoa com doença respiratória crónica, tendo-se revelado como uma componente fundamental num programa de reabilitação respiratória, com eficácia comprovada na melhoria da função muscular, da tolerância e capacidade para a atividade, num aumento da independência funcional na realização das atividades de vida, num aumento da qualidade de vida e na redução da dispneia e da ansiedade (Cordeiro & Menoita, 2012).

Para garantirmos a eficácia e segurança do exercício físico devemos salvaguardar critérios de prescrição tais como a Frequência; a Intensidade; a Tipologia e a Duração, sendo que este deve ainda obedecer a determinados princípios:

- Princípio da sobrecarga, que refere que a função muscular pode ser melhorada, se o músculo for sujeito a uma carga superior àquela que está habituado;
- Princípio da especificidade, em que cada tipo de exercício produz resultados específicos, em determinado grupo muscular;
- Princípio da reversibilidade, indica que os benefícios do treino apenas se mantêm se houver continuidade do mesmo;

- Princípio da individualidade, que defende que o treino deve ser individualizado, tendo em conta as capacidades e limitações de cada pessoa.

Existem duas modalidades de treino essenciais, o treino aeróbico ou endurance, que pressupõe a realização de exercícios com duração moderada a longa, com uma intensidade de moderada a elevada e nos quais são utilizados grandes grupos musculares, e o treino de força muscular ou treino anaeróbico, que consiste na realização de exercícios de curta duração, com uma intensidade elevada e que compreendem a utilização de pequenos grupos musculares (Gaspar et al., 2019).

O treino aeróbico ou de resistência aumenta a concentração de fibras tipo I dos grandes grupos musculares, permite a hipertrofia muscular e aumenta a densidade de rede capilar potenciando a oxigenação, aumentando desta forma a capacidade cardiorrespiratória e a resistência ao esforço e o desempenho das AVD (Cordeiro, 2020). É recomendado três a cinco vezes por semana em alta intensidade (60% da capacidade máxima do exercício obtida no teste do cicloergómetro) e com duração entre 20 a 60 minutos em treino contínuo ou intervalado em cicloergómetro, marcha, natação (DGS, 2019b).

O treino de força muscular é a componente anaeróbica dos programas de treino de exercício, compreende treino dos membros superiores e inferiores, permitindo trabalhar pequenos grupos musculares com intensidade mais elevada potenciando o aumento da força de musculação, isto é, tem como objetivo a mobilização e fortalecimento de pequenos grupos musculares dos membros; aumenta a massa isenta de gordura e melhora a realização das AVD, envolvendo séries de repetições com carga titulada para alta intensidade (60-70% do teste de resistência máxima) por norma duas a três vezes por semana. A combinação de exercícios aeróbicos e de força, em programas de treino de exercício para pessoas com doença respiratória crónica, tem demonstrado ser a estratégia adequada e mais benéfica (DGS, 2019b).

Uma parte importante do treino de exercício normalmente negligenciada é destinada aos alongamentos pela melhoria da postura, da flexibilidade, da amplitude do movimento e fundamentalmente porque reduzem o risco de lesão muscular. Por norma realizam-se no fim do treino de exercício e focam-se nos músculos ou grupos musculares exercitados no decorrer do programa de reabilitação. O alongamento muscular correto implica a extensão gradual até sentir desconforto e manter essa posição pelo menos durante 10 segundos (Gaspar & Martins, 2018b).

Na reabilitação respiratória um outro componente que assume um papel muito importante, são as técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia e têm como finalidade fazer com que o doente tenha menos dispneia nas suas AVD adotando estratégias adaptativas para desempenhar determinadas tarefas, como é por exemplo a realização da sua higiene corporal, na posição de sentado, outra estratégia pode ser a alteração do tipo vestuário, optando por algo mais prático e fácil de vestir (DGS, 2019). A técnica de controlo da dispneia mais utilizada é a estratégia de respiração com os lábios semicerrados. Estas técnicas de conservação de energia, são consideradas uma das principais intervenções educacionais do EEER, e permitem que a pessoa seja capaz de realizar as suas atividades de vida diária com o menor consumo de energia e de oxigénio possível, e conseqüentemente a redução de sintomas como a dispneia e o aumento e manutenção da sua independência funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A DGS (2014) alerta para a necessidade dos doentes e famílias estarem devidamente preparados, pois só assim é possível terem um papel pró-ativo na prevenção e autocontrolo das DRC, que lhes permita realizar uma correta gestão e controlo da doença. Temas como: a fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas; causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas; terapêuticas utilizadas; técnicas de reeducação funcional; técnicas de relaxamento e de conservação de energia; simplificação do trabalho nas AVD; dieta adequada; informação sobre os equipamentos de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias e do seu modo de funcionamento; sexualidade; planeamento e intervenção nas agudizações e comunicação com a equipa de saúde, devem ser abordados na componente educacional integrados nos PRR e portanto serem dados a conhecer ao doente e família.

Também devidamente normalizado pela DGS (2019), encontram-se em que locais e circunstâncias os PRR podem ser desenvolvidos, isto é, um PRR pode ser implementado em diversos locais, dependendo da natureza da condição de saúde, dos recursos disponíveis e das necessidades dos doentes:

- * Em contexto Hospitalar ou em Unidade Especializadas: destinam-se aqueles que apresentam uma condição grave, com ou sem comorbilidades complexas. Estas unidades geralmente são compostas por equipas multidisciplinares, oferecem ampla gama de serviços para doentes com diferentes condições de saúde. E podem, concentrarem-se em áreas específicas, como reabilitação cardíaca,

reabilitação pulmonar, reabilitação neuromuscular ou reabilitação músculo-esqueléticas.

- * Nos Centros de Saúde ou ambiente domiciliário adequados para aqueles com doença de gravidade ligeira a moderada e sem comorbilidades complexas.

Os PRR devem ter a duração mínima de 8-12 semanas, com pelo menos 2 sessões semanais, supervisionadas, com o objetivo de promover a prática de atividade física e a adoção de comportamentos promotores de saúde na vida diária dos doentes com DRC e a sua manutenção a longo prazo, diminuindo desta forma comportamentos sedentários e a morbidade e mortalidade associadas (Direção Geral da Saúde, 2019).

Concluindo, o papel do Enfermeiro de Reabilitação não deve estar apenas relacionado com a cinesiterapia respiratória, ou com a componente educacional; deve sobretudo acompanhar a evidencia científica e passar também pelo treino de exercício, como se encontra de resto explícito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que descreve como competência do Enfermeiro de Reabilitação - conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório (Gaspar et al., 2019).

Após termos abordado a parte teórica, avançamos para o enquadramento metodológico adotado neste estudo de investigação, onde segundo Fortin (2011), esta fase descreve os métodos e técnicas que permitem orientar o processo de investigação científica. Inicia-se com a questão orientadora que despoletou o estudo, a descrição dos objetivos e finalidade do estudo; seguidamente enuncia-se o tipo de estudo e o seu contexto; a população e amostra; as variáveis e hipóteses traçadas; o instrumento de colheita de dados e procedimentos de recolha, processamento de tratamento de dados bem como as considerações éticas subjacentes.

2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

A questão de investigação que orientou a elaboração deste estudo foi: “Qual a influência de um Programa de Reabilitação Respiratória nas atividades de vida diária, da pessoa com doença respiratória crónica”?

A finalidade do estudo é avaliar a influência de um programa de reabilitação respiratória, no desempenho das atividades de vida diária, à pessoa com doença respiratória crónica, estruturado a partir da observação, antes e após, da intervenção terapêutica do EEER.

Foi escolhido o estudo quase-experimental dado ser o mais indicado quando se deseja estudar uma relação de causa e efeito; isto devido às características das intervenções realizadas pelo EEER e ao desenho deste tipo de pesquisa, pois assenta na valorização da evidência produzida e na possibilidade da sua aplicação na prática clínica, no entanto sempre conscientes dos seus limites, uma vez que não têm grupos equivalentes criados pela repartição aleatória nem grupos de controlo para comparar as mudanças devido ao tratamento.

Pretendeu-se com a realização deste trabalho identificar e caracterizar a influência de um programa de reabilitação nas AVD no doente com doença respiratória crónica, sendo que, para atingir este objetivo geral propõe-se ao longo do estudo verificar objetivos específicos, como sejam:

- Identificar, os ganhos nas atividades de vida diária, no domínio do “Cuidado Pessoal” após aplicação do Programada de Reabilitação Respiratória.
- Identificar ganhos nas atividades de vida diária no domínio das “Tarefas Domésticas” após aplicação do Programa de Reabilitação respiratória.
- Identificar os ganhos nas atividades de vida diária no domínio do “Lazer” após aplicação do Programa de Reabilitação Respiratória.

- Identificar os ganhos nas atividades de vida diária no domínio da “Atividade Física” após aplicação do Programa de Reabilitação Respiratória.
- Identificar os ganhos da capacidade funcional na pessoa com doença respiratória crónica após aplicação do programada de reabilitação respiratória.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Para Vilelas (2020) o objetivo do estudo é proporcionar um modelo de verificação que permita verificar o contraste entre factos e as teorias. Defende que o trabalho científico se define acima de tudo pelo método que adota, e não tanto pela verdade ou falsidade dos seus resultados ou do tema que é adotado. Na perspetiva de Fortin (2011) o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada na investigação visando caracterizar variáveis, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

O tipo de estudo usado é quanto ao método de abordagem um estudo quantitativo, pois pretende-se traduzir em números as informações recolhidas para posterior classificação/analise, os dados com vista a descrever e explicar o fenómeno sobre o qual recaem as observações efetuados, em que segundo Vilelas (2020), uma das suas principais características é colher dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos preconcebidos. No que diz respeito ao objetivo geral trata-se de um estudo correlacional pois procura determinar as relações entre as variáveis, o seu objetivo é quantificar através de provas estatísticas a relação existente entre duas ou mais variáveis e como já referido anteriormente trata-se de um estudo quase experimental de grupo único e longitudinal com avaliação antes e depois da intervenção do EEER. Os participantes foram submetidos a uma intervenção (PRR) e posteriormente medimos as mudanças ocorridas antes e depois da intervenção para avaliar a sua influência. Desta forma existe a manipulação de uma variável independente para observar o seu efeito numa variável dependente, num grupo único de participantes. É importante ressaltar que este tipo de estudo, com apenas um único grupo, impossibilita comparar diretamente os resultados devido à inexistência de grupo de controlo. Por este motivo pode limitar a capacidade de estabelecer conclusões definitivas sobre a eficácia da intervenção, resultando em ameaças à validade interna, colocando em causa se os resultados obtidos são devido à intervenção, ou podem ser atribuídos a outros fatores. Apesar de algumas limitações, os estudos quase experimentais de grupo único são de enorme utilidade em determinados contextos, quando por exemplo

se torna difícil recrutar participantes adicionais para formar um grupo de controle, ou quando a intervenção é direcionada a uma população específica que atuam como o seu próprio controlo (Fortin, 2011).

2.3 PARTICIPANTES

Para Fortin (2011) a população compreende todos os elementos que partilhem características comuns, características essas definidas pelos critérios previamente definidos e necessários à investigação. Polit (2004) define a amostra como um conjunto de indivíduos retirados de uma população obtida através de um processo de seleção de uma porção da população, com o objetivo de a representar (Polit et al., 2004). Vilelas (2020) advoga que se a população for composta por um elevado número de pessoas será praticamente impossível utilizá-la, para ele, não será imprescindível examinar cada unidade da população, em vez disso devemos proceder à extração de uma amostra que nos representará a população no seu conjunto. No entanto nem todas as amostras são úteis para desenvolver um trabalho de investigação, deve é construir-se uma amostra reduzida de unidades através da qual se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos com o estudo da totalidade da população. Neste sentido a amostra representa uma parcela da população que queremos investigar (Vilelas, 2020).

A amostra deste estudo é caracterizada como não probabilística do tipo por conveniência, uma vez que a população não possui a mesma probabilidade de fazer parte da amostra e foi obtida sem nenhum plano preconcebido (Vilelas 2020), é constituída por doentes portadores de doença respiratória crónica, admitidos em regime de ambulatório, a um programa específico de reabilitação respiratória, no Departamento de Cinesiterapia do hospital. A amostra deste estudo foi constituída por trinta doentes com DRC a quem foram aplicados PRR, específicos e individualizados.

De forma a serem incluídos neste estudo tornou-se necessário cumprir os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Pessoas portadores de doença respiratória crónica e admitidas no serviço de Cinesiterapia para Reabilitação Respiratória
- ✓ Idade superior a 18 anos

Critérios de exclusão:

- ✓ Pessoas que recusaram fazer parte do estudo
- ✓ Pessoas com alteração do estado cognitivo
- ✓ Pessoas com incapacidade para cumprir o Programa de Reabilitação Respiratória

2.4 VARIÁVEIS

Na execução de um trabalho científico as variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional. Conforme Polit (2004) “a atividade de investigação é empreendida a fim de compreender como e porque os valores de uma variável mudam e como eles estão associados aos diferentes valores de outras variáveis”.

As variáveis são definidas, segundo Fortin (2011), como sendo uma qualidade, ou uma característica de uma pessoa ou de um objeto do de situações que irão ser estudadas no desenvolvimento de uma investigação, em que posteriormente lhe é dado um valor. Estas variáveis podem tomar diferentes valores, podendo estas ser medidas, manipuladas ou controladas. Deste modo, existem vários tipos de variáveis, sendo estas definidas de acordo com a investigação em estudo, assim as variáveis podem ser classificadas em independentes, dependentes, atributo (Fortin, 2011).

Vilelas (2020) defende por exemplo que uma variável é independente quando não depende de nenhuma outra, embora que se possa tornar dependente se inserida noutra problema ou hipóteses. Para este autor as variáveis dependentes são aquelas que dependem dos valores das independentes e ainda podem ser transformadas em subconjuntos de variáveis como por exemplo as sociodemográficas.

Assim sendo, as variáveis alvo deste estudo são:

Variáveis sociodemográficas ou de atributo:

- Idade
- Género
- Grau de Escolaridade
- Estado Civil

Variáveis dependentes:

- As atividades de vida diária
- A capacidade funcional

Variável Independente:

- Programa de Reabilitação Respiratória

2.5 HIPÓTESES

Para Vilelas (2020) a hipótese em investigação é uma resposta temporária que um investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema. Segundo este autor quando existe relação entre duas variáveis, supomos que determinada característica da realidade influencia outra.

Neste estudo formularam-se as seguintes hipóteses:

H1. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD's no domínio do "Cuidado pessoal" da pessoa com doença respiratória crónica.

H2. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD's no domínio das "Tarefas domésticas" da pessoa com doença respiratória crónica.

H3. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD's no domínio do "Lazer" da pessoa com doença respiratória crónica.

H4. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD's no domínio da "Atividade Física" da pessoa com doença respiratória crónica.

H5. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR na capacidade funcional da pessoa com doença respiratória crónica.

2.6 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para Vilelas (2020) um instrumento de recolha de dados será, em princípio, um qualquer recurso que o investigador pode utilizar para recolher dados e extrair informação. Depois de definido o tipo de estudo será através dos instrumentos de recolha de dados que obteremos os dados reais.

A recolha de dados é um processo que consiste na obtenção de informação junto dos participantes com o auxílio de instrumentos de medida escolhidos (Fortin, 2011).

Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo, foram escolhidos tendo em conta os objetivos definidos e utilizados em fases distintas.

Assim, na primeira fase foi efetuado questionário sociodemográfico para a caracterização dos participantes. Durante a implementação do programa e para avaliar a capacidade funcional e a capacidade para desempenhar as atividades de vida diária foram utilizadas: o Teste de Sentar/Levantar num minuto (TSL1M) e a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL).

Caracterização dos instrumentos:

- **Questionário sociodemográfico**

Um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se verificar se os objetivos de um projeto foram atingidos.

- **Escala London Chest Activity of Daily Living**

As Atividades de vida diária (AVD) podem ser definidas como um conjunto de tarefas de desempenho ocupacional que as pessoas realizam de forma autónoma e rotineira no seu quotidiano. Uma vez que aumentar a tolerância ao exercício e melhorar a resposta às AVD são parte dos objetivos dos programas de reabilitação respiratória (PRR), a sua avaliação e consequente associação são úteis como indicador de eficácia. A dispneia e a fadiga frequentemente prejudicam a capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD) em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Questionários e escalas têm sido utilizados para avaliar as limitações nas AVD.

Desta forma utilizamos a Escala do London Chest of Daily Living (LCADL) que é um instrumento auto administrado e específico para pessoas com doença respiratória crónicas que quantifica o grau de incapacidade e o efeito da dispneia. É constituída por 15 itens/atividades, divididos em quatro domínios: cuidado pessoal; tarefa doméstica; atividade física e lazer. O doente relata o quanto a dispneia interfere nessas quinze AVD escolhendo para cada atividade um valor de 0 a 5: 0 (Não faria de forma alguma), 1 (não fico com falta de ar), 2 (eu fico moderadamente com falta de ar), 3 (eu fico com muita falta de ar), 4 (eu não posso fazer mais isso) e 5 (preciso que outra pessoa faça isso). A cada uma atividade é atribuída uma pontuação de 0 a 5. A soma de todos pode ir de 0 (nenhuma limitação no desempenho da atividade) até 75 pontos (máxima limitação). O score obtido pode ser parcial, isto é para cada domínio e total que é o resultado da soma

dos quatro domínios. Valores mais altos na escala indicam maior limitação nas AVD (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

A escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) é responsiva à intervenção em maior extensão quando comparada com outras ferramentas. A sua validade e reprodutibilidade foi verificada através de um estudo realizado, tendo como comprovativo de validação o habitual Teste de Saint Georg na doença respiratória já comprovado e validado em português. Esta conclusão foi retirada através dos resultados obtidos em que traduzem não ter existido diferenças significativas entre teste e reteste do LCADL. O Coeficiente de Correlação Intraclasse entre teste e reteste em relação aos diferentes componentes da escala foi autocuidado $r=0,96$; doméstico $r=0,99$; físico $r=0,92$; Lazer $r=0,95$; Pontuação Total $r=0,98$. Houve correlações significativas do score total do LCADL com os diferentes componentes e score total do SGRQ ($0,36=-0,48$; $p=0,006$) (Vanessa et al., 2008). Portanto à reprodutividade da LCADL, apresenta resultados Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação intraclasses elevados, é válida e possui responsividade.

Para Bisca (2014) num estudo que realizou para detetar a mudança mínima detetável (MDC) para melhor medir o estado funcional pela LCADL em doente com DPOC, concluiu que uma mudança de 4 pontos na pontuação total do LCADL pode ser interpretada como uma mudança significativa (Bisca et al., 2014) (DGS, 2019b).

▪ **Teste Sentar e Levantar em 1 minuto (TSL1M)**

Trata-se de um teste simples e sensível, capaz de retratar não apenas o nível da força muscular dos membros inferiores, como também avaliar a capacidade funcional e o nível de tolerância ao exercício. De acordo com Vaidya (2016), demonstra uma melhoria funcional com significado clínico quando apresenta uma variação de três repetições (Vaidya et al., 2016).

Sentar e levantar são movimentos comuns que as pessoas facilmente reconhecem, além de estarem associados à autonomia do indivíduo. O teste de sentar e levantar de 1 minuto (TSL1) apresenta-se como uma alternativa ao TC6M, e tornou-se um método confiável para os doentes com diversas doenças respiratórias. Este teste de fácil e rápida aplicação, viabiliza a persecução em casa, no atendimento clínico ou até durante a reabilitação à distância. A pessoa é instruída a sentar e levantar completamente, pelo máximo de vezes

que conseguir, durante um minuto. Quem aplica o teste deve realizar a contagem silenciosamente. Antes de iniciar o teste, deve ser demonstrado à pessoa a forma como se realiza e permitir que o execute uma a duas vezes como treino prévio (Cordeiro, 2020).

Teste sentar e levantar de um minuto: este teste providencia uma medida da força dos membros inferiores diretamente relacionada com a capacidade de realizar as atividades de vida diária (Ribeiro, 2021).

- **Escala de Borg Modificada**

Associado ao TSL1M, utilizamos a Escala de Borg modificada que nos permite avaliar em tempo real o grau da dispneia e fadiga antes e depois da execução do TSL1M, e desta forma determinar limites seguros para o treino/atividades. Esta escala varia num intervalo entre 0 e 10, em que zero representa nenhuma falta de ar e o dez, falta de ar máxima. Ao longo do treino/atividade é solicitado à pessoa a descrição, indicando o número correspondente à sensação de dispneia (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

Estas escalas são recomendadas quer pela Ordem dos Enfermeiros (2016) quer pela DGS (2019) como um instrumento de recolha de dados, motivo pelo qual foram responsáveis pela nossa seleção, para além de serem utilizadas no serviço do local de estágio o que facilitou a sua implementação, mantendo a linha de orientação.

2.7 PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A recolha de dados foi realizada antes e após a implementação do PRR em doentes com doença respiratória crónica, admitidos em regime de ambulatório no departamento de Cinesiterapia Respiratória, após consentimento informado dos participantes.

O programa de reabilitação respiratória construído contém duas componentes a Componente Física e a Componente Educacional. Na componente física existiu treino aeróbio durante cerca de 30 minutos e treino anaeróbio durante mais 30 minutos, na componente educacional as sessões realizadas tiveram um carácter informal estruturada com o objetivo de esclarecer dúvidas e receios e fornecer instrumentos/estratégias para melhorar a sua capacidade de adaptação e gestão à doença. Teve a duração de 10 semanas

e com a periodicidade de três sessões por semana. A avaliação foi realizada no início e no final do programa, isto é, ao fim das 10 semanas.

Quadro 2 - Caracterização do Programa de Reabilitação Respiratória

Programa Reabilitação Respiratória (Componente Física)	
Exercício Aeróbio	Modo: Cicloergómetro Intensidade: 60 a 80% da capacidade máxima no teste ergonômétrico Duração: 30 minutos Frequência: 3x semana
Exercício da Força Muscular	Modo: Treino com halteres, bandas elásticas dos membros superiores e inferiores Intensidade: 60 a 70% da RM (Resistência Máxima) Duração: 30 minutos Frequência: 3x semana
Exercício de Flexibilidade	Modo: Alongamentos Duração: 5 minutos Frequência: 3x semana
Exercício de Equilíbrio	Modo: Treino de equilíbrio, transferência de peso. Frequência: 3x semana

Programa Reabilitação Respiratória (Componente Educacional)	
TEMA	CONTEÚDOS ABORDADOS
Doença Respiratória Crônica	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Definição ❖ Patologias associadas ❖ Exacerbações ❖ Inaloterapia ❖ Oxigenoterapia
Mobilização e drenagem de secreções	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ciclo ativo da respiração ❖ Posições de auto drenagem ❖ Técnicas de auto drenagem
Estratégias adaptativas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnicas de Relaxamento ❖ Técnicas de conservação de energia ❖ Importância do exercício físico ❖ Planeamento do exercício físico

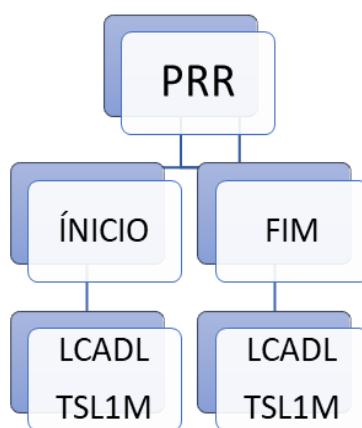
2.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após a colheita de dados, estes, foram submetidos à análise do seu conteúdo. Tal procedimento segundo Vilelas (2020), é “um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens”. Esta análise divide-se em três etapas: a pré-análise, na qual é realizada uma leitura flutuante dos dados, elaborando unidades de registo; a exploração do material em que o conteúdo é organizado por categorias; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação onde se atribui significado e validade aos resultados.

Esta método teve, como base de apoio a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a qual nos permite compreender o processo de transição doença/saúde, e quais os fatores facilitadores e inibitórios da pessoa para que a mesma possa atingir o máximo de qualidade de vida e autonomia. Assim e durante a estudo, o EEER ofereceu “ações intencionais, implementadas para cuidar das pessoas ... as quais devem compreender o conteúdo e objetivos das intervenções. (Meleis, 2007)

A análise foi realizada tendo em conta os dados obtidos no início e no fim do PRR, através dos valores obtidos da escala LCADL e TSL1M, como mostra o esquema seguinte.

Figura 3 - Esquema Processamento de Dados



Na análise estatística dos dados, o nível de significância admitido no estudo foi de 0,5 % e o software utilizado para o tratamento de dados foi o programa informático Statistical Package for the Social Sciences – IBM SPSS for Windows.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns dos enfermeiros especialistas inserem-se no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão dos cuidados; e domínio das aprendizagens profissionais. Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação, estes cuidados visam a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, prevenção de complicações e maximização das capacidades (OE, 2015). Os cuidados de enfermagem de reabilitação, de acordo com a OE (2015) são dirigidos à pessoa em todas as fases do ciclo vital, com o intuito de:

- promover o seu projeto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou incapacidades;
- promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade;
- promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência

O EEER deve compaginar as suas competências com um comportamento determinado pelos valores eticamente consensuais na sociedade, pois quando ocorrem situações em que os direitos das pessoas e as exigências da ciência entram em conflito, surge sempre o dilema ético (Vilelas, 2020).

Para este autor quando se inicia uma investigação temos de respeitar os direitos e liberdades das pessoas, como sejam:

- **Direito à autodeterminação**, garantindo que os participantes podem autonomamente decidir participar ou não no estudo. Além disso deve ser informado que os sujeitos podem abandonar a investigação a qualquer momento.
- **Direito à intimidade**, assegurando que informações íntimas e privadas dos participantes não são fornecidas a terceiros.
- **Direito ao anonimato e à confidencialidade**, garantindo a proteção dos dados e que mesmos não são divulgados ou acessíveis a terceiros.

- **Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo**, protegendo os participantes contra algo que lhes possa fazer mal ou prejudicar.
- **Direito a tratamento justo e equitativo**, informando todos de igual forma e tratar todos de forma equitativa antes durante e após a pesquisa.

Assim e tendo estes direitos como pano de fundo, o estudo foi apresentado, explicados os objetivos, o tempo de investigação, as finalidades dos resultados e a oportunidade de desistência por parte do doente, em qualquer fase. Foi solicitado o consentimento informado a cada um dos participantes, conforme apêndice VI, que obteve parecer favorável do hospital, bem como garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados. Desta forma foram protegidos os seus direitos individuais e salvaguardado que não existiriam riscos ou prejuízos para os mesmos. Foi ainda requerido pedido de autorização ao conselho de administração para a realização do trabalho de investigação (apêndice I), com aplicação dos questionários, sendo que a deliberação favorável encontra-se disponível no anexo I; à comissão de ética do Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o estágio, o qual foi concedido e autorizado e que lhe foi atribuído o número CES 258/2022, conforme anexo II, e ao encarregado de proteção de dados com parecer igualmente favorável e disponível no anexo III.

No percurso metodológico foi garantido ainda o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação, assim como foi salvaguardada a máxima confidencialidade nas fases posteriores, de recolha e de tratamento de dados.

3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos decorrentes do estudo de investigação realizado, a sua análise e discussão. Na primeira parte realizar-se-á a caracterização socio demográfica da amostra em estudo, posteriormente demonstrar-se-á qual a influência que o PRR teve nas atividades de vida diária e na capacidade funcional da pessoa com doença respiratória crónica, seguindo-se a análise e discussão dos resultados obtidos, quer no âmbito dos dados sociodemográficos quer nos dados clínicos. Será também efetuada a relação com as hipóteses formuladas e contempladas as considerações finais do estudo e a sua relevância para a prática clínica.

3.1 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A análise estatística envolveu medidas de estatísticas descritiva (frequências absolutas e relativas, médias, medianas, mínimos, máximos e respetivos desvio padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o teste t de Student para amostras emparelhadas e o teste de Wilcoxon. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28 para Windows.

3.1.1 Caracterização sociodemográfica

Participaram neste estudo 30 pessoas com doença respiratória crónica (n=30).

Nesta amostra verificamos que a maioria era do sexo feminino (56,7%) com 17 participantes.

A média de idades foi de 64,3 anos, variando entre um mínimo de 48 e um máximo de 80 anos.

No que diz respeito ao estado civil, mais de metade da amostra era casada (73,3%), 22 participantes.

Quanto às habilitações académicas 46,7% tinham o 1º ciclo, verificando-se um analfabeto.

Tabela 1: Caracterização da Amostra (n=30)

	N	%
Idade (M; DP)	64,3	8,7
Género		
Feminino	17	56,7
Masculino	13	43,3
Estado civil		
Solteiro	3	10,0
Casado	22	73,3
Divorciado	4	13,3
Viúvo	1	3,3
Habilitações académicas		
Analfabeto	1	3,3
1. Ciclo	14	46,7
2. Ciclo	5	16,7
3. Ciclo	3	10,0
Secundário	7	23,3

Em termos de hábitos tabágicos, a maioria eram ex-fumadores (63.3%), representando 19 participantes da amostra(n=30), 10 participantes nunca tinham sido fumadores (33,3%) e havia 1 fumador ativo (3,3%).

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo os Hábitos Tabágicos

	N	%
Fumador	1	3,3
Não Fumador	10	33,3
Ex-Fumador	19	63,3
Total	30	100,0

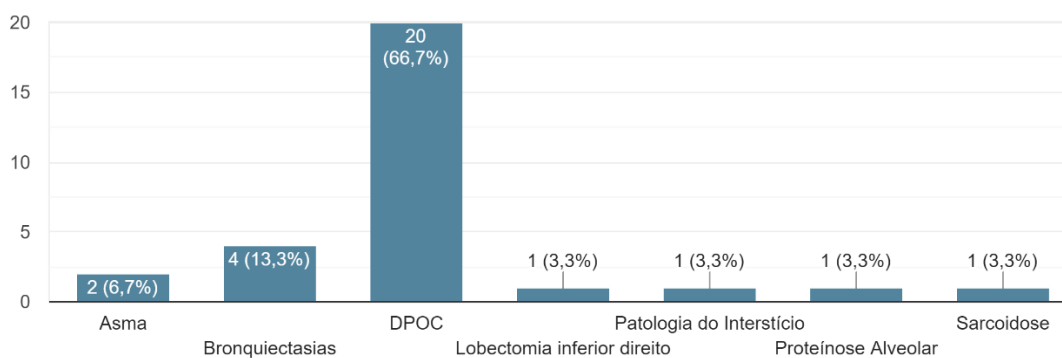
Analisando separadamente por género verificamos que o único fumador é do género masculino, entre os não fumadores 7 são do género masculino e 3 do feminino, dos ex-fumadores inverte-se a dominância, em que 14 que deixaram de fumar são género feminino, e 5 ex-fumadores são do género masculino, um total de 19 ex-fumadores.

Tabela 3: Distribuição dos Hábitos Tabágicos por género

		N	%
Fumador	Masculino	1	100,0
Não Fumador	Feminino	3	30,0
	Masculino	7	70,0
	Total	10	100,0
Ex-Fumador	Feminino	14	73,7
	Masculino	5	26,3
	Total	19	100,0

Na tabela abaixo verificamos que a doença respiratória crónica predominante da amostra é DPOC representando 20 pessoas (66,7%), 4 participantes (13,3%) com bronquiectasias em terceiro lugar 2 participantes com asma (6,7%).

Gráfico 1: Distribuição segundo o tipo de Patologias na Amostra (n=30)



3.1.2 Influência do programa de reabilitação respiratória nas atividades de vida diária

Para avaliar a influência do PRR, nas atividades de vida diária, aplicamos a LCADL antes e após a implementação do PRR, que teve a duração de 10 semanas. Essa avaliação foi feita nos quatro domínios que compõe a escala e na sua totalidade, e os resultados estão expressos em valores de mediana; média; desvio padrão; mínimo e máximo.

Desta forma, através da análise da tabela 3, podemos verificar que a média em todos os domínios diminui após a implementação do programa, de igual forma o score total da escala também diminui, o que significa que a existência de uma menor limitação no desempenho das AVD.

Mais detalhadamente no que diz respeito ao domínio do cuidado pessoal a média é de 7,47 (desvio padrão 2,776) antes do PRR e após a sua implementação, a média é de 6,10 pontos (desvio padrão 2,264); no domínio das tarefas domésticas a média antes do PRR é 10,00 pontos (desvio padrão 5,669) e após é de 8,87 (desvio padrão 5,151); no Lazer a média é de 4,80 (desvio padrão 1,669) antes do PRR, e de 3,73 pontos (desvio padrão 1,015) e após o PRR; por último no domínio da atividade física verifica-se uma média de 4,80 (desvio padrão 1,157) antes do PRR e após, a média é de 4,23 (desvio padrão ,971), e portanto, a que maior limitação apresenta nas AVD é no domínio das tarefas domésticas e de seguida no domínio do cuidado pessoal. No score total da escala antes do PRR a média é de 27,07 pontos, com uma mediana de 29,00 (desvio padrão 8,940), com um mínimo de pontos atingidos de 14 e um máximo de 46 pontos totais, enquanto no final do PRR verifica-se a média de 22,93, a mediana de 21,50, desvio padrão de 7,320, um mínimo atingido de 13 pontos e um máximo de 43 pontos totais.

Comparando o antes com o após, estes valores revelam um aumento na tolerância e capacidade nas AVD dos participantes pois verifica-se uma diminuição nas respetivas médias e segundo a LCADL para haver significado clínico tem que existir uma diferença de 4 pontos e quanto menor é o valor menor é a sua limitação. Portanto neste caso verifica-se uma diferença de 4,14 pontos (27,07-22,93) o que corresponde à afirmação anterior.

Tabela 4: London Chest Activity of Daily Living, comparação antes e após do PRR

	Antes					Após				
	Me	Md	DP	Min	Máx	Me	Md	DP	Min	Máx
“Cuidado Pessoal”	7,47	7,50	2,776	4	12	6,10	5,00	2,264	4	11
“Tarefas domésticas”	10,00	11,50	5,669	0	21	8,87	9,00	5,151	0	21
“Lazer”	4,80	5,00	1,669	3	8	3,73	3,00	1,015	3	7
“Atividade Física”	4,80	5,00	1,157	3	8	4,23	4,00	,971	3	6
LCADL total	27,07	29,00	8,940	14	46	22,93	21,50	7,320	13	43

3.1.3 Influência do programa de reabilitação respiratória na capacidade funcional

Para avaliar a influência do PRR, na capacidade funcional, aplicamos o TSL1M antes e após o PRR, após 10 semanas.

Desta forma, através da análise da tabela 4, podemos verificar que a média deste teste antes do PRR é de 17,17 repetições, a mediana é de 16,00, o desvio padrão de 5,943 e varia entre um mínimo de 10 e um máximo de 41 repetições, no fim do PRR a média é de 20,83, a mediana de 20,00, o desvio padrão de 6,38, e com uma variação entre os 12 e as 44 repetições. Constatamos desta forma um aumento na capacidade funcional do participante, confirmando-se valores mais elevados após a implementação do PRR, com uma diferença de 4 repetições entre o antes e o após (Md= 20,00-16,00), onde para haver significado clínico basta haver um aumento de 3 repetições.

Tabela 5: Teste Sentar e Levantar em 1 minuto: Comparação Antes e Após o PRR

	Antes					Após				
	Me	Md	DP	Min	Máx	Me	Md	DP	Min	Máx
TSL1M	17,17	16,00	5,943	10	41	20,83	20,00	5,565	12	44

3.1.4 Ganhos em saúde após implementação do programa de reabilitação respiratória: Testes de Hipóteses

A interpretação dos dados obtidos demonstrou uma redução da intolerância na realização das atividades de vida diária e da capacidade funcional, pois os seus valores demonstraram ter significado clínico e com isso respondemos à questão que impulsionou este estudo validando as hipóteses inicialmente colocadas.

Para procedermos a essa validação, tivemos que testar e comprovar estatisticamente as hipóteses. Inicialmente e tal como Marôco refere devemos testar a distribuição da amostra, isto é verificar se é uma distribuição normal ou não normal, através do teste de normalidade (Marôco, 2018). Consoante o número da amostra, este pode ser realizado através do teste de Shapiro-Wilk ou do Kolmogorov-Smirnov. No nosso estudo, como a amostra é composta por 30 participantes o teste mais adequado é o de Shapiro-Wilk, o qual ilustramos na tabela 5. Na análise do teste de normalidade, a H_0 (hipótese nula) do

teste significa que os dados têm uma distribuição normal $=p>0,05$, indicado a utilização do teste t, na H1 (hipótese alternativa) os dados representam uma distribuição não normal, ou não paramétrica $p<0,05$ e, portanto, indicado nesta situação o teste de Wilcoxon.

Após análise, constatamos que o domínio das tarefas domésticas; da atividade física e a LCADL total tiveram o $p>0,05$ portanto os dados apresentam uma distribuição normal, ao contrário do domínio do cuidado pessoal; do lazer e do TSL1M em que o $p<0,05$ não se verificando normalidade na sua distribuição.

Tabela 6: Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Antes			Após		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Domínio “Cuidado Pessoal”	,876	30	,002	,823	30	<,001
Domínio “Tarefas domésticas”	,957	30	,266	,979	30	,796
Domínio “Lazer”	,871	30	,002	,735	30	<,001
Domínio “Atividade Física”	,894	30	,006	,873	30	,002
LCADL total	,948	30	,148	,930	30	,049
TSL1M	,801	30	<,001	,788	30	<,001

Depois de conhecermos a distribuição da amostra e verificar a normalidade da sua distribuição, já conseguimos optar pelo teste adequado para comparar amostras paramétricas ou não paramétricas, determinando se existe ou não diferença estatística significativa. Isto é, se a amostra for paramétrica ou de distribuição normal quer dizer que $p>0,05$, confirmando-se a hipótese nula utilizamos o teste t Student, se $p<0,05$ a amostra não tem uma distribuição normal ou não paramétrica usamos o teste Wilcoxon.

Atendendo à interpretação da tabela 7, a média obtida no domínio das tarefas domésticas foi de 1,133, desvio padrão 1,306, $t=4,753$, quanto ao domínio da atividade física a média é de ,567, desvio padrão de ,774, $t=4,011$ e o TSL1M a média é de 4,133, desvio padrão de 3,181 com $t=7,117$. Em conformidade com os resultados dos testes realizados nestes itens verifica-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, uma

vez que os valores de sig. são inferiores a 0,05, permitindo constatar que o programa de reabilitação influenciou favoravelmente quer o desempenho das atividades de vida diária quer a capacidade funcional, da pessoa com doença respiratória crónica.

Portanto para testar a hipótese 2 e a hipótese 4 foi utilizado o Teste t Student onde comparamos as médias no domínio das tarefas domésticas e no domínio da atividade física (tabela 7) e verificamos que em ambas se registou ganhos em saúde.

H2. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD's no domínio das "Tarefas domésticas" da pessoa com doença respiratória crónica, os valores são significativamente mais baixos após o PRR, $t=4,753$ $P < ,001$.

H4. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD's no domínio da "Atividade Física" da pessoa com doença respiratória crónica, os valores são significativamente mais baixos após o PRR, $t= 4,011$ e $p < ,001$.

Tabela 7: Resultado do Teste t Student de amostras paramétricas emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação

	Me	DP	t	df	Significância	
					Unilateral p	Bilateral p
Domínio Tarefas domésticas (Antes-Após)	1,133	1,306	4,753	29	<,001	<,001
Domínio Atividade Física (Antes-Após)	,567	,774	4,011	29	<,001	<,001
LCADL Total (Antes-Após)	4,133	3,181	7,117	29	<,001	<,001

O domínio do Cuidado pessoal, do lazer e o TSL1M foram comparados através do teste de Wilcoxon (tabela 8) pois apresentam uma distribuição não paramétrica, como já verificamos anteriormente.

Através da análise estatística descritiva do teste de Wilcoxon, onde comparamos as medianas das amostras não paramétricas emparelhadas, testamos as H1, a H3 e a H5 e verificamos, segundo a tabela 8, que no domínio do cuidado pessoal antes do PRR a Mediana é de 7,5 antes e após é de 5,00; no domínio do Lazer a mediana obtida antes do PRR é de 5 e após é de 3; valores significativamente mais baixos; no TSL1M a mediana é de 16 antes do PRR e após é de 20, valor significativamente mais alto.

Tabela 8: Comparação das estatísticas descritivas das amostras não paramétricas emparelhadas antes e após o PRR

	N	Est. do Teste				Percentis		
		Me	Padrão	Min	Máx	25 °	50° (Md)	75°
Domínio “Cuidado Pessoal” Antes	30	7,47	2,776	4	12	5,00	7,50	10,00
Domínio “Cuidado Pessoal” Após	30	6,10	2,264	4	11	4,00	5,00	7,25
Domínio “Lazer” Antes do PRR	30	4,80	1,669	3	8	3,00	5,00	6,00
Domínio “Lazer” Após	30	3,73	1,015	3	7	3,00	3,00	4,00
TSL1M Antes	30	17,17	5,943	10	41	13,00	16,00	20,00
TSL1M Após	30	20,83	5,565	12	44	17,00	20,00	23,25

Através do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas, o resultado dos testes realizados nestes itens verifica-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, uma vez que os valores de sig. são $< ,001$, validando a teoria de que são consideradas diferenças significativas valores inferiores a 0,05. permitindo constatar que o programa de reabilitação influenciou positivamente quer no desempenho das atividades de vida diária quer na capacidade funcional, da pessoa com doença respiratória crónica.

H1. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD’s no domínio do “Cuidado pessoal” da pessoa com doença respiratória crónica, os valores são significativamente mais baixos após o PRR, $z = -4,165$ $p < ,001$.

H3. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR nas AVD’s no domínio do “Lazer” da pessoa com doença respiratória crónica, os valores são significativamente mais baixos após o PRR, $z = -3,805$ $p < ,001$.

H5. Espera-se ganhos em saúde após implementação do PRR na capacidade funcional da pessoa com doença respiratória crónica, os valores são significativamente mais altos após o PRR, $z = -4,803$ e $p < ,001$.

Tabela 9: Resultado da comparação entre as amostras emparelhadas não paramétricas antes e após o PRR

	z	Sig.
Domínio “Cuidado Pessoal” Antes-Após o PRR	-4,165	<,001
Domínio “Lazer” Antes-Após o PRR	-3,805	<,001
TSL1M Antes-Após o PRR	-4,803	<,001

Desta forma, podemos concluir a confirmação de todas as hipóteses de investigação formuladas, pois comparando os valores antes e após a execução do PRR encontramos diferenças estatisticamente significativas.

3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados obtidos é importante analisá-los para verificarmos qual a influência que o programa de reabilitação respiratória implementado teve ou não, no desempenho das AVD e na capacidade funcional.

A discussão de resultados num estudo visa envolver a interpretação dos dados, a comparação com estudos anteriores, e a exploração das implicações práticas e teóricas. Neste tópico existe a oportunidade para interpretar e contextualizar os resultados, e delinear as seguintes considerações:

- Comparação com a literatura existente: comparamos resultados com estudos anteriores, identificadas as semelhanças e diferenças nos resultados
- Eficácia das intervenções: foram identificadas as intervenções utilizadas no estudo. Analisados os resultados e relacionados com a influência nas atividades da vida diária e na qualidade de vida dos doentes. Avaliou-se os resultados obtidos estão alinhados com as expectativas teóricas e com os dados de estudos prévios.

- Variáveis: consideramos as variáveis e tudo o que possa ter influenciado os resultados. Identificamos fatores como a idade dos participantes, gravidade da doença respiratória, adesão ao tratamento e características da equipa de reabilitação.
- Implicações clínicas: foram ainda exploradas as implicações práticas dos resultados em termos de intervenções e abordagens clínicas.
- Contribuições e avanços: foi dado destaque às contribuições do estudo para o campo da reabilitação respiratória.

3.2.1 Dados sociodemográficos

No que diz respeito à análise e comparação dos dados sociodemográficos, no nosso estudo verifica-se uma média de idade de 64,3 que correspondem aos dados do INE (2022) em que 43,9% da população com mais de 16 anos têm uma doença crónica. Segundo relatório da OCDE de 2021, cerca de 41% da população portuguesa com idade igual ou superior a 16 anos referem ser portadores de uma doença crónica, todavia, não possuímos dados quanto à especificidade do tipo de doença. O INE (2022), informa também que este problema afeta mais mulheres cerca de 47,0% do que os homens (40,4%) (INE, 2023), todavia, segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018), as doenças respiratórias constituem desde 2015 a 3ª causa de morte, mais frequente nos homens. A maioria da nossa amostra representa o género feminino 56,7%. Quanto às habilitações académicas a maioria possuem o primeiro ciclo representado com 46,7% da amostra e segundo dados do relatório da OCDE a proporção de pessoas que possuem ter doenças crónicas, têm também uma percentagem elevada era consideravelmente menor para a população que tinha concluído o ensino secundário ou o ensino superior (nos dois casos, cerca de 31% em 2021), comparativamente à população com ensino básico (53,3%) e à população sem qualquer nível de escolaridade completo (80,1%) (OCDE, 2021).

Na nossa amostra a patologia verificada com maior percentagem foi a DPOC com 66,7%, segundo o boletim do INE sobre estatísticas da saúde 2020 (publicado em 2022) não faz qualquer referência à DPOC ou a doenças do aparelho respiratório, e o de 2019 (publicado em 2021) apenas refere naquele ano uma mortalidade de 10,9% atribuível a doenças do aparelho respiratório em geral, e segundo relatório da OCDE (2021), em 2020 a DPOC

responsabilizou-se por 3054 mortes, correspondendo a 2,7% da mortalidade nesse ano no nosso país.

Em relação aos hábitos tabágicos, o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, publicado pelo INE (2019) mostrou uma taxa de fumadores de 17%, 23,9 no género masculino e 10,9 no género feminino, todavia não temos informação detalhada, se dos não fumadores já foram fumadores, isto é, se existem ex-fumadores. Na nossa amostra essa divisão foi feita e verificou-se 1 fumador ativo, 33,3% não fumadores em que 7 são do género masculino e 3 do feminino, já dos 19 representados por ex-fumadores, 14 são do género feminino e 5 são do masculino. Portanto se no país o género masculino tem uma maior representatividade enquanto fumadores, no nosso estudo o único fumador também é do género masculino, mas se considerarmos que os ex-fumadores já fumaram o género feminino têm uma maior representatividade. Num estudo desenvolvido por Maria Rodrigues (2021) permitiu verificar que 52,2% dos participantes eram ex-fumadores, 28,3% nunca fumaram e fumadores ativos representavam 19,6% de uma amostra de 46 participantes, comprovando-se uma percentagem igualmente maior, no nosso estudo em relação aos ex-fumadores.

Através destes dados, verificamos que a cessação tabágica está a aumentar, evidenciando-se a importância de manter as ações de sensibilização para deixar de fumar, pois o tabaco continua a ser um fator de risco para as DR.

3.2.2 Dados Clínicos

Verificam-se ganhos em saúde após implementação do PRR, no desempenho das AVD, no quadro domínios da LCADL e na capacidade funcional pois registaram-se sempre os mesmos valores, ou seja, existe sempre diferença estatisticamente significativa em relação ao antes e ao depois da realização do PRR.

Comparando com outros estudos realizados, por exemplo num estudo realizado por M. F. Rodrigues et al.,(2021), que tinha como objetivo avaliar o impacto de um programa de reabilitação respiratória na realização da AVD no domínio do Lazer, medido pela LCADL, foram incluídos 46 participantes a maioria do género masculino e identificaram diferenças estatisticamente significativas ($z=-3,395$, $p=0,001$), verificando-se ganhos clínicos no domínio do lazer da LCADL, tal e qual como no nosso estudo em que o valor verificado do score no domínio do lazer foi de ($z=-3,805$, $p<0,001$).

Gaspar et al., (2019) realizaram uma scoping review onde incluíram 10 estudos cujo objetivo era conhecer o impacto dos PRR realizados por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em pessoas com doença respiratória crónica. Os autores concluíram que os programas de treino de exercício elaborados e implementados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação permitem diminuir a dispneia e a ansiedade e melhoram a tolerância ao esforço, facilitando assim as AVD's.

Num outro estudo realizado por Liliana Silva e Bruno Delgado (2020), e que tinham como objetivo demonstrar a efetividade de um PRR domiciliária, desenvolveram um estudo de caso num doente com DPOC, com 70 anos de idade e que realizou 16 sessões de um PRR domiciliário, ao longo de 8 semanas. Foi realizada a avaliação funcional na admissão e na alta, utilizando o questionário clínico para a DPOC, TSL1M e Índice de Barthel. No teste de sentar e levantar em 1 minuto, o doente demonstrou uma melhoria funcional com significado clínico, pois apresentou uma variação clínica superior a 3 repetições, com 5 repetições no pré intervenção e 14 no pós intervenção, existindo uma melhoria de 9 repetições(L. Silva & Delgado, 2020), enquanto que no nosso a melhoria foi de 3,13 repetições mas que se confirma igualmente uma melhoria na capacidade funcional.

Luís Gaspar e Paula Martins em 2018, desenvolveram um estudo em que a sua finalidade era conhecer o impacto do PRR nos autocuidados higiene, vestir/despir e andar. A amostra era constituída por 38 pessoas com doença respiratória crónica, a sua maioria do género masculino e que durante 13 semanas, 3 vezes por semana, foram submetidos a um PRR. O impacto da RR nos autocuidados foi avaliado através da LCADL, antes e depois do PRR. Os resultados obtidos revelaram uma melhoria estatisticamente significativa ($p < 0,001$), em todos os autocuidados estudados. No nosso estudo existe também uma melhoria em todos os domínios da LCADL em desempenhar as atividades de vida diária.

Num outro estudo realizado por Sónia Rocha (2017) onde participaram 60 participantes maioritariamente do género masculino com DPOC, foram também comprovadas diferenças estatísticas nos diferentes domínios da LCADL. Neste estudo pretendia-se avaliar o impacto de um PRR na qualidade de vida e capacidade de realizar atividades de vida diária em pessoas com DPOC. Para avaliação do impacto foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados, a LCADL e o questionário MOS SF-36 e aplicados em dois momentos, antes e após o PRR. Concluíram que os programas de reabilitação respiratória, realizados em contexto hospitalar apresentam benefícios para as pessoas com

DPOC, uma vez que estas pessoas melhoram significativamente a capacidade para executar as AVD.

Pereira et al., (2020) num estudo que efetuou, tinha como interesse identificar o impacto de um programa de RR, prescrito por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, da pessoa com DPOC. Neste estudo, comprovou que as pessoas com DPOC, que participaram no PRR, prescrito por enfermeiros, revelaram uma redução nos níveis de fadiga, melhoria na qualidade de vida e na capacidade para executar as AVD.

Outro estudo desenvolvido por Rodrigues (2021), tinha como objetivo avaliar o impacto do PRR nas AVD dos doentes com DPOC. A amostra era composta por 46 participantes maioritariamente do género masculino, com média de idade de 63 anos e conclui que o PRR tem influência positiva com ganhos clínicos nos diferentes domínios da LCADL após a realização do PRR, traduzidos na diminuição das limitações na realização das AVD's bem como na diminuição da limitação respiratória.

Concluimos que este estudo corrobora com a evidência de outros estudos.

**4 CONCLUSÕES DO ESTUDO E CONTRIBUTO PARA A PRÁTICA
CLÍNICA**

Concluindo e fornecendo a resposta à questão de investigação impulsionadora deste estudo, entendemos que o PRR tem uma influência positivo na medida em que os doentes atingiram uma maior tolerância no desempenho das atividades de vida diária, diminuíram as suas limitações e adquiriram uma maior capacidade funcional, contrariando o ciclo vicioso da inatividade e todas as suas consequências. Alcançaram mais autonomia e melhor qualidade de vida.

Constatou-se que a maioria dos participantes eram do género feminino, contrariando a evidência da revisão da literatura, com idade média de sessenta e quatro anos, seguindo neste parâmetro a evidencia científica. Através da LCADL comprovou-se a existências de ganhos em saúde em todos os domínios das AVD. O mesmo se verificou na capacidade funcional avaliada através do TSL1M.

Verifica-se ainda que um EEER assume um papel fundamental na relação e no acompanhamento das pessoas com doença respiratória crónica, atribuindo-lhes conhecimento para aquisição de estratégias adaptativas, contribuindo para a capacitação destas, em realizar as atividades de vida diária com maior capacidade e menor limitação. Maior autonomia, melhor qualidade de vida e reintegração no meio social na comunidade.

No decurso deste estudo, surgiram algumas limitações, entre elas: as desistências dos doentes a meio dos programas de reabilitação, por agudização do quadro clínico e com internamentos prolongados. As desistências relacionadas com questões pessoais limitaram também o tamanho da amostra. Acrescento ainda o período que a Comissão de Ética do hospital demorou a autorizar a realização do estudo, e os horários disponíveis, como fatores que atrasaram a persecução do trabalho.

O programa envolveu uma equipa multidisciplinar, e só a colaboração entre todos os profissionais permitiu uma abordagem holística, integrando aspetos médicos, psicossociais e educacionais. Esse tipo de abordagem colaborativa resulta em melhores resultados de tratamento e cuidado ao doente.

Em suma, o programa de reabilitação respiratória desempenha um papel crucial na prática clínica, proporcionando benefícios significativos aos pacientes com disfunções respiratórias. Ao melhorar a função pulmonar, reduzir sintomas, melhorar a qualidade de vida e promover a adesão ao tratamento, este tipo programa apresenta-se como uma estratégia eficaz no tratamento das doenças respiratórias, contribuindo para uma prática clínica mais abrangente e centrada na pessoa.

A partilha de conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação enquanto investigação é também considerado como um contributo para a melhoria da prática diária nos cuidados prestados à pessoa portadora de doença respiratória, independentemente da causa.

Como sugestão compreendo ser importante:

- * Promover e alargar a implementação de PRR a um maior número de pessoas com doença respiratória crónica, pois os seus benefícios são evidentes.
- * Aumentar sessões educacionais junto da população, fornecendo mais conhecimento para desenvolverem mais capacidade na autogestão da sua própria doença,
- * Promover ações de sensibilização para os efeitos nocivos que o tabaco provoca na saúde
- * Melhorar o acesso aos programas de reabilitação, por parte dos sistemas de saúde e do governo, garantindo que os recursos necessários estejam disponíveis e que haja um maior esforço de conscientização sobre sua importância.
- * Estimular a pesquisa na área de reabilitação respiratória para identificar novas abordagens terapêuticas, avaliar a eficácia de intervenções existentes e promover a melhoria contínua da prática clínica.

A tele-reabilitação, também conhecida como reabilitação à distância, refere-se ao uso de tecnologias de comunicação e informação para fornecer serviços de reabilitação remotamente. Ela envolve a utilização de videochamadas, aplicativos móveis, dispositivos vestíveis e outras ferramentas tecnológicas para permitir a interação entre o doente e o profissional de saúde, mesmo que estejam em locais diferentes. Portanto apresenta benefícios e contributos para a prática clínica. Assim sendo ao sugerir este tipo de reabilitação à distância, proporcionamos o acesso a PRR ultrapassando as barreiras geográficas, facilitando a continuidade de cuidados ao longo do tempo; reduz os custos associados à deslocação dos doentes para os centros /instituições de reabilitação; possibilita o acesso a informações e orientações educacionais aos doente e familiares, pelos profissionais de saúde, promovendo a compreensão da condição de saúde, a adoção de hábitos saudáveis e a participação ativa na reabilitação; monitoriza as condições clínica e evolução do PRR à distancia, ajustando o tratamento face às necessidades de forma mais precoce.

É importante ressaltar que a tele-reabilitação não substitui completamente a interação presencial entre o doente e o profissional de saúde, especialmente em casos mais complexos. No entanto, ela pode ser uma ferramenta complementar valiosa na prática clínica, oferecendo benefícios significativos para o acesso e a continuidade do cuidado em reabilitação.

Face aos benefícios que a reabilitação respiratória apresenta, é importante promover e abranger um maior número de pessoas com doença respiratória a participar nos PRR, integrando-as em programas nos mais diversos locais para o efeito, em que o objetivo será ultrapassar o valor dos 2% a que têm acesso a eles, e desta forma influenciar e contribuir para a prática clínica baseada na evidência científica.

**CAPÍTULO III – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESPECÍFICAS
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO E DAS
COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.**

A crescente evolução operacionalizada no seio de qualquer profissão obriga-nos a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização profissional e à otimização de recursos.

A transformação do enfermeiro de cuidados gerais em especialista, pressupõe que este tenha por base um conhecimento acerca das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Além desse conhecimento, todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, partilham competências comuns demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. O enfermeiro especialista em enfermagem é aquele a quem é reconhecida competências científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade. De acordo com o Regulamento, as competências comuns do enfermeiro especialista englobam quatro domínios ou competências, que estão devidamente regulamentados no Regulamento nº 140/2019, publicado no diário da república, 2ª série - nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, sendo eles (Ordem dos Enfermeiros, 2019a):

- ✓ Responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Melhoria continua da qualidade
- ✓ Gestão de cuidados
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Deste modo, estas quatro competências são requisitos fundamentais de um qualquer enfermeiro especialista para o exercício das suas funções, que ao longo deste estágio foram adquiridas, através das atividades desenvolvidas, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências são:

- “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”.
- “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

No decorrer do estágio todas as atividades desenvolvidas, respeitaram estas competências na medida em que as tomadas de decisão tinham sempre em consideração os princípios, valores e normas deontológicas. É fundamental estarmos consciencializados que, para uma visão holística da pessoa, devemos compreendê-la na sua singularidade, atender à sua dignidade e respeitá-la como ser humano que é, com as suas crenças e valores. Perante isto, desenvolveu-se um comportamento recetivo, demonstrando vontade e abertura para responder às necessidades do indivíduo, ajudando-o na sua recuperação funcional e maximizando as suas capacidades, reconhecendo-o como ser único e digno dos seus cuidados.

Igualmente como se verifica no artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no nº 1 diz “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, definindo o nº 2 do mesmo artigo os objetivos fundamentais do exercício da atividade profissional e que passam “pela promoção da saúde, e prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação a reinserção social” (Decreto-lei, 1996).

Também o princípio da autonomia foi cumprido na medida em que foi sempre facultado, ao doente, o consentimento informado para qualquer intervenção a que ia ser submetido, assim como para a participação no trabalho de investigação desenvolvido ao longo do estágio.

O respeito, promoção e proteção da pessoa são as bases orientadoras do consentimento informado, relacionando-se com conceitos como, a autodeterminação, a liberdade individual, a vontade esclarecida e a escolha pessoal. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), o consentimento informado é definido como “a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado na intervenção de Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Para a execução do trabalho de investigação, procedeu-se à obtenção do consentimento informado dos participantes, em que estes foram devidamente informados relativamente aos procedimentos e objetivos do mesmo, e que seriam livres de desistir a qualquer momento sem que isso fosse alvo de qualquer tipo de prejuízo para a continuidade dos cuidados prestados.

As competências relacionadas com o domínio da melhoria contínua da qualidade são:

- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”.
- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”.
- “Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

Para melhoria da qualidade dos cuidados e da capacidade de aprendizagem, não bastou apenas clarificar e retirar dúvidas com os profissionais, mas ainda um investimento na formação de forma contínua. A Ordem do Enfermeiros (2015), refere que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, é reforçada a ideia que o EEER deve orientar a sua prática baseando-se na melhor evidência disponível, visando a melhoria contínua da qualidade no seu exercício profissional e nos cuidados prestados (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), 2015)

Neste sentido, durante o período de estágio procuramos ampliar conhecimentos na área de prestação de cuidados de ER à pessoa com alterações do foro respiratório, e que permitissem mobilizar e utilizar a melhor evidência possível.

De forma a consolidar e adquirir novas aprendizagens, recorri à bibliografia disponível em livros, revistas, artigos científicos, sites de entidades governamentais e não governamentais e ainda bases de dados fidedignas. Apesar de ter revisto várias técnicas e conceitos na área da ER, o meu estudo foi direcionado, para o desenvolvimento de conhecimentos técnicos e científicos na área do doente com doenças respiratórias crónicas.

A consulta do processo clínico é também auxiliar na definição do problema, e na conceção do melhor programa de reabilitação individualizado a ser instituído.

Nesta unidade hospitalar o sistema informático utilizado é o software SClinic. Segundo Queiroz, Schulz e Barbosa (2017), a informática na enfermagem oferece melhoria na

qualidade da assistência prestada, gerando incrementação na produtividade, redução de custos e diminuição da carga burocrática do enfermeiro. Estas ferramentas permitem gerar indicadores de qualidade e de cuidados sensíveis de enfermagem, o que será cada vez mais essencial para o sucesso, credibilização e valorização da nossa profissão (Sousa Queiroz et al., 2017).

O processo de reabilitação enquadrado numa dimensão holística do desenvolvimento humano, deve ser iniciado logo após a ocorrência de alterações na vida da pessoa (Vieira & Marques, 2016), pelo que a sua implementação “surge no caminho da dependência/independência, em todas as AVD alteradas, com objetivos validados com a pessoa e familiares/cuidadores” (Marques & Vieira, 2016, p. 17). Assim, antes do estabelecimento de um PR, é imperioso a realização de uma avaliação inicial (Hoeman, 2011).

Neste serviço a avaliação inicial era realizada através de um documento protocolado, que engloba componente de dados pessoais, como sejam: antecedentes clínicos; medicação habitual; qual o cuidador informal e seu contacto; quais as condições habitacionais; a avaliação da dispneia segundo escalas; o grau de dependência nas AVD através da LCADL; a capacidade suportada pelo TSLIM; a presença de sintomas respiratórios e suas características, tipo de sono. Todo o processo de reabilitação é sustentado pela utilização de instrumentos de avaliação, que segundo Hoeman (2011) constituem uma mais-valia na avaliação da incapacidade, monitorização dos progressos, melhoria da comunicação com a equipa multidisciplinar, medição da eficácia e dos benefícios das intervenções de enfermagem, bem como na documentação e continuidade dos cuidados. Os instrumentos de avaliação mais utilizados foram todas as escalas e testes mencionados anteriormente, desenvolvidos na avaliação inicial e ao longo do PRR.

No final de cada turno, existe uma reunião informal entre os enfermeiros, com o objetivo de monitorizar os cuidados prestados, verificar as intervenções desenvolvidas e implementadas, e avaliar as respostas ou ganhos alcançados, de forma a reajustar, se necessário, o programa de reabilitação.

Os enfermeiros também disponibilizam o seu contacto telefónico profissional, aos doentes /cuidadores, com o objetivo de estes, esclarecerem dúvidas e assim, conseguirem alcançar da melhor forma a gestão da sua própria doença no domicílio. Outro aspeto que sobressai é a preocupação e a sensibilidade que os enfermeiros têm na gestão e na

elaboração dos horários das sessões de reabilitação dos doentes, pois muitos deles, devido ao uso contínuo de oxigenoterapia, residirem longe do hospital e sofrerem de alterações da mobilidade e intolerância á atividade física, são transportados por ambulâncias, o que cria constrangimentos no processo.

A garantia de um ambiente terapêutico e seguro, foi sempre um objetivo nas atividades desenvolvidas diariamente, uma vez que durante a prestação de cuidados, as condições de controlo de infeção eram mantidas e asseguradas de forma escrupulosa. Exemplo paradigmático era a higienização da sala e do material de apoio, sempre que terminava o programa de reabilitação de um doente. A utilização do ginásio era reservada apenas para doentes infetados, onde estão tipificadas condições específicas de desinfeção de espaço e materiais clínicos. Todos estes procedimentos eram devidamente cumpridos, seguindo os protocolos existentes na instituição.

Quanto às competências relacionadas com a Gestão de cuidados elas são:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;

Para além da prestação de cuidados especializados aos doentes, também a articulação do transporte e a gestão dos horários que cada um frequentava e que pudesse interferir com outros doentes, era objeto de estudo e intervenção do EER. O objetivo da equipa era proporcionar o melhor atendimento possível. Desde a execução dos exames auxiliares de diagnóstico, às consultas médicas, tudo era planeado, orientado e reajustado, de acordo com as necessidades identificadas, de cada doente. Através da avaliação dessas necessidades, geríamos os recursos disponíveis e desenvolvíamos um plano de cuidados individualizado, considerando os fatores físicos, emocionais e sociais. Os programas de educação e formação direcionados ao doente e família foram desenvolvidos diariamente na componente educacional do programa de reabilitação ajudando a desenvolver em simultâneo o trabalho de investigação promovendo a saúde, prevenindo as exacerbações das doenças e garantindo a adesão ao tratamento.

Portanto a tomada de decisão era assumida de forma consciente depois de ponderada com o objetivo de dar continuidade aos cuidados prestados, assegurando a sua qualidade.

A reunião realizada com a equipa médica, semanalmente, permite igualmente, a aquisição de competências no que diz respeito a gestão de recursos e melhoria de qualidade dos cuidados prestados, pois é através destas que analisávamos caso a caso e discutíamos as melhores estratégias a adotar. Em suma para a existência de uma boa gestão de cuidados, a compreensão das necessidades particulares de cada doente era preocupação diária dos EEER de forma a proporcionar as condições adequadas para o sucesso do tratamento, servindo de base de sustentação e orientação para o alcance de uma melhor qualidade de vida, bem-estar e autonomia.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as competências são as seguintes:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;

A aprendizagem é uma necessidade intrínseca a todos os enfermeiros, pela constante evolução do conhecimento técnico e científico na área da saúde. Tendo em consideração a importância da contínua otimização de resultados e as evolutivas necessidades da população alvo de cuidados, é importante a atualização e contínua formação no processo de desenvolvimento do EEER (Barata, 2017).

Ao longo deste percurso, houve a necessidade de aprofundar os conhecimentos previamente adquiridos durante o percurso formativo, como também a aquisição de novos conhecimentos, estabelecer relações interpessoais de qualidade, desenvolver uma gestão assertiva das emoções. A aplicação da evidência científica, através da consulta de bases de dados bem como a discussão de normas e protocolos regulamentados, permitiu uma praxis clínica mais efetiva com repercussões na qualidade de cuidados.

Com o decorrer do estágio foi cada vez mais frequente desenvolver períodos de reflexão, que permitiram repensar atitudes e decisões. Este processo de introspeção sobre os objetivos e metas traçados permitiu o desenvolvimento de competências de autoconhecimento e uma maior assertividade aquando da realização das atividades e cuidados prestados.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para além das competências comuns dos enfermeiros especialista, já aqui descritas, acresce de competências específicas na área de especialidades (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O Regulamento n.º 392/2019 estabelece as seguintes competências específicas:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa : (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Durante este percurso académico foram facultadas ferramentas quer teóricas quer práticas para desenvolver competências específicas na área da especialidade de enfermagem de reabilitação. Essas ferramentas foram aplicadas ao longo do contexto clínico, sustentadas por pesquisa bibliográfica contínua e com a articulação com os enfermeiros de reabilitação e equipa multidisciplinar.

O EEER concebe, implementa e monitoriza planos e programas de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade. Os conhecimentos e a experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O facto de o local de estágio ser um departamento específico de reabilitação respiratória veio facilitar as minhas intervenções na área do doente do foro respiratório, contribuindo e promovendo as aquisições destas competências específicas. Após a avaliação da funcionalidade cardiorrespiratório e identificadas as necessidades e fatores facilitadores e inibidores de realização das atividades de vida diária, foram concebidos e implementados PRR individualizados e reajustados após avaliação dos resultados das intervenções implementadas. Esta avaliação foi auxiliada recorrendo a escalas de avaliação da dispneia, da capacidade em desenvolver as AVD e da capacidade funcional de cada doente. Todas estas atividades permitiram e facilitaram a execução do trabalho de investigação, que tem por objetivo identificar a influência de um PRR nas atividades de vida diária, em doentes com doença respiratória crónica, o qual foi desenvolvido durante o período de estágio.

A educação para a saúde foi obtida através dos ensinamentos realizados de forma periódica e de carácter informal, que permitiu promover o conhecimento e a capacidade do doente

em se adaptar à sua nova condição de doença, permitindo uma maior autonomia no desempenho das suas AVD.

O ensinar, instruir e treinar são três ações que foram permanentemente executadas ao longo do estágio, de forma a melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, portanto o plano de cuidados implementado individualmente, era sistematicamente monitorizado e avaliado ajustando as intervenções e assim maximizar as capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho respiratório, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal.

Em suma, este estágio permitiu adquirir conhecimentos e desenvolver competências do EER, regulamentadas pela OE, que em muito enriquecem e enaltecem no cuidar do doente.

CONCLUSÃO

No decorrer deste ENP em Reabilitação Respiratória, pude observar e aprender uma variedade de aspetos relacionados ao tratamento e cuidado de doentes com disfunções respiratórias. Através das experiências práticas e da interação com a equipa multidisciplinar, adquiri conhecimentos sobre a importância da reabilitação na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Durante o estágio, observei de perto o impacto positivo que as intervenções do EEER têm na capacidade respiratória, no fortalecimento muscular e no controlo de sintomas respiratórios, como a dispneia e a fadiga. Além disso, compreendi a importância da educação do doente e da família, no fornecimento de informações e orientações sobre a doença, promovendo a adesão destes ao tratamento.

Ao realizar avaliações e intervenções específicas, através de Programas de Reabilitação Respiratória como exercícios respiratórios, técnicas de expansão torácica e manejo de secreções, pude presenciar melhorias significativas nos pacientes, tanto a curto quanto a longo prazo. Essas melhorias incluíram um aumento da capacidade pulmonar, a redução de sintomas, a melhoria da qualidade de vida e a reintegração das atividades diárias.

Também, no decorrer do estágio, entendi a importância da colaboração interdisciplinar na reabilitação respiratória. Trabalhar em equipa, em conjunto com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, permitiu uma abordagem abrangente e eficaz no cuidado dos doentes. A troca de conhecimentos e a comunicação constante entre os membros da equipa foram fundamentais para o sucesso do tratamento.

O estudo de investigação desenvolvido contribuiu para a compreensão da reabilitação respiratória como um componente essencial do cuidado de doentes com DRC. Os resultados fornecem evidências sólidas sobre a eficácia das intervenções e enfatizam a importância de uma abordagem multidisciplinar. Esperamos que estudo inspire futuras pesquisas e possa contribuir para a melhoria da prática clínica, promover melhores resultados de saúde e qualidade de vida para os doentes que beneficiam da reabilitação respiratória.

Em resumo, este estágio proporcionou-me uma experiência enriquecedora e uma visão aprofundada do campo da reabilitação respiratória. Através da aplicação prática dos conhecimentos teóricos, adquiridos ao longo da minha formação académica, pude contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar dos doentes. Estou grata pela

oportunidade de participar neste estágio e confiante de que os conhecimentos e experiências adquiridas serão valiosas para minha carreira profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, A. F., Bárbara, C., & Gomes, E. M. (2016). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Em *Dgs*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx>
- Araújo, A. T. de. (2017). Doenças Respiratórias Crónicas em Portugal: Estratégias, Intervenções e Desafios. Em *Fundação Portuguesa do Pulmão*. [http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Doencas Respiratorias Cronicas em Portugal - Consenso.pdf](http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Doencas%20Respiratorias%20Cronicas%20em%20Portugal%20-%20Consenso.pdf)<http://pns.dgs.log.pt/2010/10/27/fpp-2/>
- Barata, L. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional - A importância da formação contínua. Em Lusodidata (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123–137).
- Barbosa, M. T., Morais-Almeida, M., Sousa, C. S., & Bousquet, J. (2021). The “Big Five” Lung Diseases in CoViD-19 Pandemic – a Google Trends analysis. *Pulmonology*, 27(1), 71–72. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.06.008>
- Bisca, G. W., Proença, M., Salomão, A., Hernandez, N. A., & Pitta, F. (2014). Minimal detectable change of the london chest activity of daily living scale in patients with COPD. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 34(3), 213–216. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000047>
- Cordeiro, M. (2020). *DPOC: Abordagem a 360º do Hospital para o Domicílio* (SABOOKS (ed.); 1 Edição).
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas* (Lusociência (ed.); 1ª).
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137–145. <https://doi.org/https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Decreto-lei, E. (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Servir (Lisbon, Portugal)*, 44(5), 267–270.
- DGS. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). *Chest*, 131(5 SUPPL.), 21. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.07-0892>
- DGS. (2019a). Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica no adulto. Em *26 De Agosto De 2019*. www.dgs.pt

- DGS. (2019b). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. Em *DGS - 07/08/2019* (Número Tabela 1). www.dgs.pt
- Direção Geral da Saúde. (2019). Programas de Reabilitação Respiratória nos CSP. Em *DGS* (014/2019).
- FIRS. (2017). Doenças Respiratórias no Mundo Realidades de Hoje - Oportunidades para o Amanhã. Em *Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais* (European R, Número 3). Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais
- Fortin, M. F. (2011). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Em Lusociência (Ed.), *Universa medicina* (Vol. 27, Número 4). <https://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/287>
- FPP. (2022). *Observatório Nacional Doenças Respiratórias 2022*. <https://ondr2022.fundacaoportuguesadopulmao.org/>
- Gaspar, L., Ferreira, D., Vieira, F., Machado, P., & Padilha, M. (2019). O treino de exercício em pessoas com doença respiratória crónica estabilizada : uma Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 59–65. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.08.4567>
- Gaspar, L., & Martins, P. (2018a). Impacto de um programa de reabilitação respiratória nos autocuidados higiene, vestir-se/despirm-se e andar avaliados pela escala London Chest of Daily Living em pessoas com doença respiratória crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 13–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.02.4387>
- Gaspar, L., & Martins, P. (2018b). Reabilitação respiratória em pessoas com bronquiectasias não fibrose quística: qualidade de vida, ansiedade e função respiratória. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 38–44. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.06.4392>
- Gehlen, C. D., Araújo, D. B. S., Novaes, M. K., & Moreira, P. de A. (2023). Associação entre nível de Atividade Física, Dispneia e Fadiga em indivíduos com DPOC. *Revista Dom Acadêmico*, 2(2526–8856). <https://www.unidombosco.edu.br/revistas/index.php/domacademico/article/view/136>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e*

- Resultados Esperados* (Lusodidacta (ed.); 4^a).
- Hoeman, S. P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Actividades de Vida Diária. Em Lusodidacta (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 209–270).
- INE. (2023). *Estatísticas da Saúde - 2021* (INE (ed.)). <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Estatísticas da Saúde - 2019. Em *Instituto Nacional de Estatística*.
- Lopez Perez, M., Rodrigues, T., Dias Botelho, M., Santos Silva, N., Miguel Delgado, B., & De Jesus Oliveira, I. (2021). A Relevância Da Enfermagem De Reabilitação No Serviço De Urgência: Focus Group. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 30–37. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.183>
- Loureiro, H., Mendes, A., Borges, E., Borges, M. das N., Melo, E., Tavares, J., Loureiro, M., Gomes, J., Abreu, M., Cerqueira, M., Rua, M., Queirós, P., & Costa, R. (2019). International Congress of Occupational Health Nursing - ICOHN: Proceedings. Em *International Congress of Occupational Health Nursing - ICOHN: Proceedings* (Número June). https://ria.ua.pt/bitstream/10773/26261/3/Ebook_ICOHN_Final%28HL%29.pdf
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (ReportNumber (ed.); 7 Edição).
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (Springer Publishing Company (ed.)). <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: Development & Progress. Em Lippincott Williams & Wilkins (Ed.), *ASHA Leader* (5.^a ed., Vol. 14, Número 6). <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/138886/1/9781605472119.pdf>
- Meleis, Afaf Ibrahim, Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em

- Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–66. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2011). *Parecer sobre Atividades de vida diária - nº12/2011* (Número 2003).
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2015). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*, 60. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEERReabilitacao.pdf>
- OCDE. (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE. Em *OCDE Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas*. <https://doi.org/org/10.1787/766c3111-pt>
- ONDR. (2020). Ondr 2020. Em *Fundação Portuguesa do Pulmão*. www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de Boas Práticas Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação* (Ordem dos). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República, 2ª série: Vol. nº26*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Em *Diário da República, 2ª série - nº 85 - 3 de maio de 2019*. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

- Organização Mundial de Saúde. (2022). World health statistics 2022 (Monitoring health of the SDGs). Em *Monitoring health of the SDGs*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2022). *Relatório de Status Global sobre Atividade Física 2022*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>
- Pereira, M. A. S., Moreita, A. F. B., Machado, P. A. P., & Padilha, J. M. S. C. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 N.2(15-12-2020), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823>
- Polit, D. F., Beck, C. ., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (Artmed (ed.); 5.^a ed.).
- PORDATA. (2023). *Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes*. Base de Dados Portugal Contemporaneo. <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/grafico/5834572>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Lidel).
- Rocha, S. M. P. (2017). *Impacto de um PRR na qualidade de vida e nas atividades de vida diária de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto
- Rodrigues, C., Martins, V., Munhá, J., & Branco, C. (2019). *Como melhorar a implementação da reabilitação Respiratória*. [https://www.linde-healthcare.pt/pt/images/Linde Saude newsletter 04 2019_tcm308-553536.pdf](https://www.linde-healthcare.pt/pt/images/Linde_Saude_newsletter_04_2019_tcm308-553536.pdf)
- Rodrigues, F. (2022). *O que é a Reabilitação Respiratória e quais os seus benefícios?* Fundação Portuguesa do Pulmão. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/publicacoes/conteudos/o-que-e-a-reabilitacao-respiratoria-e-quais-os-seus-beneficios/?sback>
- Rodrigues, M. F., Marques, G., Couto, G., Marques, R., Mar, M. J., & Araújo, A. I. (2021). LAZER: Um Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Autonomia da pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 64-71. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.179>
- Silva, L., & Delgado, B. (2020). Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Reabilitação*, 3, 50-55.

<https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>

- Silva, R., Carvalho, A. M., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem, February*, 35–44. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). a Enfermagem De Reabilitação No Empoderamento E Capacitação Da Pessoa Em Processos De Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Sousa Queiroz, P. E., Schulz, R. da S., & Barbosa, J. D. V. (2017). Importância Da Tecnologia No Processo De Enfermagem Para O Tratamento De Feridas Crônicas. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 158–166. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1182>
- Vaidya, T., de Bisschop, C., Beaumont, M., Ouksel, H., Jean, V., Dessables, F., & Chambellan, A. (2016). Is the 1-minute sit-to-stand test a good tool for the evaluation of the impact of pulmonary rehabilitation? Determination of the minimal important difference in COPD. *International Journal of COPD*, 11(1), 2609–2616. <https://doi.org/10.2147/COPD.S115439>
- Vanessa, S., Nicoli, O., Mt, A., & Antonio, F. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14, 27–43. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30217-8](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30217-8)
- Vasconcelos, E. (1992). Receba bem o estagiário. *Formar*, 7((Ago./Set./Out.1992)), 28–31.
- Vieira, C., & Marques, L. S. (2016). O Processo de Reabilitação. Em Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15–23).
- Vilarinho, R., Serra, L., Coxo, R., Carvalho, J., Esteves, C., Montes, A. M., & Caneiras, C. (2021). Effects of a home-based pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease in gold b group: A pilot study. *Healthcare (Switzerland)*, 9(5). <https://doi.org/10.3390/healthcare9050538>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento* (Sílabo (ed.)).

ANEXOS

ANEXO I – DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Considerando os pareceres favoráveis da Comissão de Ética e do Centro de Epidemiologia Hospitalar, dado que se encontram reunidos os requisitos e demais trâmites previstos no circuito para submissão de projetos de investigação no Centro Hospitalar Universitário de S. João e em conformidade com as disposições legais em vigor, o Conselho de Administração – ao abrigo da competência prevista na alínea k), Artigo 71.º dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto – delibera:

1. Aprovar a realização do projeto de investigação:
 - “Reabilitação Respiratória, à pessoa com doença respiratória crónica: impacto nas atividades de vida diária”.
 - Serviço(s) onde decorrerá o projeto de investigação: Pneumologia - Cinesiterapia Respiratória.
 - Investigador principal: Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia.
2. Remeta-se à Comissão de Ética para os procedimentos adequados e demais trâmites convenientes.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO, EPE • REUNIÃO DE 24 DE NOVEMBRO DE 2022			
Presidente do Conselho de Administração			
Diretora Clínica	Enfermeira Diretora	Vogal Executivo	Vogal Executiva
			
(Prof.ª Doutora Maria João Baptista)	(Enfermeira Filomena Cardoso)	(Dr. Luís Porto Gomes)	(Dra. Sofia Leal)

) Comissão de Ética
) Centro de Epidemiologia Hospitalar
) Direção Clínica

☐ CES 258/2022

Parecer da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Reabilitação Respiratória à pessoa com doença respiratória crónica: o impacto nas atividades de vida diária

Nome da Investigadora Principal: Enf.ª Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Pneumologia (Unidade de Cinesiterapia Respiratória). Apresentou declaração do Prof. Doutor Venceslau Hespanhol e da Enf.ª Fátima Gomes.

Objetivos do Estudo:

O objetivo deste estudo é perceber qual o impacto que um Programa de Reabilitação Respiratória tem nas atividades de vida diária no doente com doença Respiratória Crónica.

Estudo realizado no âmbito do Estágio de natureza Profissional, do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Prof.ª Doutora Maria Salomé Martins Ferreira.

Conceção e Pertinência do estudo:

As formas de tratamento existentes, de Doenças Respiratórias Crónicas (DRC), diferem consoante a patologia em causa, no entanto a cirurgia torácica como sendo uma opção de tratamento, requer especial atenção pois acarreta consigo um leque enorme e variadíssimo de complicações, entre elas a insuficiência respiratória aguda, fistula bronco pleural, hemorragia e distúrbios cardiovasculares, complicações estas, intraoperatórias e pós-operatórias, e não esquecendo a doença de base pré-existente.

A reabilitação respiratória assume uma importância crucial quer no período pré e pós-operatório na prevenção de complicações cirúrgicas.

O elevado número de doenças respiratórias confirma a urgência na implementação de programas de reabilitação respiratória, com o objetivo de proporcionar e ensinar à pessoa com doença respiratória crónica, como alcançar o seu máximo potencial para a execução das atividades de vida diária e promover uma melhor qualidade de vida.

A avaliação da capacidade em desempenhar as atividades de vida diária e a capacidade funcional, através de escalas é já utilizada pelo serviço de Cinesiterapia, de modo a quantificar a resposta obtida após a implementação do Programa de Reabilitação Respiratória.

Para o efeito, e uma vez que a investigadora pretende uma relação de causa efeito irá realizar um estudo quase experimental quantitativo numa amostra constituída por doentes portadores de doença respiratória crónica, e posteriormente sujeitos a um programa de reabilitação admitidos em regime de ambulatório, na Unidade de Cinesiterapia Respiratória do CHUSJ e que aceitem participar no estudo.

Estão definidos os critérios de inclusão e as variáveis a recolher. Para a recolha de dados será utilizado um questionário sociodemográfico (anexo) e a escala '*London Chest Activity of Daily Living*' (LCADL) em anexo *não anonimizada* e o Teste de Sentar e Levantar em 1 minuto (TSL1M). A recolha de dados será realizada antes e após a implementação do Programa de Reabilitação Respiratória (PRR), em doentes submetidos a cirurgia torácica pulmonar.

Benefício/risco:

Não estão previstos riscos acrescidos. O estudo incide nos cuidados que já são prestados no serviço.

Confidencialidade dos dados:

Todos os dados serão codificados.

Apresentou um pedido de reutilização de registos clínicos para Investigação e Desenvolvimento ao RAI, e uma 'avaliação sobre o impacto da proteção de dados' para o EPD.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação ao participante e modelo de CI do CHUSJ.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: março de 2023

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo, desde que a investigadora anonimize a escala em itálico e sublinhado.

Porto, 14 de outubro de 2022

A Relatora da CE, Enf.ª Teresa Guerreiro



For entregue a escala devidamente assiniada.

Pedro Bot
10/11/2022



**ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (EPD)
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO, EPE**

Paulo Alexandre Mota da Silva
Encarregado de Proteção de Dados do CHUSJ
epd@chsj.min-saude.pt

Ref.º CES CHUSJ: 258 / 2022

Título do Projeto	Reabilitação Respiratória, a pessoa com doença respiratória crónica: o impacto nas atividades de vida diária		
Responsável pelo tratamento	Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia		
Instituição	Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ) Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC)		
Investigador	<input checked="" type="checkbox"/> Interno	<input type="checkbox"/> Externo	
Contacto telefónico	919911427	Endereço Electrónico	u006600@chsj.min-saude.pt
Profissional de Ligação	Não aplicável		
Amostra	30		
Análise de Risco	<input type="checkbox"/> Tolerável	<input checked="" type="checkbox"/> Baixo	<input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Muito Elevado

Parecer do EPD:

Data: 16/11/2022

Finalidade: perceber qual o impacto que um Programa de Reabilitação Respiratória tem nas atividades de vida diária no doente com doença Respiratória Crónica.

Licitude: fundamento previsto no artigo 6(1)(a) e 9(2)(a) do RGPD.

Categorias de dados pessoais: variáveis identificadas com detalhe na AIPD, datada de 15/11/2022, ponto 13, tendo presente o princípio da minimização dos dados.

Conservação: os dados serão alvo de pseudonimização, armazenados em local seguro, em área restrita com acesso limitado ao Investigador Principal, com acesso a ficheiros protegido por palavra-passe, efetuando-se a conservação até a conclusão da investigação, que se estima ser até 31 de março de 2023. Os dados recolhidos serão destruídos após a finalização do estudo.

Comunicação de Dados: não há partilha de dados pessoais.

Face ao exposto, e observadas as recomendações, entende-se que a presente AIPD apresenta os elementos necessários para assegurar que o tratamento é realizado em conformidade com o RGPD.

Recomendações:

1. Sempre que o consentimento do titular for o fundamento de legitimidade adequado para o tratamento de dados, dever-se-á assegurar que o mesmo é válido nas condições legalmente exigíveis: *uma manifestação de vontade livre, específica, informada e inequívoca*. Neste contexto, o consentimento deverá ser objeto de reflexão por parte do participante fora do ambiente hospitalar, devendo para tal, existir a possibilidade de o mesmo remeter o consentimento por correio em envelope RSF.
2. Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em formato de papel que impeçam o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido;
3. Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos electrónicos de armazenamento (Laptop, Pen, Cloud Institucional), nomeadamente através de medidas de cifragem e autenticação;
4. Garantir as medidas técnicas e organizativas para assegurar que o acesso ao sistema de informação é efetuado apenas por utilizadores devidamente autorizados, em razão da necessidade de conhecer e da segregação de funções (privilégios de acesso por função).
5. Em caso de necessidade de extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos atinentes ao presente parecer o Investigador Principal deverá solicitar a reapreciação do projeto de investigação junto do EPD.

Revisão AIPD:

Data da próxima revisão: ___/___/___ Não carece de revisão.

Anexos:

1. Processo CES n.º 258/2022
2. Parecer CES (14/11/2022)
3. AIPD (15/11/2022)
4. Consentimento Informado e Informação ao Participante
5. Protocolo de Investigação


Encarregado de Proteção de Dados
Assinado por: **PAULO ALEXANDRE MOTA DA SILVA**
Data: 2022.11.16 10:50:00+00'00'
Localização: CHUSJ



CARTÃO DE CIDADÃO

APÊNDICE

APÊNDICE I – PEDIDO AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO HOSPITAL AUTORIZADA

Centro de Epidemiologia Hospitalar
Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.
22 de Novembro de 2022
A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



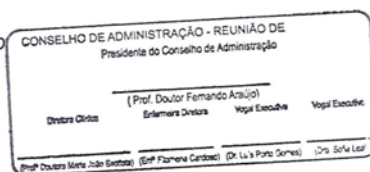
n.º 258 / 22

DIRECÇÃO CLÍNICA
23 NOV 2022

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João



Nome do Investigador Principal:

Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia

Título da Investigação:

«Reabilitação Respiratória, à pessoa com doença respiratória crónica:
impacto na atividades de vida diária.»

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Pneumologia - Cinesiterapia Respiratória

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 20 de Setembro de 2022. 



Encarregado
de Protecção de Dados
Data Protection Officer

Entrada 17/11/2022

assinatura
• Centro Hospitalar São João •
Centro de Epidemiologia Hospitalar

11/11/2022

CES-IM005-0

APÊNDICE II – SUBMISSÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO AUTORIZADA

Questionário eletrónico



SUBMISSÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO PARA PARECER E AUTORIZAÇÃO



Preenchimento em formato digital obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título do projeto: «Reabilitação Respiratória, à pessoa com doença respiratória crónica: impacto na atividades de vida diária.»

Data prevista para início: ____ / 10 / 2022

Data prevista para o término: ____ / 03 / 2023

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

1. Investigador principal

Nome: Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia

Contacto telefónico: 919911427 Endereço eletrónico: xanagou@gmail.com

Afilição institucional: CHUSJ FMUP Outro: _____

Serviço/Departamento: Serviço de Urgência

Grupo profissional: Enfermeira Cédula Profissional n.º: 34184

Formação em Boas Práticas Clínicas (GCP): Não Sim

2. Co-investigadores

Nome: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço eletrónico: _____

Afilição institucional: _____

Grupo profissional: _____ Cédula Profissional n.º: _____

Nome: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço eletrónico: _____

Afilição institucional: _____

Grupo profissional: _____ Cédula Profissional n.º: _____

(acrescentar n.º de investigadores, se apropriado ao projeto de investigação)

3. Promotor (se aplicável): _____

CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

1. Metodologia da investigação

Qualitativa Mista (qualitativa+quantitativa) Outra. Qual? Quantitativa

Se quantitativa:

Experimental Observacional Sem intervenção Com intervenção

Se experimental ou observacional com intervenção, qual o tipo de intervenção?

Algoritmo de decisão diagnóstica/terapêutica Comunicação

Outra. Qual? Instituir programa de reabilitação respiratória

CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

2. Aleatorização dos braços de intervenção: Não Sim

3. Se observacional, qual o desenho?

Coorte prospetivo Coorte retrospectivo Caso-controlo
 Transversal Ecológico Outro. Qual? _____

REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Local onde se realiza a investigação: CHUSJ FMUP Outro

Serviço/Departamento: Pneumologia/Cinesiterapia Respiratória

Existem outros Centros onde se realizará a investigação? Não Sim. Quais? _____

ENTIDADE(S) QUE TUTELA(M) A INVESTIGAÇÃO

1. CHUSJ – Serviço: Pneumologia

2. FMUP – Departamento: _____

3. Outra instituição. Qual? _____

ORIENTADOR (se aplicável)

Nome: Maria Salomé Martins Ferreira

Afiliação: IPVC Endereço eletrónico: salomeferreira@ess.ipvc.pt

PROFISSIONAL DE LIGAÇÃO (se aplicável - ver anexo)

Nome: _____ Serviço: _____

ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Em trabalho académico? Não Sim Conferidor de grau? Não Sim

Síntese dos objetivos:

Identificar qual o contributo/impacto de um programa de reabilitação, no desempenho das atividades de vida diária.

Fundamentação ética (incluir informação sobre o estado da arte, ganhos em conhecimento/ inovação, ponderação geral sobre benefícios/risco):

Será cumprido o sigilo e confidencialidade dos dados obtidos e apresentados apenas os resultados do estudo. Também será explicado aos doentes os objetivos e garantida a sua liberdade de participação no mesmo.

PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO

Doentes? Não Sim

Pessoas incapazes do exercício de autonomia? Não Sim

Pessoas menores de 18 anos? Não Sim. Justifique:

Voluntários saudáveis? Não Sim. Justifique:

PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO

Estão definidos critérios de inclusão / de exclusão de doentes? Não Sim

Onde e como serão recrutados os participantes no estudo?

Doentes admitidos e que e que submetidos aos cuidados prestados no departamento de cinesiterapia.

Qual é o tamanho amostral?

Está prevista a recolha de material biológico específico para a investigação?

Não Sim. Identifique e justifique:

BENEFÍCIO/RISCO DE CORRENTE DA PARTICIPAÇÃO

Descreva os benefícios previsíveis:

Comprovar a importância da implementação de um programa de reabilitação respiratória a doentes com doença respiratória crónica.

Descreva os riscos/incómodos previsíveis:

Não estão previstos acréscimo de riscos/incómodos no exercício deste estudo. O estudo incide nos cuidados que já são prestados pela instituição.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Prevê a obtenção de consentimento informado? Sim Não. Justifique:

Se sim, prevê informação escrita para os participantes?

Não. Justifique:

Sim (se sim, enviar documento de informação a utilizar na investigação)

O modelo para obtenção de consentimento é o modelo institucional do CHUSJ? Não Sim

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Necessita consultar registos clínicos? Não Sim

Está previsto o tratamento de dados pessoais? Não Sim

Se sim, de que forma é garantida a pseudonimização dos dados recolhidos? (codificação, uso de filtros, siglas...)

Codificação

Descreva o património informacional a que pretende ter acesso (v.g.: nome, idade, data nascimento, idade, morada, diagnóstico, história clínica, tratamento...):

nome, data de nascimento, idade, diagnóstico e género.

Está prevista a criação de um Banco de Dados? Não Sim

Está previsto o registo de som ou de imagem dos participantes? Não Sim

O estudo envolve investigação genética? Não Sim

PROPRIEDADE INTELECTUAL

De quem será a propriedade intelectual da investigação e seus resultados?

Investigador

Promotor

Serviço

Todos

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Está prevista a divulgação dos resultados da investigação? Não Sim

Se sim, estão definidos critérios de publicação? Não Sim. Quais? _____

CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Estão previstas contrapartidas para os participantes? Não Sim

Pela participação? Não Sim

Pelas deslocações? Não Sim

Pelas perdas salariais? Não Sim

Por outras perdas e/ou danos? Não Sim

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Estão previstos exames complementares de diagnóstico, para além dos inerentes à rotina assistencial?

Não Sim. Quais? _____

Por quem serão suportados estes custos?

PROTOCOLO FINANCEIRO

Existe protocolo financeiro com o CHUSJ? Não Sim (se sim, enviar documento)

SEGURO

Este estudo prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

Não Sim (se sim, junte cópia da respetiva Apólice)

Data previsível para fim das credenciais de acesso: 30 / 03 / 2022

DOCUMENTOS ANEXOS (em suporte digital)

Protocolo do estudo

Caderno de recolha de dados (CRF)

Declaração Diretor(es) Serviço(s)

Informação Orientador

Profissional de ligação

Informação aos participantes

Modelo de consentimento a utilizar

Instrumentos de avaliação (escalas...)

Curriculum vitae (investigador/es)

Questionário para Encarregado de Proteção de Dados (EPD)

Termo de Responsabilidade do Centro Académico Clínico (para investigadores da FMUP que não pertençam ao CHUSJ)

Protocolo financeiro

Outros

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Aceitação dos termos e condições de reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, maxime dos n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12, ao submeter o presente pedido, concordo e fico ainda juridicamente vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após explicação do RAI do CHUSJ, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e à qualidade da informação a retirar à fonte, razão pela qual, concordando com o RAI, assumimos como compromisso a pseudonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar e respeitar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, poderá resultar no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais, e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.
- Independentemente de requerer a Certidão de Reutilização, DAta REuse Certificate for Research (DARE), comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicitar, no todo ou em parte, resultados da presente investigação.

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia,

abaixo assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes na Declaração de Helsínquia (1960, e sucessivas emendas), e da Organização Mundial de Saúde, da Convenção de Oviedo e das 'Boas Práticas Clínicas' (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CE de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CE o relatório final da investigação, assim que concluído.

Data: 20 / 09 / 2022

Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia
assinatura

.Centro Hospitalar **São João**.

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A) INVESTIGADOR(A). A CES APROVA POR UNANIMIDADE O PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À REALIZAÇÃO DESTA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

14/10/2022
Aguarda esclarecimentos.
[assinatura]
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

[assinatura] 14/11/2022
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

5/5

AVALIAÇÃO DOS DOENTES

Código: _____

DX: _____

Atividades de Vida Diária (LCADL)	Primeira	Ultima
Cuidado Pessoal		
Tomar Banho:		
Vestir a parte superior do tronco		
Calçar sapatos/meias		
Lavar a cabeça		
Tarefas Domésticas		
Fazer a cama		
Mudar o lençol da cama		
Lavar janelas/cortinas		
Limpeza / limpar o pó		
Lavar a loiça		
Aspirar/varrer		
Lazer		
Andar em casa		
Sair socialmente		
Conversar		
Atividade Física		
Subir escada		
Inclinar-se (curvar-se)		

	Primeira	Ultima
TSL1M		
StO2 i		
StO2 f		
BORG i	D	
	F	
BORG f	D	
	F	

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

Muito () Pouco () Nada ()

<i>Legenda</i>
0 Não faria de forma alguma (não é importante ou nunca fez)
1 Não fico com falta de ar.
2 Fico com moderada falta de ar
3 Fico com muito falta de ar
4 Eu não posso mais fazer isso. (Deixou de fazer pela falta de ar e não tem ninguém que faça por si)
5 Eu preciso que outra pessoa faça isso. (se alguém faz ou ajuda pela falta de ar ex: alguém faz as compras)

Escala de Borg Modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito Leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco Intensa
5	Intensa
6	
7	Muito Intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA

Questionário

Identificação – Código :

1 - Idade:

2 - Género:

Masculino:

Feminino:

3 - Estado Civil:

Solteiro:

Divorciado:

Outro:

Casado:

Viúvo:

4 – Escolaridade:

Analfabeto:

3º Ciclo (9º ano de escolaridade)

1º Ciclo (4º ano de escolaridade)

Secundário (12º ano de escolaridade)

2º Ciclo (6º ano de escolaridade)

Ensino Superior

5 – Hábitos Tabágicos:

Sim:

Não:

Ex. Fumador

6 - Prática de Exercício Físico:

Sim :

Não:

7- Antecedentes de patologias do Foro Respiratório:

Sim:

Não:

7.1 – Se sim, qual?

APÊNDICE V- INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE NA INVESTIGAÇÃO

Investigadora: Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia
Profissão: Enfermeira
Contacto: u006600@chs.min-saude.pt

Eu, Carla Alexandra Cardoso Ferreira Gouveia, enfermeira, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pretendo desenvolver um estudo de investigação, no âmbito de trabalho académico, sobre: Reabilitação Respiratória, à pessoa com Doença Respiratória Crónica: o impacto nas Atividades de Vida Diária, com o objetivo de identificar, caracterizar e compreender o impacto de um Programa de Reabilitação Respiratória no desempenho das atividades de vida diária e a capacidade funcional, em pessoas com doença respiratória crónica.

O método a utilizar será tipo quantitativo, que se baseia essencialmente na avaliação da capacidade em desempenhar as atividades de vida diária e a capacidade funcional, através de escalas, já utilizadas pelo serviço de Cinesiterapia. Desta forma, será quantificada a resposta obtida após a implementação do Programa de Reabilitação Respiratória. Não serão assim acrescentados quaisquer tipo de riscos para os participantes, nem se prevê benefícios imediatos.

A condição de participante no estudo é voluntária e os cuidados prestados não dependem da sua aceitação, sendo que a qualquer momento pode desistir da sua colaboração e tal facto não coloca em causa a sua relação com toda a equipa que o trata.

A identificação dos participantes, será mantida no anonimato e de forma sigilosa. Após a conclusão do estudo, que deverá terminar no final do mês de março de 2023, todos os dados relativos à identificação dos participantes serão destruídos.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE



SÃO JOÃO

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008; Fortaleza 2013)



Designação do Estudo (datilografado em português)

Reabilitação Respiratória, à pessoa com doença Respiratória Crónica: impacto nas Atividades de Vida Diária.

Confirmo que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas _____)

O investigador responsável

Nome: Carla Alexandra C. F. Gouveia Data: ___/___/___
datilografado assinatura

Identificação do participante

Nome: _____
datilografado

BI/CCnº: _____

Participante/Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.
- Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ___/___/___
assinatura

Nome (Pais/Representante legal, se aplicável): _____

BI/CCnº: _____ Grau de parentesco: _____
datilografado

Data: ___/___/___
assinatura

Δ N.º CES-IM004-1



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

