



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Cuidar da Pessoa com DPOC no domicílio: perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

Sandra Marília Saraiva da Costa

Outubro de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Cuidar da Pessoa com DPOC no domicílio: perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

Sandra Marília Saraiva da Costa

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Susana Batista

Outubro de 2025

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante.”

Antoine de Saint-Exupéry

À minha família, pelo amor incondicional, mesmo quando não estive à altura.

Aos amigos, pelos abraços apertados. Não é preciso mais nada!

Aos colegas de trabalho, pelas palavras de encorajamento e, sobretudo, pela infinita paciência.

Às amigas deste mestrado, pelas respostas a todas (e tantas!) perguntas. Continuem a treinar!

Por último, mas não menos importante, a todos quantos trilharam e ajudaram a trilhar estes dois anos de caminho árduo, mas profícuo.

Obrigada!

Resumo

Introdução: A exigência técnica e científica requerida aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, aos cuidados de Enfermagem, traduz-se numa necessidade de maior diferenciação e especialização. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe um conjunto de competências comuns, partilhadas por todas as especialidades e a reabilitação engloba conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional e independência. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma condição respiratória progressiva, caracterizada por sintomas persistentes, com obstrução crónica do fluxo aéreo. Em Portugal, a prevalência atinge 14,2% da população com mais de 40 anos, segundo a DGS. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem uma intervenção de relevo na continuidade de cuidados e na resposta às necessidades da pessoa com DPOC no domicílio.

Objetivos: Descrever o processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação; explorar a perceção dos EEER sobre a sua intervenção em pessoas com DPOC em contexto domiciliário.

Metodologia: O relatório é composto por duas partes: a primeira reflete o estágio clínico e analisa criticamente o processo de desenvolvimento de competências ao longo dos diversos contextos clínicos; a segunda parte apresenta um estudo qualitativo intitulado “Cuidar da Pessoa com DPOC no domicílio: perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação”.

Resultados: Fez-se uma reflexão, de forma consciente e fundamentada, sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, que possibilitaram um olhar renovado sobre as práticas, o contexto e o conhecimento. Analisaram-se os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas e as dificuldades encontradas. A componente de investigação analisou as perspetivas dos EEER sobre o cuidado à pessoa com DPOC em contexto domiciliário. Os resultados destacam estratégias eficazes na promoção da independência e controlo dos sintomas, a importância do envolvimento familiar ou os fatores facilitadores/barreiras ao cuidado domiciliário destes utentes.

Conclusão: As competências comuns e as competências específicas foram desenvolvidas e consolidadas ao longo dos estágios. O trabalho de investigação permitiu perceber que o EEER desempenha um papel estruturante no processo de gestão da DPOC, como agente de educação para a saúde, contribuindo para a diminuição de sintomas, para o aumento da motivação na continuidade do exercício físico e para a adaptação à vida familiar e social. Conclui-se que o percurso formativo permitiu o desenvolvimento efetivo de competências especializadas, ao mesmo tempo que reforçou a relevância da enfermagem de reabilitação na resposta às necessidades complexas das pessoas com DPOC em contexto domiciliário.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista; Competências; DPOC; Cuidados domiciliários, Reabilitação respiratória.

Abstract

Introduction: The technical and scientific demands required in healthcare, and consequently in nursing care, highlight the need for greater differentiation and specialization. The attribution of the specialist nurse title implies the development of a set of core skills shared by all specialties. Rehabilitation encompasses specific knowledge and procedures that enable people to maximize their functional potential and independence. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a progressive respiratory condition characterized by persistent symptoms and chronic airflow limitation. In Portugal, its prevalence reaches 14.2% of the population over 40 years old, according to the Directorate-General of Health (DGS). The Rehabilitation Nursing Specialist (RNS) plays a key role in care continuity and in responding to the needs of people with COPD in home care.

Objectives: To describe the process of acquiring the core skills of the specialist nurse and the specific skills of the Rehabilitation Nursing Specialist; to explore RNS perceptions of their intervention with COPD patients at their home environment.

Methodology: The report is divided into two parts: the first part reflects the clinical training and critically analyzes the process of skills development across different clinical settings; the second presents a qualitative study entitled "Caring for People with COPD at Home: Perspectives of Rehabilitation Nursing Specialists."

Results: A conscious and evidence-based analysis of the process of acquiring and developing of nursing skills was carried out, allowing for a renewed perspective on practices, contexts, and knowledge. The objectives, activities and challenges encountered were analyzed. The research component explored RNS perspectives on caring for people with COPD in the home context. Findings highlight effective strategies in promoting independence and symptom control, the importance of family involvement, and the facilitating factors/barriers to home-based care for these patients.

Conclusion: Both core and specific competencies were developed and consolidated throughout the clinical placements. The research study revealed that the RNS plays an important role in managing COPD, acting as a health educator and contributing to symptom reduction, increased motivation for physical exercise adherence and adaptation to family and social life. It is concluded that the internships enabled the effective development of specialized competencies, while reinforcing the relevance of rehabilitation nursing in addressing the complex needs of people with COPD in the home setting.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Specialist Nurse; Nursing Skills; COPD; Home Care; Pulmonary Rehabilitation.

Sumário	Pág.
Lista de tabelas	19
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	21
Introdução	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	21
1. Enquadramento dos Contextos de Estágio	23
1.1. Contexto de Centro de Reabilitação: Estágio Neurotraumatológico	23
1.2. Contexto de Cuidados Continuados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados ..	24
1.3. Contexto Domiciliário – Equipa de Cuidados Continuados Integrados.....	26
1.4. Contexto Hospitalar: Estágio Neurológico Vascular e Degenerativo	27
1.5. Contexto Desportivo.....	28
1.6. Contexto Hospitalar: Estágio Ortotraumatológico.....	29
2. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas	33
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	33
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade	35
2.1.3. Gestão dos cuidados	38
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	39
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	41
2.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	42
2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	47
2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	48
Considerações finais.....	51
Referências bibliográficas	53
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: “Cuidar da pessoa com DPOC no domicílio: perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação”	55
Resumo.....	57
1. Introdução	61
2. Metodologia.....	67
2.1. Delimitação e objetivos do estudo.....	67
2.2. Desenho do estudo.....	68
2.3. Participantes.....	69
2.4. Instrumento de colheita de dados	69

2.5. Procedimentos.....	71
3. Resultados	73
4. Discussão	93
Conclusão	103
Referências bibliográficas.....	107
Apêndices	111
Apêndice 1 – Formulário sociodemográfico:.....	113
Apêndice 2 – Consentimento informado	115

Lista de tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	73
Tabela 2: Caracterização profissional dos participantes.....	74
Tabela 3: Categorias emergentes e total das unidades de registo	74
Tabela 4: Intervenções eficazes na promoção da independência e controlo dos sintomas ..	76
Tabela 5: Benefícios percecionados após intervenção	78
Tabela 6: Fatores facilitadores no cuidado ao domicílio	79
Tabela 7: Obstáculos no cuidado domiciliário	81
Tabela 8: Referenciação de utentes e comunicação entre cuidados	83
Tabela 9: Horário e periodicidade das visitas	85
Tabela 10: Boas práticas a destacar	87
Tabela 11: Diferenças regionais e institucionais	89
Tabela 12: Sugestões de melhoria	90

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AVD	Atividades de Vida Diária
cf.	confrontar
CMRRC-RP	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais
Coord.	Coordenador
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
e.g.	<i>exempli gratia</i> (a título de exemplo)
ER	Enfermagem de Reabilitação
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
MFR	Medicina Física e Reabilitação
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONDR	Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
p.	página
pp.	páginas
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RR	Reabilitação respiratória
s.d.	sem data
SLM	Serviço de Lesionados Medulares
UAVC	Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UHD	Unidade de Hospitalização Domiciliária
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSVDL	Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões
Ur	Unidades de registo

Introdução

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório, integrada no terceiro semestre da sétima edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação da Professora Doutora Susana Batista.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), esta modalidade de estágio em contexto profissional com elaboração do respetivo relatório final é aquela que melhor enforma os objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista (EE). A vivência, em contexto de estágio, das dinâmicas próprias da intervenção de cada especialidade é essencial para a promoção da aprendizagem e para a consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Assim, o estágio profissional constitui um requisito fundamental para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, visto possibilitar o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem, em particular na área de especialidade. O mesmo documento acrescenta que o relatório final desse estágio deve materializar uma análise crítica, reflexiva, objetiva e contextualizada de todas as atividades desenvolvidas no decurso deste processo formativo.

A exigência técnica e científica requerida aos cuidados de saúde e, consequentemente, aos cuidados de Enfermagem, traduz-se numa necessidade de maior diferenciação e especialização, por parte da generalidade dos profissionais de saúde. A atribuição do título de EE pressupõe um conjunto de competências comuns, partilhadas por todas as especialidades e aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados, que englobam a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

Neste contexto, o EE assume um papel central nos cuidados de saúde, destacando-se pela sua abordagem centrada nas respostas humanas às mudanças entre a saúde e a doença. O enfermeiro especialista é, então, “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

Sabendo que a “reabilitação (...) permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” e que os seus objetivos gerais são “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa” (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13565), compreende-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenha um papel fundamental na recuperação dos utentes, na sua capacitação para a promoção da qualidade de vida, para a maximização da sua funcionalidade e autocuidado, bem como na prevenção de complicações, evitando ou minimizando as incapacidades (Portugal, Regulamento n.º 350/2015).

Assim, este relatório propõe-se descrever o percurso formativo de uma futura EEER, desenvolvido ao longo de cinco meses, entre 2 de dezembro de 2024 e 2 de maio de 2025, num total de 408 horas de prática clínica efetiva, em diversos contextos de prestação de cuidados: centros de reabilitação, serviços hospitalares, unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e ainda no contexto desportivo, como será detalhado posteriormente.

Pretende-se refletir, de forma consciente e fundamentada, sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, que possibilitaram um olhar renovado sobre as práticas, o contexto e o conhecimento. Será feita uma análise dos objetivos traçados, das atividades desenvolvidas e das dificuldades encontradas ao longo deste percurso.

De acordo com a Ficha da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório, eram objetivos de aprendizagem para este período mobilizar conhecimentos na conceção de planos de intervenção para a promoção de capacidades adaptativas no autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade do foro neurológico; implementar intervenções para otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis sensório-motor e cognitivo com base no mais recente estado da arte; implementar programas de treino motor, de exercício físico e de atividades de vida diárias, promovendo a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia; demonstrar capacidade de tomada de decisão, refletindo sobre as responsabilidades éticas e sociais que daí resultam; aplicar, em contexto da prática clínica, conhecimentos científicos adquiridos ao longo do processo formativo, evidenciando a prática baseada na evidência; elaborar um relatório que incorpore os resultados de investigação na prática clínica, que se traduzam em ganhos em saúde e, por último, disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação.

Com este relatório, pretende-se descrever o processo de aquisição e desenvolvimento das competências em Enfermagem de Reabilitação (ER), abordando as competências

comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, fazendo uma análise reflexiva das atividades e integrando uma componente de investigação, pilar fundamental para a prática baseada na evidência.

Atualmente, cada vez mais se exige dos profissionais de saúde conhecimentos, competências e capacidades que lhes possibilitem analisar e implementar resultados provenientes da melhor investigação produzida (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, citado em Marques-Vieira & Sousa, 2023).

Neste âmbito, este relatório também traz à luz um estudo qualitativo sobre as perspetivas dos EEER acerca de cuidar de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em contexto de domicílio. Pretende-se espelhar a importância da investigação na prática clínica, contribuindo para a melhoria contínua e para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Esta temática relacionada com o processo respiratório, embora não fazendo parte ativa deste bloco de estágios, revelou-se transversal aos diversos campos de estágio e basilar nos cuidados de enfermagem de reabilitação. Havendo compromisso respiratório, todo o processo de reabilitação e recuperação se vê condicionado e, muitas vezes, posto em causa.

Optou-se, então, por centrar a investigação na pessoa com DPOC, considerando que esta patologia, para além da limitação ventilatória característica, conduz frequentemente a intolerância ao esforço, refletida em atividades de vida diária. Este fenómeno promove um ciclo de descondicionamento físico que, a médio prazo, se traduz em alterações musculoesqueléticas significativas, comprometendo a funcionalidade e a autonomia. Evidência científica confirma que pessoas com DPOC apresentam fraqueza muscular do quadríceps desde estágios iniciais da doença, percorrendo também menores distâncias no teste de caminhada de 6 minutos, quando comparadas com indivíduos saudáveis. Estes resultados demonstram não apenas a limitação ventilatória, mas também o declínio funcional e a baixa tolerância ao exercício, com impacto direto na qualidade de vida e na independência da pessoa (Mendonça et al., 2021).

A opção por estudar a pessoa com DPOC articula-se com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), nomeadamente a promoção da máxima funcionalidade, a capacitação para o autocuidado e a prevenção de complicações, de acordo com o Regulamento n.º 350/2015. A DPOC, pela sua natureza multidimensional, constitui um campo fértil para a aplicação destas competências, permitindo ao EEER desenvolver intervenções diferenciadas que respondem simultaneamente às limitações respiratórias e musculoesqueléticas, potenciando ganhos em saúde e qualidade de vida.

Assim sendo, o relatório encontra-se estruturado em duas partes principais. A primeira parte reflete o percurso desenvolvido ao longo dos estágios e inicia-se com uma caracterização concisa dos diferentes contextos de cuidados, seguindo-se a análise das competências adquiridas. Para a sua redação recorreu-se a uma metodologia descritiva, sustentada por uma análise crítica e reflexiva sobre os conhecimentos desenvolvidos, as dificuldades encontradas e as estratégias implementadas para as ultrapassar, salientando os aspetos mais relevantes para o desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

Na segunda parte, apresenta-se a componente de investigação, através da elaboração de um estudo qualitativo, cujo objetivo é analisar as perspetivas dos EEER sobre o cuidado à pessoa com DPOC em contexto domiciliário.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

1.1. Contexto de Centro de Reabilitação: Estágio Neurotraumatológico

O estágio em Neurologia Traumática foi realizado no Serviço de Lesionados Medulares (SLM) do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais (CMRRC-RP), da Unidade Local de Saúde de Coimbra, na Tocha. Decorreu entre 2 e 20 de dezembro de 2024, num total de 72 horas efetivas de estágio.

O CMRRC-RP dedica-se à reabilitação funcional dos utentes internados. O SLM pretende a reabilitação integral e intensiva da pessoa com lesão medular em regime de internamento, promovendo a maximização do potencial motor e funcional e perspetivando o regresso a uma vida participativa.

O CMRRC-RP é dotado de um ginásio bem equipado, com uma equipa de fisioterapeutas dedicados sobretudo à reabilitação motora, e de várias salas de terapias específicas, como terapia ocupacional e terapia da fala. A maioria dos utentes internados passa grande parte do tempo entre o ginásio e as terapias, saindo do serviço a meio da manhã (após higiene e pequeno-almoço) e regressando depois do lanche.

O SLM situa-se no primeiro andar de um dos pavilhões do CMRRC-RP, instalado nos terrenos da herdade de 140Ha da antiga Leprosaria Nacional Rovisco Pais. Dispõe de 30 camas, distribuídas por duas enfermarias de dois utentes, seis enfermarias de quatro utentes e dois quartos individuais.

A equipa de enfermagem integra 19 enfermeiros, entre os quais quatro EEER que prestam cuidados especializados todos os dias da semana, no turno da manhã. Os restantes enfermeiros generalistas asseguram turnos rotativos, com um rácio de cinco enfermeiros (quatro generalistas e um EEER) no turno de manhã, dois no da tarde e dois no turno da noite. O método de trabalho em vigor é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados aos utentes que lhe são atribuídos. Os planos de cuidados e registos de enfermagem são realizados no sistema SClínico e a medicação é validada no programa Ghaf.

A equipa multidisciplinar do serviço é incluída enfermeiros, médicos fisiatras, assistentes operacionais e uma secretária clínica, integrando ainda fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, professores de desporto adaptado, nutricionista, psicóloga e assistente social.

Os utentes internados podem vir referenciados de outra unidade hospitalar ou pelo médico de família, passando sempre por uma consulta de pré-admissão com o médico fisiatra, que decide o internamento. Todas as terças-feiras realiza-se uma visita médica, com posterior reunião da equipa interdisciplinar e participação do utente, definindo-se um plano de intervenção individualizado e adaptado às suas necessidades.

Considerando que a reabilitação motora é intensivamente trabalhada em ginásio pela fisioterapia, os EEER focam-se sobretudo no treino de atividades de vida diária (AVD) - banho, alimentação, vestir/despir - e na reabilitação funcional respiratória, particularmente relevante em pessoas com lesão medular.

Foi possível testemunhar a colaboração dos EEER com os restantes profissionais de saúde: cada área atua de forma específica, mas com articulação constante, partilhando o mesmo objetivo de ganhos em saúde, qualidade de vida e máxima funcionalidade da pessoa. No entanto, observou-se que os EEER apenas asseguram turnos da manhã e ficam com dois utentes distribuídos para cuidados gerais, o que limita o tempo disponível para se dedicarem à reabilitação dos restantes. A prestação de cuidados transforma-se, assim, numa verdadeira corrida contra o tempo, em que a gestão rigorosa das tarefas se associa a uma elevada carga de trabalho e a níveis acrescidos de stress. Frequentemente, quando concluem os cuidados gerais, os utentes já se encontram no ginásio, o que gera frustração por não se ter conseguido realizar o treino de atividades de vida diária com o EEER. Este constrangimento parece estar relacionado com a escassez de recursos humanos e as dotações de enfermagem, uma realidade transversal a muitos serviços de saúde.

O serviço dispõe de um stock variado de ajudas técnicas de apoio à reabilitação: andarilhos, canadianas, cadeiras higiénicas, cadeiras de rodas, pesos, bandas elásticas, espirómetros, material para treino de motricidade fina e diversos utensílios adaptados (engrossadores de cabo, bolsas palmares, pratos com rebordo), entre outros.

1.2. Contexto de Cuidados Continuados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Esta componente de estágio decorreu na Acredita – Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), em Viseu, no período compreendido entre 2 e 9 de janeiro de 2025, com um total de 42 horas de estágio.

Esta unidade dispõe de 30 camas, distribuídas por oito quartos individuais e onze quartos duplos, sendo que cinco dos quartos individuais são de gestão particular e não integram a RNCCI.

Trata-se de um edifício recente, com boas instalações, casas de banho adaptadas e excelente acessibilidade. Estruturalmente inclui, para além dos consultórios e gabinetes da equipa multidisciplinar: um ginásio de fisioterapia, bem equipado; uma sala para terapia ocupacional, com materiais para treino das Atividades de Vida Diária (AVD); uma sala de convívio com sofás, televisão, jogos e espaço para atividades de grupo; o refeitório, adaptado a cadeiras de rodas e uma área exterior usada para atividades ao ar livre.

A equipa multidisciplinar integra enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, animadora sociocultural, assistente social, médico internista, fisiatra e um enfermeiro de reabilitação, que desempenha igualmente funções de coordenação da unidade.

A UCCI é uma unidade de tipologia de média duração e reabilitação, prestando cuidados a utentes que, embora não carecendo de assistência hospitalar, apresentem condições clínicas que exijam cuidados que não podem ser garantidos no domicílio. O objetivo principal é recuperar, manter ou retardar a perda de autonomia, facilitando o regresso seguro ao domicílio ou, quando não é possível, garantindo qualidade de vida em contexto institucional.

Os internamentos variam entre 30 a 90 dias, durante os quais se elabora e implementa um plano de cuidados conjunto que contempla cuidados médicos e de enfermagem, cuidados de fisioterapia, terapia ocupacional, apoio psicossocial e atividades de convívio e lazer, sempre com foco na reabilitação funcional da pessoa. Semanalmente, realiza-se uma reunião multidisciplinar, com representantes de todas as classes profissionais, na qual os planos de intervenção são discutidos e reajustados em função das necessidades e evolução de cada utente.

O EEER, enquanto coordenador da unidade, dispõe de uma carga horária limitada para a prática direta da reabilitação, estando presente apenas nos dias úteis, entre as 8h e as 16h. O método de trabalho adotado é o individual, e o foco privilegiado da sua intervenção é a capacitação da pessoa para o autocuidado, sobretudo ao nível da higiene, eliminação e alimentação. Embora não fosse o foco deste estágio, foi igualmente dada ênfase à reabilitação funcional respiratória, frequentemente através de exercícios específicos.

A preparação para a alta assume um papel central, uma vez que o objetivo dos cuidados prestados é capacitar a pessoa para o regresso ao domicílio, o mais independente possível na realização das AVD. Assim, quando se começa a perspetivar a alta, realiza-se uma reunião com a assistente social, o EEER e a família/cuidador, na qual são analisadas as condições habitacionais, o envolvimento e capacidade do prestador de cuidados, bem como as adaptações necessárias para uma transição segura para o domicílio. Durante a reunião, é

apresentada uma descrição concisa, mas realista, do estado de saúde do utente, das suas capacidades e limitações, clarificam-se cuidados de saúde e de reabilitação a manter, e asseguram-se as condições de acessibilidade e rede de apoio no domicílio, preparando o cuidador para assumir a continuidade de cuidados.

1.3. Contexto Domiciliário – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

O estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Nelas, parte integrante da Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL), no período de 14 de janeiro a 5 de fevereiro de 2025, perfazendo um total de 82 horas de estágio.

Esta UCC integra uma equipa de cinco elementos: uma enfermeira de cuidados gerais, duas enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e duas EEER, que desempenham funções nos dias úteis, das 8h às 18h, e também nos fins-de-semana e feriados, quando assim se justifica.

A ECCI dispõe de um total de 10 vagas e os utentes podem ser referenciados pela sua Unidade de Saúde Familiar, pela Equipa de Gestão de Altas do hospital onde a pessoa estiver internada, ou por outras Instituições da RNCCI. O tempo de permanência é variável e ajustado às necessidades do utente e da família/cuidador e o acompanhamento pela equipa manter-se-á enquanto houver ganhos em saúde/funcionalidade ou necessidade de apoio especializado. Quando cessar esta necessidade de acompanhamento, o utente pode ser referenciado para outros recursos, como os cuidados de saúde primários (seguimento pelo enfermeiro/médico de família), o apoio domiciliário social ou uma unidade de internamento da RNCCI, se houver agravamento ou necessidade intensiva.

A ECCI distingue-se por promover a permanência ou regresso do utente ao domicílio com segurança e dignidade, através da prestação de cuidados integrados e personalizados domiciliários, em situações clínicas que não requeiram internamento, mas que necessitem de prestação de cuidados de saúde primários. Estes cuidados, de acordo com as necessidades identificadas, podem ir da capacitação da família/cuidador para o cuidado da pessoa dependente na realização das AVD, à gestão do regime terapêutico, ao controlo dos sintomas em utentes em fim de vida ou ao tratamento de feridas complexas. O EEER desempenha também um papel fundamental nestas equipas, sendo solicitada a sua intervenção num leque vasto de áreas de atuação desde a avaliação funcional, à promoção da mobilidade e prevenção de complicações, passando pela reeducação funcional e não descurando a capacitação do cuidador.

Enquanto gestor de caso dos utentes de reabilitação, o EEER planifica os cuidados de acordo com as necessidades identificadas, realizando visitas domiciliárias programadas, implementando e ajustando o plano individual de cuidados. É o EEER quem tem responsabilidade sobre a coordenação dos cuidados prestados, em articulação e parceria com outros profissionais de saúde, fazendo a ligação com os restantes elos da prestação de cuidados, garantindo a continuidade dos cuidados de uma forma holística e integrada.

Apesar de a ECCI não dispor de muitos recursos materiais, a criatividade da equipa permite adaptar objetos do quotidiano às necessidades de reabilitação: garrafas de água ou sacos de arroz como halteres; feijões secos para treino da motricidade fina; paus de vassoura ou bengalas como bastões para os exercícios respiratórios, entre outros.

A UCC desenvolve ainda projetos comunitários nos quais o EEER participa ativamente. Um exemplo é o projeto de melhoria da literacia em saúde na gravidez, em que o EEER contribui apresentando a temática dos exercícios para a grávida. Outro é um projeto na área da geriatria, subordinado ao tema “A arte de envelhecer jovem”, que envolve um rastreio da população da universidade sénior com uma avaliação geriátrica para identificar problemas e necessidades formativas, resultando posteriormente em sessões de literacia em saúde dirigidas às necessidades encontradas. O EEER colabora igualmente com os prestadores de cuidados, dinamizando ações de formação sobre estratégias facilitadoras dos cuidados ou outras necessidades de formação que as várias instituições apresentem.

1.4. Contexto Hospitalar: Estágio Neurológico Vascular e Degenerativo

O estágio em Neurologia Vascular e Degenerativa foi realizado na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC) da ULSVDL, em Viseu, entre 10 de fevereiro e 8 de março de 2025, correspondendo a um total de 90 horas de estágio.

A UAVC situa-se no sexto andar do edifício do Hospital de São Teotónio, em Viseu. Dispõe de 26 camas, distribuídas por quatro enfermarias de quatro camas, uma sala de monitorização contínua com oito camas e dois quartos individuais.

A equipa de enfermagem integra 29 enfermeiros, dos quais cinco são EEER, que asseguram cuidados especializados todos os dias da semana, nos turnos da manhã e da tarde. Os restantes enfermeiros trabalham em regime rotativo, com um rácio de seis (um deles EEER) no turno da manhã, cinco (um deles EEER) no turno da tarde e três no turno da noite. O método de trabalho em vigor é o individual, sendo os planos de cuidados e registos realizados no programa da Glintt.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por enfermeiros, médicos especialistas em medicina interna, médico fisiatra, assistentes operacionais e secretária clínica. Estão ainda integrados fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, nutricionista e assistente social.

Os utentes vêm referenciados pela Via Verde de AVC, do exterior ou de outra unidade hospitalar, mas só são admitidos após uma primeira observação pelo médico de serviço da UAVC, no serviço de urgência. Às quartas-feiras reúne a equipa multidisciplinar, definindo-se um plano de intervenção individualizado e adaptado às especificidades de cada utente e de cada situação. O EEER desempenha aqui um papel central, pois, pela proximidade e acompanhamento contínuo, conhece em detalhe não só o estado clínico do utente, mas também os seus objetivos, suporte familiar e condições habitacionais. O serviço está equipado com diversos materiais necessários à reabilitação e promoção da independência funcional, incluindo andarilhos, canadianas, tripé, elevador, cadeiras de rodas, maca banheira, cadeiras higiénicas, mesas de apoio transparentes para cadeira de rodas, camas elétricas, pesos, espirómetros, material para treino de motricidade fina, material de reabilitação cognitiva, engrossadores de cabo, entre outros.

As expectativas iniciais para este estágio eram elevadas. A escolha desta unidade não foi aleatória, uma vez que se trata de um serviço altamente especializado, dedicado ao tratamento do Acidente Vascular Cerebral, com forte enfoque na reabilitação funcional e dotado de uma equipa de cinco EEER presentes nos turnos da manhã e da tarde. O trabalho do enfermeiro de reabilitação é aqui amplamente valorizado e os ganhos em saúde resultantes da sua intervenção são reconhecidos por toda a equipa, justificando a dotação diferenciada de EEER. Um dos principais objetivos da reabilitação nesta unidade é promover a máxima independência da pessoa nas atividades de vida diária, que assumem, por isso, um papel central. A pessoa deve ser incentivada e reeducada a realizar as AVD usando padrões de movimento próximos da normalidade, o mais precocemente possível, realizados sem esforço associado e com condução do movimento para evitar o aumento do tónus (Ribeiro, 2021). Esta reeducação das AVD é uma intervenção primordial do EEER, exigindo treino diário, com coerência e consistência — daí o relevo do papel desempenhado pelo EEER nesta unidade.

1.5. Contexto Desportivo

Tive a oportunidade de conhecer a realidade de um clube de futebol e perceber como se pode posicionar um EEER neste contexto. Assim, entre 11 e 21 de março de 2025 decorreu

o estágio em contexto desportivo, no Académico de Viseu Futebol Clube, com a duração de 42 horas.

O departamento médico do clube integra um médico, um nutricionista, dois fisioterapeutas e dois EEER. Numa equipa de futebol, o EEER desempenha um papel central na manutenção da saúde, prevenção de lesões e recuperação dos atletas. A sua intervenção não substitui a do médico ou do fisioterapeuta, mas é complementar, assegurando cuidados específicos de enfermagem e de reabilitação.

O EEER acompanha todos os dias de treino da equipa, bem como o dia do jogo. Juntamente com o médico, o enfermeiro tem lugar no banco durante o período do jogo e são estes dois profissionais que entram em campo em caso de lesão. Em situações agudas, pode intervir em ocorrências durante treinos ou jogos, como entorses, luxações ou escoriações; prestar cuidados de emergência, como suporte básico de vida, controlo de hemorragias ou imobilizações e garantir o encaminhamento seguro para avaliação especializada, quando necessário.

Com foco na reabilitação funcional, o EEER articula com a equipa médica e de fisioterapia na elaboração e aplicação dos planos de reabilitação individualizados, apoiando a recuperação da mobilidade, força, coordenação e funcionalidade dos atletas em fase de pós-lesão ou pós-cirúrgica, analisando ainda a evolução dos jogadores, ajustando os programas de treino terapêutico sempre que necessário.

Diariamente, e em coordenação com os restantes elementos da equipa médica, o EEER avalia o estado clínico dos jogadores; realiza alguns tratamentos imediatos, como crioterapia, ou cuidados a feridas ou hematomas; apoia na preparação do treino, fazendo a preparação preventiva com aplicação de ligaduras funcionais e apoio à hidratação; contribui também com sessões leves de mobilização e recuperação ativa ou técnicas de relaxamento muscular.

1.6. Contexto Hospitalar: Estágio Ortopneumatológico

O estágio em Ortopneumatologia foi realizado no serviço de Ortopneumatologia A/B da Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões, em Viseu, entre 24 de março e 2 de maio de 2025, correspondendo a um total de 80 horas de estágio.

O serviço de Ortopneumatologia A/B situa-se no quarto andar do edifício do Hospital de São Teotónio, em Viseu. São dois serviços físicos semelhantes, cada um com 26 camas, divididas por seis enfermarias de quatro camas e dois quartos individuais. No serviço de Ortopneumatologia A 8 das 26 camas pertencem ao serviço de Medicina Física e Reabilitação.

A equipa de enfermagem é constituída por 47 enfermeiros, de entre os quais três especialistas em enfermagem de reabilitação. Estes prestam cuidados especializados todos os dias da semana, nos turnos da manhã, assegurando também este período aos fins de semana. Os restantes enfermeiros fazem turnos rotativos, com um rácio de seis enfermeiros (um deles o EEER) no turno de manhã, três no da tarde e dois no turno da noite, em cada serviço.

O método de trabalho é o individual e os planos de cuidados e registos de enfermagem, à semelhança do serviço anteriormente descrito desta mesma instituição, são executados no programa da Glintt.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por enfermeiros, médicos especialistas em ortopedia, médicos fisiatras, assistentes operacionais e secretária clínica. Estão ainda integrados fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, dietista, psicóloga e assistente social.

Os utentes são admitidos por via do serviço de urgência ou referenciados da consulta externa, para cirurgia ou tratamento. Realiza-se semanalmente uma visita médica geral aos utentes da especialidade de MFR (à segunda-feira) e uma reunião multidisciplinar (à quinta-feira), na qual se define um plano de intervenção individualizado e adaptado às necessidades de cada pessoa. O EEER tem um papel importante nestas reuniões, contribuindo com a sua perspetiva sobre as suas capacidades e potencialidades no domínio dos autocuidados.

O serviço de Ortopedia A/B recebe utentes com diversas patologias do foro ortopédico, muitos com cirurgias programadas – sobretudo colocação de prótese total da anca e de prótese total do joelho, por coxartrose e gonartrose, respetivamente; outros por trauma, apresentando-se as quedas como principal mecanismo de lesão. De entre as patologias traumáticas, as mais frequentes são as fraturas do fémur e as fraturas maleolares. Estes utentes podem ter alta clínica direta para o domicílio, lares ou ainda serem referenciados para unidades de cuidados continuados.

O avanço das técnicas cirúrgicas tem permitido reduzir a duração dos internamentos, o que acentua a responsabilidade do EEER: desde o primeiro dia, mesmo antes da cirurgia, deve ensinar, instruir e treinar os utentes para que alcancem o máximo de autonomia até à data da alta. É dada grande ênfase à reabilitação funcional, pelo que o trabalho do enfermeiro de reabilitação é bastante reconhecido, quer pelos restantes profissionais, quer pelos utentes.

O serviço dispõe de variados recursos de apoio à reabilitação e promoção da independência funcional, incluindo auxiliares de marcha (andarilhos, canadianas, cadeiras de rodas), cadeiras higiénicas, elevadores de sanita, ortóteses (colares cervicais, coletes de

Jewett, talas extensoras), aparelhos artromotores, material para posicionamentos e equipamento de crioterapia, entre outros.

Durante o estágio, foi possível observar a forma como o EEER colabora e se articula com a restante equipa multidisciplinar, constituindo-se como um elemento fundamental, uma vez que pelas particularidades das suas funções é o profissional que melhor conhece o utente, bem como o seu contexto familiar e rede de apoio. É o elemento de referência dos restantes profissionais da equipa multidisciplinar, que a ele se dirigem sempre que têm dúvidas a esclarecer sobre a condição dos utentes. É também muitas vezes consultado no momento da alta hospitalar, tendo uma opinião decisiva sobre a capacitação do utente e a sua preparação para o regresso ao domicílio.

Entre as atribuições do EEER neste serviço, encontra-se a gestão de vagas para cirurgias programadas e a otimização dos stocks de material de consumo clínico, hoteleiro, administrativo e de rouparia. Cabe-lhe ainda a organização da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, garantindo a distribuição adequada dos profissionais pelos turnos da manhã, tarde e noite. Faz igualmente parte das suas funções a referenciação social dos utentes internados, que se quer atempada, no sentido de agilizar a alta ou transferência. O EEER é quem estabelece a ligação com a assistente social, após a avaliação da situação social e familiar da pessoa.

2. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista assume um papel central na promoção da qualidade dos cuidados de saúde.

A atribuição do título de EE pressupõe a demonstração de um conjunto de competências comuns, que abrangem os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento nº 140/2019), contribuindo desta forma para a melhoria contínua das práticas em saúde e para a valorização da profissão de Enfermagem.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas refletem a complexidade e a exigência do seu papel no sistema de saúde. Resultam da integração de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais e permitem-lhes dar resposta, de forma crítica e autónoma, às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades. Representam o pilar fundamental do exercício autónomo e qualificado do enfermeiro especialista, garantindo qualidade de cuidados e contribuindo para a evolução da prática da enfermagem.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui a base do exercício da Enfermagem. Esta competência traduz-se na capacidade de o enfermeiro especialista assegurar cuidados que respeitem os princípios éticos, os direitos humanos e a legislação em vigor, e “assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu artigo 8.º, os enfermeiros devem adotar, no exercício das suas funções, uma “conduta responsável e ética” e devem atuar “no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Portugal, Decreto-Lei n.º 161/1996, p. 2961).

Do ponto de vista ético, o enfermeiro especialista deve fundamentar a sua prática em valores como o respeito pela dignidade humana, a autonomia da pessoa e a justiça na prestação de cuidados. O Código Deontológico do Enfermeiro sublinha que todas as intervenções de enfermagem devem considerar a defesa da liberdade e da dignidade humanas, orientando-se pelo respeito pelos direitos humanos fundamentais na relação com os utentes. A relação profissional deverá observar valores como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça (Portugal, Decreto-Lei n.º 104/98). Assim, durante os estágios, procurei que todas as minhas intervenções demonstrassem a concordância e cumprimento com estes princípios basilares da prática da enfermagem.

Este compromisso ético implica igualmente a defesa da confidencialidade, da privacidade e da integridade de cada indivíduo, em qualquer contexto de saúde. A Lei de Bases da Saúde, na sua Base 28, estabelece que os profissionais de saúde “estão sujeitos a deveres éticos e deontológicos acrescidos, nomeadamente a guardar sigilo profissional sobre a informação de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade” (Portugal, Lei n.º 95/2019, p. 63).

Na prática, a salvaguarda destes princípios exigiu a adoção de estratégias concretas. Gestos aparentemente simples e naturais, mas com propósito, como correr as cortinas e/ou encostar a porta, usar salas exclusivas quando oportuno ou falar em voz baixa, foram estratégias muito utilizadas, sobretudo em contexto de internamento, em que os utentes partilham o mesmo espaço, com pouca garantia de privacidade e confidencialidade. Procurou-se também proporcionar um ambiente calmo, seguro e acolhedor durante as sessões de reabilitação, promovendo a humanização dos cuidados prestados.

O princípio da autonomia é determinante para a implementação de um programa de reabilitação. Os planos de cuidados de reabilitação devem ser, mandatoriamente, elaborados em função da vontade e expectativas do utente, tendo em conta as suas capacidades/limitações, os seus objetivos e estabelecendo metas realistas, acordadas em conjunto. Para tal, há que salvaguardar o direito à informação oral e escrita, à escolha, à autodeterminação, à confidencialidade e privacidade. Assim, foi imprescindível o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, através da escuta ativa, da informação clara e objetiva, da explicação de todos os procedimentos, promovendo-se cuidados individualizados, respeitadores da diversidade cultural e religiosa de cada um.

Antes da realização de qualquer intervenção, assegurei-me de explicar e esclarecer sobre os procedimentos a executar, os seus objetivos e importância para o plano de reabilitação, de maneira a garantir o consentimento informado. É direito do utente recusar o seu consentimento antes de qualquer ato clínico. No entanto, tal recusa exige “um esforço

suplementar de esclarecimento e informação por parte do profissional de saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 5). Cabe ao enfermeiro especialista fornecer informação completa e pertinente ao utente e à família, permitindo decisões conscientes e autónomas.

Procurei estabelecer prioridades durante a minha prestação de cuidados, em observância dos princípios de justiça e equidade, sem descurar os princípios ético-deontológicos, garantindo o direito de o utente receber cuidados de reabilitação apropriados ao seu estado de saúde.

Pelo exposto, considero ter cumprido os pressupostos éticos e legais durante as minhas intervenções de enfermagem, assegurando cuidados respeitadores da privacidade e dignidade dos utentes, protegendo os seus direitos e honrando os seus valores, crenças e costumes. Observei o dever de sigilo profissional e certifiquei-me sempre que o direito ao consentimento informado foi tido em conta.

Em termos práticos, o que tentei pôr em prática ao longo dos estágios foi conhecer e aplicar a legislação e os regulamentos que enquadram a profissão, assegurando assim o seu cumprimento nos diversos contextos. A prática clínica exige não só conformidade legal, mas também a capacidade de tomar decisões fundamentadas em situações complexas, assumindo a responsabilidade pelas consequências das ações. Desta forma, baseei o meu processo de tomada de decisão/juízo crítico nos documentos legais bem como no conhecimento científico e experiência profissional.

Procurei adotar uma postura de autorreflexão constante, reconhecendo os limites da prática e procurando continuamente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A responsabilidade profissional estende-se igualmente ao compromisso com a segurança da pessoa, da família e da comunidade, assegurando que a intervenção de enfermagem se pauta por elevados padrões de qualidade e rigor científico.

Pelo que ficou dito compreende-se que a competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal seja fundamento para fortalecer a confiança da sociedade na profissão de enfermagem e garantia de uma prática responsável, segura e eticamente sustentada.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Outra competência essencial do enfermeiro especialista prende-se com o desenvolvimento profissional e a melhoria contínua da qualidade, que exigem um compromisso permanente com a formação, a investigação e a inovação em saúde.

O Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista reconhece a estes profissionais, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, a capacidade de desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e de garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

Em consonância, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD), visa consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, atribuindo relevância central à qualidade e à segurança. Este plano defende, a implementação de políticas e estratégias que reduzam os incidentes de segurança, muitos deles evitáveis, cuja diminuição se traduz em ganhos significativos em saúde (Portugal, Despacho n.º 9390/2021). O PNSD assenta em cinco pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros.

A segurança da pessoa constitui, atualmente, um eixo incontornável da política organizacional das instituições prestadoras de cuidados. A comunicação eficaz, a prevenção de quedas, a correta identificação dos utentes, a prevenção de lesões relacionadas com o trabalho ou a notificação de incidentes são medidas transversais à melhoria da qualidade dos cuidados. Também a elaboração e implementação de protocolos de atuação, procedimentos de serviço e formação contínua se encontram diretamente relacionados com a promoção da cultura de segurança.

Nos diversos contextos de estágio foi importante conhecer os protocolos de atuação, procedimentos, instrumentos de avaliação, normas institucionais e plataformas de registos. A maioria dos contextos aplica protocolos de medidas de segurança ocupacional e de controlo de infeção, como a utilização de equipamento de proteção individual ou a higienização das mãos, bem como protocolos de prevenção de quedas ou de lesões por pressão.

Numa das instituições, por exemplo, existe um procedimento de prevenção de quedas que utilizava a Escala de Morse para estratificação do risco aquando da admissão e a cada dois dias. Aos utentes de risco médio ou elevado, eram atribuídas pulseiras de cores específicas, facilitando a identificação desse nível de risco e alertando os profissionais para a implementação de medidas preventivas. O objetivo do procedimento é monitorizar o risco de quedas e reduzir a ocorrência destes incidentes.

No decurso do estágio de ortotraumatologia tive a oportunidade de contactar com o projeto “STOP Infeção Hospitalar!”, articulado pela Comissão de Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos da Unidade Local de Saúde. O seu objetivo principal é a

redução em 50% da taxa de infecções hospitalares adquiridas, num período de 3 anos, da incidência de infecção do local cirúrgico, associada a artroplastia da anca e joelho, no caso específico dos serviços de Ortopedia. O projeto define um conjunto de intervenções consideradas essenciais, conhecidas e implementadas no serviço, sendo sujeitas a auditoria rigorosa: rastreio de MRSA até às 14h da véspera da cirurgia, banho pré-operatório com cloro-hexidina (véspera e dia da cirurgia), manutenção da homeostasia no perioperatório (avaliação da temperatura e glicémia) e técnica asséptica durante a execução do penso da ferida cirúrgica. As auditorias são registadas pelos enfermeiros responsáveis pelo projeto e enviadas mensalmente à CCIRA, que elabora relatórios acessíveis a toda a equipa. Os resultados têm sido muito positivos para o serviço, reforçando a qualidade dos cuidados e o envolvimento da equipa.

Outro objetivo estratégico do PNSD consiste em melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados. Uma comunicação clara, objetiva e efetiva é essencial em todas as fases do percurso terapêutico, sobretudo nos momentos de transferência de responsabilidade. Nos diversos contextos de estágio o EEER foi frequentemente o elo de ligação da equipa multidisciplinar, sendo interpelado por médicos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas para fornecer informações pertinentes. Este papel exigiu cuidado redobrado na comunicação, de forma a garantir a qualidade e continuidade de cuidados.

A correta identificação dos utentes é também uma garantia de segurança e qualidade dos cuidados. Antes de qualquer intervenção, procurei confirmar a identidade do utente, apresentando-me e solicitando o seu primeiro e último nome, quando orientados, ou conferindo a pulseira de identificação colocada à admissão.

A melhoria contínua da qualidade abrange também a implementação de princípios de ergonomia, fundamentais na prevenção de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho. Atividades como banhos no leito ou posicionamentos exigem atenção acrescida à segurança postural. O EEER, pela sua formação neste campo, deve alertar para a importância da adoção de posturas corretas, educar para a prevenção de lesões, ensinar técnicas/estratégias facilitadoras, corrigir atitudes, salientando a importância de utilizar os meios auxiliares disponíveis e equipamentos adequados aos cuidados a prestar à pessoa.

Identificar oportunidades de melhoria implica refletir sobre a prática, estabelecer prioridades, analisar resultados, avaliar a segurança e implementar estratégias de mudança. A melhoria contínua da qualidade exige atualização constante de saberes, sustentada na melhor evidência científica, na inovação tecnológica e na partilha de conhecimento com peritos e colegas. Durante os estágios procurei mobilizar conhecimento académico, aplicar a

evidência disponível e recorrer ao apoio dos orientadores, questionando e refletindo sobre as práticas, sempre com o objetivo de contribuir para a qualidade dos cuidados.

Mais do que uma exigência institucional, a melhoria contínua da qualidade deve ser entendida como uma responsabilidade ética e profissional. Ao assumir esta competência, o enfermeiro especialista contribui para a segurança da pessoa cuidada, para a otimização dos recursos disponíveis e para a credibilidade da profissão de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar. É, também, importante que o enfermeiro especialista desenvolva um papel de liderança e de dinamização, envolvendo colegas, estudantes e outros profissionais no processo de mudança e inovação, promovendo uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua e excelência dos cuidados.

2.1.3. Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados surge como uma das competências comuns fundamentais do enfermeiro especialista, refletindo a necessidade de articular o conhecimento clínico com a capacidade de organização e liderança. Esta competência não se limita à supervisão de tarefas, mas envolve a otimização da equipa, a gestão eficiente de recursos e a articulação complementar de cuidados, de forma integrada, eficiente e sempre centrada na pessoa.

De acordo com o Regulamento das competências comuns, o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e articulação da sua equipa; faz a gestão dos recursos e adapta o estilo de liderança às situações e contexto, de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019).

O enfermeiro especialista deve ser capaz de tomar decisões fundamentadas que garantam a continuidade e a qualidade dos cuidados, considerando os recursos disponíveis, as necessidades individuais e coletivas e as prioridades definidas em cada contexto. Nesse sentido, a gestão dos cuidados exige uma visão holística, que combine a dimensão clínica com a capacidade de coordenação, assegurando que a equipa de saúde atua de forma harmoniosa e orientada para objetivos comuns.

No decurso do estágio, tive a oportunidade de observar a forma como o enfermeiro especialista faz uma gestão dos cuidados e recursos, em articulação com os enfermeiros generalistas e restante equipa multidisciplinar, de forma a garantir a qualidade dos cuidados. Sendo que o EEER desempenha, muitas vezes, o papel de responsável de turno, pode participar na organização e gestão de cuidados, recursos humanos e materiais.

Para além das suas atribuições normais, quando é responsável de turno o enfermeiro especialista acumula outras funções como, por exemplo, a gestão dos recursos humanos,

fazendo a distribuição dos utentes pelos enfermeiros presentes; a requisição de medicação ou de material de consumo clínico ou hoteleiro; os pedidos de reparação de material; o controlo dos estupefacientes; a verificação de determinados equipamentos.

A colaboração nestas atividades permitiu-me desenvolver competências neste âmbito, aprofundando conhecimentos de coordenação e gestão de recursos. A análise crítica das funções de gestão e liderança fez-me refletir sobre a influência que o estilo de liderança tem sobre as equipas e, conseqüentemente, sobre a qualidade e segurança dos cuidados.

Relativamente à especialidade de Reabilitação, pude perceber a necessidade de gestão e organização do tempo e de priorização de cuidados que o EEER tem que fazer diariamente, uma vez que as dotações dos cuidados de enfermagem de reabilitação ainda ficam, em todas as instituições por onde passei, muito aquém do estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros. Esta entidade defende que para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, a dotação segura seria obtida com a alocação, por serviço, de pelo menos dois enfermeiros especialistas por cada 15 clientes, garantindo a prestação de cuidados especializados 12 horas, em todos os dias da semana (Portugal, Regulamento n.º 743/2019).

Esta competência comum no domínio da gestão dos cuidados implica a promoção de um ambiente seguro e eficaz, onde se valoriza o trabalho em equipa, a comunicação clara e a articulação interdisciplinar. O enfermeiro especialista assume, assim, um papel de facilitador, capaz de motivar e orientar colegas, garantindo que a prestação de cuidados seja humanizada, baseada em evidência e ajustada às necessidades em constante mudança da população.

Refletindo sobre esta competência, percebe-se que a gestão dos cuidados não é apenas uma dimensão técnica ou administrativa, mas também ética e relacional. O verdadeiro desafio reside em equilibrar eficiência e qualidade, assegurando que a organização dos cuidados nunca comprometa a dignidade da pessoa. Neste sentido, a gestão dos cuidados representa um exercício contínuo de responsabilidade para com a excelência em saúde e implica uma liderança assertiva, motivadora e facilitadora.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é uma competência comum essencial do enfermeiro especialista, traduzindo o compromisso com a formação ao longo da vida e com a evolução permanente da prática de enfermagem. Num contexto de saúde em constante transformação, marcado por avanços científicos, tecnológicos e sociais, esta competência garante que o enfermeiro especialista mantém a sua prática atualizada, crítica e baseada na melhor evidência disponível.

O enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019).

Refletir sobre esta competência implica reconhecer que aprender não se limita ao período académico ou formativo inicial, mas constitui um processo contínuo e dinâmico. O enfermeiro especialista deve adotar uma postura de curiosidade, abertura à mudança e autorreflexão, procurando ativamente oportunidades de formação, investigação e inovação. Ao fazê-lo, contribui não só para o seu próprio crescimento profissional, mas também para a melhoria dos cuidados prestados e para a valorização da enfermagem como ciência e profissão.

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências profissionais adveio grandemente do meu interesse pessoal pela troca de experiências com os pares, pela partilha de informação, com especial enfoque na necessidade constante de atualização técnico-científica e participação nas diversas atividades das instituições onde decorreram os estágios.

Para dar resposta a uma prática clínica especializada baseada em padrões de conhecimento sólidos e válidos foi necessário um grande investimento na busca do conhecimento. Assim sendo, investiguei a bibliografia mais recente de modo a compreender mecanismos fisiopatológicos, procedimentos cirúrgicos ou mesmo intervenções de atuação mais eficaz na prestação de cuidados. Gerir este processo de aprendizagem nem sempre foi fácil, houve que questionar os enfermeiros orientadores sobre as dúvidas que foram surgindo, houve também que mobilizar conhecimentos para responder às necessidades formativas e profissionais, adquirindo assim novos saberes e ao mesmo tempo desenvolvendo uma postura crítica e reflexiva.

Foi essencial a integração dos conhecimentos adquiridos e a sua mobilização para a prática, transformando o saber em saber-fazer. Este processo progrediu positivamente no decorrer do ensino clínico. Procurei também aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem, demonstrando assertividade, proatividade e capacidade de análise crítica.

Segundo o Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, é sua competência realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que objetivem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral (Portugal, Decreto-Lei n.º 161/1996). Assim, este trabalho acolhe também uma componente de investigação, que pretende explorar as perceções dos EEER sobre a sua intervenção na pessoa com DPOC em contexto de cuidados

domiciliários, visitando o estado da arte e respeitando o rigor metodológico, para garantir a validade dos resultados.

Por fim, assume particular importância a vertente de educação, formação e supervisão, que não só capacita pessoas, famílias e comunidades para a gestão da sua saúde, como também fortalece a formação de futuros profissionais de enfermagem e o desenvolvimento dos pares. O reconhecido nível avançado e diferenciado de conhecimento do enfermeiro especialista faz dele um elemento facilitador da aprendizagem dentro da equipa, devendo por isso agir como promotor de conhecimento, desenvolvimento e capacitação da equipa.

A excelência da enfermagem de reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática clínica, quer prevenindo incapacidades, quer recuperando capacidades remanescentes, potenciando a autonomia. Assim, os enfermeiros especialistas nesta área devem acompanhar o conhecimento, rever, melhorar e orientar as suas práticas de forma a incluírem novos saberes, novas abordagens e perspetivas com o intuito de restaurar a autonomia, acrescentar a qualidade de vida e assim tornar as suas intervenções mais eficazes junto dos clientes (Ribeiro, 2021).

Em síntese, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais não é apenas uma exigência do exercício especializado. Constitui um motor de progresso individual, coletivo e institucional, permitindo que a enfermagem se afirme como uma profissão em constante evolução, capaz de responder de forma inovadora e qualificada aos desafios da saúde contemporânea.

Ao integrarem conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, os enfermeiros especialistas assumem um papel central na promoção da qualidade, segurança e humanização dos cuidados. Através da liderança, da investigação, da formação e do compromisso ético, o enfermeiro especialista contribui não apenas para a melhoria contínua da prática clínica, mas também para o fortalecimento e valorização da profissão de enfermagem e do próprio sistema de saúde.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A reabilitação engloba conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Tem como objetivos gerais a melhoria da função, a

promoção da independência e da máxima satisfação da pessoa, preservando, assim, a sua autoestima (Portugal, Regulamento n.º 392/2019).

Segundo o mesmo documento, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). O seu nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem a tomada de decisões relativas à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao tratamento e reabilitação, por forma a maximizar o potencial da pessoa.

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

O EEER identifica as necessidades de intervenção da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estejam impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, decorrente da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação. Com base nessa identificação, ele concebe, implementa e avalia planos e programas especializados, visando a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Portugal, Regulamento n.º 392/2019).

Esta primeira competência específica traduz a capacidade do enfermeiro de reabilitação para intervir junto de pessoas com necessidades especiais, temporárias ou permanentes, em diferentes fases da vida — desde a infância até à idade avançada — e em variados contextos (hospitalares, comunitários, unidades de cuidados continuados, escolas, domicílios, entre outros).

A abordagem deve ser sempre centrada na pessoa e na promoção da máxima funcionalidade, autonomia e qualidade de vida possíveis, tendo em conta não apenas a condição clínica, mas também o contexto social e familiar.

A Enfermagem de Reabilitação é vista como a área de intervenção da enfermagem que previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que apresentem défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação ou da sexualidade. É, assim, uma “área de intervenção que promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal” (Portugal, Regulamento 350/2015, p. 16656). O conhecimento e a qualificação do EEER permitem reconhecer e abordar as necessidades não só da pessoa cuidada como também dos seus prestadores de cuidados/família, proporcionando-lhes os melhores resultados possíveis com a sua intervenção.

O desenvolvimento desta competência específica foi transversal a todos os campos de estágio e assentou no processo de enfermagem, enquanto metodologia científica. Enquanto metodologia que norteia a prática profissional, “a aplicação deliberada e sistemática do processo de enfermagem permite que as necessidades das pessoas sejam atendidas de forma específica e segura, podendo acrescentar qualidade ao cuidado” (Ribeiro et al., 2018, citado por Ribeiro, 2021, p. 58), promove ainda a visibilidade e o reconhecimento profissional dos EEER.

Ao centrar a sua atuação nas etapas que constituem esta metodologia, o EEER põe em prática “um raciocínio clínico intencionalmente focado na capacitação, na autonomia e na qualidade de vida das pessoas” (Ribeiro, 2021, p. 59).

Considerando que a avaliação inicial é um aspeto primordial para a adequação das intervenções e conseqüente implementação de um plano de reabilitação personalizado e adaptado às necessidades e especificidades de cada utente, foi essencial a realização de uma anamnese adequada para cada situação encontrada. Assim, houve necessidade de recorrer a diferentes fontes de informação tais como os processos clínicos, os exames complementares de diagnóstico, a entrevista, mas também a observação, inspeção e palpação. Assim, para garantir uma decisão clínica mais eficaz e adequada a cada situação, tive a preocupação de rever/aprofundar conhecimentos sobre vários instrumentos de apoio à tomada de decisão, utilizados nos diferentes contextos de estágio. O uso destes instrumentos é essencial para a qualidade dos cuidados, visto que promovem a uniformização da linguagem de enfermagem, a documentação dos cuidados especializados e facilitam a monitorização dos resultados obtidos.

Durante estes cinco meses de estágio contactei com vários instrumentos, de entre os quais destaco: escala de GUSS, Índice de Tinetti, *Mini Mental State Examination*, Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional, Escala de Morse, Escala de Braden, Escala *American Spinal Injury Association* (ASIA), Escala de Lawton & Brody, Escala de Ashworth, Prova dos seis minutos de marcha, Mini Nutritional Assessment, Escala de depressão geriátrica de Yesavage.

Com o uso destes instrumentos conseguem identificar-se, e até estratificar-se, riscos de alteração e/ou alterações da funcionalidade nos vários níveis de intervenção, consegue-se monitorizar a evolução do estado de saúde e avaliar os resultados obtidos, traduzindo-os em ganhos em saúde. A tradução dos resultados em números facilita a análise, comparação e comprovação de progressos ou regressões na qualidade do estado de saúde.

A interpretação dos dados recolhidos carece de complementação com a análise dos exames complementares de diagnóstico previamente realizados e com a leitura dos relatórios

cirúrgicos e diários clínicos. Com a prática e o apoio dos enfermeiros orientadores fui aprendendo os aspetos a atentar, utilizando depois toda a informação para adaptar o plano de reabilitação à condição específica e única de cada utente.

Após identificar as necessidades comprometidas, seguiu-se a identificação de diagnósticos, sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. Os objetivos do plano de cuidados foram acordados com o utente, respeitando as suas crenças e valores, as suas capacidades e potencialidades, mantendo-os realistas e exequíveis.

De modo a aprimorar esta competência, durante os estágios foram implementados programas de reeducação funcional em diversas áreas, entre as quais a motora, a sensorial, a comunicacional, a cognitiva, a respiratória ou a eliminação. O planeamento e implementação das intervenções foram estabelecidos, por conseguinte, de forma a otimizar e/ou reeducar as funções aos vários níveis, considerando o utente e todo o seu contexto de suporte.

No âmbito do movimento corporal, as intervenções especializadas foram desenvolvidas nos diversos campos de estágio. A reabilitação deve começar com a mobilização passiva dos diferentes segmentos corporais, progredindo para ativa-assistida, ativa e ativa-resistida, conforme a evolução e tolerância do utente. As articulações dos membros afetados devem ser mobilizadas nas várias direções e por toda a amplitude de movimento normal, de forma lenta e suave, tendo sempre em conta as especificidades e proibições de cada abordagem cirúrgica. Pus em prática as técnicas de mobilização articular aprendidas, tendo em atenção as especificidades de cada situação, evitando, a título de exemplo, uma flexão da anca superior a 90°, ou a rotação interna e a adução além da linha média sagital, numa PTA com abordagem póstero-lateral. Tive também a oportunidade de ensinar, instruir e treinar exercícios de rolamentos no leito, ponte e gancho; exercícios de fortalecimento muscular (isotónicos e isométricos) para os vários grupos musculares; auto-mobilizações; técnicas de levantar e transferência cama/cadeira de rodas. Assisti alguns utentes no primeiro levantar pós-cirúrgico, respeitando os cuidados e especificidades de cada situação clínica e de cada utente em particular, tendo em conta as informações previamente recolhidas sobre o decurso da cirurgia, bem como os exames complementares de diagnóstico, avaliando a sua tolerância ao levantar e a sua capacidade de marcha.

Quanto ao foco de enfermagem equilíbrio, essencial para a realização de todas as AVD, trabalhei com os utentes a correção postural, o treino proprioceptivo e o treino de equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico.

Para o utente com lesão neurológica, a capacidade para andar representa a esperança de não ficar dependente de outros. O investimento do EEER centra-se na capacitação da pessoa para usar a técnica de adaptação de forma a andar com o máximo de segurança

possível e com o mínimo dispêndio de energia (Menoita, 2012, citado em Ribeiro, 2021). Assim, para obter os melhores resultados, foi importante trabalhar primeiramente o equilíbrio, a correção postural e o movimento de sentar e levantar, até se conseguir executar sem esforço. Posto isto, pude fazer treinos de marcha com ajuda de terceira pessoa ou auxiliar de marcha, treinos de subir/descer escadas, exercícios de andar com apoio nos dedos dos pés/com apoio nos calcanhares, exercícios de caminhar em linha. Reforcei também os ensinamentos sobre a importância do calçado adequado (antiderrapante, fechado e que ficasse bem preso ao pé) e sobre o risco de queda.

Foi ainda possível intervir ao nível do compromisso da deglutição, no sentido de otimizar a função e garantir segurança da pessoa ao alimentar-se, prevenindo o risco de aspiração. Um dos serviços onde estagiei tem instituído um procedimento de avaliação da deglutição através da aplicação da escala de Guss, que determina uma avaliação inicial e reavaliações às 48h e, posteriormente, a cada 72h. Para trabalhar esta limitação utilizei estratégias compensatórias posturais, ensinando o utente a fazer a flexão anterior do pescoço e/ou a rotação da cabeça para o lado afetado, aquando da deglutição; estratégias compensatórias sensoriais, como a pressão da colher sobre a língua ou o aumento do volume de alimentos introduzido na boca; estratégias compensatórias de consistência, através do uso de espessante. Percebi a importância de a alimentação se fazer num local calmo, com estímulos reduzidos, de maneira a que o utente se concentrasse exclusivamente nesta tarefa, sem interferências. Tive também o cuidado de promover um posicionamento adequado antes da alimentação, proporcionando estabilidade postural e um correto alinhamento da cabeça, tronco e extremidades, fatores promotores de uma boa deglutição. No final das alimentações incentivei a hidratação oral bem como os cuidados de higiene oral, verificando se havia acumulação de resíduos alimentares na boca. Outro passo importante para o sucesso da reabilitação foram os exercícios de fortalecimento dos lábios, língua, músculos da face.

Ao nível do compromisso da função sensorial, intervim diretamente com utentes com negligência unilateral. Apercebi-me da importância de fazer uma boa gestão do ambiente em que a pessoa se encontra, dispondo o mobiliário/objetos pessoais de forma a potenciar a integração sensorial pelo lado mais afetado (mesa de cabeceira, televisão, telemóvel). Pude também praticar técnicas de estimulação sensorial, abordando a pessoa pelo lado mais afetado, quer a nível tátil, quer pela audição e visão. Instruí e treinei exercícios de facilitação cruzada, em que o utente realiza movimentos com o membro não afetado, cruzando a linha média para o lado afetado, com o intuito de integrar os dois lados do corpo.

No que concerne a eliminação, foi essencial promover uma rotina coerente e consistente, o mais próximo possível do normal, levando os utentes ao wc aquando dos levantes e após as refeições, tentando estabelecer um horário regular de esvaziamento

vesical e intestinal. É importante para o utente que se lhe permita fazer as suas AVD ao seu ritmo, ensinando-lhe estratégias e técnicas facilitadoras, mas deixando-o fazer por si, errando e corrigindo os seus erros, mantendo sempre uma atitude facilitadora e encorajadora das suas potencialidades. A capacitação da pessoa para a realização destas tarefas é de extrema importância para a reabilitação, pois fomenta a autonomia e a autoestima.

Um dos principais objetivos da reabilitação é que a pessoa se torne o mais independente possível nas atividades de vida diária que, por isso, assumem um foco central: a pessoa deve ser incentivada e reeducada a realizar as AVD usando padrões de movimento próximos da normalidade, o mais precocemente possível, realizados sem esforço associado e com condução do movimento para evitar o aumento do tónus (Ribeiro, 2021). Esta reeducação das AVD é uma intervenção primordial do EEER. O treino do autocuidado foi também uma constante nos vários campos de estágio, nomeadamente ao nível da higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação. Assim, tive oportunidade de treinar estratégias adaptativas, usando ajudas técnicas para compensar a limitação motora quando necessário, de maneira a promover a auto-estima e a autonomia e contribuindo para a reintegração social do utente. Este treino quer-se diário, com coerência e consistência, daí o relevo do papel do EEER.

A capacitação da pessoa e/ou familiar para as atividades de autocuidado promove o seu envolvimento nos cuidados, assumindo um papel ativo na gestão da sua saúde, facilitando a continuidade dos cuidados, tanto no internamento como no domicílio.

Embora não sendo um foco de atenção deste ensino clínico em particular, a cinesiterapia respiratória desempenha um papel fundamental na prevenção de complicações em alguns utentes, sobretudo daqueles que, mesmo sem diagnóstico de patologia respiratória, vêm a desenvolver alterações respiratórias em consequência da imobilidade no leito, durante o período de doença/internamento. A Reeducação Funcional Respiratória, ou Reabilitação Respiratória, revelou-se uma constante em todos os contextos de estágio, atizando a minha curiosidade sobre este âmbito de investigação. O EEER tem um papel central na capacitação do utente com patologia respiratória na gestão da sua condição, contribuindo para ganhos em saúde e prevenção de complicações.

Por fim, há que ter em mente que os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser monitorizados e reformulados sempre que haja alterações. É necessário avaliar constantemente se as nossas intervenções surtem efeito e ajustar os planos consoante os resultados que se estão a obter. Quando se justificou, foram reformulados objetivos e estratégias, tendo como preceito a hierarquização das prioridades de saúde, a otimização da função corporal e a avaliação do risco-benefício de todas as

práticas clínicas desenvolvidas. Fui trocando impressões e esclarecendo dúvidas com os orientadores, de forma a potencializar a minha prestação a este nível.

Os registos de enfermagem facilitam a continuidade dos cuidados e dão visibilidade ao trabalho do EEER, daí a pertinência de os fazer de uma forma homogénea e sistemática, no sentido de obter uma prestação de cuidados de excelência. Pude contactar com diferentes plataformas de registos de enfermagem.

O EEER tem um papel primordial na avaliação dos défices, na identificação dos diagnósticos, no planeamento e na implementação das intervenções que resultarão na potencialização da independência e na readaptação funcional (Ribeiro, 2021). A sua capacidade de atuar conforme a complexidade das necessidades especiais da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, assegura cuidados diferenciados e individualizados e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

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

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, o EEER analisa a problemática da deficiência, da limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, com o objetivo de desenvolver e implementar “ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico, que visem uma consciência social inclusiva” (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

Para potenciar esta competência o EEER deve elaborar e implementar programas de treino de AVD, objetivando a adaptação às limitações da atividade e a maximização da autonomia e qualidade de vida (Portugal, Regulamento n.º 392/2019).

Esta competência destaca a responsabilidade do EEER, passando além do cuidado clínico, de ajudar a pessoa a retomar o seu papel ativo na sociedade, de acordo com as suas capacidades e potencialidades. O foco da sua intervenção é a capacitação da pessoa, dotando-a de conhecimentos, competências e recursos que lhe permitam gerir a sua condição de saúde e viver com o máximo de autonomia; a transposição de barreiras, sejam físicas, sociais ou psicológicas, que condicionem a sua participação ativa e plena na vida social, profissional e comunitária e a promoção da cidadania, garantindo o direito à inclusão, dignidade e autodeterminação e respeitando as escolhas e os projetos de vida da pessoa.

Percebe-se, pois, a importância da capacitação dos utentes, do seu empoderamento, para que consigam gerir a sua condição, reduzindo a dependência e criando condições para a uma reintegração social e profissional futura.

Esta capacitação da pessoa, associada muitas vezes à capacitação do familiar de referência/cuidador, é um fator de boa prática profissional e foi transversal a todos os contextos. Os planos de cuidados definidos centraram-se não só nas necessidades e particularidades individuais da pessoa dependente, mas também tiveram em consideração o ambiente que a rodeia e influência da família enquanto sistema.

Outro aspeto de relevo para a prossecução desta competência é uma boa preparação da alta. Foi fulcral perceber o contexto familiar e social, a rede de apoio, os serviços da comunidade, as condições habitacionais, enfim, todos os fatores condicionantes e decisivos para o regresso a casa. O papel privilegiado do EEER no contacto com o utente/família permite-lhe perceber se há necessidade de proceder a alterações arquitetónicas nas casas (rampas, barras de apoio, por exemplo), permite-lhe detetar dificuldades específicas que podem ser trabalhadas em reabilitação, promovendo a motivação, autonomia e o fortalecimento de relações familiares e permite-lhe ainda capacitar e empoderar os cuidadores, reduzindo o stress e ansiedade. Ao longo dos estágios procurei promover a presença da família e cuidadores diretos junto do utente sempre que possível, envolvendo-os na preparação da alta e promovendo o processo de capacitação e empoderamento. Os ensinamentos à família/cuidadores devem ser abrangentes e realizados de uma forma continuada e consistente, tentando aproveitar-se todas as oportunidades de contacto. O envolvimento do familiar de referência vai facilitar a adaptação a esta transição e vai empoderá-lo para colaborar nas AVD, recorrendo se necessário a estratégias adaptativas e/ou produtos de apoio, promovendo-se, assim, a reintegração no seio familiar e consequente reinserção na vida comunitária.

As intervenções focadas no ensino, instrução e treino da capacitação da pessoa para as AVD, já previamente abordadas, incluindo o uso de produtos de apoio, ajudas técnicas e dispositivos de compensação, são essenciais para o sucesso da reinserção dos utentes na sociedade e também para o seu exercício da cidadania.

Paralelamente, o EEER deve adotar uma prática interventiva no ensino da gestão eficaz da doença, reforçando comportamentos de saúde direcionados para a autogestão, especialmente no contexto das doenças crónicas.

2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para atingir esta competência específica o EEER deve colaborar com o utente no sentido de desenvolver atividades que permitam “maximizar as suas capacidades funcionais

e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

Maximizar a funcionalidade significa ajudar a pessoa a atingir o seu potencial máximo de independência, mesmo que não seja possível recuperar totalmente a sua condição anterior. Para o fazer é essencial avaliar as capacidades remanescentes da pessoa (motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, sensoriais e comunicacionais); estimular essas capacidades através de treino, adaptação e compensação; evitar a dependência e prevenir complicações secundárias e, por último, promover a participação ativa da pessoa na definição dos seus objetivos de reabilitação.

Esta competência vai ao cerne da prática clínica do enfermeiro de reabilitação: a prescrição de atividades/exercícios e a sua progressão. Esta é uma área crucial uma vez que permite transformar as potencialidades da pessoa em ganhos efetivos de funcionalidade, de forma segura, eficaz e individualizada.

O treino em reabilitação deve ser feito de forma sistematizada, tendo em conta a avaliação do utente, o seu estado funcional, as suas limitações e comorbilidades, o seu contexto social e também as suas metas e motivações. Para que o utente se mantenha empenhado e colabore, e cumprindo com as boas práticas em enfermagem, é essencial que o treino seja individualizado (adaptado às necessidades, limitações e capacidades preservadas da pessoa), progressivo (evoluindo do mais simples para o mais complexo), seguro (com vigilância de sinais de intolerância como dispneia, fadiga, dor ou alterações hemodinâmicas) e funcional (selecionando exercícios relacionados com atividades significativas). A progressão nos exercícios deve respeitar a curva de adaptação da pessoa, garantindo estímulo suficiente para ganhos, sem provocar sobrecarga.

Apercebi-me que a prescrição de treino em reabilitação não segue uma fórmula rígida, mas é antes um processo dinâmico e individualizado que envolve a avaliação do utente, a definição conjunta do objetivo funcional, a prescrição dos exercícios específicos e a sua decorrente e gradual progressão, finalizada com a monitorização e reformulação de acordo com os resultados obtidos. A título de exemplo falemos do treino de marcha. Inicia-se com o ortostatismo assistido, seguido por treino com barras paralelas, se houver, ou marcha com andarilho, que progredirá para marcha com canadianas e posteriormente para marcha com apoio de outra pessoa e marcha autónoma. Verificar-se-á a progressão deste tipo de treino no aumento da distância percorrida, na redução da assistência e, posteriormente, na marcha em diferentes superfícies (em plano, em rampa e escadas).

A maximização da funcionalidade significa trabalhar sobre as capacidades existentes, prevenindo dependências desnecessárias, reforçando a autoestima e melhorando a

qualidade de vida. Não se limita à recuperação física, mas envolve também o estímulo psicológico e social, valorizando cada conquista, por mais pequena que possa parecer. Enquanto futura EEER, reconheço que esta competência é essencial para promover a independência, autonomia, dignidade e participação ativa da pessoa na sua vida e na vida social.

Considerações finais

A elaboração deste relatório constituiu não apenas um exercício acadêmico, mas sobretudo uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, pude integrar teoria e prática, enfrentar desafios, ultrapassar dificuldades e descobrir novas formas de cuidar. Mais do que adquirir competências técnicas, aprendi a escutar, a respeitar o ritmo e a singularidade de cada pessoa, reconhecendo que a reabilitação é um caminho partilhado, onde pequenas conquistas se transformam em grandes vitórias. Cada experiência trouxe-me a consciência de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um agente de mudança, que ajuda a devolver dignidade, confiança e esperança às pessoas que enfrentam a doença, a limitação ou a perda.

A possibilidade de realizar estágios possibilitou o desenvolvimento de estratégias e aptidões no domínio da Enfermagem Avançada, essenciais para sustentar níveis elevados de juízo crítico e de tomada de decisão. Foram igualmente determinantes para o autoconhecimento e desenvolvimento de estratégias eficazes para lidar com situações complexas e diferenciadas, com impacto direto no exercício diário da prática de Enfermagem.

Este percurso foi também uma oportunidade de autoconhecimento: testei os meus limites, confrontei-me com a responsabilidade das decisões e confirmei a importância da reflexão ética e crítica em cada ato de cuidar. Percebi que a enfermagem de reabilitação é muito mais do que promover independência — é estar presente, apoiar, motivar e caminhar lado a lado com a pessoa no seu processo de adaptação. O confronto com dificuldades práticas reforçou a minha capacidade de adaptação e ampliou a minha visão sobre a importância da enfermagem centrada na pessoa, onde o cuidado ultrapassa o físico para abordar dimensões emocionais, sociais e psicológicas.

O estágio evidenciou o valor do trabalho colaborativo e do papel do enfermeiro de reabilitação como agente de mudança na vida dos utentes, promovendo dignidade, capacitação, independência e, no fundo, empoderando-os para se adaptarem a esta nova etapa das suas vidas, com qualidade. Percebi que a enfermagem de reabilitação é, acima de tudo, um catalisador para a adaptação e aceitação de uma nova realidade, ajudando o utente a viver com independência e confiança, maximizando as suas potencialidades.

Para o sucesso deste percurso formativo foi também fundamental uma atitude proativa, de curiosidade constante, de partilha e trabalho em equipa, fatores que permitiram alcançar os resultados pretendidos.

Se hoje me sinto mais preparada para assumir o papel de futura EEER, devo-o à riqueza das experiências vividas, ao apoio dos orientadores e ao contacto com equipas que me inspiraram a procurar sempre a excelência. O desafio não termina aqui; este é apenas o início de uma trajetória que quero continuar a percorrer com compromisso, dedicação e paixão pela Enfermagem de Reabilitação.

Referências bibliográficas

Direção-Geral da Saúde, Norma nº 015/2013. (2013, março 3). Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Direção-Geral da Saúde.

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2024). Guia Orientador de trabalhos escritos.

[https://essv.ipv.pt/wp-](https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/12/GuiaOrientadorTrabalhosEscritos-CTC-11-12-2024.pdf)

[content/uploads/sites/10/2024/12/GuiaOrientadorTrabalhosEscritos-CTC-11-12-2024.pdf](https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/12/GuiaOrientadorTrabalhosEscritos-CTC-11-12-2024.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Portugal, Decreto-Lei n.º 161/96. (1996, setembro 4). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1(205), pp. 2959-2962.

Portugal, Decreto-Lei n.º 104/98. (1998, abril 21). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República, 1(93), pp. 1739-1757.

Portugal, Despacho n.º 9390/2021. (2021, setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2(187), pp. 96-103.

Portugal, Lei n.º 95/2019. (2019, setembro 4). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, 1(69), pp. 55-66.

- Portugal, Regulamento n.º 350/2015. (2015, junho 22). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2(119), pp. 16655-16660.
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.
- Portugal, Regulamento n.º 392/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2(85), pp. 13565-13568.
- Portugal, Regulamento n.º 743/2019. (2019, setembro 25). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, (184), pp. 128-154.
- Portugal, Regulamento n.º 613/2022. (2022, julho 8). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2(131), pp. 179-182.
- Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2023). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Lusodidata.
- Mendonça, D., Calado de Lima, A. M., Araújo, M. S., Pereira, P. M., Matos, C. J. (2021). Força muscular, distância percorrida e capacidade pulmonar na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Saúde Em Redes*, 7(1), 167-177. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1p167-177>
- Ribeiro, O. (Coord.). (2021). *Enfermagem de reabilitação – Conceções e práticas*. Lidel Edições Técnicas.

**PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: “Cuidar da pessoa com DPOC
no domicílio: perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de
Reabilitação”**

Resumo

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) constitui um desafio crescente para os sistemas de saúde e requer intervenções que promovam a autonomia e previnam agudizações. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é um profissional vital neste processo, particularmente no contexto domiciliário.

Objetivo: Explorar as perceções dos EEER sobre a sua intervenção junto da pessoa com DPOC em cuidados domiciliários.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado através de *focus group* com EEER experientes em reabilitação respiratória e cuidados domiciliários (≥ 2 anos de prática). Utilizou-se guião semiestruturado com questões abertas sobre estratégias, práticas, benefícios, obstáculos e sugestões. A recolha de dados decorreu em julho de 2025, por meio de dois *focus group online*, via plataforma *Zoom*, após parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu. As sessões foram gravadas e transcritas. Os resultados analisados incluíram dupla codificação independente e contabilização das Unidades de Registo (Ur), o que permitiu identificar categorias e subcategorias relevantes.

Resultados: As intervenções eficazes na promoção da independência e controlo dos sintomas (212 Ur) constituíram a categoria central, destacando a importância de intervenções que favorecem a autonomia e a autogestão. A referência de utentes e comunicação entre cuidados (146 Ur) evidenciaram a procura de apoio contínuo e a necessidade de resposta organizada pelas equipas de cuidados. Emergiram referências a boas práticas a destacar (114 Ur), sublinhando a valorização de estratégias de qualidade e de cuidados padronizados que apoiam a prática profissional. Os benefícios percebidos após a intervenção (72 Ur) remetem sobretudo para a melhoria dos sintomas e impacto positivo na qualidade de vida.

Conclusão: A intervenção do EEER, em contexto, domiciliário, revela-se multidimensional e substancial para a promoção da qualidade de vida da pessoa com DPOC. Persistem, contudo, barreiras estruturais e organizacionais que requerem investimento político e institucional, bem como a adoção de estratégias inovadoras e integradas.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; DPOC; Cuidados domiciliários; Autonomia; Reabilitação respiratória.

Abstract

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a growing challenge for healthcare systems, requiring interventions that promote autonomy and prevent exacerbations. The Rehabilitation Nursing Specialist (RNS) plays a vital role in this process, particularly in the home care setting.

Objective: To explore the perceptions of RNS regarding their intervention with COPD patients at home care.

Methodology: A qualitative, descriptive, and exploratory study was conducted through focus groups with RNS experienced in respiratory rehabilitation and home care (≥ 2 years of practice). A semi-structured guide with open-ended questions about strategies, practices, benefits, barriers, and suggestions was used. Data collection took place in July 2025, through two online focus groups via Zoom, after approval by the Ethics Committee of the Polytechnic Institute of Viseu. Sessions were recorded and transcribed. Data analysis involved double independent coding and registration unit (Ur) counting, enabling the identification of relevant categories and subcategories.

Results: Effective interventions for promoting independence and symptom control (212 Ur) emerged as the central category, highlighting the importance of fostering autonomy and self-management. Referral processes and communication across care settings (146 Ur) underscored the demand for continuity of support and the need for organized team responses. References to good practices (114 Ur) emphasized the value of quality strategies and standardized care supporting professional practice. Perceived benefits after intervention (72 Ur) mainly included symptom improvement and a positive impact on quality of life.

Conclusion: The intervention of RNS in home care proves to be multidimensional and essential for improving the quality of life of people with COPD. However, structural and organizational barriers persist, requiring political and institutional investment as well as the adoption of innovative and integrated strategies.

Keywords: Rehabilitation Nursing; COPD; Home care; Autonomy; Respiratory rehabilitation.

1. Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma condição respiratória progressiva, caracterizada por sintomas persistentes como dispneia, tosse e expectoração, resultantes de alterações nos alvéolos e vias aéreas, com obstrução crónica do fluxo aéreo (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2025). Embora tradicionalmente associada ao tabagismo, a DPOC tem outras causas relevantes, como infeções respiratórias recorrentes, poluição ambiental e fatores genéticos, como a deficiência de alfa1-antitripsina (Observatório Nacional de Doenças Respiratórias [ONDR], 2024). É, no entanto, uma doença comum, prevenível e tratável (GOLD, 2025).

A Organização Mundial de Saúde estima que, em 2030, a DPOC será a terceira principal causa de morte a nível mundial. Em Portugal, a prevalência atinge 14,2% da população com mais de 40 anos, registando-se um aumento do número de diagnósticos nos Cuidados de Saúde Primários (Direção-Geral da Saúde, 2019). Embora se tenha verificado uma redução recente de internamentos e mortalidade associados à DPOC, esta continua a representar um desafio importante para os sistemas de saúde (ONDR, 2024).

As patologias crónicas e graves das vias respiratórias têm causado um enorme encargo de saúde aos países de todo o mundo, afetando grandemente a qualidade de vida dos utentes e tornando-se uma das principais doenças que assolam a humanidade (Safiri et al., 2022). Assim, é urgente encontrar meios eficientes e económicos para a prevenção e reabilitação da doença respiratória crónica, de forma a compensar os défices na sua prevenção e controlo.

A DPOC é vivida pela pessoa como uma condição crónica e progressiva que ultrapassa a dimensão biomédica e interfere de forma significativa com a sua qualidade de vida. A experiência da doença traduz-se num processo multidimensional de transformação que atinge o corpo, as emoções e as relações sociais, exigindo adaptação contínua e acompanhamento especializado.

A vivência quotidiana destas pessoas é marcada pela limitação progressiva da capacidade funcional, pela fadiga constante e pela imprevisibilidade das crises dispneicas, que condicionam não só o corpo, mas também a mente e a vida social. À luz da visão holística da enfermagem, compreende-se que a DPOC afeta dimensões múltiplas da pessoa: a física, pelo impacto direto na respiração e mobilidade; a psicológica, pelo medo associado à falta de ar e pela ansiedade ou depressão que frequentemente emergem; a social, pela tendência ao

isolamento devido à dependência de oxigenoterapia ou ao receio de sair de casa; e a espiritual, pela necessidade de encontrar significado e esperança perante uma doença crónica e progressiva.

As limitações físicas e emocionais repercutem-se na participação social, frequentemente conduzindo ao isolamento e à depressão. O aumento da dispneia leva ao isolamento social e ao agravamento da inatividade física, conduzindo a um maior descondicionamento físico (Rahi et al., 2023).

Neste sentido, a prática de enfermagem de reabilitação deve ultrapassar a abordagem estritamente clínica da patologia, centrando-se na pessoa como um todo e no seu projeto de vida: deve valorizar não apenas a promoção da capacidade funcional e o treino de estratégias respiratórias, mas também o apoio emocional, a educação para o autocuidado, o fortalecimento da rede de suporte familiar e comunitário, e a criação de um espaço onde a pessoa se sinta compreendida e respeitada. Assim, a experiência de viver com DPOC, quando acompanhada de cuidados de enfermagem sensíveis e integrais, pode transformar-se numa vivência menos marcada pela limitação e mais orientada para a autonomia, dignidade e qualidade de vida.

Esta vivência da pessoa com DPOC, marcada por limitações respiratórias, declínio funcional, sofrimento emocional e social, pode ser compreendida de forma mais profunda quando analisada à luz de referenciais teóricos de enfermagem que orientam a prática e fundamentam o papel do EEER. Entre eles, destacam-se a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem.

Os sintomas cardinais da DPOC — dispneia, tosse crónica, expetoração e fadiga — limitam de forma marcada a realização das atividades de vida diária, como caminhar, vestir-se, tomar banho ou realizar tarefas domésticas (Uslu & Canbolat, 2022). Assim, estas pessoas defrontam obstáculos físicos, psicossociais e emocionais que limitam a sua capacidade de se autocuidar. O conceito de autocuidado é central na Teoria de Orem (2001) e refere-se à capacidade do indivíduo de realizar, autonomamente, atividades de cuidado pessoal, por forma a manter sua própria saúde, bem-estar e vida. Quando esta capacidade está limitada por algum motivo, surge a necessidade do cuidado de enfermagem. As intervenções de enfermagem irão, assim, ajudar o paciente a recuperar ou manter a sua capacidade de se autocuidar, promovendo independência e qualidade de vida. Para a autora, o papel da enfermagem é suprir ou apoiar o autocuidado apenas quando o indivíduo não consegue realizá-lo sozinho (Orem, 2001).

O EEER intervém como facilitador do autocuidado, promovendo competências para que a pessoa possa gerir a sua condição. Isso envolve educação para a saúde, treino

respiratório, exercício físico, planos personalizados com monitorização e acompanhamento, apoio psicológico e gestão da oxigenoterapia (Salvado et al., 2025). Ao capacitar a pessoa e a sua rede de suporte, o EEER promove a corresponsabilização e reduz os défices de autocuidado (Ribeiro et al., 2023). Neste enquadramento, o EEER não é apenas um técnico de reabilitação, mas uma presença terapêutica que acompanha a pessoa no seu processo de viver com DPOC, promovendo dignidade, sentido e qualidade de vida.

O tratamento da doença estável tem como objetivos principais o controlo sintomático, a melhoria da capacidade funcional e a prevenção de exacerbações. A reabilitação respiratória (RR), enquanto intervenção não farmacológica de primeira linha, demonstrou ser eficaz na melhoria da tolerância ao esforço, redução da dispneia e promoção da qualidade de vida (GOLD, 2025).

Assim, durante a sua intervenção é essencial que o EEER promova o processo de capacitação da pessoa, privilegiando os focos de atenção ‘conhecimento’ e ‘aprendizagem de capacidades’. O EEER, através do ensino e aprendizagem de habilidades e da aquisição de competências, vai potenciar a independência da pessoa nas AVD, capacitando-a sobre as suas limitações/potencialidades, com o foco na maximização da sua funcionalidade (Sousa et al., 2020).

A literatura aponta a reabilitação respiratória como instrumento essencial no tratamento da DPOC, pois proporciona benefícios significativos para a saúde respiratória, capacidade funcional e qualidade de vida das pessoas. Ao melhorar a capacidade pulmonar, aumentar a resistência física, ensinar técnicas de respiração e prevenir exacerbações, a reabilitação respiratória ajuda a otimizar a gestão dessas doenças, promovendo uma vida mais saudável e ativa. Os objetivos da reabilitação respiratória incluem minimizar sintomas, maximizar o desempenho nos exercícios, promover a autonomia, aumentar a participação nas atividades quotidianas, melhorar a qualidade de vida e conseguir mudanças comportamentais a longo prazo que contribuam para a saúde (Spruit et al., 2013).

De acordo com a Direção Geral de Saúde, a RR é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a utentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades de vida diária. Deve ser desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da DPOC. A otimização do tratamento implica, mandatoriamente, a reabilitação respiratória para todos os utentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa (Direção-Geral de Saúde, 2019).

A reabilitação respiratória pode constituir um dos métodos de tratamento mais custo-efetivos e representa um dos pilares fundamentais das intervenções não farmacológicas em pessoas com DPOC (Arnold et al., 2020). É descrita como um elemento essencial do cuidado nos indivíduos com doenças respiratórias crônicas, pois reduz a dispneia, aumenta a capacidade de exercício, melhora a qualidade de vida (física e emocional) e proporciona suporte social. Além disso, contribui para a diminuição das hospitalizações e para a redução do risco de mortalidade após internamento em pessoas com DPOC. A RR integra o treino físico, a educação e as estratégias de mudança comportamental, orientadas para melhorar o bem-estar físico e psicológico da pessoa com DPOC e para promover a adesão a práticas que sustentem a saúde a longo prazo (Arnold et al., 2020).

Estão documentados diversos obstáculos à adesão e participação dos utentes em programas de RR, incluindo necessidades de deslocação, dificuldades de transporte e disponibilidade limitada de serviços em contextos onde a dispneia e a mobilidade reduzida são comuns (Holland et al., 2017). Neste sentido, programas de RR domiciliária podem melhorar os resultados clínicos e a adesão entre pessoas com DPOC (Wageck et al., 2020), oferecendo uma alternativa prática e comparável aos programas convencionais em regime de ambulatório. O mais recente relatório GOLD (2025) reforça a importância de programas de RR estruturados, supervisionados e individualizados, que devem, idealmente, ser adaptados às capacidades físicas, preferências e contextos sociais dos utentes. Vem ainda reconhecer o papel da reabilitação domiciliária como uma alternativa prática e igualmente eficaz, particularmente em populações com mobilidade reduzida ou acesso limitado aos serviços de saúde (GOLD, 2025).

A importância das práticas de enfermagem de reabilitação para orientar intervenções e tratamentos em idosos com DPOC foi igualmente destacada noutra revisão sistemática recente (Ribeiro et al., 2023): intervenções de enfermagem de reabilitação, como programas de reabilitação comunitários ou domiciliários contribuem eficazmente para a redução/controlo dos sintomas associados a distúrbios respiratórios, aumentando a autonomia dos idosos para o autocuidado.

Neste contexto, destaca-se a importância do EEER, cuja intervenção visa prevenir complicações, manter a funcionalidade e promover a independência da pessoa com DPOC (Portugal, Regulamento n.º 392/2019). Em cuidados domiciliários, o EEER assume um papel central na capacitação do utente e na gestão da sua condição, contribuindo para ganhos em saúde e prevenção de internamentos evitáveis.

O EEER tem competência para avaliar de forma holística as necessidades alteradas da pessoa com DPOC, sejam respiratórias, musculoesqueléticas ou emocionais. No domicílio,

ele adapta o ambiente e orienta a família para criar condições seguras e favoráveis ao autocuidado, assegurando que os cuidados são contínuos, personalizados e adequados ao contexto de vida da pessoa, promovendo o desenvolvimento das suas capacidades e maximizando a sua funcionalidade.

A visão holística que caracteriza a Enfermagem possibilita ao EEER a avaliação da situação da pessoa à luz de todos os fatores que possam influenciar a sua condição de saúde. Esta vantagem permite intervir na prevenção, recuperação e manutenção, visando atingir a manutenção da sua máxima funcionalidade. As intervenções abarcam técnicas manuais, de posicionamento e de movimento, dos componentes torácicos e abdominais, que podem ser usadas individualmente ou em combinação (Cordeiro & Menoita, 2012). A componente de exercício físico e a componente educacional são referenciadas como aspetos primordiais do processo de reabilitação (OE, 2018).

Ao articular ciência, técnica e humanismo, o EEER contribui para ganhos em saúde, refletidos na melhoria da funcionalidade, na redução de complicações e na promoção da qualidade de vida da pessoa e da sua família.

Como ficou evidente, a DPOC representa um dos principais problemas de saúde pública a nível nacional e mundial, associando-se a elevada morbilidade, mortalidade e impacto socioeconómico. Apesar dos avanços terapêuticos, persistem desafios significativos na gestão da doença, sobretudo no que respeita à continuidade de cuidados e à implementação de estratégias de reabilitação custo-efetivas e centradas na pessoa.

Neste contexto, o EEER desempenha um papel central, particularmente em ambiente domiciliário, onde se torna imprescindível assegurar a prevenção de complicações, a maximização da funcionalidade e a capacitação da pessoa e da família para o autocuidado. No entanto, persistem algumas lacunas no reconhecimento do contributo específico destes profissionais e existem também barreiras que limitam a sua prática em contexto de domicílio.

Ao explorar as perceções dos EEER acerca da sua intervenção junto da pessoa com DPOC em cuidados domiciliários pretende-se valorizar a prática especializada de enfermagem de reabilitação, identificar barreiras e facilitadores da intervenção, reforçar a visibilidade e o impacto dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e contribuir para a formulação de modelos de cuidados mais adequados às necessidades da pessoa e da sua família. Deste modo, justifica-se a realização do presente estudo, que procura aprofundar a compreensão sobre a prática do EEER em contexto domiciliário, promovendo a valorização do seu papel na gestão integrada da DPOC e na melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas.

2. Metodologia

2.1. Delimitação e objetivos do estudo

A DPOC é uma condição respiratória heterogênea caracterizada por sintomas persistentes como dispneia, tosse, produção de expetoração e/ou exacerbações frequentes, resultantes de anomalias nos brônquios e/ou nos alvéolos, o que leva à obstrução progressiva e irreversível do fluxo aéreo (GOLD, 2025). De acordo com o relatório GOLD 2025, esta doença representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível global, prevendo-se um aumento da sua prevalência nas próximas décadas, em grande parte devido ao envelhecimento populacional e à exposição contínua a fatores de risco. A sua etiologia compreende interações complexas entre os fatores genéticos e os ambientais ao longo da vida, sendo o tabagismo o principal fator de risco, ainda que a poluição ambiental, a exposição a biocombustíveis e as condições ocupacionais adversas desempenhem igualmente um papel relevante.

Em contexto de cuidados domiciliários, a gestão da DPOC torna-se particularmente desafiante, requerendo intervenções contínuas, individualizadas e orientadas para a promoção da funcionalidade e da autonomia da pessoa. Neste sentido, os EEER assumem um papel determinante, pois promovem estratégias terapêuticas que compreendem a reabilitação respiratória, a educação para a autogestão da doença e o acompanhamento da evolução clínica.

Face ao exposto e constituindo-se uma área de grande importância, o presente estudo tem como objetivo geral explorar as perceções dos EEER sobre a sua intervenção junto da pessoa com DPOC em contexto domiciliário. De forma mais específica, pretende-se identificar as principais intervenções de reabilitação realizadas, compreender os fatores que facilitam e dificultam esta atuação em contexto domiciliário, analisar o impacto percebido das intervenções na funcionalidade e autonomia da pessoa com DPOC e contribuir para a valorização do papel do EEER nos cuidados domiciliários a esta população.

2.2. Desenho do estudo

O presente trabalho configura-se como um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, orientado para a compreensão das percepções e experiências dos EEER relativamente à sua intervenção junto da pessoa com DPOC em contexto domiciliário.

A escolha desta abordagem justifica-se pelo facto de a investigação qualitativa permitir analisar, aprofundando e contextualizando, os significados atribuídos pelos participantes às suas vivências e experiências. Neste caso, compreender como os EEER percecionam o seu papel no acompanhamento da pessoa com DPOC no domicílio implica aceder às suas narrativas, captar nuances relacionais e identificar fatores facilitadores e constrangimentos que dificilmente seriam apreendidos através de metodologias quantitativas.

O carácter exploratório decorre da escassez de estudos nacionais focados especificamente na intervenção do EEER em contexto domiciliário na DPOC, o que evidencia a necessidade de gerar conhecimento inicial e fundamentado nesta área. Simultaneamente, assume-se um enfoque descritivo, procurando caracterizar de forma sistemática as práticas, dificuldades, recursos e percepções relatadas pelos profissionais, sem intenção de estabelecer relações causais, mas antes de clarificar dimensões essenciais do fenómeno em estudo.

Para reforçar a credibilidade, consistência e transparência do processo metodológico, este estudo foi delineado e apresentado de acordo com as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), desenvolvido por Tong et al. (2007). Este conjunto de critérios constitui uma das referências internacionais mais utilizadas para garantir rigor na descrição de investigações qualitativas baseadas em entrevistas ou *focus group*. O COREQ organiza-se em três grandes domínios: características do investigador e reflexividade, que exigem explicitar o papel do investigador e a relação com os participantes; delineamento do estudo, abrangendo o enquadramento metodológico, a seleção dos participantes, o contexto da recolha e os métodos utilizados; e análise e apresentação dos resultados, contemplando a descrição do processo de codificação, validação, interpretação e relato dos dados obtidos (Tong et al., 2007).

A aplicação destas diretrizes não sustenta apenas a qualidade científica do estudo, mas também contribui para a sua transferibilidade, permitindo que outros investigadores e profissionais compreendam de forma clara os procedimentos realizados, as opções metodológicas assumidas e os limites do estudo.

2.3. Participantes

Foram selecionados 11 EEER a exercer funções em diferentes Unidades Locais de Saúde (ULS), designadamente: ULS Viseu Dão-Lafões, ULS Coimbra, ULS Guarda e ULS Cova da Beira. Os participantes tinham como contexto de cuidados o domicílio, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD). Esta diversidade possibilitou recolher contributos provenientes de diferentes realidades organizacionais e funcionais, contribuindo, deste modo, para uma maior riqueza da análise da perspetiva dos EEER no que concerne ao cuidar da pessoa com DPOC no domicílio.

Foram integrados neste estudo os enfermeiros que, para além de demonstrarem disponibilidade e acessibilidade para participar nas entrevistas em *focus group*, preenchiam os critérios de inclusão definidos para a investigação, que visaram garantir a relevância e a adequação dos contributos dos participantes ao fenómeno em análise. Assim, foram incluídos enfermeiros que reuniam cumulativamente as seguintes condições: possuir o título de EEER, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros; exercer funções em contexto de cuidados domiciliários, e.g. em ECCI ou em UHD; ter experiência na prestação de cuidados a pessoas com diagnóstico de DPOC e manifestar vontade de participar no estudo de forma voluntária, mediante a assinatura do consentimento informado. Foram excluídos da investigação os enfermeiros especialistas que não exerciam a sua atividade profissional em contexto domiciliário, aqueles que, apesar de trabalharem nesse contexto, não tinham contacto direto com utentes diagnosticados com DPOC, bem como aqueles que recusaram ou não puderam prestar o respetivo consentimento informado.

2.4. Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de dados, recorreu-se à realização de dois *focus group*, considerados como a técnica principal utilizada. De acordo com Gundumogula (2020), o *focus group* constitui um método qualitativo de recolha de dados sobre um determinado tema, recorrendo a uma discussão estruturada e focada num pequeno grupo de pessoas. Os *focus group* revelam-se particularmente úteis por possibilitarem o aprofundamento da informação recolhida, num período de tempo relativamente curto. É importante considerar, tanto na recolha como na análise dos dados, a dinâmica do diálogo e a interação no seio do grupo, de forma a captar a forma como os significados são construídos e partilhados coletivamente. Leung e Savithiri (2009) defendem que, como os participantes do *focus group* podem conversar livremente entre si, uma vez que a entrevista foi pensada e estruturada para ser interativa, ficam mais propensos a fornecer respostas francas. Assim, no caso concreto do presente estudo, esta metodologia revelou-se eficaz para aceder, de forma aprofundada, às

percepções, experiências e pontos de vista dos participantes sobre o fenómeno em análise. A opção por um estudo qualitativo mostrou-se adequada para investigar uma temática que carece de maior exploração, possibilitando uma compreensão detalhada das representações e dos significados atribuídos ao contexto da intervenção em Enfermagem de Reabilitação (ER).

Para a recolha de dados, foi elaborado um formulário dividido em três secções principais (cf. Apêndice 1). A primeira secção diz respeito aos dados pessoais, onde se recolhem informações como a idade, género, estado civil, nacionalidade e local de residência. A segunda secção permite caracterizar académica e profissionalmente os participantes, identificando o grau académico, a qualificação profissional, o ano de início da atividade profissional e os anos de experiência enquanto EEER. Por fim, a terceira secção centra-se na experiência profissional específica com pessoas com DPOC, com a finalidade de identificar o número de anos de experiência neste domínio e os contextos de prestação de cuidados, como o internamento hospitalar, cuidados domiciliários, ECCI, UCCI ou estruturas residenciais para pessoas idosas.

As questões formuladas visam explorar várias dimensões da intervenção do EEER, contribuindo, assim, para uma análise da *praxis* de cada enfermeiro. Inicialmente, pretendeu-se conhecer a experiência profissional dos entrevistados como EEER em contexto domiciliário, bem como a frequência com que recebem solicitações para acompanhamento de pessoas com DPOC neste âmbito. Posteriormente, procurou-se recolher informações sobre: as intervenções mais frequentemente realizadas e os benefícios observados após essas intervenções; as estratégias mais eficazes para promover a independência da pessoa e o controlo dos sintomas da doença; compreender qual a periodicidade mais adequada da visita domiciliária, assim como o horário do dia mais indicado para intervir junto da pessoa com DPOC; os principais obstáculos e fatores facilitadores identificados no desempenho destas funções e as boas práticas a serem destacadas. Outra dimensão importante refere-se ao reconhecimento da intervenção do EEER por parte da pessoa alvo de cuidados e da sua família, a percepção sobre o apoio recebido no desempenho deste papel. Por fim, é dada a oportunidade aos entrevistados de acrescentarem quaisquer outros aspetos que considerem relevantes e que não tenham sido abordados anteriormente.

Este conjunto de questões foi estruturado para permitir a recolha de dados significativos, tendo sempre respeito pela diversidade de experiências e de contextos de ação destes profissionais, com a finalidade de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de reabilitação domiciliária prestados a pessoas com DPOC.

A recolha dos dados tem como desígnio permitir uma análise mais rigorosa e contextualizada das perceções dos participantes quanto ao cuidar da pessoa com DPOC no domicílio. Todos os dados foram tratados com confidencialidade e utilizados exclusivamente para fins de investigação, garantindo-se o anonimato e o cumprimento das normas éticas em vigor.

2.5. Procedimentos

A recolha de dados decorreu em julho de 2025, por meio da realização de dois *focus group* em formato *online*, utilizando a plataforma *Zoom*®. Estas sessões ocorreram após parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu e envolveram a participação voluntária de EEER, com experiência em cuidados domiciliários a pessoas com DPOC.

A participação no estudo foi inteiramente voluntária, sem qualquer tipo de compensação, benefício direto ou penalização, quer pela participação, quer pela recusa. Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos, a relevância e os procedimentos do estudo, bem como sobre os eventuais riscos e benefícios associados. Foram igualmente esclarecidos quanto aos seus direitos, nomeadamente o direito à recusa de participação ou à desistência em qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem qualquer consequência de ordem pessoal ou profissional.

Foi solicitado o consentimento livre, esclarecido e informado, através de um documento próprio, assinado antes da realização das sessões (cf. Apêndice 2). Neste documento foi também obtida autorização específica para a gravação áudio das entrevistas, necessária para a posterior transcrição e análise dos dados.

Durante todo o processo, foram assegurados os princípios da autonomia, dignidade e autodeterminação dos participantes, em conformidade com a Declaração de Helsínquia e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. A confidencialidade e o anonimato foram garantidos, não sendo recolhidos dados identificativos, com atribuição de um código a cada participante (e.g. P1 e sucessivamente). Os dados foram armazenados em computador pessoal protegido por palavra-passe e serão eliminados definitivamente após a conclusão do estudo. A investigadora principal comprometeu-se ao estrito cumprimento do dever de sigilo profissional.

A análise dos dados recolhidos foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), contemplando as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. Este processo foi auxiliado pelo

software MAXQDA Analytic Pro® 2022. As sessões de *focus group* realizaram-se nos dias 29 e 31 de julho de 2025.

Salvaguarda-se que, embora não estivessem previstos benefícios diretos e imediatos para os participantes, a sua colaboração contribuiu para a produção de conhecimento científico sobre a intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC em contexto domiciliário. De forma indireta, os participantes terão beneficiado da oportunidade de refletir criticamente sobre a sua prática profissional, valorizando o seu papel no acompanhamento e capacitação da pessoa com DPOC. Por conseguinte, os resultados do estudo revelam um potencial contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas, para apoiar a definição de estratégias organizacionais e para reforçar a visibilidade e o reconhecimento da intervenção especializada em ER.

3. Resultados

Neste capítulo, apresentam-se os resultados do estudo, iniciando-se com a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, de forma a contextualizar os dados recolhidos e as experiências partilhadas. Posteriormente, procede-se à análise dos seus contributos, com o intuito de explorar as suas perceções relativamente à intervenção de ER junto da pessoa com DPOC, em contexto de cuidados domiciliários. Esta análise permite, por um lado, identificar as intervenções do EEER no cuidado à pessoa com DPOC em contexto domiciliário e, por outro lado, compreender os fatores que, na sua perceção, facilitam ou dificultam essa intervenção no terreno, aferindo-se assim o impacto percebido da atuação deste profissional na funcionalidade e autonomia da pessoa com DPOC.

Os resultados obtidos contribuem para a valorização do papel do EEER no âmbito dos cuidados domiciliários, reforçando a sua importância na promoção da qualidade de vida e na capacitação da pessoa com doença crónica respiratória.

Caracterização sociodemográfica

A amostra é sobretudo constituída por participantes com idades entre os 45 e os 49 anos (54,5%), correspondendo-lhe uma média de idade de $48,82 \pm 6,23$ anos. Verificou-se o domínio do sexo feminino (90,9%), da situação conjugal “casado” (63,6%) e das habilitações “licenciatura” (63,6%) (cf. Tabela 1). Todos os enfermeiros são portugueses e residem em meio urbano (cidade).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Variável	Categoria	n	%
Grupo etário	40-44 anos	1	9,1
	45-49 anos	6	54,5
	50-59 anos	3	27,3
	60-69 anos	1	9,1
	M=48,82±6,23 anos		
Sexo	Feminino	10	90,9
	Masculino	1	9,1
Estado civil	Casado	7	63,6
	Divorciado	2	18,2
	Solteiro	1	9,1
	Outro	1	9,1
Escolaridade	Mestrado	4	36,4
	Licenciatura	7	63,6

Legenda: M – Média; ± - desvio padrão

Caracterização profissional dos participantes

Todos os participantes têm a categoria profissional de enfermeiro especialista, a maioria possui entre 15 e 34 anos de prática profissional como EEER (36,4% tem entre 15 a 24 anos de prática e 27,3%, 25 a 34 anos), com uma média de 24,92±9,21 anos. Relativamente à experiência em cuidados de ER na pessoa com DPOC, mais de metade apresenta entre 2 e 15 anos de experiência (63,6%), que corresponde a média de 15,33±7,80 anos. Quanto ao contexto de prestação de cuidados, destaca-se o cuidado prestado no domicílio e nas equipas de ECCI (36,4%) (cf. Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização profissional dos participantes

Variável	Categoria	n	%
Experiência como EEER	<15 anos	2	18,2
	15-24 anos	4	36,4
	25-34 anos	3	27,3
	≥35 anos	2	18,2
	M=24,92±9,21 anos		
Experiência em cuidados de ER à pessoa com DPOC	<15 anos	7	63,6
	15-24 anos	2	18,2
	25-34 anos	2	18,2
	M=15,33±7,80 anos		
Contexto de cuidados	Domicílio e ECCI	4	36,4
	Internamento hospitalar e domicílio	2	18,2
	ECCI	2	18,2
	Internamento hospitalar, ECCI e domicílio	2	18,2
	Internamento hospitalar, ECCI e UCCI	1	9,1

Legenda: M – Média; ± - desvio padrão

A análise dos *focus group* permitiu identificar diversas categorias temáticas relacionadas com a intervenção do EEER em contexto domiciliário junto de pessoas com DPOC. Cada categoria constituiu um eixo de análise específico, posteriormente desagregado em subcategorias, com a respetiva contabilização das Unidades de Registo (Ur).

A Tabela 3 sintetiza o total de Ur apurado para cada categoria, possibilitando uma visão global da frequência e da relevância dos temas emergentes. A escolha da técnica de *focus group* revelou-se particularmente adequada, uma vez que possibilitou aceder de forma aprofundada às experiências e perspetivas dos participantes, potenciando a construção coletiva de significados sobre a prática profissional na área em estudo.

Tabela 3: Categorias emergentes e total das unidades de registo

Categorias	Ur
Intervenções eficazes na promoção da independência e controlo dos sintomas	212
Benefícios percecionados após intervenção	72
Fatores facilitadores no cuidado ao domicílio	44
Obstáculos no cuidado domiciliário	68
Referenciação de utentes e comunicação entre cuidados	146
Horário e periodicidade das visitas	22
Boas práticas a destacar	114
Diferenças regionais e institucionais	53
Sugestões de melhoria	53

Cada uma das categorias emergentes foi aprofundada através da identificação de subcategorias específicas, que promovem uma análise mais exaustiva das diferentes dimensões da intervenção do EEER em contexto domiciliário junto da pessoa com DPOC. Esta opção metodológica possibilita uma leitura mais rica e contextualizada, evidenciando não apenas a frequência com que os temas surgiram no debate grupal, mas também o seu significado coletivo no quotidiano dos cuidados domiciliários.

Intervenções eficazes na promoção da independência e controlo dos sintomas

A Tabela 4 apresenta um conjunto de intervenções que os EEER consideram fundamentais na promoção da independência das pessoas com DPOC em contexto domiciliário e que englobam as componentes educativa, funcional e clínica. A **promoção da atividade física** destacou-se como a subcategoria mais frequente (43 Ur), refletindo a centralidade do exercício físico no processo de reabilitação, pela sua influência na capacidade funcional, na redução de sintomas e na melhoria da qualidade de vida.

A **educação para a saúde** (34 Ur) emerge como uma estratégia transversal e imprescindível, que fornece as bases para a tomada de decisões conscientes e reforça a importância da capacitação da pessoa.

A **gestão da medicação** (27 Ur) evidencia a importância de capacitar a pessoa para o uso correto da medicação, sobretudo dos inaladores, assegurando um correto e eficaz tratamento e consequente adesão terapêutica.

O **estímulo à autonomia na rotina** (17Ur) destaca o papel de relevo que se pretende atribuir à independência no autocuidado, promovendo a qualidade de vida e a reinserção social da pessoa.

As subcategorias **educação e treino para o autocuidado** (15 Ur) e **envolvimento do cuidador/família** (15 Ur) realçam a dupla dimensão do cuidado: por um lado, a valorização do conhecimento e da prática no autocuidado; por outro lado, o papel fundamental da rede de suporte familiar na gestão desta condição e na promoção da independência.

A **prevenção de agudizações** (14 Ur) expressa a atenção dada à informação sobre a patologia, medicação e formas de agir em situação de crise, fundamentais na gestão da doença.

As subcategorias **autogestão da doença** (13 Ur) e **adaptação individualizada das intervenções** (13 Ur) sublinham a importância da capacitação da pessoa, a necessidade de

implementar estratégias adaptadas ao perfil de cada pessoa e a personalização dos cuidados, como meio de promover a responsabilização e a gestão proativa da sua patologia.

Por fim e não menos importantes, o **apoio emocional** (13 Ur) e o **reforço da motivação e autoconfiança** (8 Ur) e o evidenciam a dimensão psicológica como suporte decisivo para a promoção da independência da pessoa com DPOC, evidenciando que a reabilitação não se centra apenas no corpo, mas também na esfera emocional e motivacional.

Tabela 4: Intervenções eficazes na promoção da independência e controlo dos sintomas

Subcategorias	Ur
Promoção da atividade física	43
Educação para a saúde	34
Gestão da medicação	27
Estímulo à autonomia na rotina	17
Educação e treino para o autocuidado	15
Envolvimento do cuidador/família	15
Prevenção de agudizações	14
Autogestão da doença	13
Adaptação individualizada das intervenções	13
Apoio emocional	13
Reforço da motivação e autoconfiança	8

Exemplos de citações ilustrativas:

“Se incentivarmos o exercício, mesmo que seja só andar em casa, já estamos a melhorar a capacidade funcional.” (P3 FG1, Ur)

“Promover a mobilidade, mesmo que seja mínima, tem impacto direto na qualidade de vida.” (P2 FG1, Ur)

“A promoção do exercício pode ser simples, como subir e descer pequenos degraus em casa.” (P6 FG1, Ur)

“A educação é crucial... perceberem porque é que fazem as coisas ajuda a aderir melhor ao plano.” (P1 FG1, Ur)

“A educação para a saúde tem de ser prática, com exemplos do dia a dia.” (P7 FG1, Ur)

“Trabalhamos muito a gestão da medicação, porque há muitos erros e esquecimentos.” (P3 FG1, Ur)

“Falamos muito sobre os medicamentos... explicar como e porquê é essencial.” (P1 FG2, Ur)

“A autonomia começa com pequenas rotinas... como tomar a medicação sozinhos.” (P2 FG1, Ur)

“Treinar o autocuidado tem de ser feito com paciência... explicar e repetir quantas vezes for preciso.” (P7 FG1, Ur)

“O cuidador precisa de estar informado e envolvido, senão a pessoa com DPOC descompensa mais facilmente.” (P4 FG1, Ur)

“Os cuidadores são muitas vezes os nossos braços... é com eles que conseguimos implementar o plano.” (P4 FG2, Ur)

“Prevenir agudizações passa por ensinar sinais de alerta e quando pedir ajuda.” (P4 FG1, Ur)

“Educar a pessoa e o cuidador é a melhor forma de prevenir agudizações.” (P4 FG2, Ur)

“Autogestão implica dar-lhes ferramentas e depois confiar que vão usar.” (P3 FG2, Ur)

“Temos de adaptar o plano à realidade de cada um... o que funciona com um, pode não resultar com outro.” (P6 FG1, Ur)

“O apoio emocional faz toda a diferença, especialmente quando estão mais ansiosos ou deprimidos.” (P5 FG1, Ur)

“O apoio emocional devia ser mais valorizado (...) Faz parte do cuidar.” (P2 FG2, Ur)

“A motivação tem de vir de dentro, mas nós podemos ajudar a despertá-la.” (P1 FG2, Ur)

Benefícios percecionados após intervenção

A categoria **benefícios percecionados após intervenção** (Tabela 5) destaca os resultados positivos associados à prática do EEER em cuidados domiciliários à pessoa com DPOC. A **melhoria na autonomia/independência** (25 Ur) foi o benefício mais destacado, em consonância com o objetivo central da enfermagem de reabilitação: capacitar a pessoa para gerir de forma autónoma o seu quotidiano.

A **adesão ao tratamento e rotinas de saúde** (18 Ur) e o **controlo dos sintomas e estabilidade clínica** (18 Ur) foram igualmente valorizados, a demonstrar que a intervenção do EEER contribui para ganhos na autogestão da doença e para a prevenção de agudizações.

A **redução da ansiedade e confiança no autocuidado** (11 Ur) reforça a importância das dimensões psicológica e emocional, ou seja, a sugerir que o apoio prestado não se limita

unicamente ao domínio físico, mas também promove segurança e tranquilidade no viver com a doença.

Tabela 5: Benefícios percebidos após intervenção

Subcategorias	Ur
Melhoria na autonomia/independência	25
Adesão ao tratamento e rotinas de saúde	18
Controlo dos sintomas e estabilidade clínica	18
Redução da ansiedade e confiança no autocuidado	11

Exemplos de citações ilustrativas:

“Um dos grandes benefícios é a redução da dispneia, maior autonomia nas atividades de vida diária... e isso implica menos hospitalizações.” (P4 FG1, Ur)

“É a autonomia que eles ganham e a confiança para continuar o programa.” (P2 FG2, Ur)

“Com o treino, acabam por aderir mais ao processo e isso reflete-se na qualidade de vida.” (P2 FG1, Ur)

“A melhoria é visível na tolerância ao esforço e no controlo dos sintomas.” (P3 FG1, Ur)

“Uma doente minha, que todos os invernos era internada, este ano não foi porque já sabe controlar melhor a sua doença.” (P1 FG2, Ur)

“Muitos aprendem a reconhecer sinais de agravamento e a agir (...) isso dá segurança.” (P4 FG2, Ur)

“Eles próprios começam a confiar mais neles, a controlar a sua doença e a sua condição.” (P5 FG1, Ur)

“Nota-se uma redução da ansiedade e uma maior confiança no autocuidado.” (P3 FG2, Ur)

Fatores facilitadores no cuidado ao domicílio

A categoria **fatores facilitadores no cuidado ao domicílio** (cf. Tabela 6) evidencia os elementos que potenciam o sucesso da intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC.

O **apoio da família/cuidador** (28 Ur) foi o fator mais valorizado, a confirmar o papel central da rede familiar na continuidade das intervenções e na adesão ao plano de cuidados. A **adaptação de recursos** (8 Ur) também se destacou, expressando que a capacidade de

adaptação de recursos materiais e das condições existentes constitui um suporte essencial à prática da ER.

A **colaboração interprofissional** (5 Ur) foi mencionada como facilitadora, o que reforça a importância do trabalho articulado entre os diferentes profissionais de saúde. Foram igualmente referidos contributos de **apoio informal da comunidade/rede** (2 Ur), a revelar que, em determinados contextos, os vizinhos ou os membros da comunidade podem desempenhar um papel complementar no apoio à pessoa com DPOC.

Embora com menor expressão, a **motivação e envolvimento do utente** (1 Ur) reforçam a ideia de que a participação ativa da pessoa nos cuidados constitui um elemento diferenciador para a eficácia da reabilitação domiciliária.

Tabela 6: Fatores facilitadores no cuidado ao domicílio

Subcategorias	Ur
Apoio da família/cuidador	28
Adaptação de recursos	8
Colaboração interprofissional	5
Apoio informal da comunidade/rede	2
Motivação e envolvimento do utente	1

Exemplos de citações ilustrativas:

“Ao mesmo tempo que o domicílio pode apresentar circunstâncias dificultadoras, podem ser sempre também oportunidades (...) Muitas vezes, os cuidadores são um elemento facilitador.” (P4 FG1, Ur)

“Chegamos ao pilar, que é o cuidador, e isso é um elemento facilitador também.” (P5 FG1, Ur)

“O apoio da família é sempre um fator diferenciador, quando estão motivados a participar, tudo corre melhor.” (P3 FG2, Ur)

“Capacitar a família para dar esse suporte quando nós não estamos é fundamental... o ensino da família assegura a continuidade do progresso.” (P5 FG1, Ur)

“O envolvimento da família é uma grande ajuda... se se motiva e se interessa, o doente fica muito mais apto para gerir as situações de agudização.” (P2 FG2, Ur)

“É no domicílio que conseguimos adaptar os exercícios às condições reais da pessoa, e isso facilita a continuidade.” (P3 FG1, Ur)

“O facto de estarem no meio deles, no habitat deles, é muito bom porque conseguimos adaptar (...) até mudar um quarto ou reorganizar a casa para facilitar a vida.” (P1 FG2, Ur)

“Quando temos apoio das equipas de pneumologia ou até dos paliativos, isso torna-se um facilitador. Conseguimos evitar muitas idas desnecessárias à urgência.” (P2 FG2, Ur)

“Já tivemos experiências positivas com vizinhos ou membros da comunidade que se disponibilizam para apoiar, mesmo que seja em pequenas coisas.” (P3 FG2, Ur)

“Já tive doentes que, pela motivação deles próprios, fizeram toda a diferença na continuidade do programa em casa.” (P4 FG2, Ur)

Obstáculos no cuidado domiciliário

A categoria **obstáculos no cuidado domiciliário** (ver Tabela 7) destaca os principais entraves sentidos pelos EEER na sua prática, nomeadamente fatores organizacionais e financeiros, e que influenciam diretamente a intervenção domiciliária.

A **falta de recursos humanos/materiais** (38 Ur) foi a limitação mais expressiva, o que espelha a carência estrutural dos serviços de saúde que condiciona a frequência e abrangência das intervenções. As **condições habitacionais precárias** (14 Ur) foram a segunda subcategoria mais referida, traduzindo situações em que o espaço físico e as condições do domicílio limitam a implementação de estratégias de reabilitação.

As **dificuldades económicas** (8 Ur) revelam constrangimentos que afetam a adesão ao tratamento e a aquisição de recursos necessários para o autocuidado e as **barreiras ao acesso aos cuidados** (3 Ur) apontam para obstáculos logísticos, como problemas de mobilidade ou falta de transporte, que dificultam a continuidade do acompanhamento domiciliário.

Foram identificadas situações de **falta de suporte familiar** (3 Ur), que apontam para fragilidades na rede de apoio e possíveis riscos de sobrecarga ou de isolamento da pessoa doente.

Ainda que menos frequentes, a **resistência do utente ou família** (1 Ur) e a **desorganização dos serviços** (1 Ur), revelam barreiras de natureza relacional e organizacional, que podem comprometer a continuidade e eficácia dos cuidados. No seu conjunto, estes obstáculos traduzem desafios que ultrapassam a esfera individual do EEER,

exigindo respostas integradas ao nível das políticas de saúde, da gestão organizacional e da articulação interprofissional.

Tabela 7: Obstáculos no cuidado domiciliário

Subcategorias	Ur
Falta de recursos humanos/materiais	38
Condições habitacionais precárias	14
Dificuldades económicas	8
Barreiras ao acesso aos cuidados	3
Falta de suporte familiar	3
Resistência do utente ou família	1
Desorganização dos serviços	1

Exemplos de citações ilustrativas:

“A falta de recursos humanos é gritante... quando vou de férias, os meus doentes ficam sem apoio de reabilitação.” (P4 FG2, Ur)

“Boa prática é estruturar um programa como está na norma da DGS, cumprir de princípio ao fim (...) mas ninguém tem passadeiras nem espirómetros, falta material.” (P3 FG1, Ur)

“O material de que precisamos muitas vezes não existe e, às vezes, os próprios filhos não conseguem adquirir. Temos de inventar soluções.” (P1 FG2, Ur)

“Encontramos casas com bastante humidade, muito frias no inverno e muito quentes no verão (...) Não é o ambiente propício para desenvolver um programa de reabilitação.” (P5 FG1, Ur)

“As condições habitacionais precárias são um dos maiores obstáculos à continuidade do acompanhamento.” (P6 FG1, Ur)

“Na minha zona, temos serra, é muito fria (...) e ainda há lareiras antigas abertas, o que dificulta imenso trabalhar a reabilitação.” (P1 FG2, Ur)

“Muitas vezes não conseguimos ultrapassar as barreiras arquitetónicas; há casas onde não conseguimos sequer retirar o doente para o exterior.” (P2 FG2, Ur)

“As fracas condições socioeconómicas no domicílio, para mim, são provavelmente o obstáculo mais importante.” (P4 FG1, Ur)

“Os obstáculos são muitas vezes económicos (...) a família não consegue comprar o material necessário e temos de inventar soluções.” (P3 FG2, Ur)

“Há também as barreiras no acesso, como falta de transporte, que dificultam a adesão e a continuidade do acompanhamento domiciliário.” (P4 FG2, Ur)

“A família será sempre ambos, pode ser facilitadora ou um obstáculo, dependendo do envolvimento que demonstra.” (P4 FG1, Ur)

“Por vezes, não há suporte familiar nenhum (...) e isso deixa o doente muito vulnerável, isolado.” (P1 FG2, Ur)

“Temos utentes com demência que não colaboram muito, não nos percebem, e isso é um obstáculo.” (P2 FG1, Ur)

“Os colegas de saúde familiar, ao mínimo sinal de descompensação, empurram o doente para a urgência sem o avaliar (...) é frustrante.” (P2 FG2, Ur)

“No domicílio perdemos o acesso direto a outros profissionais, como nutricionista ou psicólogo, que no hospital estão disponíveis.” (P3 FG2, Ur)

Referenciação de utentes e comunicação entre cuidados

A categoria **referenciação de utentes e comunicação entre cuidados** (Tabela 8) é indicativa de uma realidade marcada por fragilidades estruturais, todavia, também balizada por oportunidades de melhoria nos processos de referenciação para programas de reabilitação respiratória.

A análise das solicitações de acompanhamento evidencia que estas ocorrem em diferentes contextos, mas concentram-se sobretudo no período **após a alta hospitalar** (59 Ur), reforçando a relevância da transição de cuidados e da continuidade do acompanhamento no domicílio. A solicitação **em situação de agudização** (2 Ur), não obstante com menor expressão, reforça a necessidade de resposta rápida em momentos críticos e a relevância do papel do EEER no tratamento desta patologia.

As solicitações realizadas pelo **próprio ou cuidador/familiar** (21 Ur) mostram a crescente participação ativa da pessoa e da família na gestão da doença. Os **encaminhamentos por outros profissionais** (10 Ur) expressam o funcionamento da articulação entre os diferentes níveis e contextos de cuidados, ainda que com menor expressão.

O **encaminhamento não formal por deteção de necessidades em contexto clínico** (5 Ur), sugere que os participantes identificam necessidades de reabilitação durante a prestação de outros cuidados, mas recorrem, principalmente, a vias informais em detrimento dos canais institucionais. Com 4 Ur surge a **baixa referenciação formal para reabilitação**

respiratória, a expressar a subutilização dos mecanismos oficiais de referência. De acordo com os enfermeiros, apesar da falta de sistematização, os pedidos podem ter origem em diferentes contextos (Unidade de Saúde Familiar, hospital, família, entre outros).

Reforçando também a centralidade da articulação entre os profissionais de saúde na prestação de cuidados domiciliários à pessoa com DPOC, a **relevância da comunicação eficaz entre equipas** (32 Ur) é assumida como uma prática muito valorizada. Esta colaboração multidisciplinar é indispensável para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados. Por outro lado, as **dificuldades de comunicação para o encaminhamento/referênciação** (11 Ur) revelam fragilidades no fluxo de informação entre os diferentes níveis de cuidados, apontando para a necessidade de reforçar mecanismos de coordenação e partilha de informação, que facilitem a chegada efetiva da pessoa com DPOC aos programas de reabilitação

Por outro lado, as **iniciativas locais para melhorar a referênciação** (2 Ur) ilustram estratégias facilitadoras, como os rastreios e os grupos de trabalho, que demonstram o esforço das equipas locais em colmatar lacunas do sistema.

Tabela 8: Referênciação de utentes e comunicação entre cuidados

Subcategorias	Ur
Após alta hospitalar	59
Em situação de agudização	2
Por solicitação do próprio/cuidador	21
Encaminhamento por outros profissionais	10
Encaminhamento não formal por deteção de necessidades em contexto clínico	5
Baixa referênciação formal para reabilitação respiratória	4
Relevância da comunicação eficaz entre equipas	32
Dificuldades de comunicação para o encaminhamento/referênciação	11
Iniciativas locais para melhorar a referênciação	2

Exemplos de citações ilustrativas:

“As solicitações mais frequentes são pós-alta, sobretudo em doentes mais idosos com patologias respiratórias associadas.” (P1 FG2, Ur)

“Tenho sempre em média 3 a 4 doentes respiratórios em domicílio... as solicitações surgem sobretudo no pós-alta.” (P3 FG1, Ur)

“Na hospitalização domiciliária, recebemos doentes em contexto de agudização... é nesses momentos que surgem os pedidos.” (P2 FG2, Ur)

“Há poucos encaminhamentos formais (...) é mais pela proximidade e pela relação entre equipas locais que conseguimos alguma referênciação.” (P2 FG2, Ur)

- “Na minha prática (...) conseguimos algum encaminhamento porque há um pneumologista que conhece o nosso trabalho e facilita... mas devia ser assim em todo o lado.” (P1 FG2, Ur)*
- “Eles entram muito pelos colegas das USF (...) a área de pneumologia e referência intra-hospitalar para cuidados de saúde primários não funciona.” (P6 FG1, Ur)*
- “Muitas vezes até seguimos mais utentes porque, entretanto, percebemos no domicílio que têm DPOC, mesmo que a solicitação inicial fosse por outra situação.” (P3 FG1, Ur)*
- “É frequente serem referenciados por feridas ou traumatologia, mas depois acabamos por detetar necessidades respiratórias e intervir.” (P2 FG1, Ur)*
- “Tive apenas um utente referenciado para a área respiratória, a maioria vai para reabilitação motora.” (P2 FG1, Ur)*
- “As solicitações por outros profissionais ainda são poucas (...) falta sensibilidade para a referência precoce.” (P4 FG2, Ur)*
- “Era importante haver profissionais de referência... que os enfermeiros de reabilitação pudessem contactar diretamente.” (P4 FG2, Ur)*
- “Os núcleos de enfermeiros especialistas, envolvendo quer os colegas dos cuidados primários, quer os colegas do hospital, poderíamos aqui estabelecer um canal de comunicação mesmo entre nós.” (P3 FG2, Ur)*
- “Na hospitalização domiciliária, notamos muitas falhas no encaminhamento... devia haver uma linha direta entre os serviços.” (P2 FG2, Ur)*
- “A articulação dentro da própria ULS ainda não se faz bem... os recursos continuam separados.” (P1 FG2, Ur)*
- “Havia um projeto em que existiam reuniões multidisciplinares com pneumologia, e aí sim o canal de comunicação funcionava melhor.” (P3 FG1, Ur)*
- “Na nossa ULS ainda há muito a escapar... em alguns locais não há praticamente referência da pneumologia, enquanto noutras zonas já existem grupos de trabalho e rastreios gratuitos.” (P6 FG1, Ur)*

Horário e periodicidade das visitas

A categoria **Horário e periodicidade das visitas** (ver Tabela 9) revela claramente a importância de se planejarem as intervenções domiciliares na gestão da DPOC. A **preferência por visitas matinais** (13 Ur) foi a mais valorizada, associada à maior disponibilidade física e emocional da pessoa nesse período do dia, o que favorece a realização de exercícios e outras atividades terapêuticas. A **periodicidade semanal**, com visitas duas a três vezes por semana, surgiu como padrão sugerido, mostrando a necessidade de acompanhamento regular sem gerar sobrecarga para o utente ou para os serviços. Contudo, a **adaptação às necessidades individuais** (4 Ur) foi também destacada, o que revela que a frequência das visitas deve ser ajustada ao estado clínico, à evolução da doença e às condições específicas de cada pessoa.

Tabela 9: Horário e periodicidade das visitas

Subcategoria	Ur
Preferência por visitas matinais	13
Periodicidade semanal (2 a 3 vezes)	5
Adaptação às necessidades individuais	4

Exemplos de citações ilustrativas:

“Tenho algum cuidado, sempre que possível, de ir o mais cedo possível nos casos em que precisam de fazer a limpeza das vias respiratórias, para terem um dia mais tranquilo.” (P2 FG1, Ur)

“Prefiro intervir de manhã, porque os doentes estão mais disponíveis e colaboram melhor.” (P1 FG1, Ur)

“Tento ir mais para o final da manhã, para evitar que fiquem ansiosos à espera do enfermeiro... nunca vou antes das dez.” (P1 FG2, Ur)

“À tarde, evito logo a seguir ao almoço, porque ficam muito cansados... prefiro o fim da manhã ou o fim da tarde.” (P4 FG2, Ur)

“No início das visitas vamos todos os dias, quando é preciso uma maior intervenção... depois podemos começar a espaçar as visitas.” (P3 FG1, Ur)

“Normalmente começo com três vezes por semana, depois passo a duas, e deixo sempre uma visita SOS disponível.” (P3 FG2, Ur)

Boas práticas a destacar

A análise da Tabela 10 permitiu identificar um conjunto de boas práticas valorizadas pelos EEER em contexto domiciliário, compreendendo as dimensões colaborativas, relacionais e organizacionais do cuidado. O **trabalho em equipa** (15 Ur) foi a prática mais mencionada, o que revela a importância atribuída à articulação entre os vários profissionais na resposta às necessidades da pessoa com DPOC.

A **comunicação com a pessoa/família** (14 Ur) foi relatada como um elemento central do processo de cuidados, reconhecida como facilitadora da adesão às orientações e promotora de uma relação de confiança. A **promoção da autonomia/independência** (13 Ur) destacou-se igualmente como uma prática recorrente, espelhando a preocupação em capacitar a pessoa para a gestão do seu quotidiano.

A subcategoria **literacia em saúde e envolvimento familiar** (13 Ur) retrata uma prática clínica humanizada, abrangente, com potencial de manutenção, que valoriza a inclusão do cuidador e aposta no reforço da literacia em saúde como estratégia para melhorar adesão e autocuidado. Também com 13 Ur, a **utilização de escalas para avaliação objetiva** indica a preocupação com a monitorização padronizada, o que permite avaliar de forma mais rigorosa a evolução clínica e os ganhos em saúde.

A **importância da educação contínua** (13 Ur) vem reiterar a ideia de que não se deve apenas transmitir informações à pessoa com DPOC e familiares num momento isolado, mas reforçar os conhecimentos ao longo do tempo, acompanhando a evolução da doença e as dúvidas que surgem no dia a dia. A **capacitação do utente para o autocuidado** (12 Ur) reforça esta ideia, sublinhando a preocupação em promover autonomia e independência na gestão da doença, maximizando a sua funcionalidade. A subcategoria **adaptação da linguagem e métodos educativos** (9 Ur) indica a necessidade de se ajustar a comunicação, como forma de garantir que a informação é clara, acessível e adequada ao perfil de cada pessoa e da sua rede de suporte.

O **planeamento e continuidade dos cuidados** (7 Ur) foram identificados como necessários para garantir que a intervenção não se restringe unicamente a momentos isolados, mas que também se prolonga no tempo, assegurando a coerência e o acompanhamento da pessoa com DPOC em contexto domiciliário. É de referir ainda a **adaptação individualizada das intervenções** (5 Ur) a demonstrar a atenção à singularidade de cada pessoa e ao contexto familiar, traduzindo a preocupação dos EEER em personalizar o cuidar, em adequar as estratégias às condições reais em que o cuidado ocorre.

Tabela 10: Boas práticas a destacar

Subcategorias	Ur
Trabalho em equipa	15
Comunicação com a pessoa/família	14
Promoção da autonomia/independência	13
Literacia em saúde e envolvimento familiar	13
Utilização de escalas para avaliação objetiva	13
Importância da educação contínua	13
Capacitação do utente para o autocuidado	12
Adaptação da linguagem e métodos educativos	9
Planeamento e continuidade dos cuidados	7
Adaptação individualizada das intervenções	5

Exemplos de citações ilustrativas:

“Trabalhar com outros profissionais ajuda-nos a alinhar cuidados e evitar duplicações.” (P1 FG1, Ur)

“Trabalho em equipa significa que todos têm voz e partilham responsabilidades.” (P7 FG1, Ur)

“A comunicação com a família é meio caminho andado para o sucesso do plano terapêutico.” (P2 FG1, Ur)

“Não é só chegar lá e fazer (...) É falar, ouvir, perceber o que a pessoa sente e quer.” (P1 FG2, Ur)

“Promover a autonomia deles é garantir que continuam estáveis por mais tempo.” (P3 FG1, Ur)

“Promover a autonomia é preparar a pessoa para lidar com a doença quando estamos ausentes.” (P2 FG2, Ur)

“A intervenção junto às famílias, aumentando a literacia em saúde, é uma boa prática (...) ajuda na adesão e no autocuidado.” (P4 FG1, Ur)

“A literacia em saúde é central (...) quando trabalhamos com a família, conseguimos ganhos que os protocolos sozinhos não asseguram.” (P3 FG2, Ur)

“Eu acho que será melhor a nossa intervenção através da literacia... explicar o porquê, os ensinamentos, ao doente e ao cuidador.” (P4 FG1, Ur)

“Nós aplicávamos sempre as escalas na primeira visita e depois no fim, como o Índice de Barthel, grau de dispneia e qualidade de vida (...) permitia medir objetivamente os ganhos.” (P5 FG1, Ur)

“O uso de escalas e registos clínicos estruturados traz objetividade (...) mas faltam recursos humanos e tempo para aplicar sempre.” (P2 FG2, Ur)

“O reforço contínuo da educação é essencial, porque senão eles esquecem e abandonam os exercícios.” (P3 FG2, Ur)

“A educação para a saúde tem de ser contínua, não pode ser só numa consulta.” (P2 FG2, Ur)

“Nós, às vezes, temos o hábito de explicar a intervenção, mas não explicamos o porquê... quando conseguimos adaptar a linguagem, eles percebem e colaboram melhor.” (P2 FG1, Ur)

“Muitos doentes não têm literacia (...) coisas simples, como posições para aliviar a dispneia, eles não sabem. Quando ensinamos, ganham autonomia e autogestão da doença.” (P2 FG2, Ur)

“Os utentes reconhecem quando alguém lhes explica de forma simples (...) percebem melhor e ficam mais motivados.” (P4 FG2, Ur)

“É preciso adequar a forma de comunicar, senão a informação perde-se... temos de traduzir para a realidade deles.” (P1 FG2, Ur)

“Tem de haver um plano... não podemos ir só apagar fogos.” (P4 FG1, Ur)

“O planeamento do cuidado tem de incluir o cuidador, senão falha.” (P3 FG2, Ur)

“A continuidade dos cuidados evita que a pessoa se sinta abandonada entre visitas.” (P6 FG1, Ur)

“Adaptar a intervenção à realidade deles é essencial... nem todos têm as mesmas condições.” (P4 FG2, Ur)

“Cada caso é um caso, e temos de nos adaptar à realidade daquela casa, daquela família.” (P5 FG1, Ur)

Diferenças regionais e institucionais

A tabela 11 apresenta a categoria **diferenças regionais e institucionais** e revela a heterogeneidade dos cuidados domiciliários prestados a pessoas com DPOC, que é marcada por variações de ordem geográfica e organizacional. A **adaptação ao contexto regional** (23 Ur) foi a subcategoria mais referida, o que evidencia a necessidade de ajustar as intervenções às especificidades locais, tanto culturais como infraestruturais. A **desigualdade no número de profissionais** (20 Ur) reforça esta ideia, apontando para disparidades na disponibilidade de recursos humanos que condicionam a acessibilidade e a qualidade do acompanhamento. As **diferenças nos recursos disponíveis** (5 Ur) e as **variações na organização dos serviços** (5 Ur) complementam este panorama, ou seja, os participantes consideram que o

funcionamento das equipas e os meios ao dispor do EEER não são uniformes entre instituições. Em conjunto, estes resultados sugerem que a experiência da pessoa com DPOC em cuidados domiciliários pode variar significativamente consoante a região e a instituição em que é acompanhada.

Tabela 11: Diferenças regionais e institucionais

Subcategorias	Ur
Adaptação ao contexto regional	23
Desigualdade no número de profissionais	20
Diferenças nos recursos disponíveis	5
Variações na organização dos serviços	5

Exemplos de citações ilustrativas:

“É frustrante, porque em algumas regiões há boas respostas, mas noutras a realidade é totalmente diferente (...) nem todos têm acesso às mesmas equipas ou profissionais.” (P2 FG2, Ur)

“A nossa ULS é recente, estamos ainda a tentar integrar cuidados (...) mas continuamos com uma psicóloga só de 15 em 15 dias e uma nutricionista semanal, não chega para todos.” (P3 FG2, Ur)

“O número de profissionais varia muito de região para região (...) há equipas sozinhas a tentar dar resposta a uma população enorme.” (P4 FG2, Ur)

“A articulação dentro da própria ULS ainda não se faz bem, os recursos continuam separados e isso cria desigualdade.” (P1 FG1, Ur)

“Na minha realidade tenho 3 a 4 doentes respiratórios sempre em acompanhamento, mas noutras zonas quase não há referências.” (P3 FG1, Ur)

“Na hospitalização domiciliária temos doentes respiratórios, mas o acesso é desigual (...) depende muito da organização local e da articulação entre serviços.” (P1 FG2, Ur)

Sugestões de melhoria

A categoria **sugestões de melhoria** (Tabela 12) demonstra as áreas prioritárias para otimizar os cuidados de reabilitação respiratória domiciliária. A **melhoria na referência de utentes** (19 Ur) foi a proposta mais reiterada, refletindo a perceção de falhas nos circuitos formais de encaminhamento e a necessidade de processos mais claros, funcionais e integrados entre diferentes níveis de cuidados, de modo a garantir acesso atempado aos

programas de reabilitação. A **adaptação ao contexto domiciliário** (14 Ur) foi também muito referenciada, o que destaca a relevância de ajustar os modelos de intervenção às realidades individuais de cada pessoa com DPOC e sua família, nomeadamente no caso de pessoas em situação de maior vulnerabilidade física, social ou geográfica. Esta adaptação pressupõe recursos logísticos adequados e modelos flexíveis de resposta, que permitam levar os cuidados até ao domicílio, sempre que necessário. Por fim, a **avaliação e utilização de escalas** (12 Ur) destaca a relevância da padronização e da monitorização objetiva da evolução clínica. O recurso sistemático a instrumentos de avaliação é percebido como essencial para avaliar os resultados, assegurar a continuidade e sustentar as práticas baseadas em evidência.

Tabela 12: Sugestões de melhoria

Subcategorias	Ur
Melhoria na referenciação de utentes	19
Adaptação ao contexto domiciliário	14
Avaliação e utilização de escalas	12

Exemplos de citações ilustrativas:

“Acho que um dos aspetos a melhorar é o canal de comunicação e de referenciação, e acho que continuam a faltar nos cuidados de saúde primários (...) O Enfermeiro de Reabilitação devia conseguir contactar diretamente o pneumologista de referência, mas isso não acontece.” (P4 FG1, Ur)

“Acho que devia haver melhor articulação entre as equipas, porque muitas vezes as referenciações perdem-se, não chegam a nós, e os doentes ficam sem acompanhamento.” (P2 FG2, Ur)

“O material de que precisamos muitas vezes não existe e, às vezes, os próprios filhos não conseguem adquirir. Temos de inventar soluções.” (P1 FG2, Ur)

“Era importante implementar de forma sistemática escalas de avaliação, porque permitem medir resultados e dar continuidade às intervenções.” (P4 FG2, Ur)

Na secção seguinte, desenvolve-se a discussão dos resultados, procedendo à sua análise crítica à luz da literatura existente. Este processo visa interpretar as perceções dos enfermeiros entrevistados e contextualizá-los no quadro mais dilatado da evidência científica

disponível, bem como identificar as convergências, as divergências e os contributos deste estudo para o avanço do conhecimento na área da reabilitação respiratória domiciliária.

4. Discussão

A análise das entrevistas, em *focus group*, possibilitou identificar diferentes categorias temáticas que refletem a intervenção do EEER em contexto domiciliário junto da pessoa com DPOC. Estes resultados evidenciam simultaneamente a riqueza e a complexidade da prática destes profissionais de saúde, evidenciando ganhos expressivos em saúde e limitações estruturais que condicionam a sua intervenção.

A amostra deste estudo foi constituída por 11 EEER, prevalecendo os que possuem muita experiência profissional, o que lhes confere uma visão consolidada sobre o cuidar da pessoa com DPOC no domicílio. Ainda que alguns deles possuam percursos profissionais mais recentes, tal evidência permite integrar diferentes olhares sobre a prática. Quanto ao contexto de prestação de cuidados, sobressaiu o acompanhamento domiciliário, em particular no âmbito das ECCI, onde o contacto direto com a pessoa e a família potencia a implementação de estratégias de reabilitação centradas nas necessidades reais.

As **intervenções eficazes na promoção da independência e controlo dos sintomas** foram apontadas como dimensão central pelos enfermeiros, destacando-se a atividade física como estratégia prioritária. Esta valorização vai ao encontro da evidência (Silva et al., 2024; Xiong et al., 2022) que reconhece o exercício como componente essencial da reabilitação da pessoa com DPOC com impacto na capacidade funcional, no controlo da dispneia e na qualidade de vida. Como referiu um dos participantes: *“Se incentivarmos o exercício, mesmo que seja só andar em casa, já estamos a melhorar a capacidade funcional”* (P3 FG1, Ur). A par disso, o uso correto da medicação e a educação para o autocuidado foram igualmente salientados, confirmando a necessidade de capacitar a pessoa e envolver a família como corresponsável no processo terapêutico. O trabalho de Binda et al., 2024, vem comprovar que o ensino da pessoa sobre o uso do dispositivo inalador, bem como a verificação regular desta competência pelos profissionais de saúde, continuam a ser aspetos cruciais para uma gestão eficaz do regime medicamentoso, podendo impactar positivamente a adesão ao tratamento.

A reabilitação respiratória constitui a pedra angular das intervenções não farmacológicas dirigidas às pessoas com DPOC. Os seus componentes fundamentais integram o treino de exercício, a educação centrada no utente, o apoio à cessação tabágica,

a capacitação para a autogestão da doença e a promoção da mudança comportamental, considerados obrigatórios nos programas estruturados de reabilitação (Gold, 2025).

A RR é uma abordagem terapêutica fundamental para as pessoas com doenças respiratórias crônicas, visando o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida e da sua funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). O objetivo principal desta intervenção é ajudar estas pessoas a recuperar a sua capacidade de realizar as AVD, enquanto melhoram a sua tolerância ao esforço e diminuem a sensação de dispneia. Possibilita igualmente um melhor controlo dos sintomas e pode prevenir ou reduzir as exacerbações da doença.

Os EEER destacaram a promoção de exercício físico adaptado e a educação para a saúde como áreas de extrema importância, corroborando as recomendações nacionais (Direção-Geral da Saúde, 2019) e internacionais (GOLD, 2025). Neste contexto, os EEER deram grande relevância à educação para a autogestão e para a transformação comportamental, reiterando que estas dimensões não devem ser subvalorizadas na prática clínica, ou seja, deve ter-se em conta a sua importância na gestão das exacerbações, na redução da dispneia persistente e no controlo de fatores de risco sociais e comportamentais, em consonância as entidades em epígrafe. Como referem Silva et al. (2024), a eficácia dos programas de reabilitação depende, em grande medida, do desenvolvimento da perceção de autoeficácia e das competências de autogestão, fatores que sustentam a adoção de comportamentos de saúde consistentes ao longo do tempo. Assim, torna-se crucial a definição de metas personalizadas e a sua monitorização contínua, ferramentas úteis para reforçar a adesão da pessoa com DPOC. Os entrevistados foram ao encontro desta evidência, salientando a relevância da autogestão no controlo da doença: “Autogestão implica dar-lhes ferramentas e depois confiar que vão usar.” (P3 FG2, Ur).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2009, citado por OE, 2018), o sucesso dos programas de reabilitação respiratória decorre da sua capacidade de atuar nos efeitos sistémicos da doença — desde o descondicionamento físico até às comorbilidades cardiovasculares. Estes programas funcionam como complemento ao tratamento farmacológico, aumentando a tolerância ao esforço, melhorando a qualidade de vida, reduzindo a dispneia e minorando o impacto da doença nas AVD. Os objetivos do programa de reabilitação caracterizam-se por serem muito vastos e espelham uma visão holística e interdisciplinar: “minimizar sintomatologia; maximizar a capacidade para o exercício físico; promover a autonomia da pessoa; aumentar a participação social; aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde; efetuar mudanças a longo prazo promotoras de bem-estar (Ries et al., 2007; Bott et al., 2009; Direção-Geral da Saúde, 2009; Spruit et al., 2013, citados por OE, 2018, p. 30).

Como a DPOC compromete a capacidade funcional e o autocuidado devido à fadiga e à dispneia, a reabilitação respiratória, que integra treino respiratório e motor, é essencial para a recuperação e para a melhoria da qualidade de vida. A intervenção do EEER na implementação de um plano personalizado de reabilitação respiratória no domicílio assume-se como fundamental para promover a autonomia e a funcionalidade da pessoa com DPOC em contexto domiciliário, pois conduz a melhorias na funcionalidade e independência, à redução da dispneia, ao aumento da força muscular e a maior tolerância ao esforço (Ruivo et al., 2025).

Neste estudo, os testemunhos dos enfermeiros também sublinham a importância do exercício e da capacitação da pessoa para o autocuidado. Como referido: “*Se incentivarmos o exercício, mesmo que seja só andar em casa, já estamos a melhorar a capacidade funcional*” (P3 FG1, Ur). Também a educação surge como dimensão transversal: “*A educação é crucial... perceberem porque é que fazem as coisas ajuda a aderir melhor ao plano*” (P1 FG1, Ur). Estes testemunhos vão ao encontro das recomendações internacionais (GOLD, 2025) que reforçam o valor do exercício e da literacia em saúde como pilares da reabilitação da pessoa com DPOC.

No seu trabalho de investigação, que teve como objetivo avaliar o nível de dispneia, a capacidade para realização das AVD e autocuidado na pessoa com DPOC, Machado et al. (2024) verificaram que os participantes pontuam valores altos ao nível da dispneia, bem como da existência de limitações na realização das suas AVD. Contudo, relativamente ao grau de dependência para o autocuidado, a maioria dos participantes era independente. Desta forma, Machado et al. (2024) destacam que a intervenção do EEER deve focar-se na otimização das capacidades funcionais, na promoção da autonomia e da qualidade de vida, bem como no reforço da capacitação para a autogestão da DPOC, promovendo assim a independência no autocuidado, como foi corroborado no presente estudo pelos enfermeiros entrevistados.

No presente estudo, apesar dos constrangimentos referenciados anteriormente, os **benefícios percebidos** foram claros, nomeadamente a promoção de maior autonomia da pessoa com DPOC, a adesão ao tratamento e rotinas de saúde, o controlo dos sintomas e estabilidade clínica e a redução da ansiedade com aumento da confiança. Como referiu um participante: “*É a autonomia que eles ganham e a confiança para continuar o programa*” (P2 FG2, Ur). Estes resultados reforçam a eficácia da intervenção do EEER no domicílio, pautada por um cuidado holístico, pois como salientam Clari et al. (2018), citados por Machado et al. (2024, p. 3), “*as necessidades da pessoa com DPOC são complexas e multifatoriais, podendo ser agrupadas em físicas, de cuidado, sociais, financeiras, emocionais e informativas*”. Os

EEER, no seu entendimento holístico da pessoa, identificaram benefícios ao nível social e emocional, com redução da ansiedade e aumento da confiança no autocuidado.

A evidência tem demonstrado que a reabilitação respiratória melhora a dispneia, aumenta a tolerância ao esforço e atua sobre atributos modificáveis que influenciam positivamente a qualidade de vida relacionada com a saúde (Silva et al., 2024). Ao aderir ao tratamento, a pessoa com DPOC vai notar uma melhoria no controlo dos seus sintomas e na sua estabilidade clínica, bem como na sua independência para a realização das suas tarefas quotidianas. Este estudo vem corroborar a perceção destes benefícios após a intervenção dos EEER. Como um dos entrevistados referiu *“Eles próprios começam a confiar mais neles, a controlar a sua doença e a sua condição.”* (P5 FG1, Ur).

No que respeita aos **fatores facilitadores no cuidado ao domicílio**, emergem o apoio da família, a colaboração multiprofissional e a motivação da pessoa com DPOC como determinantes para potenciar a eficácia da intervenção. Estas dimensões reforçam a relevância da rede familiar e da integração multidisciplinar como pilares da adesão e continuidade dos cuidados, como defendem também Johansson et al. (2025).

O apoio familiar foi reconhecido como fator facilitador, ao assegurar continuidade e suporte diário, confirmando o papel central da família na gestão da DPOC. O apoio social é imprescindível para a autogestão da doença e da vida diária. O apoio social é um fator decisivo na DPOC: pessoas que têm apoio social apresentam níveis de depressão dentro da faixa normal, em comparação com aquelas sem apoio social (Dede et al., 2019, citados por Johansson et al., 2025). Também nas entrevistas se destacou a rede de apoio como facilitador, seja por parte da família/cuidador, seja por parte da comunidade: *“Já tivemos experiências positivas com vizinhos ou membros da comunidade que se disponibilizam para apoiar, mesmo que seja em pequenas coisas.”* (P3 FG2, Ur).

O estudo de Johansson et al. (2025) advoga também que para as pessoas com DPOC, estar bem emocionalmente envolve manter velhos hábitos e padrões e ajustar tarefas conforme necessário ou reorganizar itens em casa. Os EEER participantes destacam também a adaptação dos recursos existentes ao contexto do utente como um fator facilitador.

Os **obstáculos no cuidado domiciliário** destacaram a falta de recursos humanos/materiais, como a limitação estrutural mais grave. Como partilhou uma enfermeira: *“Quando vou de férias, os meus doentes ficam sem apoio de reabilitação”* (P4 FG2, Ur). Este testemunho ilustra a necessidade crescente dos serviços em recursos humanos e a ausência

de mecanismos de substituição, realidade que fragiliza a continuidade do cuidado e que já foi destacada por Augustine et al. (2021).

No estudo de Augustine et al. (2021) também foram encontradas limitações relacionadas com os utentes, como dificuldades financeiras, que reduzem a adesão ao programa, e falta de apoio social, que leva ao isolamento, à depressão e à desmotivação, impactando negativamente na conclusão do programa. Estes fatores destacam a necessidade de uma abordagem mais integrada e acessível, com investimentos em infraestruturas, formação profissional e estratégias de apoio aos utentes.

Os participantes destacaram as condições socioeconómicas e habitacionais como fatores limitadores, sendo exemplo este testemunho: “*Encontramos casas com bastante humidade (...) não é o ambiente propício para desenvolver um programa de reabilitação*” (P5 FG1, Ur). Estas desigualdades, associadas a dificuldades económicas e barreiras de acesso, refletem determinantes sociais da saúde que influenciam diretamente a adesão ao tratamento.

Quanto à **referenciação de utentes**, os participantes indicaram que as solicitações de acompanhamento se centraram, sobretudo, no pós-alta hospitalar, o que certifica a importância crítica da transição de cuidados. Como referiu um enfermeiro: “*Se houvesse acompanhamento sistemático após a alta hospitalar, evitavam-se muitos reinternamentos*” (P1 FG1, Ur). Verificou-se uma baixa referenciação formal, prevalecendo vias informais, muitas vezes detetadas em contextos clínicos fora da área respiratória. Esta fragilidade traduz lacunas na articulação entre níveis de cuidados, uma barreira recorrente à continuidade do cuidado.

Por outro lado, a escassez de referenciações formais e a desigualdade no acesso: “*As referenciações são muito poucas... os doentes navegam no sistema mas não chegam até nós*” (P1 FG1, Ur), refletem as fragilidades estruturais apontadas igualmente na literatura, associadas a disparidades regionais e a ausência de canais eficazes de comunicação entre os vários níveis de cuidados.

A subutilização da reabilitação respiratória necessita de ser tratada com urgência devido aos benefícios para a saúde que a mesma proporciona às pessoas com doenças respiratórias crónicas. A lacuna entre o conhecimento dos benefícios para a saúde e a adesão aos programas de reabilitação respiratória leva à falta de implementação dos serviços de reabilitação, o que, por sua vez, contribui para o aumento da morbilidade e da sobrecarga dos cuidados de saúde. Para abordar a baixa implementação de programas de reabilitação no domicílio, é necessário entender as barreiras que lhes estão subjacentes. Na sua revisão narrativa, Augustine et al. (2021) exploraram os fatores que afetam o uso ideal dos serviços

de reabilitação respiratória. Concluiu-se que as pessoas com doenças respiratórias crônicas só terão acesso aos programas de reabilitação respiratória se forem encaminhados pelos profissionais de saúde, tendo sido registado que em muitos casos eles não têm os devidos conhecimentos sobre os benefícios da reabilitação respiratória e os processos de encaminhamento. A falta de formação na área e a má comunicação com as pessoas com tais patologias dificultam o encaminhamento; a disponibilidade de serviços de reabilitação no domicílio é limitada, com escassez de recursos humanos e materiais, o que resulta na parca estimulação para o encaminhamento, com consequente redução da taxa de adesão. A inexistência de canais de comunicação eficazes entre os profissionais de saúde prejudica também a adesão e o sucesso do tratamento.

Todos estes argumentos foram apontados pelos intervenientes neste estudo, corroborando assim a necessidade de mais informação sobre os recursos existentes, de aumentar a capacidade humana e material destas equipas domiciliárias e de melhorar os canais de comunicação/referenciação entre os diversos serviços que prestam cuidados à pessoa com DPOC.

No presente estudo, **a comunicação entre cuidados** emergiu como um elemento central, embora tenham sido evidenciadas fragilidades nos processos de referenciação. Como referiu um participante: “*Havia um projeto com reuniões multidisciplinares com pneumologia (...) aí sim, o canal de comunicação funcionava*” (P3 FG1, Ur). Esta constatação está em consonância com a evidência reportada por Wikman et al. (2025), que salienta que a ausência de rotinas de comunicação eficazes e a falta de continuidade entre níveis de cuidados criam barreiras à colaboração multiprofissional na gestão da DPOC. O estudo destes autores destaca ainda que o diálogo e as reuniões regulares em rede entre diferentes níveis de cuidados são fundamentais para aumentar a compreensão mútua dos papéis profissionais, facilitar transições mais fluidas e reforçar a coordenação das intervenções. Assim, quer os resultados do presente estudo quer os de Wikman et al. (2025) convergem na valorização das redes colaborativas e da comunicação estruturada como pré-requisitos essenciais para percursos de cuidados integrados na doença crónica.

Relativamente ao **horário e periodicidade das visitas** de RR, os participantes foram consonantes com o trabalho de Spruit et al. (2013), que defende que a duração do programa de reabilitação respiratória deve ser definida individualmente através do progresso em direção aos objetivos e da otimização dos benefícios. Na verdade, esta duração, sobretudo em contexto domiciliário, é também influenciada pelos recursos disponíveis para determinado utente. O número de sessões semanais oferecidas pelos programas não hospitalares de

reabilitação pulmonar também varia, mas por norma têm uma periodicidade de 2 a 3 vezes por semana (Spruit et al., 2013). Neste estudo defendeu-se também a importância de ajustar o esquema de visitas às necessidades do utente, indo mais frequentemente no início e espaçando as visitas posteriormente, em função da progressão e melhoria da pessoa.

As **boas práticas a destacar** pelos participantes revelam a importância da articulação interprofissional e da comunicação com a família, apontadas como pilares do cuidado no domicílio à pessoa com DPOC, sendo elucidativo o testemunho de um dos participantes: “*A comunicação com a família é meio caminho andado para o sucesso do plano terapêutico*” (P2 FG1, Ur). Estes dados corroboram estudos prévios que destacam o papel das redes de suporte formal e informal como facilitadores de adesão e continuidade. Estes resultados vão ao encontro da revisão integrativa sistemática de Johansson et al. (2025), que identificou o apoio da família como central no quotidiano da pessoa com DPOC, quer a nível prático quer emocional. De acordo com essa revisão, os serviços de saúde também desempenham um papel importante, fornecendo informação, conhecimento e programas de treino que podem ser implementados em diferentes contextos, desde o hospital até aos cuidados domiciliários, tal como reportado pelos enfermeiros participantes no presente estudo. No entanto, Johansson et al. (2025) referem que se evidenciou que os familiares manifestam necessidade de maior acesso a informação, conhecimento e compreensão acerca da doença, dos sintomas e do tratamento, estando em analogia com as perceções dos participantes do presente estudo, que reforçaram a necessidade da literacia em saúde a par com o envolvimento da família. Assim, quer os resultados do presente estudo quer os de Johansson et al. (2025) convergem na valorização da família e das redes de suporte formal e informal como facilitadores de adesão e continuidade, capacitando-os e empoderando-os para o cuidado à pessoa com DPOC. Estas evidências reforçam a pertinência de uma abordagem centrada na pessoa e na família, onde os cuidadores sejam reconhecidos como parceiros ativos no processo de reabilitação e acompanhados de forma sistemática pelo EEER.

Johansson et al. (2025) referem que os enfermeiros devem fornecer aconselhamento, informação e orientação para ajudar as pessoas com DPOC a reformular as suas expectativas, reconhecer a sua situação atual e reforçar a sua autonomia, o que foi corroborado no presente estudo, pois, de acordo com os participantes, tem de se fornecer informações claras e concretas à pessoa com DPOC e aos familiares cuidadores, verificando a sua compreensão do que é dito, evitando défices na comunicação. No seu estudo, Johansson et al. (2025) também observaram que esta díade manifestou o desejo de receber mais informação sobre os sintomas e o tratamento, de forma a sentirem-se seguros e confiantes. A informação preferida foi a adquirida através da interação, transmitida em qualidade e não tanto em

quantidade. Assim sendo, pode inferir-se que o envolvimento da pessoa com DPOC e da sua família é crucial nas discussões que visam otimizar o apoio e desenvolver intervenções eficazes. Também os participantes deste estudo valorizaram a importância do envolvimento da família e da literacia em saúde, quer dos utentes, quer de toda a rede de apoio, como fica expresso numa das suas intervenções: *“A literacia em saúde é central (...) quando trabalhamos com a família, conseguimos ganhos que os protocolos sozinhos não asseguram.”* (P3 FG2, Ur).

Ainda neste âmbito, como salientam Johansson et al. (2025), quando os familiares participam em programas de formação juntamente com a pessoa com DPOC, adquirem uma compreensão mais profunda da doença e dos seus sintomas, o que aumenta a sua capacidade de dar apoio. Por conseguinte, a existência de uma equipa multidisciplinar e a colaboração entre todos os níveis de cuidados e a comunidade são essenciais para assegurar um cuidado de qualidade. Assim, os problemas enfrentados pelas pessoas com DPOC e seus familiares cuidadores devem ser considerados no planeamento em saúde e na alocação de recursos, de modo a garantir respostas mais adequadas. Por conseguinte e como relataram os participantes deste estudo, o apoio disponibilizado pelo EEER em contexto domiciliário proporciona um sentimento de não estarem sozinhos a fazer esta árdua caminhada.

No panorama português, as Unidades de Cuidados na Comunidade assumem um papel estratégico ao proporcionar cuidados multidisciplinares à pessoa com DPOC, integrando EEER, cuja competência profissional lhes confere autonomia para implementar os programas de reabilitação. A sua dispersão geográfica pelo território nacional deverá ser mais vasta para potenciar a equidade no acesso a cuidados prestados ao domicílio, promovendo uma intervenção próxima da pessoa e da família. Como afirmou uma enfermeira: *“Capacitar a família para dar esse suporte quando nós não estamos é fundamental”* (P5 FG1, Ur). Este contacto direto facilita a adaptação das estratégias às necessidades reais reforça a literacia em saúde e promove a adesão e continuidade das intervenções. Deste modo, os EEER assumem um papel central no desenvolvimento de programas estruturados e multidisciplinares, ajustados às especificidades de cada contexto e às condições reais do domicílio. A sua intervenção é particularmente relevante junto das pessoas com maior limitação funcional ou em situação de maior complexidade, nas quais a proximidade e o acompanhamento personalizado podem fazer a diferença entre a manutenção da estabilidade clínica e o risco de agudizações recorrentes.

Destacaram-se também algumas **diferenças regionais e institucionais**. Não obstante os seus benefícios, o acesso a programas de reabilitação no domicílio permanece

limitado, frequentemente condicionado pela escassez de recursos, pelas fragilidades nos processos de referenciação e pelas disparidades geográficas. Silva et al. (2024) estimam que, em Portugal, apenas uma pequena percentagem das pessoas com DPOC tenha acesso a estes programas (2%), realidade que reflete constrangimentos logísticos e desigualdades regionais, tal como foi evidenciado pelos participantes deste estudo.

É ainda de ressaltar as **sugestões de melhoria** apontadas pelos participantes, nomeadamente a necessidade de reforçar os mecanismos de referenciação, adaptar os modelos de intervenção ao contexto domiciliário e utilizar escalas de forma sistemática. Estas recomendações sublinham a importância da monitorização objetiva da evolução clínica e da adoção de práticas baseadas em evidência, assegurando maior rigor, continuidade e eficácia das intervenções em contexto domiciliário. Quando os EEER lideram a organização dos serviços, se envolvem num pensamento autorreflexivo e proporcionam a comunicação multiprofissional, a transição da pessoa com DPOC e dos seus familiares cuidadores para o domicílio, onde se deve dar continuidade aos programas de reabilitação, depende da proficiência do enfermeiro em gerir o seguimento, facilitar a comunicação entre serviços e personalizar os objetivos terapêuticos. Esta visão abrangente só pode ser alcançada quando a liderança está enraizada em relações colaborativas e na melhoria contínua da qualidade.

Na prática, conforme estabelecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento n.º 140/2019), espera-se que os enfermeiros demonstrem liderança na organização e no desenvolvimento dos cuidados, garantindo que as intervenções são seguras, eficazes e éticas. Esta responsabilidade exige a integração da prática clínica com a investigação e o crescimento profissional contínuo, posicionando o enfermeiro como um cuidador e um colaborador estratégico nos sistemas de saúde.

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciam que, apesar das limitações estruturais e organizacionais, a intervenção do EEER em contexto domiciliário assume-se como determinante na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com DPOC. O reforço da referenciação, da articulação interprofissional e da inclusão da família são eixos fundamentais para otimizar os ganhos em saúde. Estes achados apontam ainda para a necessidade de políticas públicas que assegurem maior equidade territorial no acesso à reabilitação respiratória e de investimento na capacitação e liderança dos EEER.

Conclusão

O presente estudo possibilitou um aprofundamento na compreensão da intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC em contexto domiciliário, evidenciando a complexidade de uma prática que integra as dimensões clínicas, educativas, relacionais e organizacionais. Os resultados obtidos sublinham o lugar de destaque da promoção da autonomia, da educação para a saúde e da reabilitação funcional, confirmando ganhos clínicos e psicossociais significativos. Foram igualmente identificados constrangimentos de natureza estrutural e socioeconómica, nomeadamente a escassez de recursos humanos, as condições habitacionais desfavoráveis e as desigualdades no acesso aos serviços, fatores que comprometem a eficácia e a continuidade da intervenção.

As sugestões de melhoria avançadas pelos EEER, incluindo a necessidade de referenciação mais eficiente, a adaptação das intervenções ao contexto domiciliário e a avaliação sistemática através de escalas, reforçam a relevância de investir em modelos organizacionais mais integrados, sustentáveis e baseados em evidência.

Este estudo acrescenta contributos relevantes ao corpo de conhecimento em ER, ao oferecer uma perspetiva situada no contexto português e ao disponibilizar evidência que pode orientar a definição de políticas de saúde e estratégias organizacionais capazes de tornar os cuidados domiciliários mais eficazes e equitativos. Neste sentido, recomenda-se o desenvolvimento de novas investigações que explorem a utilização de tecnologias digitais, a implementação de programas híbridos de reabilitação no domicílio e a valorização de intervenções centradas na família, de forma a responder, de modo inovador, às necessidades complexas das pessoas com DPOC.

Os resultados evidenciam a valorização de protocolos, práticas baseadas em evidência e ganhos em saúde, e as barreiras estruturais e organizacionais que dificultam a sua plena operacionalização. Esta realidade exige estratégias que promovam modelos flexíveis, integrados e adaptados ao domicílio, reforço da articulação multiprofissional, equidade regional e investimento em recursos humanos e materiais.

Reitera-se que o EEER desempenha um papel estruturante no processo de gestão das doenças crónicas, como agente de educação para a saúde e de reabilitação, contribuindo para a diminuição de sintomas, para o aumento da motivação na continuidade do

exercício físico e para a adaptação à vida familiar e social. O estudo cumpriu os objetivos propostos, contribuindo com dados relevantes para a área da ER e oferece um contributo valioso para a melhoria da prática clínica e para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, motivadoras e sustentáveis.

Ressalta-se o enriquecimento intelectual e científico da investigadora na área alvo de estudo, no que se refere aos resultados do estudo e na leitura aprofundada da evidência científica mais atual. No entanto, tem-se plena consciência de que muito ainda há a fazer e a investigar nesta temática e da forma como o EEER contribui para ganhos nesta matéria.

Em síntese, a intervenção do EEER em contexto domiciliário assume-se como determinante para a promoção da independência, da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa com DPOC. Para que este impacto seja integralmente alcançado, é indispensável criar condições estruturais e organizacionais adequadas, investir em modelos de cuidados integrados e valorizar a liderança e a capacitação contínua destes profissionais, reconhecendo-os como atores estratégicos na resposta às doenças respiratórias crónicas em Portugal.

Limitações

Não obstante o contributo deste trabalho, o mesmo revela algumas limitações que importa reconhecer. Ainda que se tenha contado com uma representatividade significativa de EEER, o facto de os dados se reportarem unicamente a uma região do país constitui uma restrição, limitando a extrapolação dos resultados a outras realidades geográficas e institucionais. Acresce que a análise se centrou na perspetiva de enfermeiros, não incluindo diretamente a experiência da pessoa com DPOC nem da sua família, o que representa uma lacuna importante na compreensão integral do fenómeno. Assim, sugere-se a continuidade da investigação, ampliando a amostra a diferentes contextos regionais e, sobretudo, dando voz às pessoas com DPOC e familiares, de forma a enriquecer a análise e fundamentar propostas de melhoria mais ajustadas às necessidades reais desta população.

Implicações para a prática profissional

A realização deste trabalho contribuiu para um aumento do *background* científico e prático que sustenta a minha prática profissional, enquanto Enfermeira de Reabilitação em contexto de Cuidados de Saúde Primários e, em particular, numa ECCI. Este crescendo de conhecimentos traduz-se em diferentes dimensões. Em primeiro lugar, permite melhorar os ganhos em saúde, quer a nível clínico quer funcional, robustecendo a qualidade dos cuidados

prestados às pessoas com DPOC. Por conseguinte, contribui para a valorização da intervenção direta do EEER no domicílio, tendo em conta o contexto social e familiar, o que favorece maior proximidade e personalização dos cuidados. Este trabalho contribui igualmente para dar visibilidade à importância da Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário, sustentando a necessidade de integrar formalmente a reabilitação respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. Acresce salientar que reforça o contributo desta prática para a redução da taxa de exacerbações, hospitalizações e dependência de cuidados, um meio potenciador de mais autonomia e qualidade de vida em pessoas com doença respiratória crónica.

Referências bibliográficas

- Arnold, M., Dolezal, B., & Cooper, C. (2020). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease: Highly effective but often overlooked. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 4, 257–267. <https://doi.org/10.4046/trd.2020.0064>
- Augustine, A., Bhat, A., Vaishali, K., & Magazine, R. (2021). Barriers to pulmonary rehabilitation - A narrative review and perspectives from a few stakeholders. *Lung India*, 38(1), 59-63. https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_116_20
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Binda, C., Bianchi, C., Vigna, M., Crimi, C., Mossolani, S., Bucoveanu, V., & Carlucci, A. (2024). Effectiveness of an educational intervention on different types of errors occurring during inhaler therapy use in COPD patients during a pulmonary rehabilitation program. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 19, 1000. <https://mrmjournal.org/index.php/mrm/article/view/1000>
- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (Coords.). (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma nº 005/2019, de 26 de agosto: Diagnóstico e tratamento da DPOC no adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/08/26/diagnostico-e-tratamento-dadoenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-no-adulto/>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2025). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2025 Report)*. GOLD. <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
- Gundumogula, M. (2020). Importance of focus groups in qualitative research. *International Journal of Humanities and Social Science (IJHSS)*, 8(11), 299–302. <https://doi.org/10.24940/theijhss/2020/v8/i11/HS2011-082>

- Holland, A., Mahal, A., Hill, C., Lee, A., Burge, A., Cox, N., Moore, R., Nicolson, C., O'Halloran, P., Lahham, A., Gillies, R., McDonald, C. (2017). Home-based rehabilitation for COPD using minimal resources: a randomised, controlled equivalence trial. *Thorax*, 72, 57–65.
- Johansson, H., Jonasson, L. L., & Berterö, C. (2025). Support and its effect for persons affected by COPD and their next of kin – A systematic integrative review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 20, 2459–2480. <https://doi.org/10.2147/COPD.S507905>
- Leung, F. H., & Savithiri, R. (2009). Spotlight on focus groups. *Canadian Family Physician*, 55(2), 218–219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19221085>
- Machado, B., Félix, A., & Ribeiro, C. (2024). Nível de dispneia, atividades de vida diária e autocuidado na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/364>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Reabilitação Respiratória: Guia de Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*, 1(10). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Portugal, Regulamento n.º 392/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2(85), pp. 13565-13568.
- Rahi, M., Thilagar, B., Balaji, S., Prabhakaran, S., Mudgal, M., Rajoo, S., Yella, P., Satija, P., Zagorulko, A., & Gunasekaran, K. (2023). The Impact of Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Advances in Respiratory Medicine*, 91(2), pp. 123-134. <https://doi.org/10.3390/arm91020011>

- Ribeiro, R., Oliveira, H., Goes, M., Gonçalves, C., Dias, A., & Fonseca, C. (2023). The effectiveness of nursing rehabilitation interventions on self-care for older adults with respiratory disorders: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6422.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20146422>
- Ruivo, R., Matos, I., Severino, S., & Sousa, L. (2025). Empowering a person with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at home, after prolonged hospitalization: Case report. *AG Salud*, 3, 221. <https://doi.org/10.62486/agsalud2025221>
- Safiri, S., Carson-Chahhoud, K., Noori, M., Nejadghaderi, S., Sullman, M., Ahmadian Heris, J., Ansarin, K., Mansournia, M., Collins, G., Kolahi, A., Kaufman, J. (2022) Burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *British Medical Journal*, 378, e069679. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069679>
- Salvado, S., Grilo, E., Henriques, H., Ferraz, I., Gaspar, F., & Baixinho, C. (2025). Pulmonary rehabilitation nursing interventions promoting self-care in elderly people with chronic obstructive pulmonary disease (at home). *Healthcare*, 13(17), 2176. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172176>
- Silva, L., Maricoto, T., Mota, Â., et al. (2024). Effectiveness of a home-based pulmonary rehabilitation maintenance programme: The Rehab2Life study protocol. *BMC Nursing*, 23, 338. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01999-6>
- 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>
- Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A., Lareau, S., Man, W., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F., Casaburi, R., Vercoulen, J., Vogiatzis, I., ... Wouters, E. (2013).

ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24127811/>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Uslu, A., & Canbolat, Ö. (2022). Nursing care of the chronic obstructive pulmonary disease patient according to Orem's theory of self-care deficiency: A case report. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(2), 269–274.
<https://doi.org/10.5152/jern.2022.73659>

Wageck, B., Cox, N., Bondarenko, J., Corbett, M., Nichols, A., Moore, R., & Holland, A. (2020). Early home-based pulmonary rehabilitation following acute exacerbation of COPD: A feasibility study using an action research approach. *Chronic Respiratory Disease*, 17, 1479973120949207. <https://doi.org/10.1177/1479973120949207>

Wikman, Å., Stenberg, G., & Lundell, S. (2025). Interprofessional collaboration in the care delivery pathway for patients with COPD – Experiences of nurses and physical therapists: A qualitative study. *European Journal of Physiotherapy*, 27(3), 175–184.
<https://doi.org/10.1080/21679169.2024.2369870>

Xiong T, Bai X, Wei X, Wang L, Li F, Shi H, Shi Y. (2023). Exercise Rehabilitation and Chronic Respiratory Diseases: Effects, Mechanisms, and Therapeutic Benefits. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 18, 1251-1266. doi: 10.2147/COPD.S408325

Apêndices

**Apêndice 1 – Formulário sociodemográfico:
caracterização dos participantes do *Focus Group***



“Cuidar da Pessoa com DPOC no domicílio: Perspetiva dos Enfermeiros de Reabilitação”

Sandra Costa
Susana Batista

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, pretendemos realizar um estudo/investigação centrado no tema “Cuidar da Pessoa com DPOC no domicílio: Perspetiva dos Enfermeiros de Reabilitação”, cujo objetivo principal é explorar a intervenção dos EEER na pessoa com DPOC em cuidados domiciliários.

Assim, solicitamos o preenchimento deste formulário, com o intuito de recolher informações sociodemográficas que permitirão caracterizar os participantes do estudo. Os dados recolhidos serão tratados com a máxima confidencialidade e utilizados exclusivamente para os fins deste estudo. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

1. Dados Pessoais

i. Idade _____

ii. Género: Masculino

Feminino

Outro

iii. Estado Civil: Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Outro

iv. Nacionalidade: _____

v. Local de Residência (Cidade): _____

2. Formação Académica e Profissional

- i. Nível de Escolaridade (Grau académico): Licenciatura
Mestrado
Doutoramento
- ii. Qualificação Profissional: Enfermeiro Especialista
Enfermeiro
Outro
- iii. Ano de início da atividade profissional: _____
- iv. Número de anos de experiência profissional como enfermeiro de reabilitação: _____

3. Experiência Profissional

- i. Número de anos de experiência de prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com DPOC: _____
- ii. Em que contexto presta/prestou cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com DPOC:
- Internamento hospitalar
 - Domicílio
 - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
 - Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)
 - Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)

Apêndice 2 – Consentimento informado



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Caro(a) Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação,

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, vimos por este meio convidá-lo(a) a participar no estudo intitulado: “Cuidar da Pessoa com DPOC no Domicílio: Perspetiva dos Enfermeiros de Reabilitação”

Este estudo tem como principal objetivo explorar as perceções dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre a sua intervenção junto da pessoa com DPOC em contexto de cuidados domiciliários. A sua colaboração, enquanto profissional com experiência nesta área, é considerada essencial para a construção de conhecimento científico relevante e para a valorização da prática especializada em enfermagem de reabilitação.

A participação consiste na realização de uma entrevista individual, que poderá decorrer online (via Zoom, com gravação de som e imagem) ou presencialmente (com gravação apenas de som), de acordo com a sua disponibilidade e preferência. A entrevista terá uma duração estimada entre 30 e 60 minutos.

Todos os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679). Cada participante será identificado por um código alfanumérico, não sendo recolhida qualquer informação que permita a sua identificação direta.

Os registos áudio e/ou vídeo das entrevistas serão armazenados numa pasta segura na nuvem institucional da Escola Superior de Saúde de Viseu, com acesso restrito à equipa de investigação. Após a transcrição e validação dos dados, os ficheiros originais serão definitivamente destruídos. As transcrições codificadas serão eliminadas após a conclusão do estudo e eventual publicação dos resultados.

A sua participação é inteiramente voluntária, livre e esclarecida, podendo, a qualquer momento, recusar-se a participar ou desistir do estudo sem qualquer tipo de penalização. Poderá solicitar esclarecimentos adicionais, antes ou durante a sua participação, através dos contactos da investigadora.

Não existem quaisquer custos ou encargos associados à sua participação neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,
Sandra Costa – Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Susana Batista, PhD – Docente e orientadora científica
Escola Superior de Saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu

Parte declarativa dos investigadores

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo. Informe-i e sublinhei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão

confidenciais e anónimos e serão destruídos após a sua publicação. Fornei o meu contacto para poder esclarecer qualquer dúvida adicional que surja.

Sandra Costa

(sandra.marilia.costa@gmail.com)

Assinado por: Sandra Marília Saraiva da Costa
 Num. de Identificação: 11516650
 Data: 2025.07.26 16:13:49+01'00'



Susana Batista

(sbatista@essv.ipv.pt)

Assinado por: Susana Marisa Loureiro Pais Batista
 Num. de Identificação: B111464390
 Data: 26-07-2025 14:52:04 +01:00



Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa do participante

Eu, abaixo-assinado(a), declaro o seguinte:

- Fui devidamente informado(a) sobre a natureza, os objetivos, os procedimentos e o modo de desenvolvimento do presente estudo.
- Compreendi os objetivos, os eventuais riscos e benefícios associados à minha participação, conforme explicado pelas investigadoras responsáveis.
- Tive a oportunidade de colocar todas as questões que considerei pertinentes, tendo recebido respostas esclarecedoras, e foi-me concedido tempo suficiente para refletir sobre a decisão de participar.
- Concordo com a cedência dos dados fornecidos no âmbito deste estudo, de forma voluntária.
- Foi-me garantido que toda a informação recolhida será tratada com confidencialidade e anonimato, e que a minha identidade não será revelada em qualquer publicação ou partilhada com terceiros alheios à equipa de investigação, salvo autorização expressa da minha parte.
- Foi-me assegurado que posso recusar a participação ou desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso implique qualquer prejuízo para mim.
- Fui ainda informado(a) de que posso interromper a minha participação caso sinta qualquer desconforto e que os dados recolhidos serão destruídos após a conclusão e publicação do estudo.

Desta forma, aceito participar neste estudo, autorizando a utilização dos dados que forneço voluntariamente, com a confiança de que serão utilizados exclusivamente para fins científicos e no respeito pelas garantias éticas e legais que me foram transmitidas.

Nome: | _____ |

...../...../..... (data) Assinatura