



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

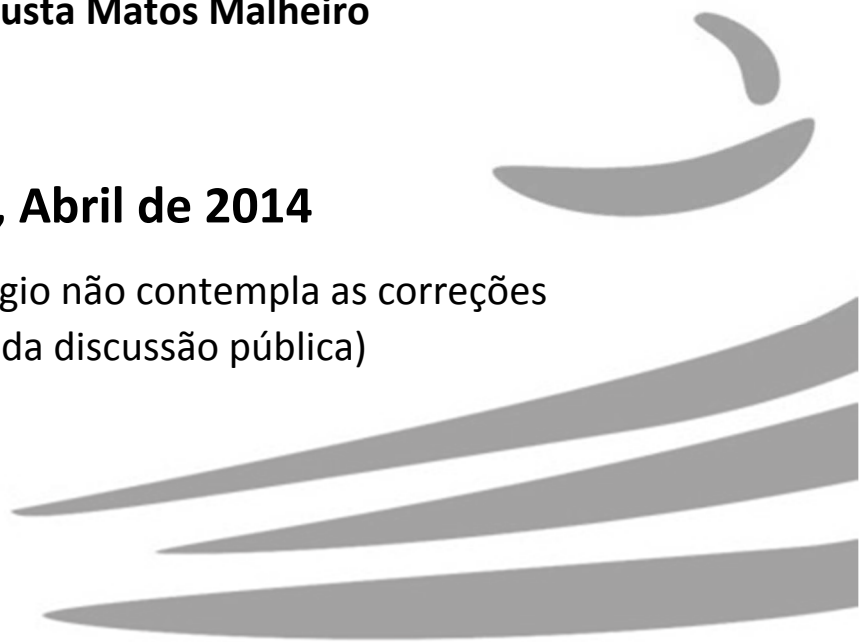
Enfermagem de Reabilitação

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras do autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Natália Augusta Matos Malheiro

Lisboa, Abril de 2014

(Este relatório de estágio não contempla as correções
resultantes da discussão pública)





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras do autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Relatório de estágio elaborado por:

Natália Augusta Matos Malheiro

Orientadora: Professora Cristina Maria da Silva Saraiva

Lisboa, Abril de 2014



*O essencial é saber ver,
Saber ver sem estar a pensar,
Saber ver quando se vê
E nem pensar quando se vê
Nem ver quando se pensa
Mas isso (tristes de nós que trazemos a alma vestida!)
Isso exige um estudo profundo,
Uma aprendizagem de desaprender.*

(Alberto Caeiro, em "O Guardador de Rebanhos - Poema XXIV"
Heterónimo de Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

Este espaço é especialmente dedicado aos que contribuíram direta ou indiretamente para que este percurso fosse possível. Estou eternamente grata a todos, contudo dou especial destaque a algumas pessoas.

À Professora Cristina Saraiva pela orientação do projeto formativo, sugestões apoio e disponibilidade sempre manifestadas. Acima de tudo pela motivação nesta fase final, não deixando esmorecer no término da caminhada.

Às Enfermeiras Especialistas Orientadoras Clínicas dos diferentes locais de estágio pela ajuda, paciência e empenho para que pudesse ter oportunidades de aprendizagem.

A todos os colegas dos locais de estágio por onde passei pelo carinho e disponibilidade em partilhar as suas experiências, bem como aos colegas do serviço onde presto cuidados por todos os dias crescermos pessoal e profissionalmente.

Aos meus pais e irmão, por nunca duvidarem de mim, pelo amor, pelo apoio nos momentos menos felizes e por compreenderem a minha ausência no seio da família. Um agradecimento especial a vocês, por serem sempre o meu porto seguro!

À família mais chegada por também eles acreditarem em mim e, apesar da ausência e pouca disponibilidade para os acompanhar, nunca deixarem de me apoiar incondicionalmente.

Aos amigos... pelos momentos de distração tão preciosos nas épocas de stress, pela presença constante e pela tolerância e carinho sempre demonstrados.

A todos os doentes que mesmo numa fase mais frágil da sua vida, colaboraram com toda a força de vontade, partilhando por vezes os medos as angústias e também os seus sucessos tornando este percurso mais fácil. Obrigada por me fazerem crescer.

Um grande bem-haja a todos, muito obrigada!

RESUMO

A DPOC é uma doença prevenível e tratável, caracterizada por uma limitação persistente do fluxo aéreo, progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e pulmão às partículas nocivas ou gases (GOLD, 2014).

A principal manifestação da DPOC é a dispneia, que leva à diminuição da atividade. Isto origina o progressivo descondicionamento físico que aumenta a dispneia com exercícios cada vez menores, ocorrendo um ciclo vicioso. A Reabilitação Respiratória quebra o ciclo vicioso gerado, melhorando a condição física e permitindo à pessoa atingir níveis de atividade superiores mantendo o autocuidado (Ries, et al., 2007).

Segundo Orem (2001) o autocuidado é uma função humana reguladora deliberadamente realizada pela pessoa ou pelo seu agente de autocuidado contribuindo para a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, operacionalizando-se em atividades que a pessoa realiza para seu benefício com vista a manter a vida, saúde e bem-estar. A função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é manter a atividade de autocuidado dentro das limitações impostas pela doença estabelecendo Programas de Reabilitação Respiratória que permitem à pessoa a gestão das exacerbações, manutenção da autonomia e qualidade de vida relacionada com a saúde (Booker, 2005).

Para delimitar um vasto campo de hipóteses inerentes à problemática do autocuidado na pessoa com DPOC, elaborou-se a seguinte questão de partida: Na pessoa com DPOC quais as intervenções do EEER promotoras do autocuidado?

Com base na temática da DPOC e do autocuidado definido por Orem, tendo em conta as competências específicas do EEER, são estabelecidos como objetivos gerais os seguintes: desenvolver competências de EEER e prestar cuidados de excelência, à pessoa/família com DPOC e com défice de autocuidado; desenvolver competências de EEER que permitam dar respostas às necessidades da pessoa com alterações sensório motoras, promovendo o autocuidado.

Posto isto é efetuada uma descrição e reflexão acerca todas as atividades desenvolvidas no sentido do desenvolvimento das competências comuns de EE e específicas de EEER.

Palavras-chave: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Self Care; Rehabilitation Nursing

ABSTRACT

COPD is a preventable and treatable disease, characterized by persistent airflow limitation that is progressive and associated with an enhanced chronic inflammatory response in the airways and the lung to noxious particles or gases (GOLD, 2014).

The main manifestation of COPD is dyspnoea, which leads to decreased activity. This leads to progressive physical deconditioning that increases with increasing dyspnea with smaller exercises, occurring a vicious cycle. The RR break the vicious cycle generated, with the improvement of the physical condition and allowing the person to achieve higher levels of activity maintaining self-care (Ries, et al., 2007).

According to Orem (2001) self-care is a human regulatory function deliberately performed by a person or his self-care agent contributing to the integrity of the structure, functioning and human development and operationalized into activities that one performs to his benefit in order to maintain life, health and well-being. The Nurse Specialist keeps the activity of self-care within the limitations imposed by the evolution of the disease by establishing Respiratory Reahabilitation Programns allowing the person manage exacerbations, maintaining autonomy and quality of life related to health (Booker, 2005).

To define a wide range of assumptions inherent to the problem of self-care in people with COPD, we prepared the following question: In the person with COPD, which interventions of nurse specialist promote self-care?

Based on the theme of COPD and on Orem's definition of self-care, taking into account the specific skills of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, are established the following general objectives: develop skills of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and provide excellent care to the person / family with COPD and deficit on self-care; develop skills of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing that allow for respond to the needs of the person with sensory motor deficits, promoting self-care.

Thus is made a description and reflection on all activities towards the development of common skills of nurse specialist and specific skills of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing.

Keywords: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Self Care; Rehabilitation Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DPOC	13
1.1. Reabilitação Respiratória na DPOC	17
1.2. Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC	20
2. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	25
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APÊNDICES

Apêndice 1: Justificação da escolha dos locais para realização do estágio

Apêndice 2: Metodologia da Revisão Sistemática de Literatura

Apêndice 3: Cronograma dos locais de estágio

Apêndice 4: Processos de Enfermagem

Apêndice 5: Sessão de Formação

Apêndice 6: Jornais de Aprendizagem

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de Registo

Anexo 2: Modified Medical Research Council Questionnaire (mMRC)

Anexo 3: Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Anexo 4: Teste de Fagerstrom

Anexo 5: Teste de Richmond

Anexo 6: Avaliação Sensorial e Motora da ASIA (American Spinal Injury Association)

Anexo 7: Escala de força muscular de Lower

Anexo 8: Escala de Ashworth

Anexo 9: Protocolo de Fortalecimento Muscular

Anexo 10: Treino de Alta Intensidade em Bicicleta (TAIB)

INTRODUÇÃO

Aprender faz parte do ser humano, todos nós desde que nascemos entramos num processo contínuo de aprender, desaprender e voltar a aprender. Os conhecimentos e competências que vamos adquirindo e desenvolvendo tornam-se um importante catalisador do nosso crescimento enquanto pessoas e enquanto profissionais. Na enfermagem o processo contínuo de aprendizagem torna-se particularmente fulcral pois sendo pessoas que cuidam de pessoas, acresce importância todo o conhecimento que se vai adquirindo e colocando em prática no ato de cuidar. No percurso profissional percorrido até agora, foi sentida a necessidade de aprofundar o conhecimento já adquirido e consolidá-lo numa área de especialidade.

Assim, no âmbito das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação foi desenvolvido um projeto de formação cujo tema é: “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras do autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”, foi colocado em prática e do qual resulta este relatório.

Nos países desenvolvidos a principal causa de morte são as doenças não transmissíveis e, entre elas, as doenças respiratórias ocupam o 2º lugar. O mesmo sucede em Portugal, em que se verifica um aumento do número de pessoas com doenças respiratórias crónicas e em que a mortalidade por doenças respiratórias constitui a 3ª causa de morte. Este facto leva a perda de qualidade de vida, numerosos internamentos e elevados custos económicos e financeiros (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias - ONDR, 2001; Direção-Geral da Saúde - DGS, 2013).

As doenças respiratórias crónicas têm um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, provocam a morte prematura e têm efeitos adversos a nível económico nas famílias, comunidades e sociedade em geral. Embora sejam evitáveis (se forem controlados os fatores de risco), estas doenças são subvalorizadas, insuficientemente diagnosticadas e tratadas (DGS, 2008). Os fatores de risco mais importantes são o tabagismo; exposição ocupacional; poluição e predisposição genética, contudo outros fatores como nível socioeconómico e eventos nocivos para as vias respiratórias na

infância (ex. infecções respiratórias de repetição; progenitora fumadora; etc.) contribuem para a instalação da doença (European Respiratory Society - ERS, 2013).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é caracterizada pela obstrução do fluxo aéreo, não totalmente reversível e não muda significativamente durante vários meses. Tem como consequências a incapacidade progressiva e comprometimento da qualidade de vida, que podem ser colmatadas por terapêutica farmacológica, não farmacológica e alteração de hábitos de vida tais como: cessação tabágica; terapêutica oral; terapêutica inalatória; vacinação; oxigenioterapia; Ventilação Não Invasiva e Reabilitação Respiratória (National Institute for Clinical Excellence - NICE, 2010).

Estima-se que a nível Europeu 5-10% dos adultos com mais de 40 anos têm Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, sendo a doença mais prevalente nos homens do que nas mulheres. A prevalência aumenta com a idade e hábitos tabágicos independentemente do género. De acordo com a Organização Mundial de Saúde estima-se que a taxa de mortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em Portugal seja entre 15-24% (ERS, 2013a; Bárbara, et al., 2013).

De acordo com Bárbara et al. (2013) a prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica mediante diagnóstico médico prévio à realização de um estudo na população de Lisboa (Portugal), foi muito mais baixa do que a detetada através da realização de espirometria (6,3% versus 14,2%). Nesse mesmo estudo conclui-se que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é muito prevalente na região de Lisboa, com uma prevalência estimada de 14,2% em adultos com 40 ou mais anos.

A principal manifestação da doença respiratória crónica é a dispneia, sensação de cansaço ao realizar qualquer esforço físico, o que está relacionado com a progressiva debilidade na função pulmonar, que leva à diminuição da atividade física global. Esta redução da atividade física origina o progressivo descondicionamento físico que aumenta a dispneia com exercícios cada vez menores, ocorrendo um ciclo vicioso. O tratamento inclui a cessação tabágica como primeira prioridade; uso de broncodilatadores; Reabilitação Respiratória e com a evolução da doença o tratamento das comorbilidades. (Rudkin, 2005; Ries, et al., 2007; ERS, 2013b).

A reabilitação é um processo dinâmico que ajuda a pessoa a atingir o seu máximo potencial físico, mental, espiritual, social e económico. O processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida, auto estima e independência (Leite & Faro, 2005). Os cuidados personalizados da Enfermagem de Reabilitação devem ter como objetivo maximizar as funcionalidades, a independência física, emocional e social de cada indivíduo, devem ser dirigidos à pessoa, contextualizando-a na família e comunidade, de forma a delinear o seu projeto de vida o mais precocemente possível após um período de crise (Faro, 2006).

A Reabilitação Respiratória é amplamente usada na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, tendo sido já demonstrados os benefícios pela evidência científica. Pode ser definida como um programa multidisciplinar de cuidados, individualmente adaptados e projetados para otimizar a autonomia o desempenho físico e social da pessoa, permitindo-lhe lidar com a doença (Ries, et al., 2007; NICE, 2010).

Assim, a Reabilitação Respiratória faz-se dentro e fora de centros especializados, e com um plano de exercícios individualizados e sessões educativas em que se incluem as decisões da pessoa de modo a partilhar o binómio pessoa/família, na busca pela qualidade no desempenho das atividades de vida diária, devendo esta planear o “como viver” e não apenas “o viver” (NICE, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel primordial no desenvolvimento de programas de Reabilitação Respiratória para a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. É da sua função conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, maximizando o seu potencial (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010b). De acordo com o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este:

- a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010b, p. 2).

Assim sendo, o seu papel inclui a prestação de cuidados com especial ênfase na capacitação da pessoa para o autocuidado, substituindo o “fazer por” pelo “fazer com”. Isto inclui atividades de ensino/educação à pessoa/família, para que estes se ajustem à nova condição de vida e assim se consiga promover o autocuidado. Para além disso, tem também um importante papel na coordenação da equipa multidisciplinar uma vez que é o enfermeiro que despende maior quantidade de tempo junto da pessoa e família tendo uma posição privilegiada para a identificação de novos fatores geradores de stress ou da evolução no programa de reabilitação (Pryor, 2005).

De acordo com o que foi exposto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação vai assim ajudar a pessoa a tornar-se autónoma, dentro das suas limitações, promovendo e incentivando o autocuidado (Leite & Faro, 2005). O modelo teórico escolhido para suportar esta temática foi o de Dorothea Orem com a Teoria Geral do Défice de Autocuidado onde o autocuidado é o objetivo da enfermagem e as pessoas são vistas como tendo direito de cuidar de si próprias sempre que possível.

Esta teoria é composta por três teorias relacionadas, que articuladas constituem um desenvolvimento e aperfeiçoamento de uma teoria geral de Orem. A teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias. A teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem. A teoria dos sistemas de enfermagem que descreve e explica quais as relações que têm que ser criadas ou mantidas para que se produza enfermagem (Taylor, 2004).

Esta temática revela-se atual e pertinente, pois o número de pessoas com Doença pulmonar Obstrutiva Crónica aumenta a cada dia e é necessário intervir no sentido da gestão da doença. A função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é manter a atividade de autocuidado dentro das limitações impostas pela doença. Ao valorizar o conceito de autocuidado dentro desta problemática, torna-se ainda mais aliciante. Sendo a promoção do autocuidado um dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, é de todo o interesse perceber como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém e quais os resultados.

O enfermeiro especialista desenvolve um conjunto de atividades que demonstram um conhecimento aprofundado numa área específica da enfermagem. Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências comuns (OE, 2010a). Para além das competências comuns, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação detém também um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permitem conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. Isto vai permitir ajudar a pessoa em situação de doença aguda ou crónica, maximizando o seu potencial funcional e independência (OE, 2010b).

Com base na temática da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e do autocuidado definido por Orem, tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, são estabelecidos como objetivos gerais os seguintes:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e prestar cuidados de excelência, à pessoa/família com DPOC e com défice de autocuidado.
- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que permitam dar respostas às necessidades da pessoa com alterações sensório motoras, promovendo o autocuidado.

Para que estes objetivos fossem atingidos, foi importante conhecer diferentes contextos/realidades. Foram realizadas entrevistas com os enfermeiros chefes dos locais escolhidos para o desenvolvimento do estágio, no sentido de se perceber se os mesmos tinham potencial para dar resposta aos objetivos propostos. Assim, foram escolhidos os seguintes locais para realização do estágio: Serviço de Pneumologia; Departamento de Reeducação Funcional Respiratória e Unidade de Readaptação Funcional Respiratória. Tendo como pano de fundo a aquisição das restantes competências delineadas pela Ordem dos Enfermeiros, especificamente para a área motora, foi também realizado estágio num Centro de Medicina Física e de Reabilitação. A justificação da escolha dos locais encontra-se no Apêndice 1.

Mudar a visão empírica dos factos foi possível através da consulta de livros especializados na área, revistas, publicações e através da pesquisa efetuada em base

eletrónica na EBSCO. Para delimitar um vasto campo de hipóteses inerentes à problemática do autocuidado na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, sendo este um indicador de resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Doran, 2011), elaborou-se a seguinte questão de partida, que atende aos critérios do formato PICO (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005): Na pessoa com DPOC quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado? O processo metodológico de seleção dos artigos está evidenciado no Apêndice 2.

Posto isto, este relatório de estágio, está dividido em 3 capítulos, com o intuito de que seja um documento escrito demonstrativo do percurso percorrido, dos conhecimentos mobilizados e das competências desenvolvidas, pois como refere Hesbeen (2003), o espírito da reabilitação permite a cada profissional mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem.

No capítulo 1 é desenvolvida a temática em estudo, com o reconhecimento da sua pertinência. É salientada a importância dos Programas de Reabilitação Respiratória na gestão da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e são identificados os benefícios da mesma. Termina com a identificação dos contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

No capítulo 2 são descritas as atividades que foram desenvolvidas, com recurso ao pensamento crítico e à análise reflexiva, com base na observação, reflexão e integração dos saberes desenvolvidos ao longo do ensino teórico e, cujos subsídios se procurou mobilizar ao longo dos estágios realizados, pretendendo igualmente identificar os fatores facilitadores, os constrangimentos encontrados, as dificuldades vividas e as competências desenvolvidas. Por último, no capítulo das considerações finais serão apresentados, de forma sucinta, os resultados obtidos mais relevantes, evidenciando o contributo para a enfermagem nesta área de especialidade, além de serem descritas as dificuldades e as limitações encontradas ao longo do desenvolvimento do relatório de estágio.

1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DPOC

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é definida pela Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2014, p. 2) como sendo uma:

doença prevenível e tratável, caracterizada por uma limitação persistente do fluxo aéreo, habitualmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica às partículas nocivas ou gases por parte das vias aéreas e pulmão. As exacerbações e as comorbilidades contribuem para a evolução da doença para patamares de gravidade mais elevados (trad. do autor).

A limitação crónica do fluxo aéreo é causada pela bronquite crónica e pelo enfisema, sendo que a contribuição de cada uma varia de pessoa para pessoa. A inflamação crónica causa alterações estruturais e diminuição do calibre das pequenas vias aéreas, por sua vez, o enfisema (também por um processo inflamatório) leva à perda de elasticidade e conseqüentemente à diminuição da capacidade das vias aéreas de permanecerem abertas durante a expiração (GOLD, 2014).

A nível da União Europeia estima-se que sejam gastos cerca de 6% do orçamento para a saúde em cuidados respiratórios, sendo que 56% dessa percentagem é gasto com a DPOC. Há uma relação direta entre a progressão da doença e os custos com a mesma, estes aumentam à medida que a doença progride, uma vez que são necessários gastos cada vez mais elevados para suportar os cuidados requeridos (GOLD, 2014). De acordo com o Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME (2013), em 2010 a DPOC era a 3ª causa de morte a nível mundial e a 9ª causa de perda de anos de vida saudável (DALYs – Disability-adjusted life years). Estima-se que em 2013 seja a 5ª causa de incapacidade, e responsável por quase 4% do total dos DALYs perdidos em todo o mundo (IHME, 2013).

O tabaco é um dos fatores de risco mais importantes, sendo que cerca de 40-50% dos fumadores irão desenvolver a doença, contrabalançando com apenas 10% de não fumadores. Contudo, existem outros fatores de risco tais como a poluição ambiental; exposição a poeiras em contexto de trabalho; exposição ao fumo proveniente de

lareiras onde se queima madeira ou biomassa; nível socioeconómico e predisposição genética (ERS, 2013a; GOLD, 2014).

O diagnóstico da DPOC requer a realização de uma espirometria, sendo que esta deve ser realizada por qualquer pessoa com mais de 40 anos e história de dispneia persistente, progressiva que se intensifica com o exercício; tosse persistente que pode ser não produtiva; eliminação de expectoração durante 3 meses ou mais em 2 anos consecutivos; história de exposição a fatores de risco tais como tabaco, fumo de lareira e exposição a poeiras e substâncias químicas no local de trabalho e história familiar de DPOC (ERS, 2013a; GOLD, 2014).

De todos os sintomas a dispneia é o que causa maior incapacidade e ansiedade, por sua vez a tosse é frequentemente o primeiro sintoma que surge e é muitas vezes associada ao tabaco e poluição, sendo por isso desvalorizado. Outra sintomatologia tal como pieira e sensação de aperto torácico não é específica da doença mas pode estar presente. Mediante a presença de sintomatologia característica da doença, a espirometria é crucial na realização do diagnóstico, sendo que o resultado de $FEV1/FVC < 0.70$ após broncodilatação confirma a existência de DPOC (ERS, 2013a; GOLD, 2014).

Após a doença estar instalada, são vários os fatores que influenciam a sua progressão. O tabaco é sem dúvida o principal fator, contudo a hereditariedade (défice hereditário de alfa1-atitripsina); idade; género; desenvolvimento do sistema respiratório desde a gestação até à infância; exposição a partículas; nível socioeconómico; hiper-reatividade brônquica; bronquite crónica e infeções respiratórias, também influenciam a progressão da doença. Não se pode avaliar um fator de risco de forma isolada, uma vez que a conjugação de todos leva a uma predisposição individualizada, ou seja, não é apenas o tabagismo ou o número de infeções respiratórias que ditam a progressão da DPOC (GOLD, 2014).

Com o diagnóstico da doença, é também efetuado o estadiamento. Os objetivos do estadiamento da DPOC são a determinação do grau de gravidade da mesma e seu impacto no estado de saúde e risco de exacerbações, hospitalizações ou morte, no sentido de otimizar a terapêutica (GOLD, 2014).

Para a avaliação da sintomatologia existem vários questionários que podem ser aplicados, sendo que os recomendados pela GOLD são o Modified Medical Research Council Questionnaire (mMRC) e o COPD Assessment Test (CAT). Enquanto o primeiro avalia grau de incapacidade resultante da dispneia, classificando a dispneia em 4 graus, por sua vez o segundo avalia o impacto da doença no dia-a-dia e sensação de bem-estar (GOLD, 2014).

O resultado da espirometria classifica o grau de gravidade da doença mediante o resultado de FEV₁ após broncodilatação. Assim, o doente é classificado com DPOC Ligeira – GOLD 1 – se FEV₁ ≥ 80% do predito; DPOC Moderada – GOLD 2 – se 50% ≤ FEV₁ <80% do predito; DPOC Grave – GOLD 3 – se 30% ≤ FEV₁ <50% do predito e DPOC Muito Grave – GOLD 4 – se FEV₁ <30% do predito (GOLD, 2014).

É considerado uma exacerbação o evento caracterizado por um agravamento dos sintomas respiratórios para além das normais variações do dia-a-dia, que leva a necessidade de ajuste de terapêutica. O número de exacerbações com necessidade de hospitalização pode ser estimado a partir da análise da sintomatologia atual; nível de qualidade de vida; resultado da espirometria; número de exacerbações (2 ou mais exacerbações no período de um ano é preditivo de uma próxima exacerbação) e presença de co morbilidades. Este varia de pessoa para pessoa, sendo que piores resultados de espirometria estão associados ao aumento da prevalência de exacerbações e risco de morte. As exacerbações vão acelerar o declínio da função respiratória, resultando em declínio na capacidade para o autocuidado, diminuição da qualidade de vida, aumento do risco de morte e consequentemente aumento dos custos com a doença (ERS, 2013a; GOLD, 2014).

As co morbilidades mais frequentes são as doenças cardiovasculares; disfunções músculo esqueléticas; síndrome metabólico; osteoporose; depressão; ansiedade e cancro do pulmão. A sua presença vai levar ao aumento do risco de hospitalização e morte. A DPOC por si só tem também efeitos sistémicos tais como perda de peso, alterações nutricionais e disfunções músculo esqueléticas que no decurso da doença contribuem para o aumento da intolerância ao exercício e agravamento do estado de saúde (ERS, 2013a; GOLD, 2014).

Para além da avaliação da sintomatologia atual, resultado da espirometria, número de exacerbações e presença de comorbilidades, existem outros elementos que ajudam no estadiamento da doença e otimização terapêutica, tais como: radiografia ao tórax, gasimetria arterial, avaliação da deficiência em Alfa-1 Antitripsina e teste de tolerância ao esforço nomeadamente a realização da prova de marcha de 6 min. (GOLD, 2014).

Quanto mais pormenorizada for a avaliação, mais acertada é a otimização terapêutica no decurso da doença. Para o tratamento recorre-se a métodos farmacológicos, não farmacológicos e controlo de fatores de risco. No que se refere ao controlo dos fatores de risco, na pessoa com DPOC fumadora ativa, a cessação tabágica é a atitude terapêutica prioritária para travar a progressão (ERS, 2013a; GOLD, 2014).

A terapêutica farmacológica irá ajudar no controlo de sintomas, reduzindo a frequência e a gravidade das exacerbações e melhorando a tolerância ao esforço e o estado de saúde. Assim, a terapêutica farmacológica recomendada inclui inalatórios beta2 adrenérgicos; anticolinérgicos ou terapêutica combinada; corticoterapia inalada e terapêutica oral nomeadamente metilxantinas; corticoterapia sistémica e inibidores da fosfodiesterase. A vacinação; terapia para aumento da produção de Alfa1 Antitripsina; antibioterapia; terapêutica oral mucolítica; imunorreguladores; antitússicos; vasodilatadores e morfina, são também opções a ter em conta para o controlo de sintomas. As opções terapêuticas variam de pessoa para pessoa mediante a gravidade dos sintomas; grau de limitação do fluxo aéreo; número e gravidade de exacerbações e custos (GOLD, 2014).

No campo da terapêutica não farmacológica a Reabilitação Respiratória (RR) é crucial, tendo como objetivos a redução da sintomatologia de dispneia e fadiga, melhoria da qualidade de vida e promoção da participação e envolvimento nas Atividades de Vida Diária (AVD), ou seja, no autocuidado. Para além disso vai contribuir para contrariar o isolamento social, as alterações de humor, depressão, perda de massa muscular e perda de peso, ou seja, para além dos benefícios a nível da função respiratória, tem também benefícios sistémicos. Nas fases mais avançadas da doença surgem medidas terapêuticas como oxigenioterapia, ventilação não invasiva, tratamento cirúrgico e cuidados paliativos (GOLD, 2014).

1.1. Reabilitação Respiratória na DPOC

Tal como foi referido, a sintomatologia mais frequente na DPOC é a dispneia de agravamento progressivo, tosse crónica com ou sem expectoração podendo surgir também pieira e sensação de aperto torácico. Esta vai agravando com a progressão da doença, sendo que a RR é importante para travar a mesma. Após a exacerbação, a RR é importante pois previne a ocorrência de uma nova exacerbação (ERS, 2013a).

Na gestão da doença são vários os aspetos a ter em conta nomeadamente: avaliação e monitorização da doença; redução dos fatores de risco; gestão na fase estável e gestão das exacerbações, sendo que a cessação tabágica e o tratamento farmacológico e não farmacológico adequados vão ter um papel preponderante. Os objetivos na gestão da DPOC são então: alívio dos sintomas; prevenção da progressão; melhoria da tolerância ao exercício; melhorar o estado de saúde; prevenir e tratar as complicações e exacerbações; reduzir a mortalidade e prevenir ou minimizar os efeitos secundários do tratamento. Posto isto, a RR constitui-se como um dos aspetos centrais não só para travar a progressão da doença mas também para a gestão da mesma (ERS, 2013a).

A RR é definida pela ERS e pela American Thoracic Society como uma intervenção abrangente e multidisciplinar, baseada na evidência, para doentes com doença respiratória crónica que estão sintomáticos e com condicionamentos nas atividades de autocuidado. Tem como objetivo a redução de sintomas; otimização do status funcional; aumento da participação; redução dos custos com os cuidados de saúde através de estabilização ou reversão das manifestações sistemáticas da doença e promoção da autonomia (trad. do autor) (ERS, 2013b, p. 340).

As pessoas com DPOC à medida que a doença progride diminuem o seu nível de atividade e a execução das atividades de autocuidado, o que leva a um impacto negativo na capacidade de sobrevivência (ERS, 2013b). Segundo a GOLD (2014) são vários os benefícios da RR na DPOC, nomeadamente o aumento da capacidade de realização de exercício; redução da sensação de dispneia; melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde; redução do número de hospitalizações e número de dias de internamento; redução da ansiedade e depressão associadas à DPOC;

aumento da esperança de vida. A RR melhora também a recuperação após um internamento decorrente de uma exacerbação e aumenta o efeito dos broncodilatadores de longa ação, sendo que os benefícios sentidos vão além do período de realização dos exercícios.

Focando nas múltiplas necessidades da pessoa com DPOC, a RR, com benefícios bem documentados (Casaburi, 2008), constitui a melhor opção para prevenir a incapacidade associada à progressão da doença (Maltais, et al., 2008), oferece a melhor opção de tratamento para pessoas com doença pulmonar sintomática (Wilkins, Stoller, & Kacmarek, 2009) e contribui para a melhoria da funcionalidade dos mesmos, no seu seio familiar e na comunidade, refletindo-se portanto também como um benefício para os seus familiares. Baseado em Hill (2006), esta desenvolve-se através da implementação de um programa de cariz multidisciplinar, delineado para otimizar a performance física e social das pessoas e aumentar a sua autonomia.

A duração mínima de um Programa de Reabilitação (PR) deve ser 6 semanas, e quanto mais longo for o programa, mais benefícios trará. Os componentes do referido programa podem variar, mas devem incluir o treino de exercício, com ou sem aporte adicional de oxigénio; cessação tabágica; aconselhamento nutricional e educação para a saúde. O treino de exercício pode ter uma periodicidade desde o diário ao semanal e uma duração de 10 a 45 min. por sessão, que inclui o treino dos membros inferiores e de resistência. Àqueles que não podem participar num Programa de Reabilitação Respiratória (PRR) é-lhes aconselhado pelo menos a realização de caminhadas de 20 min. (ERS, 2013b; GOLD, 2014).

Na seleção das pessoas para a realização de um PRR, são vários os aspetos a ter em conta nomeadamente o estado funcional; a gravidade da dispneia; motivação; cessação tabágica, e educação (GOLD, 2014). Habitualmente estes programas incluem a avaliação da pessoa, treino de exercício, educação para a saúde e apoio psicossocial, estando estruturados para gerar melhorias específicas, utilizando uma abordagem multidisciplinar no âmbito de um programa focalizado (Nici, et al., 2006).

Uma revisão sistemática de literatura realizada por Ries et al. (2007) concluiu que a RR é benéfica para a pessoa com DPOC, reforçando as recomendações já existentes

relativas ao treino de exercício. Um PR de 6 a 12 semana produz benefícios que são sentidos até 12 a 18 semanas após o término do programa incluindo a redução da sensação de dispneia e melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde. Deve ser introduzido o treino de resistência dos membros superiores e se for introduzido o treino de força vai aumentar a força e a massa muscular.

Ries et al. (2007) verificaram que a educação para a saúde é um componente essencial do PR devendo incluir aspetos como a gestão da doença, prevenção e tratamento de exacerbações. Sendo a ansiedade e depressão comuns na pessoa com DPOC, a prática e opinião de especialistas na área suporta a recomendação de incluir a intervenção psicossocial no sentido de se conseguirem mudanças comportamentais como a cessação tabágica e capacidade de gestão de sintomas incluindo a dispneia. Verificaram também que um PR mais longo (mais de 12 semanas) gera benefícios que perduram mais no tempo do que os PR mais curtos. Foi observada a redução do número de dias de hospitalização e eficiência no recurso aos cuidados de saúde pela capacidade de gestão das exacerbações.

Os PR devem assim incluir um componente educacional vasto acerca de cessação tabágica; fisiopatologia da doença; plano terapêutico; aspetos específicos da terapêutica farmacológica; capacidades de auto gestão; estratégias para minimizar a dispneia; quando procurar ajuda; gestão das exacerbações e aspetos da fase final da doença (GOLD, 2014).

Um estudo descritivo realizado por Chen, Chen, Lee, Cho, & Weng (2008) com pessoas com DPOC, verificou que segundo estas, as capacidades de auto gestão capazes de prevenir as exacerbações e manter a doença estável incluem: gestão de sintomas; capacidade de realização de exercício e manutenção de atividade; controlo ambiental; adaptação emocional e manutenção de um estilo de vida saudável.

A RR é importante não só na fase estável da doença, mas também na fase aguda da mesma, pois reduz o número de reinternamentos melhorando assim a qualidade de vida relacionada com a saúde e a capacidade de realização de exercício. As exacerbações da DPOC levam a que muitas vezes as pessoas restrinjam a atividade física no sentido de diminuir a sensação de dispneia, o que por sua vez leva ao

declínio da capacidade de tolerância ao exercício aumentando a dispneia de agravamento progressivo e fadiga. A RR tem assim um papel preponderante para colmatar esta cadeia de acontecimentos. É reportado pelas pessoas que as exacerbações são malélicas não só pela sintomatologia associada mas também pelo impacto na realização das atividades de autocuidado (Burtin, Decramer, Gosselink, Janssens, & Troosters, 2011; Kon, Canavan, & Man, 2012).

1.2. Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC

Tal como vem sendo referido, a DPOC condiciona a capacidade da pessoa para a atividade de autocuidado, a qual se torna uma dimensão chave nas intervenções relacionadas com a saúde, serviços e prática de cuidado, que inclui cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, bem como cuidados de longa duração e reabilitação. O autocuidado é o foco e o objetivo dos cuidados de enfermagem (Sidani, 2011).

O conceito de autocuidado faz parte da Teoria Geral do Défice de Autocuidado de Orem, sendo esta teoria composta por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Assim, Orem, nos seus pressupostos teóricos refere o autocuidado baseando-se no como e porquê as pessoas cuidam de si próprias. O autocuidado é uma função humana reguladora deliberadamente realizada pela pessoa ou pelo seu agente de autocuidado (cuidado dependente) contribuindo de forma específica para a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, operacionalizando-se em atividades que a pessoa realiza para o seu benefício com vista a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Este é todo o cuidado que é prestado pelo próprio a si, referindo-se a uma capacidade individual para se envolver no comportamento do autocuidado. Esta capacidade inclui ações de cuidar de si, sendo estas condicionadas pelos domínios cognitivo, psicológico, emocional ou psicossocial e do comportamento. O défice de autocuidado é um termo que exprime a relação entre as capacidades de ação das pessoas e as suas necessidades. Quando existe uma exigência de cuidados de si próprio e a pessoa é capaz de satisfazer essa exigência, então é possível o autocuidado. Mas,

se a exigência é maior que a capacidade de a satisfazer, surge um desequilíbrio a que se chama défice de autocuidado (Taylor, 2004).

Tal como já foi referido, a natureza da DPOC limita o impacto da terapêutica farmacológica, particularmente com a progressão da doença. Assim, a pessoa sente progressivamente aumento da dispneia reduzindo a auto estima o que leva à dependência (Booker, 2005). Tendo a pessoa um défice, significa que existe um défice de autocuidado, uma lacuna na saúde e bem-estar, um défice de relação entre o que essa pessoa deve fazer e o que consegue fazer ou quer fazer que é necessário colmatar, para que volte a ser capaz do autocuidado. O EEER desenvolve as capacidades da pessoa, ou seja, mediante um défice existente, conjuntamente com a mesma vai colmatar as necessidades sentidas.

O défice de autocuidado é um indicador de que as pessoas necessitam de ajuda nos seus requisitos de autocuidado, para que sejam cumpridos. Os requisitos de autocuidado são uma visão formulada e expressa sobre as ações a serem praticadas que são conhecidas ou postas em hipótese como sendo necessárias na regulação de um aspeto de funcionamento e desenvolvimento humano, quer continuamente quer sob condições ou circunstâncias específicas. Estes emergem não apenas na fase aguda da doença, lesão, desfiguramento ou deficiência, mas também por medidas de cuidado médico que podem modificar a estrutura ou requerem modificação comportamental (exemplo: controlo da respiração) (Orem, 2001).

Os PRR, com o treino de formas de colmatar os défices de autocuidado, permitem à pessoa a gestão das exacerbações, manutenção da independência e qualidade de vida relacionada com a saúde (Booker, 2005). Na pessoa com DPOC estes programas têm um papel preponderante, sendo através dos mesmos que o défice de autocuidado é colmatado e a pessoa potencia a sua capacidade de autocuidado nomeadamente a sua capacidade de autogestão da doença e redução do número de exacerbações.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais envolvidos no cuidar de pessoas com doença crónica. As suas competências únicas nos cuidados de longa duração devem ser reconhecidas pois o facto de na fase aguda da doença eles terem maior tempo de relação de cuidado, isso dá-lhes uma maior experiência com este tipo de

peças. Isto coloca este grupo profissional numa posição privilegiada que lhes permite conhecer as pessoas e cuidadores informais e criar uma relação de empatia e confiança. Para além disso têm uma posição privilegiada no contacto com a equipa multidisciplinar (Booker, 2005; Bentsen, Langerland, & Holm, 2012).

À luz de Orem (2001) a enfermagem ajuda a responder às necessidades de autocuidado utilizando três sistemas de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação). As intervenções de enfermagem são assim as ações do cuidado que são realizadas por meio de um ou mais métodos de ajuda: agir em vez de, ensinar, orientar, dar apoio e proporcionar ambiente adequado. Os objetivos são: reduzir a necessidade de autocuidado a um nível a que a pessoa possa satisfazê-la; fazer com que aumente a capacidade de resposta à necessidade de autocuidado; apoiar o agente de autocuidado dependente e satisfazer diretamente as necessidades de cuidar através da enfermagem.

Assim sendo, o EEER na prestação de cuidados coloca especial ênfase na capacitação da pessoa para o autocuidado, substituindo o “fazer por” pelo “fazer com”, sendo que perante a pessoa com DPOC, com alterações a nível da função respiratória, alterações cognitivas e sociais, à luz do perfil de competências específicas e de acordo com os objetivos preconizados pela GOLD (2014), tem um papel primordial para orientar, treinar, educar ou reeducar. Destaca-se a relevância das suas intervenções na avaliação das necessidades da pessoa, tendo em conta o risco de alteração da funcionalidade cardiorrespiratória e da capacidade funcional para realizar o autocuidado; identificação das necessidades de intervenção; na elaboração de um plano com a pessoa, constituído por objetivos realistas; implementação desse mesmo plano, com especial ênfase na educação para a saúde, relacionada com a cessação tabágica, com a nutrição, exercício, manutenção e exacerbação da doença, envolvendo a família (Wilkins, Stoller, & Kacmarek, 2009).

A progressão da doença é um dado adquirido, esta pode ser atrasada, mas nunca aniquilada, pelo que, o que se pode ir alterando é a atitude da pessoa e a capacidade de adaptação aos progressivos défices de autocuidado, no sentido de que consiga alcançar novamente o autocuidado. O EEER dá instrumentos de suporte à pessoa, no sentido da adaptação e gestão apropriada da doença (Reardon, 2007). Como

membro de uma equipa, ajuda a planear e a executar o plano global, quer seja ele para a melhoria da saúde, quer para a recuperação da doença (Ries, et al., 2007).

Os PR são uma intervenção abrangente e multidisciplinar, baseada na evidência, para pessoas com doença respiratória crónica que estão sintomáticas e com condicionamento nas atividades de autocuidado (Ries, et al., 2007). Do PRR deve fazer parte o treino pelo exercício, educação e intervenção psicossocial e comportamental (DGS, 2009; GOLD, 2014). Um PR completo, pode aumentar a independência e a qualidade de vida da pessoa, diminuir a frequência e o tempo de hospitalização e melhorar a capacidade funcional (Effing, et al., 2009; Ries et al., 2007). De acordo com Reardon (2007) vários estudos demonstram a importância do treino pelo exercício para melhorar a resistência em pessoas com DPOC e melhorar a capacidade de realização do autocuidado. A educação para o autocuidado torna-as mais responsáveis na gestão da doença (Efraimsson, Hillervik, & Ehrenberg, 2008).

Casey, Murphy, Cooney, Mee, & Dowling (2011) descrevem o desenvolvido um PR - Structured education pulmonary rehabilitation programme, para realizar o estudo - Pulmonary Rehabilitation In Nurse-led Community Environments. Este PR era constituído por: apresentação do programa; programa de exercícios; como gerir a medicação; como gerir a dispneia; conhecimento e gestão de sintomas; reconhecimento e gestão de sintomatologia de exacerbação; gestão do stress e ansiedade e perspetivas de futuro. Era desenvolvido ao longo de 8 semanas, tendo demonstrado ser eficaz, pois os participantes tinham mais conhecimentos o que lhes permitia uma auto gestão mais eficaz e capacitava para tomada de decisão informada. Reportavam que eram mais conhecedores das formas de controlo da dispneia, como e quando tomar a medicação, como reconhecer uma infeção respiratória e o que fazer face à mesma. Reconheceram os benefícios do exercício físico. Sentiram uma mudança na relação com os profissionais de saúde, uma maior aproximação que permite uma relação de maior colaboração, sentindo que agora sentiam-se à vontade para realizar questões fundamentadas de como se auto gerirem, e o sentimento de pertença ao grupo motivou a participação e ajudou a focar nos objetivos.

Segundo Shakur (2003) citado por Wang, Sung, Yang, Chiang, & Perng (2012) estudos realizados, demonstraram que o ensino efetuado por enfermeiros a pessoas com DPOC melhorou o seu conhecimento e comportamento de autocuidado. Essa

melhoria pode levar a uma redução de eventos relacionados com a DPOC e hospitalizações. O ensino realizado por enfermeiros é importante para fortalecer as capacidades para o autocuidado, tem como objetivo a manutenção do mesmo sendo que a pessoa é vista como uma parceira de cuidados (Zakrisson & Hagglund, 2012).

Efrainsson, Hillervik, Ehrenberg, (2008) realizaram um estudo em que num grupo experimental de pessoas com DPOC foi instituído um programa de educação para a saúde, orientado por EE, com ênfase no autocuidado. As sessões eram baseadas em diálogo motivacional e ajustadas de acordo com a gravidade da doença, idade, capacidade intelectual e estilo de vida. Incluía vários aspetos nomeadamente anatomofisiologia da doença; avaliação da espirometria e explicitação do seu propósito; otimização da terapêutica farmacológica com revisão da técnica de administração da terapêutica inalatória; ensino da técnica da tosse; promoção da cessação tabágica; gestão das exacerbações; técnicas de relaxamento; benefícios do treino de exercício; aconselhamento nutricional; suporte psicossocial; prevenção das exacerbações e ajuste da terapêutica nas exacerbações.

Foi concluído que um programa estruturado de educação para o autocuidado por parte de EE é necessário para motivar as pessoas com DPOC no sentido da mudança de estilos de vida. Após a realização do programa foi observada redução da tosse, expetoração, dispneia e pieira; maior capacidade de realização de atividades de autocuidado; melhoria dos conhecimentos acerca da doença e capacidade de gestão da mesma, redução do impacto da DPOC na saúde psicossocial; melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde e parte das pessoas do grupo experimental deixou de fumar (Efrainsson, Hillervik, & Ehrenberg, 2008).

Os benefícios dos PR são sentidos imediatamente após a realização do programa, contudo Moullec & Ninot (2010) concluíram que os mesmos podem perdurar no tempo se existir um programa de manutenção. Desta forma percebe-se, tal como foi referido, que são várias as atividades que podem ser desenvolvidas pelo EEER, contudo, o desenvolvimento de PRR estruturados é primordial para que o agente de autocuidado se torne a pessoa com DPOC.

2. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O exercício profissional da enfermagem baseia-se na relação entre o enfermeiro e uma pessoa ou grupo a quem se presta cuidados. Ambos têm um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto da sua experiência. Nesta relação terapêutica que se estabelece, o enfermeiro vai distinguir-se pela sua postura profissional, fruto da sua formação e experiência na prática de enfermagem, que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa alvo dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

No decorrer do percurso profissional foram sempre tidas em conta as orientações dadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Padrões de Qualidade e outros documentos orientadores da prática de enfermagem. Contudo, foi sentida a necessidade de ir mais além, tornar o cuidar mais especializado. Tal como é referido no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), este destaca-se do enfermeiro de cuidados gerais pois:

é o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a, p. 2).

A reabilitação sempre suscitou uma curiosidade, uma vontade de perceber como se pode fazer algo mais na prestação de cuidados, como identificar eficazmente as limitações da pessoa e com ela colmatar as mesmas, dar um novo sentido enquanto EEER. Esta não se pode limitar à execução de técnicas de forma exímia, vai mais além, tal como Hesbeen (2003, p. 35) refere “aquilo que distingue a ação dos reabilitadores não é tanto a sofisticação técnica mas sim o espírito que anima todo o processo de reabilitação”. Este espírito da reabilitação refere-se a uma característica que cada profissional deve ter, de forma a mudar a sua visão dos factos, ajustar para ver/analisar melhor tendo como objetivo agir adequadamente perante a pessoa e a

situação que surge, tendo um interesse autêntico pela pessoa, não apenas pela situação de incapacidade em que ela se encontre (Hesbeen, 2003).

O Regulamento das Competências Específicas do EEER diz-nos que:

o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenções secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010b, p. 1).

Assim sendo, o EEER tem como competências específicas cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade, não esquecendo o espírito da reabilitação, que lhe vai permitir ver a pessoa não como alguém que tem ou desenvolveu uma incapacidade ou limitação, mas sim como um todo.

Com base na temática escolhida e tendo em conta as competências específicas do EEER delineadas pela OE, foram definidos como objetivos gerais do projeto de formação os já descritos na página 11.

Para que as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER definidas pela OE (2010) fossem atingidas, foi necessário definir objetivos específicos, delinear as atividades a desenvolver, as quais implicavam recursos específicos e identificar os critérios de avaliação.

Foi realizado estágio em diferentes unidades (Apêndice 3) no sentido de se perceber a abrangência das atividades que o EEER pode realizar e desenvolver, e assim atingir as competências comuns do EE e as específicas do EEER. A fundamentação da escolha dos locais para realização do estágio encontram-se no Apêndice 2.

Ao longo deste capítulo vão ser descritas todas as atividades realizadas, sendo estas pautadas pelas competências comuns e específicas definidas pela OE, tendo sido definidos objetivos específicos para cada uma delas. Esta descrição é acompanhada da reflexão com base no conhecimento obtido aquando do diagnóstico de situação,

nas experiências vividas ao longo do estágio e nas competências que foram sendo desenvolvidas enquanto futura EEER durante a prestação de cuidados.

Uma vez que é propósito deste processo de desenvolvimento profissional o desenvolvimento das competências comuns do EE e as competências específicas do EEER definidas pela OE (2010a, b), estas foram agrupadas e definidos os objetivos específicos de acordo com cada grupo de competências.

Indo de encontro às competências definidas, aos objetivos específicos delineados e acompanhado de uma análise reflexiva sustentada na literatura consultada, vão ser descritas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio de acordo com cada grupo de competências e objetivos específicos.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- A2. Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010a, p. 3).

Foi associada a seguinte competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

- J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010b, p. 2).

Inserido neste grupo de competências foram definidos como objetivos específicos:

- Desenvolver uma prática profissional baseada nos princípios éticos no campo de intervenção da Enfermagem de Reabilitação (ER);
- Desenvolver competências que permitam: avaliar a funcionalidade; identificar as necessidades em ER e definir estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família da pessoa com DPOC, ou alteração sensório motora;
- Desenvolver a capacidade de identificação de necessidades de intervenção do EEER no âmbito do autocuidado da pessoa com DPOC, ou alteração sensório motora;

- Conceber, implementar e avaliar planos e PR que promovam o autocuidado da pessoa com DPOC, ou alteração sensório motora em contexto hospitalar.

A responsabilidade profissional, ética e legal está preconizada no estatuto da OE (2012), sendo que no capítulo VI da deontologia profissional é referido que os membros estão obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (OE, 2012, p. 72). Posto isto, antes de se desenvolver alguma atividade, foi consultada bibliografia para o efeito, de forma a fundamentar toda e qualquer prática e assim poder discutir o que poderia vir a ser feito com as orientadoras clínicas de cada local de estágio. Antes ainda, foi realizado um projeto de desenvolvimento que foi discutido com a docente orientadora.

Tal como refere Graham-Eason “a ética da enfermagem é um processo de reflexão sobre as ações de enfermagem, com o fim de determinar a sua responsabilidade profissional e moral” (Hoeman, 2000, p. 37). Para que todos os princípios éticos fossem escrupulosamente cumpridos, em todas as colheitas de dados realizadas junto da pessoa/família e do seu processo clínico, todas as discussões com a equipa multidisciplinar, nas notas pessoais e nos trabalhos desenvolvidos, foi mantido o sigilo e anonimato dos envolventes. Cumpriu-se assim o artigo 85º do código deontológico do enfermeiro referente ao dever do sigilo em que se refere que o enfermeiro assume o dever de “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (OE, 2012, p. 78). A ética da ER é constituída pelos julgamentos sobre decisões e ações decorrentes, com base nas regras de conduta ou preceitos da prática da mesma. Esta prática inclui o relacionamento do enfermeiro com a pessoa/família e sociedade (Hoeman, 2000).

No sentido de alcançar todos os objetivos específicos incluídos neste conjunto de competências, foi importante rever o projeto de aprendizagem que tinha sido elaborado e discutir o mesmo com as orientadoras clínicas em cada um dos locais de estágio. Isto permitiu não só recapitular os objetivos específicos definidos, mas também organizar no sentido do desenvolvimento de competências de EEER em cada local de estágio.

Para além do trabalho desenvolvido com as orientadoras clínicas, para que os objetivos específicos fossem atingidos, para “cuidar de pessoas com necessidades especiais”, foi também importante a integração nas equipas multidisciplinares. O processo de reabilitação tem como atores não só a pessoa e seus familiares, mas também um conjunto de profissionais que, em equipa delineiam o plano de reabilitação, tendo cada um de desenvolver os seus objetivos específicos, de acordo com a sua área de atuação. Tal como nos refere Hesbeen (2003, p. 63) “a multiplicidade da equipa de reabilitação é vital, porque oferece ao doente um ambiente humano diversificado, essencial à vida”.

Antes de conceber e implementar um plano de reabilitação no sentido de “desenvolver competências que permitam definir estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família”, é necessário identificar quais as necessidades de intervenção. Os enfermeiros estão numa posição privilegiada relativamente aos restantes membros da equipa multidisciplinar, uma vez que têm maior tempo de contacto com a pessoa, o que lhes permite um conhecimento mais aprofundado e o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança não só com a pessoa mas também com os cuidadores informais (Booker, 2005). Esta relação de empatia é iniciada no momento em que o enfermeiro se senta junto da pessoa para realizar a colheita de dados. Esta colheita de dados já era realizada no dia-a-dia como enfermeira generalista, contudo, foi necessário ter um novo olhar, criar uma nova perspetiva, uma visão mais abrangente da pessoa, do seu défice de autocuidado, de forma a ser estabelecido um PR.

Foram realizadas colheitas de dados enquanto estudante de especialidade em ER, tendo como orientação as folhas de registo (Anexo 1) já existentes nos locais de estágio e os pressupostos teóricos de Orem (2001), nomeadamente a avaliação dos requisitos de autocuidado: universais (manutenção de inspiração de ar suficiente; manutenção de ingestão suficiente de água; manutenção de ingestão suficiente de alimentos; promoção dos cuidados associados com a eliminação; a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso; a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; a prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano e a promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial

humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal), de desenvolvimento e de desvio de saúde.

A avaliação inicial pressupõe a realização de uma história clínica completa e sistemática, sob a forma de entrevista, sendo a mesma colmatada com a informação obtida no processo da pessoa e junto da família. A história fornece dados importantes que geralmente têm um impacto direto na atual condição e problemas da pessoa. Foram então realizadas avaliações iniciais a todas pessoas alvo dos cuidados, que incluíam a informação biográfica, história da doença atual e pregressa, terapêutica habitual, hábitos e estilos de vida, história familiar e social nomeadamente no que se refere ao apoio familiar, qual o(s) cuidador(es) informal, recursos da comunidade que tem disponíveis e utiliza e situação laboral (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na pessoa com patologia do foro respiratório, nomeadamente DPOC, para ter mais subsídios para o planeamento das intervenções, foi desenvolvida a história da doença atual no que se refere à saúde respiratória. Foram então incorporadas na avaliação inicial questões relativamente à tosse, características da expectoração, avaliação da dispneia e toracalgia. Para além da avaliação subjetiva, foram também realizados exames objetivos em que se realizou inspeção da pele, no sentido de identificar eventual cianose (para verificar o grau de oxigenação da pele); pesquisa de hipocratismo digital; avaliação do tórax de forma sistematizada e simétrica; avaliação do tipo de padrão respiratório (frequência respiratória; ritmo respiratório; padrão respiratório; amplitude e simetria); palpação e auscultação pulmonar. Para complementar foram consultados os exames complementares de diagnóstico realizados, nomeadamente radiografia ao tórax; gasimetria arterial; TAC tórax; análises laboratoriais e provas de função respiratória, nomeadamente espirometria (Cordeiro & Menoita, 2012).

Sendo a dispneia algo subjetivo, requer que a pessoa a descreva no sentido de se avaliar o grau de dispneia. Foi utilizada a Modified Medical Research Council Questionnaire (mMRC) (Anexo 2), escala de avaliação da dispneia recomendada pela GOLD (2014) que avalia a incapacidade relacionada com a dispneia. Esta é uma medida simples do grau de dispneia, que possibilita avaliar a sintomatologia atual e prever como esta pode influenciar a capacidade de desempenho do autocuidado. Uma

vez que a avaliação do desempenho do autocuidado é complexa e difícil de padronizar, foi utilizada a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (Anexo 3) recomendada pela DGS (2009) como complemento. Esta avaliação baseia-se no que a pessoa reporta e na forma como descreve o seu desempenho diário na realização das AVD, percebendo-se assim de que forma a dispneia influencia a capacidade de desempenho do autocuidado e planejar intervenções de EEER ajustadas a cada pessoa.

Um aspeto comum a várias pessoas com DPOC era a manutenção dos hábitos tabágicos. A pessoa com DPOC habitualmente em algum momento da sua vida foi fumador, sendo de esperar que com o diagnóstico da doença esta deixasse de fumar, o que muitas vezes não se verifica. Muitos fumadores, apesar de terem vontade de o fazer, não o conseguem fazer, pelo que é necessário reforçar a necessidade de o fazer e disponibilizar acompanhamento adequado e eficaz (Heale & Griffin, 2009). Segundo a DGS (2007), fumar não deixa de ser um comportamento que condiciona diversos fatores: fisiológicos, de dependência à nicotina, psicológicos de condicionamento de comportamento, fatores cognitivos e sociais de acessibilidade, disponibilidade, publicidade e marketing. No decorrer da realização do estágio, foram vários os fumadores ativos, pelo que na avaliação inicial foi incluído o teste de Fagerstrom (Anexo 4) para avaliar o grau de dependência de nicotina, e o teste de Richmond (Anexo 5) para avaliar a motivação para deixar de fumar. Estes testes foram realizados com o intuito de avaliar o quanto a pessoa estava dependente e até que ponto estava motivada para deixar de fumar. Uma vez que estavam numa fase de exacerbação da doença e possivelmente com receio do agravamento da mesma, no geral as pessoas estavam motivadas para deixar de fumar, pelo que foram encaminhadas para a consulta de desabitação tabágica. Nos casos em que não estavam motivados para o fazer, foi explicada a dinâmica e objetivos da consulta, ficando ao seu critério o recurso ou não à mesma.

Na pessoa com patologia do foro neurológico, nomeadamente Acidente Vascular Cerebral (AVC), da avaliação inicial fez parte o exame neurológico que incluiu o estado mental (consciência; orientação; atenção; memória; capacidade prática; presença de neglect e linguagem), avaliação dos 12 pares cranianos, motricidade (força muscular;

tónus muscular e coordenação motora), sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

Por sua vez na pessoa com Traumatismo Vertebral Medular (TVM), no sentido de se realizar a classificação neurológica da lesão, recorreu-se ao formulário de Avaliação Sensorial e Motora da ASIA (American Spinal Injury Association) (Anexo 6). A avaliação motora tem como objetivo a determinação do grau de movimento que a pessoa tem, contudo, é insuficiente a constatação de presença ou ausência de movimento nas extremidades, este deve ser quantificado relativamente ao grau de força muscular. Para complementar a avaliação foi utilizada a escala de força muscular de Lower (Anexo 7). A espasticidade é um fenómeno que comumente afeta a pessoa com TVM, que pode ter um nível que não interfira ou tenha um efeito quer benéfico quer prejudicial na realização das AVD, dependendo do seu grau. Assim, para a avaliação da mesma foi realizada também a avaliação da escala de Ashworth (Anexo 8) (OE, 2009).

Todas estas atividades foram desenvolvidas no sentido de dar resposta aos objetivos específicos delineados para desenvolver as anteriormente referidas competências comuns de EE e específicas de EEER. Assim, foram colhidos dados de forma sistemática de acordo com os pressupostos teóricos de Orem, foram identificados os recursos existentes nos serviços, recursos existentes na família e comunidade, discutidos os casos com as orientadoras clínicas e partilhado com a equipa multidisciplinar. No sentido de reunir competências para identificar necessidades de intervenção de ER, foi determinante a elaboração dos processos de enfermagem, incluindo os respetivos planos de cuidados (Apêndice 4). Esta avaliação inicial completa, pormenorizada e individual vai de encontro ao desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Posto isto, foi possível elaborar e implementar programas de reabilitação de acordo com as necessidades e potencial de cada pessoa, sendo que era tido em conta não só o potencial de reabilitação da pessoa mas também os seus objetivos pessoais e motivações, tendo também em conta os seus hábitos de vida, crenças e aspetos culturais particulares. Vai-se assim de encontro a mais um grupo de competências comuns e específicas do EEER.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade:

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010a, p. 3)

Foi associada a seguinte competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2010b, p. 2).

Neste grupo de competências foram definidos como objetivos específicos:

- Compreender o papel do EEER na melhoria da qualidade dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar, e na sua articulação com a pessoa e/ou família/cuidador, outros elementos da equipa e os outros serviços;
- Desenvolver competências que permitam avaliar a pessoa com DPOC ou alteração sensório motora, de modo a maximizar o seu potencial e minimizar as limitações da atividade e restrição da participação, tendo como suporte a evidência científica;
- Implementar programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações na mobilidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Após a identificação das necessidades no âmbito da ER, é necessário definir diagnósticos, objetivos e intervenções adequados a cada situação, para alcançar a autonomia no autocuidado. A evolução da pessoa alvo dos cuidados é avaliada e, caso necessário, as intervenções são redefinidas de acordo com a evolução da situação dando continuidade ao PR instituído. Na pessoa com DPOC são vários os requisitos universais de autocuidado que habitualmente requerem a intervenção do EEER através de um dos sistemas de enfermagem. Os múltiplos requisitos permitem-nos ter uma visão global, demonstrando a unicidade da pessoa, de forma a identificar todas as necessidades de intervenção e assim criar objetivos no sentido da máxima autonomia, ou seja, a recuperação do autocuidado. Tal como nos refere Hoeman (2000), a chave da utilização da teoria do autocuidado na ER está numa avaliação

critérioria de cada requisito de autocuidado (universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde).

As necessidades terapêuticas de autocuidado é um constructo conceptual dirigido para as operações, sequências de ação necessárias para ir de encontro não só de um requisito particular e formalizado de autocuidado de uma pessoa mas a todos os requisitos que têm de ser cumpridos por ou para uma pessoa durante um período específico de tempo. A soma de ações ou medidas de cuidado para atingir resultados excelentes é a necessidade de autocuidado. Nesta linha de pensamento o autocuidado é a resposta prática a uma necessidade vivida, de forma a satisfazê-la, ou seja, este não é um comportamento causal, mas sim um comportamento que é deliberadamente interiorizado pela pessoa que possui vontade própria (Orem, 2001).

A atividade de autocuidado é o poder e a capacidade de se envolver no autocuidado. Para que um comportamento seja considerado autocuidado, deve estar envolvido no comportamento para dar resposta a um requisito de autocuidado. Mediante os défices de autocuidado identificados, a intervenção de enfermagem pode passar por 3 sistemas de enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio/educação (Orem, 2001). Os sistemas podem ser aplicados em simultâneo à mesma pessoa, pois esta pode ser dependente em determinados requisitos de autocuidado, mas autónoma nos restantes. O objetivo é que esta seja capaz de iniciar e desempenhar por si todas as atividades de autocuidado, de modo a “maximizar o seu potencial e minimizar as limitações da atividade e restrição da participação”, capacitando para a reinserção e exercício da cidadania.

Na pessoa com DPOC, dentro dos requisitos universais de autocuidado, foi verificado que o mais comumente em défice é a manutenção de inspiração de ar suficiente que se manifesta por sensação de dispneia e intolerância ao esforço. Tal como nos refere Booker (2005) as crises de dispneia podem ser assustadoras, o que vai levar a uma bola de neve de acontecimentos que colmatam num progressivo défice de realização do autocuidado. Ao ter as crises de exacerbação de dispneia, a pessoa vai limitar os acontecimentos que as despoletam, surgindo o evitamento do exercício físico que por sua vez leva a progressiva inatividade. A RR inverte esta espiral otimizando a performance física, social e a autonomia (Booker, 2005). A intervenção

do EEER torna-se crucial na quebra desta cadeia de acontecimentos ao intervir no sentido da recuperação do autocuidado. Tal como é referido num estudo realizado por Chen, Chen, Lee, Cho, & Weng (2008) este deve adotar um papel ativo de suporte e ajuda à pessoa no sentido de se adaptar às mudanças fisiológicas e psicossociais que a doença implica e assim maximizar os comportamentos de auto gestão da mesma.

Na pessoa com patologia obstrutiva verificou-se a existência da característica sensação de dificuldade respiratória e diminuição do tempo expiratório, relacionada com a limitação ao fluxo expiratório, pelo que o objetivo principal é aumentar o volume expiratório e, conseqüentemente diminuir o trabalho respiratório. A RR vai contribuir para prevenir e tratar a obstrução do fluxo aéreo, dificuldade em eliminar a expetoração, alterações na função ventilatória, dispneia e capacidade de realização de exercício (Cordeiro & Menoita, 2012). Assim, foram executadas técnicas de Reeducação Funcional Respiratória, contribuindo para aumentar a capacidade funcional dos indivíduos. Em ambiente calmo, foi realizado ensino de posição de descanso e relaxamento; ensino e supervisão de: controlo e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. Efetuados exercícios de readaptação respiratória localizados e globais, de tipo abdomino-diafragmático (global e porção posterior e anterior com resistência, hemicúpula direita e esquerda) e costal (global com bastão, seletiva esquerda e direita com abertura costal). A readaptação abdomino-diafragmática foi realizada, consoante a tolerância das pessoas, com resistência de 0,5kg; 1kg; 1,5kg e 2kg. Uma vez que estava perante pessoas com patologia do foro obstrutivo, foi explicada a importância de dar ênfase à fase expiratória (6 segundos) em relação à fase inspiratória (3 segundos). Realizada também correção postural em espelho quadriculado e ensino de posições de alívio da dispneia.

De todos os sintomas a dispneia é o que causa maior incapacidade e ansiedade, por sua vez a tosse é frequentemente o primeiro sintoma que surge e é muitas vezes associada ao tabaco e poluição, sendo por isso desvalorizado (GOLD, 2014). A tosse desempenha um papel primordial como mecanismo de limpeza das vias aéreas, e mais ainda na pessoa com DPOC, que tem como característica a hipersecreção brônquica. Numa fase de agudização a tosse é muitas vezes ineficaz devido à não realização da técnica correta, e por vezes também devido a questões culturais

relacionadas com a eliminação de expetoração. A promoção da tosse eficaz é um componente essencial num PR com o objetivo de reduzir a progressão da doença respiratória, otimizar os mecanismos de clearance mucociliar e facilitar a eliminação da expetoração (Cordeiro & Menoita, 2012).

São várias as técnicas que podem ser utilizadas, tendo em conta que o mecanismo de limpeza das vias aéreas pode ser dividido em duas fases, a primeira fase consiste na progressão das secreções desde os brônquios distais até aos proximais e traqueia e na segunda fase ocorre a expulsão das secreções para o exterior. A primeira fase consiste em movimentos respiratórios profundos, com ênfase no tempo expiratório podendo associar-se, desde que não haja contraindicações, manobras de percussão, vibração e compressão, pode ainda ser realizada drenagem postural clássica ou modificada, de acordo com as particularidades de cada pessoa (Canteiro & Heitor, 2003). Assim sendo e de acordo com a avaliação inicial realizada a cada pessoa e após discussão com as orientadoras clínicas, foi realizada de acordo com o que era adequado a cada situação, drenagem postural clássica e modificada, manobras acessórias, nomeadamente percussão, vibração e compressão e recurso a faixa elástica.

Nos serviços onde foi realizado o estágio estavam também disponíveis dispositivos de ajuda nomeadamente o Flutter e Acapella. O Flutter é um dispositivo que fornece uma Pressão Expiratória Positiva oscilatória, eficaz no desprendimento de secreções profundas e aderentes. Ao realizar a vibração das vias aéreas durante a fase expiratória, promove o aumento do fluxo expiratório que facilita o descolamento e a progressão das secreções. O dispositivo Acapella tem a mesma forma de ação do Flutter, com a particularidade de poder ser usado tanto na posição de sentado, de pé, ou até deitado (Cordeiro & Menoita, 2012). A segunda fase dos métodos de limpeza das vias aéreas está relacionada com o reflexo da tosse. Tal como já foi referido, a tosse desempenha um papel primordial pelo que foi efetuado ensino acerca das técnicas de tosse nomeadamente a tosse dirigida, tosse assistida e o huffing (tosse dirigida modificada).

Com a progressão da doença a fim de controlar a sensação de dispneia, as pessoas ajustam os seus hábitos de vida ou evitam certas atividades verificando-se uma

diminuição progressiva da tolerância à atividade. De acordo com Pitta, et al. (2005) as pessoas com DPOC passam mais tempo sentadas e deitadas, do que de pé ou a andar. Assim, de forma a melhorar a tolerância ao esforço e permitir o controlo da dispneia, foram delineadas intervenções de ER, nomeadamente a reeducação no esforço (treino da marcha, de escadas e pedaleira), treino de técnicas de conservação de energia e o treino das AVD, sublinhando o controlo da respiração no esforço, a utilização da respiração abdomino diafragmática e a expiração com lábios semicerrados durante a realização das mesmas. As técnicas de conservação de energia prendem-se com a realização das atividades de autocuidado que se relacionam com o tomar banho, vestir/despir, arranjar-se, confeccionar as refeições, tratar da roupa, etc..

No decurso da realização do estágio, foi possível contactar com pessoas com DPOC que realizavam periodicamente um PR em ambulatório, e pessoas que não tinham instituído nenhum programa periódico. Foi interessante verificar a diferença existente no que se refere à adaptação à progressão da doença e forma de lidar com a mesma. Aqueles que não realizavam nenhum programa periódico apresentavam maior dificuldade em interiorizar os benefícios de um PR e conseqüentemente em estar motivados para a realização do mesmo. Verificou-se com a aplicação da LCADL que as pessoas restringiam o desempenho das AVD e conseqüentemente do autocuidado por receio de despoletar uma crise de dispneia. Num estudo retrospectivo realizado por Areias, et al. (2012), em que se avaliou a capacidade funcional e o estado de saúde 2 anos após o término de um PRR, as pessoas referiam ter adotado um estilo de vida fisicamente ativo. Um estilo de vida fisicamente ativo parece contribuir para manter os benefícios do PR.

Segundo a GOLD (2014) as pessoas com DPOC beneficiam com programas de treino de exercício, melhorando quer a tolerância ao exercício quer os sintomas de dispneia e fadiga, o que leva à alteração da espiral de descondicionamento, prevenindo a dependência na realização do autocuidado. Num dos locais de estágio foi possível a realização de um Protocolo de Fortalecimento Muscular (Anexo 9), destinado maioritariamente a pessoas com DPOC e um protocolo de Treino de Alta Intensidade em Bicicleta (TAIB) (Anexo 10) destinado maioritariamente a pessoas que aguardam a realização de transplante pulmonar, com DPOC ou doença do interstício.

O treino de exercícios dos membros superiores é utilizado frequentemente, uma vez que a maioria das atividades cotidianas dependem do uso dos mesmos. Para a pessoa com DPOC, estes exercícios são de extrema importância ao permitirem aumentar a capacidade de força muscular, na medida em que possibilitam melhorar o desempenho em algumas AVD, além de ajudarem na redução da sensação de dispneia, uma vez que utilizam predominantemente a respiração costal superior, em que alguns músculos dos membros superiores atuam como músculos acessórios da respiração (Fernandes, 2009).

Quanto aos exercícios dos membros inferiores, foi descrito por Rudkin (2005) que são mais fáceis de avaliar e que produziram avanços no rendimento funcional nos programas estudados. Mesmo sem equipamento ou local específico para a reabilitação, o treino com exercícios isolados é eficaz na melhoria da capacidade de exercício e da qualidade de vida, pois os progressos no treino permitem aumentar a atividade funcional da vida diária. Uma revisão sistemática realizada por Ries et al. (2007) concluiu que os estudos indicam que o treino de exercício é um dos componentes importantes a incorporar num PR, uma vez que está associado à redução da sensação de dispneia. Os programas de reabilitação com uma duração de pelo menos 8 semanas de treino de exercício têm demonstrado melhorar a capacidade de exercício, o estado de saúde, a dispneia e reduzir a utilização de cuidados de saúde (Areias, et al., 2012).

Outros requisitos universais de autocuidado que se verificou estarem em défice nas pessoas com DPOC relacionam-se com a manutenção de ingestão suficiente de água e manutenção de ingestão suficiente de alimentos. Nas pessoas em que se verificou este défice foi realizado ensino acerca da importância da ingestão hídrica e dieta adequada. Tal como refere Booker (2005), a desnutrição é um problema habitualmente na fase avançada da doença uma vez que a dispneia leva a que o ato de comer seja dificultado. Sendo este ato, potenciador de uma exacerbação da dispneia, a pessoa tendencialmente reduz o número de refeições e quantidade de alimentos ingeridos. A pessoa deve ser ensinada a comer refeições pequenas e frequentes no sentido de colmatar as necessidades energéticas. Um caso particularmente desafiante foi o de uma pessoa com DPOC já numa fase avançada

da doença e muito emagrecido, internado no serviço de pneumologia. As refeições eram fator de ansiedade quer para ele quer para a cuidadora, pois o primeiro apesar de ter vontade de comer, segundo o mesmo, este perdia a vontade sempre que o tentava fazer devido à dispneia despoletada, por sua vez, a cuidadora não compreendia e achava que aquilo era apenas revolta com a doença solicitando a prescrição de estimulantes do apetite. No decurso do internamento, foi contactada a nutricionista, foi ajustada a dieta e realizado ensino à pessoa e à cuidadora. Foi interessante assistir à progressiva diminuição da ansiedade nos momentos das refeições e a forma como as estratégias ensinadas foram postas em prática com resultados positivos.

A educação é um componente importante de um PR, sendo que a atuação do EEER não se restringe à realização de técnicas, estas são apenas uma parte de todo o programa. Segundo a DGS (2009, p. 6) e indo de encontro com os objetivos e competências delineados, a educação tem como objetivos:

- capacitar o doente para lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações;
- promover uma modificação do comportamento e estilo de vida ajustado à doença;
- tornar o doente o mais possível autónomo no auto-controlo da doença e no recurso aos serviços de saúde;
- conhecer a intervenção adequada a cada momento.

Segundo a GOLD (2014) os aspetos mais apropriados a incluir numa sessão de educação são: cessação tabágica; fisiopatologia da doença; plano terapêutico; aspetos específicos da terapêutica farmacológica; capacidades de auto gestão; estratégias para minimizar a dispneia; quando procurar ajuda; gestão das exacerbações e aspetos da fase final da doença. Um estudo experimental realizado por Efraimsson, Hillervik, & Ehrenberg (2008) concluiu que o ensino para o autocuidado dá responsabilidade à pessoa no sentido de ser capaz e gerir a sua doença de forma autónoma. No decorrer da realização do estágio e maioritariamente no serviço de Pneumologia, foi verificado que apesar de já ter sido recomendada a cessação tabágica em situações anteriores em que recorreram aos cuidados de saúde, muitas pessoas ainda mantinham hábitos tabágicos. A mudança comportamental da pessoa fumadora é um processo complexo, pelo que a

intervenção dos profissionais de saúde pode ser breve, assentando em abordar hábitos, aconselhar a parar de fumar, avaliar motivação, ajudar na tentativa e acompanhar (Chan, Sarna, Wong, & Lam, 2007). No decurso do estágio foram abordados várias pessoas no sentido de incentivar à cessação tabágica, tendo sido avaliada a sua motivação e orientadas para consulta específica. Foi possível assistir a algumas consultas de desabituação tabágica permitindo compreender a forma como esta era desenvolvida e as estratégias utilizadas para a cessação tabágica. Desta forma, a referenciação dos fumadores para a consulta foi realizada de forma mais segura, uma vez que lhes era explicado para além dos objetivos da consulta, a forma como esta é realizada.

De forma a elaborar um PR completo, identificando as necessidades de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, foram efetuados diagnósticos de enfermagem de acordo com todos os requisitos de autocuidado que apresentavam défice. No Apêndice 4 encontram-se PR realizados.

No sentido de desenvolver também as competências comuns de EE, e motivada pelo interesse na aprendizagem sempre baseada em evidência científica, a melhoria dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar foi também uma preocupação, tentando perceber qual o papel do EE no desenvolvimento da mesma. Foi interessante perceber como o EEER sendo membro da equipa de enfermagem, motiva a mesma para a melhoria contínua dos cuidados com realização de formação em serviço, explicitação de quais as necessidades de cuidados de enfermagem específicos para cada pessoa, etc.. Para além disso, na equipa multidisciplinar contribui na sua área de atuação nomeadamente com a realização de PR em que sempre necessário envolve profissionais de outras áreas nomeadamente a nutricionista, assistente social, etc.. A pesquisa bibliográfica e em motores de busca científicos foi uma importante ajuda, contudo, a mesma seria em vão caso não fosse confrontada com a realidade e com a experiência e orientação das orientadoras clínicas. Todo e qualquer conhecimento tem de ser ajustado à prática, e se queremos melhorar a qualidade dos cuidados não basta ter conhecimento, é necessário ajustá-lo à realidade de cada serviço e gerir de acordo com a experiência já existente.

Para além da pesquisa da evidência científica, os projetos e protocolos existentes em cada serviço visam também uma melhoria dos cuidados prestados, sendo que foi possível conhecer os projetos e protocolos de cada serviço, e participar no desenvolvimento dos mesmos.

No Serviço de Pneumologia estava em vigor um projeto no âmbito da comissão de controlo de infeção acerca da implementação dos 5 passos na higienização das mãos e um projeto que se prendia com a avaliação, registo e monitorização da dor como 5º sinal vital. Percebeu-se o porquê da necessidade de desenvolvimento dos mesmos e foi dada continuidade realizando o que era solicitado em cada um.

Na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória estava a ser desenvolvida a consulta de transição da pediatria para a unidade, na pessoa portadora de Fibrose Quística, tendo sido particularmente interessante perceber qual a dinâmica que estava a ser desenvolvida e o papel do EE neste processo de transição. Prestar cuidados no âmbito do EEER a pessoas na fase de transição adolescência/juventude requer alguma preparação e treino, especialmente quando se trata de uma doença crónica que condiciona toda uma vida.

No Departamento de Reeducação Funcional Respiratória foi possível participar nos protocolos instituídos, sendo particularmente interessante esta participação pois ia de encontro aos objetivos de desenvolvimento da aprendizagem definidos. Está então instituído um PRR; um Protocolo de Fortalecimento Muscular e TAIB.

No PRR, antes de se iniciar, a pessoa é observada em consulta médica, precedida por consulta de enfermagem, na qual é realizada a avaliação da mesma através da história clínica, exame físico e revisão dos exames complementares de diagnóstico (provas de função respiratória). Deste modo, é adequado pela médica o tratamento (nº de sessões a realizar, tipo de exercícios de RR e despiste de intercorrências). De seguida é orientada para a equipa de enfermagem que coloca em prática o tratamento prescrito, sendo que sempre que necessário e de acordo com as particularidades de cada situação ajusta o mesmo e/ou recorre aos restantes elementos da equipa multidisciplinar para darem apoio. A maioria das pessoas tem como diagnóstico DPOC, Bronquiectasias e Asma. Os principais objetivos eram manter e melhorar a

ventilação alveolar, corrigindo assinergias ventilatórias assim como a eliminação de secreções. Foi possível realizar programas de reabilitação também a pessoas com derrame pleural, pneumotórax, pneumectomia, lobectomia e patologia restritiva.

O PRR pode funcionar do seguinte modo: 20 sessões, com termino imediato; 15 sessões, de seis em seis meses ou 10 sessões, de quatro em quatro meses. Desta forma garante-se que cada pessoa realize ao final de um ano uma média de 30 sessões. No início de cada sessão, é realizada uma abordagem geral de forma a avaliar a situação da pessoa desde os ciclos respiratórios, tipo de respiração, presença de alterações no tórax, tosse, expetoração e saturações periféricas. As pessoas com necessidade de aporte adicional de oxigénio, têm já estipulado pela médica o aporte adicional necessário durante o programa. As intervenções realizadas são: técnica de relaxamento; dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdomino-diafragmática (posterior e anterior, com resistência; hemicúpula direita e esquerda); reeducação costal (superior; inferior bilateral; posterior; global com bastão; seletiva com abdução do membro superior); correção postural no espelho quadriculado. É ainda adequada a necessidade de drenagem postural clássica ou modificada, manobras acessórias, recurso a faixa e técnicas de tosse nomeadamente tosse dirigida, tosse assistida e huffing. São também realizados e validados ensinamentos acerca das técnicas de conservação de energia, alimentação e hidratação.

Tal como foi referido anteriormente, uma revisão sistemática de literatura realizada por Ries et al. (2007) corrobora com a realização de um programa deste tipo. Estes concluíram que um programa de 6 a 12 semanas produz benefícios que são sentidos até 12 a 18 semanas após o término do programa incluindo a redução da sensação de dispneia e melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde. Verificaram também que a educação para a saúde é um componente essencial do PR devendo incluir aspetos como a gestão da doença, prevenção e tratamento de exacerbações.

O Protocolo de Fortalecimento Muscular (Anexo 9) destina-se maioritariamente a pessoas com DPOC. Estas são avaliadas em consulta médica, sendo posteriormente admitidas no ginásio com indicação da periodicidade da realização do protocolo. O protocolo é constituído por 20 sessões, habitualmente 3 vezes por semana e periodicidade bianual. São realizados os seguintes procedimentos: avaliação de sinais

vitais; reeducação abdomino-diafragmática (10 minutos); reeducação costal inferior (10 minutos); fortalecimento muscular com halteres na marquês e no banco; correção postural em frente ao espelho quadriculado; exercícios de abertura costal e mobilização da articulação escapulo-umeral; treino nas máquinas (dorsais, bicicleta, quadricípites); terminando com a avaliação de sinais vitais. Em caso de pessoas a realizar a primeira vez o protocolo, este é antecedido normalmente de uma semana de exercícios de reeducação respiratória, iniciando-se na segunda semana o treino de fortalecimento muscular. Os pesos aplicados são inicialmente sem carga, aumentando até 2kg de acordo com a tolerância da pessoa. O número de repetições é entre 12 a 15. A carga nas máquinas também é aumentada progressivamente, sendo realizado um ciclo de 10 ou 15 minutos em cada uma.

Este programa visa trabalhar os músculos peitorais; dorsal; bicípites; tricípites; deltoide e quadricípites. Vai permitir à pessoa melhorar a capacidade e aumentar a tolerância ao esforço; diminuir a sensação de dispneia; diminuir a fadiga; fortalecer os músculos melhorando assim a capacidade para realizar as AVD.

Tendo em conta o seguimento das pessoas com DPOC, especificamente pela oportunidade que têm em realizar este protocolo em regime de ambulatório, existe, segundo dados fornecidos pelos EEER, uma diminuição do número de internamentos, do número de recorrência aos serviços de saúde no contexto de infeções respiratórias, menos casos de agudização por doença respiratória crónica, resultando em diminuição dos custos em saúde. O estudo de Eaton, et al. (2009) corrobora essas afirmações, na medida em que afirmam existir cada vez mais evidência de que a RR precoce, e mantida posteriormente em ambulatório, reduz a agudização da doença e consequentemente a recorrência aos serviços de saúde. Romagnoli, et al. (2006), ao estudarem os ganhos fisiológicos de programas de RR, mostram igualmente que repetidas intervenções dos mesmos provocam maiores ganhos fisiológicos, nomeadamente dos sintomas e na qualidade de vida, assim como reduzem as recorrências hospitalares.

O TAIB (Anexo 10) destina-se maioritariamente a pessoas que aguardam a realização de transplante pulmonar, com DPOC ou doença do interstício. Previamente a pessoa é encaminhada para a consulta médica com o objetivo de realizar exames

complementares de diagnóstico e é admitida no Departamento de Reeducação Funcional Respiratória para integrar o TAIB. Existem algumas limitações no acesso a este tipo de treino sendo que as pessoas portadoras de patologia cardíaca grave, com exacerbações da sua patologia respiratória nos últimos 3 meses, com limitações osteoarticulares ou fumadores ativos são excluídas. É prescrita a carga máxima de treino, frequência cardíaca limite, o número de sessões e a periodicidade. Habitualmente são realizadas 20 sessões, sendo a periodicidade bianual.

Consiste num treino intermitente de intervalos curtos (2 ou 3 minutos) de exercício intenso, intercalados com períodos de repouso de igual duração. Antes de iniciar este protocolo, a pessoa realiza uma semana de reeducação funcional respiratória com as seguintes técnicas: técnica de relaxamento; dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdomino-diafragmática: (posterior com resistência; hemicúpula direita e esquerda); reeducação costal (inferior bilateral; global com bastão; seletiva com abdução do membro superior) e correção postural no espelho quadriculado. Antes de iniciar o treino deve-se ter em conta o valor da carga a realizar, valor de frequência cardíaca limite para a realização do programa e avaliação da saturação periférica de oxigénio. A pessoa é alertada para comunicar qualquer alteração do seu estado, nomeadamente cansaço, palpitações, etc..

A sequência do TAIB é a seguinte: avaliação de sinais vitais; exercícios de alongamento do pescoço, cintura escapular e membros superiores; exercícios de alongamento do tronco; exercícios de alongamento dos membros inferiores; TAIB durante 35 minutos com monitorização de sinais vitais e escala de Borg para dispneia e fadiga ao longo do treino; fortalecimento dos membros inferiores com pesos aplicados que podem variar entre 0,5kg e 2kg (12 a 15 repetições); fortalecimento dos membros superiores com recurso a cicloergómetro que é realizado durante 10 minutos; exercícios de alongamento (iguais aos realizados inicialmente); terminando com a avaliação de sinais vitais. O TAIB permite aumentar a tolerância ao esforço, diminuir a dispneia e melhorar a eficácia do trabalho muscular, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida.

Tal como já foi referido, os programas de reabilitação são parte integrante do tratamento das pessoas com doença respiratória crónica que se encontram

sintomáticos e/ou com menor tolerância ao esforço. Integrada no tratamento individualizado destas pessoas, a RR tem, então, como objetivo central, melhorar a qualidade de vida das mesmas. Esta repercute-se em: melhoria da capacidade de realizar exercício; redução da depressão controlo de sintomas e bem estar psicossocial (Casey, Murphy, Cooney, Mee, & Dowling, 2011).

Areias, et al. (2012), num estudo retrospectivo, comprovam que os PRR em pessoas com patologia pulmonar crónica melhoram a capacidade de exercício e o estado de saúde e diminuem a dispneia e a utilização de recursos de saúde. Contudo, habitualmente, estes benefícios diminuem após conclusão dos programas apesar de que nesse referido estudo os benefícios serem sentidos até 2 anos após a conclusão do PRR.

Foi assim interessante verificar que de facto estas melhorias são sentidas pelas pessoas quando estas têm já implementado um programa periódico e não apenas nas fases pós exacerbação da doença, como acontece na maioria dos casos e como foi verificado no Serviço de Pneumologia. Nesta unidade constatou-se que é uma população com consciência da sua patologia e com uma boa capacidade de adesão às orientações fornecidas pelos vários profissionais de saúde. Os benefícios da realização do PR anual são verbalizados pelos próprios, com a redução das exacerbações, internamentos e sintomatologia. Foi também notório a manutenção da qualidade de vida das pessoas com patologia crónica, pois, tal como é por eles reportado e de acordo com os registos efetuados, recorrem muito menos vezes aos serviços de saúde e mantêm a capacidade de desempenho do autocuidado.

Um estudo realizado por Santos (2009) com o objetivo de conhecer o nível de satisfação dos utentes desta unidade de reabilitação respiratória com os serviços prestados, comprova o que foi reportado pelas pessoas com que se desenvolveu os programas ao longo do período de estágio. O mesmo revelou que as pessoas estavam muito satisfeitas com o grau de satisfação das suas necessidades, com a coordenação de cuidados, com a ajuda e simpatia demonstrados, com a duração dos programas de reabilitação e com a sensibilidade para com os seus problemas.

No Centro de Medicina Física e Reabilitação, foi possível contribuir para dar continuidade a dois programas de melhoria contínua no que se refere à prevenção e monitorização de quedas e prevenção das úlceras de pressão. Nestes programas o objetivo era implementar o registo sistemático da avaliação do risco de quedas e úlceras por pressão, para que de acordo com o risco avaliado em cada pessoa fossem implementadas intervenções ajustadas no sentido da diminuição do número de quedas e úlceras por pressão. Foi interessante participar em ambos os projetos pois permitiu a discussão com a orientadora clínica e com os restantes membros da equipa de enfermagem acerca de qual a periodicidade mais adequada da avaliação e mais importante, mediante os scores obtidos quais as intervenções de enfermagem a implementar, nomeadamente que itens a incluir nas sessões de educação à pessoa/prestador de cuidados e à equipa. Sendo o serviço constituído maioritariamente por EEER's, as intervenções discutidas com a equipa eram não apenas do âmbito do enfermeiro generalista mas também do EE.

No que se refere às sessões de educação realizadas à pessoa/família com alteração sensório motora, tendo em conta previamente os recursos existentes na família e na comunidade, estas foram dirigidas, de forma a dar resposta a necessidades de cuidado identificadas em conjunto. Disponibilizar informação relevante acerca da patologia, de fatores de risco modificáveis e não modificáveis e orientações para a saúde, como por exemplo mudança de hábitos de vida (alimentação, exercício físico, vigilância da saúde) foram as prioridades.

Dando seguimento aos objetivos gerais do estágio e tendo em vista os objetivos específicos, outro grupo de competências de EE e de EEER, prendem-se com a gestão de cuidados e a maximização da funcionalidade.

Assim, no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados:

- C1. Gere os cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (OE, 2010a, p. 4).

Foi associada a seguinte competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010b, p.2).

Inserido neste grupo de competências foram definidos como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de ER à pessoa com DPOC ou alteração sensório motora e/ou família/cuidador informal que se encontre em processo de transição saúde/doença de forma a promover a segurança e qualidade de vida;
- Otimizar o trabalho em equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados da pessoa com DPOC, ou alteração sensório motora;
- Capacitar a pessoa com DPOC ou alteração sensório motora e/ou família/cuidador para a gestão de problemas nas áreas de intervenção da ER;
- Conceber, implementar e avaliar programas de treino de atividades de autocuidado.

A gestão dos cuidados requer por parte do EEER um conhecimento não só das necessidades da pessoa/família, mas também dos recursos disponíveis quer no domicílio quer na comunidade para que, em conjunto, se possam definir as estratégias de resolução de problemas mais adequadas. Maximizar a funcionalidade implica não só o treino de exercícios e técnicas, mas também de ensino no sentido de capacitar a pessoa para o desempenho do autocuidado. O objetivo será que com o desenvolvimento do PR a pessoa deixe de necessitar de um sistema de enfermagem totalmente compensatório passando para um sistema parcialmente compensatório ou de apoio/educação. Quando o défice de autocuidado se mantém, é necessário envolver o prestador informal de cuidados, no sentido de o capacitar para o colmatar desse mesmo défice. A intervenção do EEER deve ter em conta o indivíduo no seu todo, tendo em vista uma maior independência e integração na sociedade.

Tal como refere Booker (2005), nas pessoas com DPOC, o ensino adequado acerca da natureza da DPOC e como gerir a doença, permite apoiar e dar suporte a mudanças no estilo de vida, nomeadamente para a realização de exercício físico, hábitos alimentares saudáveis, e acima de tudo a cessação tabágica. Isto permite melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde e retardar a progressão da

doença. Estas intervenções capacitam a pessoa e seus cuidadores no sentido de terem algum controlo sobre as suas vidas.

O sucesso do cuidar de uma pessoa com DPOC, passa não só por PR com treino de exercício adequado à pessoa mas também no reconhecimento da mesma como um ser social que precisa de lidar com vários agentes de stress quer do foro médico quer do foro social que acompanham a doença. A progressão da doença é um dado adquirido, esta pode ser atrasada, mas nunca aniquilada, pelo que, o que se pode ir modificando é a atitude da pessoa e a capacidade de adaptação aos progressivos défices de autocuidado, no sentido de que consiga alcançar novamente o autocuidado (Reardon, 2007). O EEER orienta as várias opções de estratégias de suporte à pessoa para que esta decida qual a mais adaptada à sua situação, no sentido da adaptação e gestão apropriada da doença.

Embora a pesquisa publicada sobre a eficácia de programas de autogestão para a DPOC seja insuficiente e heterogénea, uma meta-análise realizada por Effing et al. (2007) concluiu que houve evidência de uma redução significativa nos internamentos hospitalares e uma melhoria pequena, mas significativa melhoria do comportamento de autocuidado após sessões de educação para a saúde. Um estudo descritivo realizado por Warwick, Gallagher, Chenoweth, & Stein-Parbury (2010) concluiu que a autogestão da doença e controlo de sintomas assegura melhores resultados perante pessoas com DPOC, pelo que os profissionais de saúde devem encorajar estes comportamentos. Segundo o mesmo estudo, a autogestão é essencial para se melhorar a qualidade de vida e reduzir as admissões hospitalares sendo que o envolvimento dos cuidadores, promoção da autoeficácia, conhecimentos acerca da doença e controlo de sintomas ajudam neste processo.

De acordo com os défices de autocuidado identificados, foram então desenvolvidas sessões de educação à pessoa com DPOC, que incluíam aspetos relacionados com: fisiopatologia da doença; exercícios de reeducação funcional respiratória a realizar no domicílio; cessação tabágica; técnica correta de administração de inaloterapia; capacidades de auto gestão; estratégias para minimizar a dispneia; quando procurar ajuda e como gerir as exacerbações. Tentou-se desmistificar a doença e reforçar a

importância da realização de exercício, no sentido de suprimir a ideia negativa de que a dispneia impede a realização de qualquer tipo de exercício.

Após as sessões de educação a pessoa era novamente abordada com o objetivo de avaliar o conhecimento adquirido e identificar novas necessidades educação. No que se referia a questões práticas nomeadamente a técnica correta de administração de inaloterapia, a aprendizagem para ser interiorizada necessitava de ser completa através do método demonstrativo. Nas pessoas já sob Oxigenioterapia de Longa Duração ou sob Ventilação Não Invasiva no domicílio, o ensino incluiu questões como os cuidados a ter no domicílio no manuseio do equipamento, a gestão e otimização do mesmo e gestão de eventuais eventos adversos com os dispositivos.

Para além dos ensinamentos realizados à pessoa com DPOC ou alteração sensório motora, foi muitas vezes necessário envolver o cuidador informal no sentido de dar continuidade aos cuidados. A prestação informal de cuidados é maioritariamente exercida por familiares (podendo alargar-se a amigos, vizinhos ou voluntários), e é definida com base nas interações com um membro da família que ajuda o outro de maneira regular e não remunerada. A família é, em Portugal e nos países do sul da Europa, a unidade básica de suporte a todos aqueles que careçam de cuidados (Figueiredo, 2006). Assim, foram realizadas sessões de ensino em que se envolveu o cuidador informal, estabelecendo-se uma parceria com o mesmo. Tal como nos refere Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira (2012), o enfermeiro ao promover o papel ativo do cuidador informal, desenvolve uma parceria caracterizada pela cooperação e responsabilidade partilhada, facilitando o processo de capacitação.

O objetivo fundamental do PR nas pessoas com alteração sensório motora é ajudar a pessoa/família a adaptar-se às suas limitações, favorecer sua recuperação funcional, motora e neuropsicológica, e promover sua reintegração familiar, social e profissional (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012). Foram realizadas sessões de ensino abordando técnicas relativas aos cuidados de higiene, mobilizações, posicionamentos, transferências do leito para a cadeira de rodas e vice-versa, prevenção de úlceras por pressão, alimentação, eliminação e no vestir/despir, incentivando os cuidadores a participarem, de forma a certificar da sua capacidade de perceção e execução. A mobilidade, capacidade de deslocação da pessoa pelo

ambiente, é um componente da função física extremamente importante, constituindo um pré-requisito para a realização das AVD e a manutenção da capacidade de desempenho do autocuidado. Os obstáculos para Hesbeen (2003), por si só, não constituem desvantagens, todos nós nos deparamos com eles diariamente. Para que o obstáculo dê origem a uma situação de desvantagem tem que provocar danos, isto é ser nocivo, tornar a situação mais difícil. Assim, pode-se então definir que a finalidade da reabilitação “será, nesse caso, a análise, a prevenção e a gestão dos obstáculos que dão ou podem dar origem a uma condição de desvantagem.” (Hesbeen, 2003, p. XVI).

O EEER deve assumir um papel ativo em todas as áreas da nossa sociedade, incluindo a acessibilidade, de forma a colmatar as necessidades das pessoas com limitações e de contribuir para a criação de uma sociedade inclusiva. Nas sessões de ensino efetuadas foi tido em conta as características habitacionais da pessoa, os recursos disponíveis na comunidade e existência de eventuais obstáculos à mobilidade. A habitação influencia múltiplos aspetos do dia-a-dia, marcando profundamente a sua qualidade de vida, e as suas expectativas e possibilidades de desenvolvimento futuro. No decurso da nossa vida, em situações diversas, todos nós experimentamos dificuldades nos espaços em que vivemos ou com os produtos que usamos, que resultam de situações de inadaptação ao meio construído, o qual, pelas suas características condiciona as respostas às nossas necessidades. Na pessoa com alteração sensório motora, muitas vezes o resultado deste acontecimento de vida é a limitação da mobilidade, o que implica uma reorganização de todo um espaço no domicílio que não está preparado para receber alguém com uma limitação.

No sentido de maximizar a funcionalidade, de forma a desenvolver as capacidades da pessoa, foram estudados os produtos de apoio existentes e adequados a cada situação. Para além disso foi necessário não só conhecer os produtos existentes mas também perceber quais as possibilidades da pessoa para adquirir esses mesmos produtos para o domicílio. Nos casos em que determinados produtos era impossível a sua aquisição, por questões económicas ou outros entraves, com a ajuda da orientadora clínica foi usada a capacidade de imaginação e improviso para colmatar as necessidades sentidas pelas pessoas alvo dos cuidados. Por exemplo, no caso de pessoas com alteração sensório motora, se necessitavam de pentear o cabelo com

uma escova com um cabo comprido, porque não improvisar a mesma acoplando um cabo já existente a uma escova normal. Tal como já foi referido, ser EEER implica ver mais além, não ficar pelo que é visível e palpável, requer uma capacidade de adaptação a cada situação particular para que em parceria com a pessoa e cuidador informal se consiga atingir novamente a capacidade de desempenho do autocuidado.

Ainda na gestão dos cuidados, para além das sessões de educação para a saúde efetuadas à pessoa e ao cuidador informal, é também importante perceber qual o papel do EEER no seio da equipa multidisciplinar e garantir a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados quer no período de internamento, quer em ambulatório. Foram realizados registos de enfermagem, passagem de ocorrências, articulação com a equipa multidisciplinar e articulação com os recursos da comunidade. Na articulação com a equipa multidisciplinar foi possível participar, com a orientadora clínica, em reuniões multidisciplinares nomeadamente reuniões de objetivos em que a equipa discute cada caso e formula objetivos a atingir dentro da sua área de atuação. Foi interessante esta participação pois permitiu identificar a abrangência da área de atuação da ER e como uma equipa se coordena com vista a um objetivo comum, a reabilitação da pessoa. A equipa determina os objetivos e plano de ação, sem descurar os objetivos individuais da pessoa alvo dos cuidados, uma vez que um plano de reabilitação só faz sentido se programado em conjunto com a mesma.

A reabilitação não termina com o término do tempo de internamento, pelo que é importante a articulação com os recursos existentes na comunidade. Na pessoa com DPOC, durante o estágio no Serviço de Pneumologia, foi possível a articulação com a Unidade de Readaptação Funcional Respiratória no sentido de manter o PR em ambulatório. No Departamento de Reeducação Funcional Respiratória a articulação era feita com os serviços de internamento, nomeadamente UCIP, UCPA, cirurgia cardiorácica (internamento e UCICT) e pneumologia, sendo que o apoio era feito ao longo do internamento e, no final, as pessoas eram encaminhadas para o departamento em regime de ambulatório. No Centro de Medicina Física e Reabilitação, o tempo de internamento era previamente estipulado de acordo com a patologia da pessoa, sendo que sempre que era necessário manter o PR, era averiguado quais os centros de reabilitação existentes na área de residência e realizado encaminhamento da pessoa no sentido da continuidade de cuidados.

Pretende-se que a pessoa mantenha o autocuidado, sendo que o autocuidado requer educação sobre a doença e sua gestão e capacitação psicológica das pessoas para participarem plenamente no seu próprio autocuidado (Wang, Sung, Yang, Chiang, & Perng, 2012). Assim, a manutenção do PR após o período de internamento é importante e um estudo realizado por Moullec & Ninot (2010) comprova que um ano após o programa há melhoria da qualidade de vida das pessoas na dimensão funcional e emocional.

O papel do EEER requer as intervenções preventivas na ER, não só para assegurar que as pessoas mantêm as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações mas também para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade. Assim, os seus papéis incluem o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos das pessoas, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa (Hoeman, 2000). Com o desenvolver dos estágios foi interessante constatar a importância do envolvimento do EEER na equipa multidisciplinar. Estando o EE numa posição privilegiada no contacto com a pessoa e família, uma vez que despende maior tempo de cuidados diretos, ele é elemento chave para conhecer mais aprofundadamente os medos, as angústias e as lacunas que são necessárias colmatar e assim articular os recursos existentes na família e comunidade às necessidades individuais no momento da alta.

Esta reflexão e consciencialização do papel do EEER leva ao desenvolvimento de mais um conjunto de competências comuns do EE, no domínio das aprendizagens profissionais:

- D1. Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;
- D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010a, p. 4).

Neste grupo de competências foram definidos como objetivos específicos:

- Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade, utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos, demonstrando elevada adaptabilidade;

- Desenvolver interesse pela aprendizagem e pela autonomia, que vise o desenvolvimento de competências específicas de EER;
- Desenvolver conhecimentos na área da investigação no âmbito da ER, interpretando, organizando e divulgando os dados provenientes da evidência científica.

Tal como foi referido, o desenvolvimento do estágio foi antecedido por uma fundamentação teórica com pesquisa de conteúdo científico que suportasse as atividades a desenvolver. O conhecimento teórico de nada vale se não houver aplicabilidade prática do mesmo, ou seja, por mais fundamentado que seja o conhecimento, se não formos capazes de o aplicar no dia-a-dia, é como se a aquisição do conhecimento tivesse sido em vão. Para além do conhecimento científico, foi também fulcral a reflexão e confronto com a experiência das orientadoras clínicas, bem como as reuniões com a docente orientadora.

Foram realizadas reuniões em grupo com a docente orientadora e as restantes colegas que estavam a realizar estágio no sentido da partilha de experiências. O percurso de desenvolvimento é individual, pelo que cada um dos elementos do grupo partilhava experiências enriquecedoras sendo as mesmas analisadas em conjunto, o que permitiu o desenvolvimento do conhecimento de todos os elementos. Para além das reuniões em conjunto foram também realizadas reuniões individuais com a docente orientadora que permitiam a partilha e discussão de elementos do percurso que estava a ser realizado, nomeadamente com estudos de caso. Para que o saber se adeque à prática é necessário adequá-lo ao contexto e às particularidades de cada situação. Esta partilha foi particularmente interessante, pois a análise das situações permitia ter uma visão mais alargada das mesmas e sempre que necessário ajustar as práticas no sentido do desenvolvimento de todas as competências de EEER.

Sendo uma das funções do EEER a de gerir cada caso com a formulação de um PR e com uma participação ativa no seio da equipa multidisciplinar, é crucial que seja capaz de fundamentar as suas decisões não em conhecimento empírico vindo da experiência, mas sim do conhecimento científico. Nesta tomada de decisão o EEER identifica as necessidades de cuidados da pessoa/família e delinea intervenções de enfermagem especializadas de forma a resolver ou minimizar os problemas

identificados, detetar problemas potenciais e evitar riscos (OE, 2001). Assim sendo neste relatório não se faz apenas a descrição das atividades desenvolvidas mas as mesmas são corroboradas com o conhecimento científico já existente. Tal como nos refere a OE nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: “no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (OE, 2001, p. 10).

Para que se caminhe no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, é necessário que se adquira novos conhecimentos não apenas de forma individualizada, mas que também se dinamize nas equipas sessões de formação de forma formal ou informal. Estas sessões permitem que o conhecimento seja partilhado e que se melhorem práticas através da reflexão da aplicabilidade do mesmo e de que forma este pode garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, após discussão com as orientadoras clínicas foram identificadas necessidades de formação no seio das equipas e a forma mais eficaz de transmitir conhecimento e mudar/melhorar práticas já existentes. Dentro dos objetivos deste projeto, no âmbito da pessoa com DPOC, verificou-se que existiam lacunas no seio da equipa no que se refere à educação acerca da Oxigenioterapia de Longa Duração (OLD). Estas lacunas prendiam-se com o conhecimento dos dispositivos de administração existentes para o domicílio, vantagens e inconvenientes de cada dispositivo e como preparar a alta de um doente sob OLD. Assim foi realizada uma sessão de formação sob o tema “Oxigenioterapia” (Apêndice 5). No Centro de Medicina Física e Reabilitação verificou-se que existia uma forma diferente de realização dos ensinamentos que eram efetuados no internamento e na unidade de treino de AVD. No autocuidado vestir/despir o ensino efetuado acerca do vestir/despir a camisa ou camisola e o soutien era diferente, pelo que após discussão com a orientadora clínica ficou acordado que nas passagens de ocorrências esse tema fosse abordado no sentido de se chegar a um consenso acerca da forma como deveria ser realizado o mesmo.

É função do EEER gerir os recursos existentes para a resolução dos problemas de saúde da pessoa, um dos recursos é a equipa de enfermagem que prestando cuidados generalistas, auxilia na execução de alguns elementos do PR. Com a transmissão de conhecimento com base científica às equipas onde se realizaram os estágios, foi possível atuar como facilitador da aprendizagem contribuindo-se para a

aquisição de novo conhecimento e consolidação das aprendizagens já desenvolvidas, para que a equipa melhore a qualidade das suas práticas de enfermagem. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem de forma de aumentar o repertório dos recursos para lidar com os desafios de saúde (OE, 2001).

No percurso de desenvolvimento do autoconhecimento, para além do conhecimento científico e da confrontação do mesmo com a prática e experiência das orientadoras clínicas, foi também realizada reflexão individual. A prática reflexiva é um importante meio de capacitação no desenvolvimento dos saberes e da prática, sendo um processo analítico consciente sobre a experiência do cuidar permitindo a compreensão efetiva da prática (Santos & Fernandes, 2004). O recurso à reflexão permite repensar o que é realizado identificando lacunas e formas de as ultrapassar.

O objetivo da prática reflexiva é avançar no sentido da melhoria e qualidade dos cuidados prestados, sendo que até então os cuidados prestados eram enquanto enfermeira generalista e agora eram de estudante na área de Especialidade de ER. As exigências em termos de conhecimento eram diferentes, é uma área de atuação mais específica pelo que se espera uma visão diferente, mais aprofundada, da que se tinha até então. A reflexão era diária, contudo algumas das reflexões foram escritas de forma a ajudar na expressão do que estava a ser interiorizado e sentido, tendo sido realizados Jornais de Aprendizagem (Apêndice 6). A reflexão estruturada permite o esclarecimento de acontecimentos vividos, favorece a articulação entre a teoria e a prática, através do desenvolvimento da reflexão sobre a experiência, sendo mediadora entre a reflexão e a ação (Pereira, 2001).

Refletir, individualmente e juntamente com as orientadoras clínicas e com a docente orientadora, permitiu o desenvolvimento do espírito crítico, numa lógica de resolução de problemas, e numa lógica de questionamento constante, instigou a responsabilidade individual no processo de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DPOC é caracterizada por uma obstrução do fluxo aéreo, não totalmente reversível e não muda significativamente durante vários meses. Tem como consequências a incapacidade progressiva e o comprometimento da qualidade de vida, que podem ser colmatadas por terapêutica farmacológica, não farmacológica e alteração de hábitos de vida nomeadamente: cessação tabágica; terapêutica oral; terapêutica inalatória; vacinação; oxigenioterapia; Ventilação Não Invasiva e RR (NICE, 2010).

As pessoas com DPOC à medida que a doença progride diminuem o seu nível de atividade e a execução das atividades de autocuidado, o que leva a um impacto negativo na capacidade de sobrevivência (ERS, 2013a). O autocuidado é uma função humana reguladora deliberadamente realizada pela pessoa ou pelo seu agente de autocuidado contribuindo de forma específica para a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, operacionalizando-se em atividades que a pessoa realizadas com vista a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Quando a atividade de autocuidado não é adequada ao seu desempenho, especificado pelas suas necessidades terapêuticas, existe um défice de relação entre o que essa pessoa deve fazer e o que consegue fazer ou quer fazer. Este tipo de relação é referenciado como défice de autocuidado, um indicador de que as pessoas necessitam de ajuda nos seus requisitos de autocuidado, para que sejam cumpridos.

Os PRR, com o treino de formas de colmatar os défices de autocuidado, permitem à pessoa a gestão das exacerbações, manutenção da independência e qualidade de vida relacionada com a saúde (Booker, 2005). Na pessoa com DPOC estes programas têm um papel preponderante, sendo através dos mesmos que o défice de autocuidado é colmatado, e a pessoa potencia a sua capacidade de autocuidado nomeadamente a sua capacidade de autogestão da doença e redução do número de exacerbações.

A ER entre muitas ações tem como finalidade assegurar à pessoa com limitação, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem (Hesbeen, 2003). O EEER

desenvolve então as capacidades da pessoa, ou seja, mediante um déficit existente, conjuntamente com a mesma vai colmatar as necessidades sentidas.

No seio das equipas multidisciplinares, o EEER é identificado como um perito, revelando-se como uma referência, competindo-lhe encaminhar a pessoa, mostrando o leque de alternativas possíveis, porque muitas vezes esta não consegue vislumbrar o caminho a pisar, contribuindo desta forma para dar sentido à vida e para alimentar a esperança (Hesbeen, 2003).

Assim sendo, o EEER na prestação de cuidados coloca especial ênfase na capacitação da pessoa para o autocuidado, substituindo o “fazer por” pelo “fazer com”, sendo que perante a pessoa com DPOC, com alterações a nível da função respiratória, alterações cognitivas e sociais, à luz do perfil de competências específicas e, de acordo com os objetivos preconizados pela GOLD (2014), tem um papel primordial para orientar, treinar, educar ou reeducar a pessoa que apresenta limitações crescentes devido à DPOC.

Destaca-se a relevância das suas intervenções na avaliação das necessidades da pessoa, tendo em conta o risco de alteração da funcionalidade cardiorrespiratória e da capacidade funcional para realizar o autocuidado; na identificação dos défices de autocuidado; na elaboração com a pessoa de um plano de intervenção, constituído por objetivos realistas; na implementação desse mesmo plano de ação, com especial ênfase na educação para a saúde, contextualizando-a na família e comunidade, de forma a delinear o seu projeto de vida o mais precocemente possível após um período de crise (Faro, 2006; Wilkins, Stoller & Kacmarek, 2009).

Chegando ao fim de mais uma etapa de aprendizagem pessoal e profissional e refletindo com base numa perspetiva construtivista, com a finalidade de encaminhar as pessoas, capacitando-as para o desempenho do autocuidado verifica-se, após análise reflexiva dos objetivos específicos, que estes foram atingidos na sua globalidade, na medida em que se conseguiu desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e sociais adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da reabilitação.

Nos diversos locais de realização do estágio foi interessante verificar o papel preponderante do EEER no desenvolvimento de PR adaptados a cada situação. Inicialmente estava um pouco receosa, pois o que era verificado em vários serviços, nomeadamente naquele em que desempenho funções é uma “perda de terreno” do EEER para profissionais de outras áreas. Na pesquisa de evidência científica, uma das limitações foi a ausência de estudos que demonstram especificamente o contributo do EEER no desenvolvimento de PR e a especificidade das suas intervenções, reportando sempre para uma equipa multidisciplinar.

Posto isto, constato que o olhar, o sentido crítico, ficaram diferentes. Vejo um pouco mais além, identifico as potencialidades, percebo as limitações de forma a conseguir colmatar em conjunto com a pessoa/família. São muitas as limitações experimentadas no dia-a-dia da pessoa com patologia respiratória, é o querer e não conseguir, é o almejar por períodos de atividade sem que surja o cansaço, a impotência, o desânimo... Para Hesbeen (2003), o EEER pode sempre contribuir para o bem-estar, para a serenidade, mesmo em situações mais desesperadas porque os cuidados de enfermagem são assim, uma imensidão de pequenas coisas. É através de pequenas coisas que o EEER contribui para dar sentido à vida e para alimentar a esperança. Estas pequenas coisas, muitas vezes, fazem despertar a vivência de emoções de difícil compreensão, como se estas representassem uma sinfonia afónica (que não se consegue exprimir) de emoções, afetos e sentimentos.

O percurso foi muito proveitoso, não só em termos profissionais mas também em termos pessoais, foi possível crescer como enfermeira, crescer como pessoa. Os objetivos foram definidos, as atividades foram desenvolvidas e refletidas, e no final sinto ter desenvolvido as competências de EEER, permitindo continuar a caminhar no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, agora não como enfermeira generalista mas como futura EEER.

Muito foi aprendido, mas muito há ainda a aprender. Ser enfermeiro é muito mais do que prestar uma série de cuidados rotinizados, ser EEER é bem mais do que realizar uma série de exercícios com a pessoa e um conjunto de ensinamentos, ser EEER é perceber a essência, estar e ser com a pessoa, para assim ajudar verdadeiramente a atingir o seu máximo potencial e caminhar no sentido de uma vida digna, com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Areias, V., Ferreira, D., Martins, A., Matias, I., Negrinho, F., & Rodrigues, F. (Maio de 2012). Evolução da capacidade funcional e estado de saúde dois anos após um programa de reabilitação respiratória. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18, pp. 217-225. doi:10.1016/j.rppneu.2012.02.010
- Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M. J., . . . Burney, P. (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease . *revista portuguesa de Pneumologia*, 19 (3), pp. 96-105.
- Bentsen, S. B., Langerland, E., & Holm, A. L. (2012). Evaluation of self-management interventions for chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 802-813.
- Booker, R. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: non-pharmacological approaches. *British Journal of Nursing*, 14 (1), pp. 14-18.
- Burtin, C., Decramer, M., Gosselink, R., Janssens, W., & Troosters, T. (2011). Rehabilitation and acute exacerbations. *European Respiratory Journal*, 38 (3), 702-712.
- Canteiro, M. C., & Heitor, M. C. (2003). Reabilitação Respiratória. Em M. J. Gomes, & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia* (Vol. 2, pp. 1783-1896). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Casaburi, R. (Setembro de 2008). A Brief History of Pulmonary Rehabilitation. *Respiratory Care*, 53 (9), pp. 1185-1189.
- Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., & Dowling, M. (Maio de 2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing*, 16 (5), pp. 231-237.
- Chan, S. S., Sarna, L., Wong, D. C., & Lam, T.-H. (Março de 2007). Nurses' Tobacco-Related Knowledge, Attitudes, and Practice in Four Major Cities in China. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (1), pp. 46-53. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00142.x
- Chen, K.-H., Chen, M.-L., Lee, S., Cho, H.-Y., & Weng, L.-C. (2008). Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 595-604.

- Cordeiro, M. d., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ª ed.). Loures: Lusociência.
- DGS. (28 de Dezembro de 2007). Cessação Tabábica; Programa-tipo de actuação. *Circular Normativa*, 74. Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas: Uma abordagem integradora*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (27 de Outubro de 2009). Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD. *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão Resumo*. Direcção-Geral da Saúde.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes The State of Science* (2nd ed.). Canada: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Eaton, T., Young, P., Fergusson, W., Moodie, L., Zeng, I., O'Kane, F., . . . Kolbe, J. (Março de 2009). Does early pulmonary rehabilitation reduce acute health-care utilization in COPD patients admitted with an exacerbation? A randomized controlled study. *Respirology*, 14 (2), pp. 230-238. doi:10.1111/j.1440-1843.2008.01418.x.
- Effing, T., Monninkhof, E. E., Valk, P. P., Zielhuis, G. G., Walters, E. H., Palen, J. J., & Zwerink, M. (2009). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, 4. doi:10.1002/14651858.CD002990.pub2.
- Efraimsson, E. O., Hillervik, C., & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, pp. 178-185.
- ERS. (2013a). Chronic obstructive Pulmonary Disease. Em E. R. Society, *European Lung white book* (pp. 148-159). ERS.
- ERS. (2013b). Pulmonary Rehabilitation. Em E. R. Society, *European Lung white book* (pp. 347-347). ERS.
- Faro, A. C. (Janeiro de 2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, pp. 128-133.

- Fernandes, A. B. (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, 1 (1), pp. 71-78.
- Figueiredo, D. (2006). Cuidados Familiares: cuidar e ser cuidado na família. Em *Envelhecer em família – cuidados familiares na velhice* (pp. 51-80). Porto: Ambar.
- GOLD. (2014). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, inc.
- Heale, R., & Griffin, M. (Abril de 2009). Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (4), pp. 912-918. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04953.x.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hill, N. (2006). Pulmonary Rehabilitation: Proceedings of the American Thoracic Society. *ATS Journals*, 3 (1), 66-74.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- IHME. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation.
- Kon, S. S., Canavan, J. L., & Man, W. D. (2012). Pulmonary rehabilitation and acute exacerbations of COPD. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 6 (5), 523-531. doi:10.1586/ers.12.47
- Leite, V., & Faro, A. C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1), pp. 92-96.
- Maltais, F., Bourbeau, J., Shapiro, S., Lacasse, Y., Perrault, H., Baltzan, M., . . . Hutton, B. (16 de Dezembro de 2008). Effects of Home-Based Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 149 (12), pp. 869-878.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-based leadership. 2(3), 113-121.
- Menoita, E., Sousa, L. M., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Moullec, G., & Ninot, G. (2010). An integrated programme after pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: effect on

- emotional and functional dimensions of quality of life. *Clinical Rehabilitation*, 24, pp. 122-136. doi:10.1177/0269215509346088
- NICE. (2010). *Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care*. National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions. UK: NICE.
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., . . . Maltais, F. (2006). American Thoracic Society Documents: American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1390-1413.
- OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (29 de Maio de 2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 10. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (20 de Outubro de 2010b). Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. 4. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- ONDR. (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). USA: Mosby.
- Pereira, E. (Agosto de 2001). Diários de aprendizagem - promoção da reflexão na prática clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 4, pp. 12-19.
- Pitta, F., Troosters, T., Spruit, M. A., Probst, V. S., Decramer, M., & Gosselink, R. (2005). Characteristics of physical activities in daily life in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171 (9), pp. 972-977. doi:10.1164/rccm.200407-855OC
- Pryor, J. (2005). Nursing's role in rehabilitation: A review of the research literature. *JARNA*, 8 (3), pp. 8-13.

- Reardon, J. Z. (Setembro de 2007). COPD and Exercise: What's Really Important? A Nursing Perspective. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, pp. 283-287. doi:DOI: 10.1080/15412550701480570
- Ries, A. L., Bauldoff, G. S., Carlin, B. W., Casaburi, R., Emery, C. F., Mahler, D. A., . . . Herrerias, C. (Maio de 2007). Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST*, 131 (5), pp. 4S-42S.
- Romagnoli, M., Dell'Orso, D., Lorenzi, C., Crisafulli, E., Costi, S., Lugli, D., & Clini, E. M. (2006). Repeated pulmonary rehabilitation in severe and disabled COPD patients. *Respiration*, 73 (6), pp. 769-776. doi:10.1159/000092953
- Rudkin, S. (2005). Reabilitação respiratória. Em G. Esmond, *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, pp. 60-62.
- Santos, G. (2009). *Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Sidani, S. (2011). Self-Care. Em D. M. Doran, *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2nd ed., pp. 79-130). United States of America: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem - Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- Wang, K.-Y., Sung, P.-Y., Yang, S.-T., Chiang, C.-H., & Perng, W.-C. (Fevereiro de 2012). Influence of Family Caregiver Caring Behavior on COPD Patients' Self-Care Behavior in Taiwan. *Respiratory Care*, 57 (2), 263-272. doi:10.4187/respcare.00986
- Warwick, M., Gallagher, R., Chenoweth, L., & Stein-Parbury, J. (Abril de 2010). Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (4), pp. 784-793. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05238.x.
- Wilkins, R., Stoller, J., & Kacmarek, R. (2009). *Egan: Fundamentos de Terapia Respiratória* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Zakrisson, A.-B., & Hagglund, D. (2012). The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, pp. 147-155. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00698.x

