

Dados valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC

Rui Pedro Marques da Silva¹; Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes²; José Miguel dos Santos Castro Padilha³

*Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde – ACES Maia- Valongo
Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Introdução

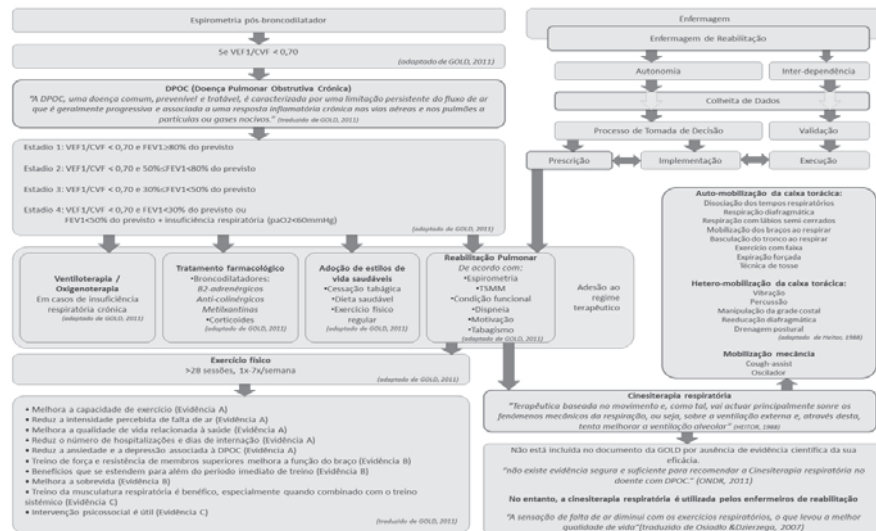
A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é, atualmente, a quarta causa de morte na Europa e a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011). Para além disso, é uma das doenças crónicas onde se prevê um aumento de incidência e prevalência nos próximos anos (GOLD, 2013). Em Portugal, estima-se uma prevalência de DPOC de 14,2% nos indivíduos acima dos 40 anos (ONDR, 2011), com principal expressão no grupo etário acima dos 65 anos (ONDR, 2011).

Enquanto entidade patológica, consiste numa alteração estrutural permanente das vias aéreas / parênquima pulmonar (GOLD, 2013), embora possa ser estabilizada através de estratégias terapêuticas adequadas, tal como a Reabilitação Funcional Respiratória (RFR),

que contempla uma série de exercícios ventilatórios e sistémicos e que visam a melhoria da *compliance* ventilatória e da capacidade funcional da pessoa com DPOC (DGS, 2009; GOLD, 2013).

A RFR inclui a cinesiterapia respiratória (CR), que pode ser definida como *"uma terapêutica baseada no movimento e, como tal, vai atuar principalmente sobre os fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa e, através desta, tenta melhorar a ventilação alveolar"* (Heitor, 1988, p. 2).

Porém, a CR só se traduz em benefícios concretos se for prescrita de forma individualizada, o que leva o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) a identificar os dados relevantes para o seu processo de tomada de decisão. Neste processo, o enfermeiro utiliza a informação dispo-



Esquema 1 - Resumo do enquadramento teórico do estudo

nível e processa essa informação para decidir (Serra, 2007). O processo de tomada de decisão em enfermagem é baseado em informação colhida ou detida pelo enfermeiro, informação essa que resulta da análise que o enfermeiro faz da multiplicidade de dados que lhe estão disponíveis. Thompson e Thompson (2001), Takemura e Kanda (2003), Dowding e Thompson (2003), Thompson (2003) e Estabrooks (2003), citados em Jesus (2004) salientam, igualmente, a importância do conhecimento e de uma decisão baseada na evidência, embora incluindo a experiência e as preferências do utente naquele processo.

Esquemáticamente, podemos representar os parágrafos anteriores pelo esquema 1.

Assim sendo este estudo pretendeu responder à seguinte questão: Que da-

dos são valorizados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação quando prescreve cinesiterapia respiratória numa pessoa com DPOC?

Objetivo

O objetivo deste estudo é identificar os dados valorizados pelo EEER para a prescrição de cinesiterapia respiratória numa pessoa com DPOC.

O Método de Investigação

Atendendo ao objeto de estudo, e dado que se pretende produzir novos conhecimentos sobre uma temática específica (dados que suportam a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas para a prescrição de cinesiterapia), utilizámos uma metodologia de investigação

qualitativa, de cariz exploratório, em acordo com Fortin (1999) e Quivy e Campenhoudt (2005).

O método de colheita de dados foi o grupo focal, técnica de investigação que se enquadra na metodologia qualitativa (Bruggen, 2009). Tecnicamente consistiu na seleção de um grupo de participantes, submetidos a entrevista de grupo, gravada em gravador de som. Krueger e Casey (2009) definem grupo focal como uma série de debates cuidadosamente planeados, com o intuito de obter impressões numa determinada área de interesse, que ocorram em ambiente facilitador. A amostra do tipo intencional reuniu EEER, acrescentando-se a este critério, os seguintes:

- proximidade geográfica (residentes no distrito do Porto);
- ser detentor do título de especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- ter o mínimo de 1 ano de experiência profissional efetiva como enfermeiro especialista;
- ter experiência de execução e/ou prescrição de cinesiterapia respiratória em pessoas portadoras de DPOC;
- domínio da linguagem CIPE® 2.0.

As sessões foram em número de três, procurando-se obter a concordância dos participantes sobre a análise de conteúdo efetuada (que seguiu a teoria de Bardin (1994)) na segunda e ter-

ceira sessão, validando a organização dos dados, a correção das repetições e omissões, e as categorias integrantes (Grudens-Schuck et al., 2004). Os autores referem a vantagem das sessões múltiplas por concederem maior fiabilidade aos dados colhidos, já que se podem validar e apurar numa determinada sessão os dados que foram produzidos na sessão anterior.

Na 1ª sessão estiveram presentes 9 dos 15 convidados a participar no grupo focal. Os participantes foram incentivados a discutir entre si opiniões, conhecimento e experiência profissional sobre o assunto. Esta forma de abordagem acarretou benefícios para o processo de investigação já que, conforme Shaha (2011), é um método menos intimidante e moroso que a entrevista individual, promoveu uma abordagem mais profunda da temática do que com questionários, permitiu explorar os conhecimentos dos participantes, e a interação entre eles, permitiu uma maior perceção sobre o grau de concordância nas questões divergentes, possibilitando a identificação, descrição, análise e resolução de pontos de conflito. Em cada sessão foi projetada uma apresentação de slides com a duração de cinco minutos, onde se fez o enquadramento da temática ou o resumo da sessão anterior.

A elaboração prévia de um guião da entrevista é outro aspeto significativo, que promoveu a fluidez da entrevista, aumentou a produção de dados úteis e promoveu o cumprimento da dura-

ção prevista para a sessão (duas horas) (Barbour, 2007, citado em Rio-Roberts, 2011). O guião orientador ao grupo focal, incluiu a apresentação do projeto de investigação, objetivos do grupo focal, apresentação dos participantes, algumas questões pré-determinadas mas não mandatórias, e uma lista de situações que necessitavam de re-focalização durante a sessão (Simon, 1999, citado em Rio-Roberts, 2011). Procurou-se elucidar a forma de funcionamento da técnica – grupo focal e obter o consentimento informado para a gravação e utilização dos dados, informando todos os participantes dos seus direitos e dos seus deveres.

Após a execução da sessão (ou sessões) do grupo focal, seguiu-se a análise da informação que foi produzida e que, como referimos, após a transcrição para suporte informático (texto em formato Word®) e leitura flutuante do corpus de análise, foi submetido a codificação.

Atendendo a que se pretende que um grupo focal não tenha balizamentos rígidos para não constranger a produção de dados, mas que necessita de alguns limites para evitar a dispersão desses mesmos dados, definimos que o investigador refocalizaria a sessão nas seguintes situações:

- abordagem da prescrição de cinesiterapia respiratória por outros profissionais;
- abordagem de exercícios respiratórios não diretamente relacionados com a cinesiterapia respiratória;

- competição entre pares sobre qualidade da prestação de cuidados;
- competição entre as unidades de saúde onde os participantes exercem funções.

A planificação do grupo focal contou com os seguintes aspetos técnicos:

- **local das sessões:** Escola Superior de Enfermagem do Porto, no seu pólo de S. João;
- **registo dos dados:** gravação áudio das sessões, através da utilização de um gravador digital;
- **análise dos dados:** transferência dos ficheiros áudio para um computador e proceder à sua transcrição para documentos de texto, com posterior estruturação em folha de cálculo.

Execução e análise das sessões

A execução das três sessões do grupo focal, bem como a respetiva análise, pode ser esquematizada da forma indicada no esquema 2.



Esquema 2 – Execução das três sessões do grupo focal

Tabela 1 – Dados produzidos na primeira sessão, com as respetivas frequências relativas de menção pelos participantes

Morfologia torácica	6,48%	Condições habitacionais: contacto com poeiras	0,93%
Secreções brônquicas	5,56%	Condições habitacionais: divisões arejadas	0,93%
Auscultação pulmonar	4,63%	Condições habitacionais: humidade	0,93%
Padrão ventilatório	4,63%	Contacto direto com o médico	0,93%
Capacidade para reter nova informação	3,70%	Deambular	0,93%
Antecedentes patológicos	2,78%	Dependência nas AIVD	0,93%
Aquisição de competências: exercícios respiratórios	2,78%	Dependência nas AIVD: comprar medicação	0,93%
Assimetria torácica	2,78%	Dependência nas AIVD: fazer compras	0,93%
Capacidade funcional: expetorar	2,78%	Dependência no autocuidado: higiene	0,93%
Cognição	2,78%	Dependência no deambular	0,93%
Permeabilidade da via aérea	2,78%	Dispneia	0,93%
SatO2	2,78%	Doença cardíaca	0,93%
Capacidade funcional: Expiração sustentada	1,85%	Eficácia do reflexo de tosse	0,93%
Cor das extremidades e mucosas	1,85%	Ensino, instrução e treino: exercícios respiratórios	0,93%
Deformidade torácica	1,85%	Escala de AIVD	0,93%
Diagnóstico médico	1,85%	Escala de conservação da energia	0,93%
Dificuldade no autocuidado: higiene	1,85%	Estadio da DPOC	0,93%
Dispneia após atividade: higiene	1,85%	Fadiga	0,93%
Dor	1,85%	Fadiga após atividade: exercício físico	0,93%
Fadiga após atividade: falar	1,85%	Fadiga após atividade: tempo até ficar com fadiga	0,93%
Força muscular: músculos respiratórios	1,85%	Força de vontade	0,93%
Hábitos tabágicos	1,85%	Gasimetria	0,93%
Morfologia da coluna: escoliose	1,85%	Gestão do regime terapêutico	0,93%
Patologias associadas	1,85%	Hábitos saudáveis: higiene brônquica matinal	0,93%
Postura corporal	1,85%	Morfologia torácica: tórax em quilha	0,93%
Radiografia pulmonar	1,85%	Morfologia torácica: tórax em túnel	0,93%
Regime farmacológico	1,85%	Morfologia torácica: tórax escavado	0,93%
Sinais vitais	1,85%	Motivação do prestador de cuidados	0,93%
Valor de espirometria	1,85%	Orientação T/E	0,93%
Acompanhamento por outros profissionais:		Oxigenoterapia	0,93%
Pneumologia	0,93%	Padrão respiratório	0,93%
Alteração do estado de consciência	0,93%	Padrão respiratório: posição dos lábios ao expirar	0,93%
Alterações pulmonares: bronquiectasias	0,93%	Padrão respiratório: tempo inspiratório e tempo expiratório	0,93%
Alterações pulmonares: enfisema	0,93%	Padrão respiratório: tipo de ventilação torácica ou abdominal	0,93%
Amplitude torácica	0,93%	Padrão respiratório: ventilação rápida e superficial	0,93%
Aquisição de conhecimento: Importância da Reabilitação respiratória	0,93%	Palpação do tórax	0,93%
Aquisição de conhecimentos: exercícios respiratórios	0,93%	Palpação do tórax: assimetria torácica	0,93%
Aquisição de conhecimentos: inaladores	0,93%	Palpação do tórax: atelectasias	0,93%
Auscultação pulmonar: crepitações	0,93%	Palpação do tórax: atrito pleural	0,93%
Auscultação pulmonar: intensidade do som inspiratório e expiratório	0,93%	Palpação do tórax: roncos	0,93%
Auscultação pulmonar: padrão ventilatório	0,93%	Palpação do tórax: secreções brônquicas	0,93%
Auscultação pulmonar: simetria ventilatória	0,93%	Palpação do tórax: sibilância	0,93%
Capacidade do prestador de cuidados	0,93%	Posição para dormir	0,93%
Capacidade funcional: Dissociação dos tempos respiratórios	0,93%	Presença de alteração pulmonar: atelectasia	0,93%
Capacidade funcional: Expansão torácica global	0,93%	Presença de prestador de cuidados	0,93%
Cognição: Avaliação Breve do Estado Mental	0,93%	Reflexo de tosse	0,93%
Cognição: compreensão de discurso	0,93%	SatO2 a dormir	0,93%
Condições habitacionais	0,93%	Secreções brônquicas profundas	0,93%
Condições habitacionais: contacto com fumadores	0,93%	TA	0,93%
Condições habitacionais: contacto com fumo de lareira	0,93%	Técnica de Huff	0,93%
		Tempo de recuperação após atividade: exercício físico	0,93%
		Tempo de recuperação após atividade: inspiração profunda	0,93%
		Timing: pós-cirúrgico	0,93%
		Timing: agudização da DPOC	0,93%
		Timing: primeiro levante pós-cirúrgico precoce	0,93%
		Tipologia de alteração pulmonar: restritiva ou obstrutiva	0,93%
		VNI	0,93%

A primeira sessão iniciou-se com a apresentação de slides onde se efetuou o enquadramento da temática, os quais culminaram com a projeção da questão: *Que dados resultantes da avaliação da pessoa com DPOC são usados pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de cinesiterapia respiratória?*

A partir desse momento, foi dada a oportunidade sequencial a cada um dos participantes para responder à questão. A partir daí, o investigador foi conduzindo a discussão, a qual produziu os seguintes dados, para os quais se identificam as frequências relativas de menção pelos participantes (tabela 1).

Foi averiguada a existência de:

- dados repetidos ao longo da sessão;
- dados similares, mas terminologicamente diferentes;
- dados de significado pouco claro.

De seguida, foi executado o agrupamento dos dados repetidos, após o qual se procedeu ao agrupamento dos dados com o mesmo significado mas com significantes diferentes. De forma a preparar os dados para a segunda sessão, foi efetuado um ajuste terminológico dos dados, com base na produção científica atual e, sempre que existentes, nos termos da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPÉ®), na sua versão 2.0.

Dos processos anteriores resultou uma tabela, a qual serviu de base para a segunda sessão do grupo focal. Nesta

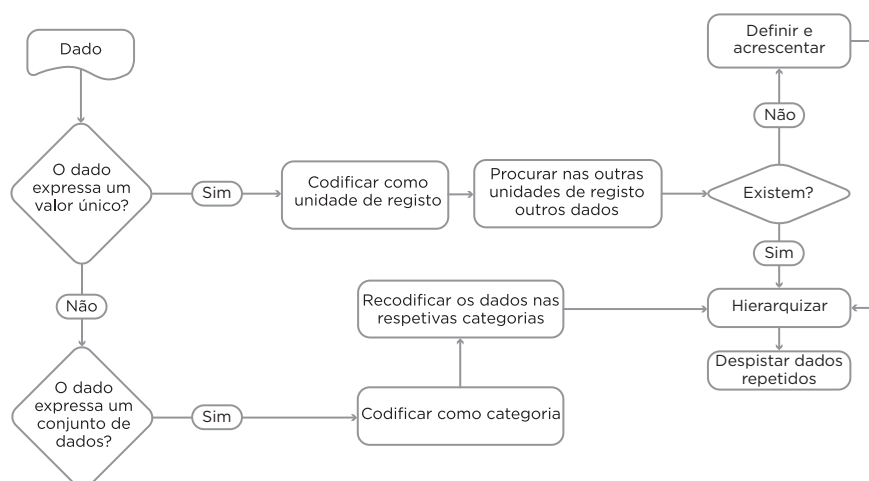
segunda sessão, foi solicitado aos participantes que se manifestassem sobre:

- para cada dado, a concordância sobre se era um dado usado pelos EEER na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC;
- para cada dado, a concordância do ajuste terminológico proposto;
- outros dados usados pelos EEER na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC e que não figuravam na lista apresentada.

No final da segunda sessão obteve-se uma nova tabela que resultou do(a):

- 1. remoção dos dados que figuravam na tabela e que os participantes decidiram que não eram dados usados pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC;
- 2. ajuste da terminologia proposta, de acordo com o solicitado pelos participantes;
- 3. adição de dados que não figuravam na tabela e que os participantes decidiram que eram dados usados pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC.

Os dados obtidos na segunda sessão foram também alvo de análise de conteúdo, desta feita sob a forma de um processo de categorização dos dados que se baseou no fluxograma (esquema 3).



Esquema 3 – Fluxograma

Do processo de categorização resultaram vários níveis hierárquicos, desde o dado (unidade de registo básica, que expressa um valor único, objetivo e indecomponível), até ao domínio (constituído por focos abrangentes da CIPE® 2.0), passando pela sub-sub-categoria, sub-categoria, categoria, grupo e sub-domínio. A tabela representativa da categorização foi a base da terceira sessão, onde os participantes validaram a árvore hierárquica produzida.

Resultados

Os resultados do presente estudo consistem na seguinte tabela, a qual constitui o resultado final do grupo focal (tabela 2).

O primeiro nível da árvore hierárquica representa os valores únicos e objeti-

vos, ou seja, os dados propriamente ditos que são utilizados pelos enfermeiros no processo de tomada de decisão. O grupo focal produziu 287 valores diferentes, o que expressa a grande quantidade e variedade de dados que os participantes do grupo focal valorizam no que concerne à prescrição de cine-siterapia respiratória na pessoa com DPOC.

No outro extremo da árvore hierárquica temos os domínios, compostos por focos abrangentes da CIPE® 2.0; com isto presente, a ilação que se pode fazer é que todos os valores únicos e objetivos são integráveis no âmbito de ação autónomo dos enfermeiros, pois todos eles foram agrupados num domínio, ou seja, num foco da CIPE®.

Tabela 2 - Resultados finais do grupo focal

Consulte o [Suplemento 1](#)

Após o processo de categorização, foram identificados cinco domínios:

- **Processo corporal:** dados inerentes ao domínio anatomo-fisiológico e das funções corporais;
- **Processo intencional:** dados inerentes à atividade intencional da pessoa, quer sejam ações ou comportamentos;
- **Processo patológico:** dados inerentes à doença da pessoa;
- **Evento:** dados inerentes a um acontecimento limitado no tempo (passado, presente ou futuro);
- **Recursos:** dispositivos ou sistemas utilizados pela pessoa.

Ao analisar os dados agregados em cada domínio, verificamos que 56% são relativos a processos corporais, 33% a processos intencionais, 6% a processos patológicos, 3% a recursos e 2% a eventos. Significa isto que a maior parte dos dados valorizados pelos participantes do grupo focal na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC referem-se aos processos corporais, ou seja, às variáveis anatomo-fisiológicas e funções corporais.

Mais pertinente ainda, verifica-se que em segundo lugar surgem os processos intencionais, ou seja, os dados inerentes às ações ou comportamentos da pessoa. Este facto permite afirmar que os participantes do grupo focal atribuem ên-

fase significativo ao que a pessoa com DPOC faz, assume, adere e integra no seu quotidiano; com isto podemos inferir que os participantes do grupo focal incluem a pessoa com DPOC nas decisões clínicas, já que demonstram ter particular atenção à forma como a pessoa com DPOC integra na sua vida o que de terapêutico lhe é proposto.

Na terceira posição surgem os processos patológicos, ou seja, os dados inerentes à doença da pessoa, ou seja, os dados ligados diretamente ao diagnóstico da DPOC. O facto de este domínio conter apenas 16 dados, enquanto que a soma dos dois domínios anteriores totaliza 256 dados, é uma clara evidência que os participantes do grupo focal valorizam muito mais os dados que colhem da própria pessoa do que os dados que lhes são fornecidos por via do diagnóstico médico de DPOC. Podemos com isto afirmar que, embora não menosprezem o diagnóstico médico, os participantes do grupo focal não utilizam de forma significativa os dados que lhe estão inerentes no seu processo de tomada de decisão; em oposição, colhem os seus próprios dados e colhem-nos na individualidade da pessoa (involuntária e intencional), dados esses que usam para prescrever cinesiterapia respiratória à pessoa com DPOC.

Conclusões

Como resposta à questão “numa pessoa com DPOC, quais os dados que são valorizados pelo EEER para a prescrição de cinesiterapia respiratória”, os participantes do grupo focal produziram 287 dados, 33% dos quais estão inerentes aos processos intencionais e apenas 6% reportam-se aos processos patológicos, embora a maior fatia corresponda aos processos corporais (56%).

Isto indica-nos que o foco de atenção destes EEER está direcionado para a adaptação à doença e para as implicações individuais que a doença acarreta, em vez de se centrar na doença em si, o que coincide com a atual conceção nuclear da disciplina de enfermagem, bem como o atual paradigma da enfermagem de reabilitação, e demarca-se da visão biomédica da DPOC.

A informação obtida permite perceber que os EEER que participaram no grupo focal observam, conhecem, decidem e executam diferentes intervenções que delimitam a sua competência para a ação. Daí resultam cuidados de saúde diferenciados, como a gestão dos processos de adaptação da pessoa portadora de doença crónica, logo incurável e geradora de alterações permanentes do seu estado de saúde. Estes EEER, enquanto detentores de competências específicas na gestão da doença crónica (como a DPOC), focam a sua ação na adaptação da pessoa a essas alterações, promovendo o autocuidado e a incorporação de comportamentos promotores da saúde.

Atendendo a que os resultados deste estudo traduzem conhecimento novo e de relevo para a prática clínica, sugere-se que se dê continuidade ao trabalho efetuado através da aplicação em contexto clínico dos dados obtidos, tal como previsto na investigação de translação. Isto permitirá validar e refinar os dados obtidos, para que se tornem um instrumento útil para os enfermeiros de reabilitação e para a sua atividade autónoma de prescrição de cinesiterapia respiratória para a pessoa com DPOC.

Bibliografia

- Bardin, I. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brüggen, E; Willems, P (2009). A critical comparison of offline focus groups, online focus groups and e-Delphi - *International Journal of Market Research*. Vol. 51, N° 3, p. 363-381.
- Direção-Geral da Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). *Circular Informativa N°40A/DSPCD*. Lisboa: DGS.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gold (2013). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (Revised 2013) [Em linha]. [Consult. 23 Abr. 2013]. Disponível em http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf

- Grudens-Schuck, N. [et al] (2004). *Focus Group Fundamentals*. [Em linha]: Iowa State University, 2004, [Consult. 10 Mai. 2012]. Disponível em <http://www.extension.iastate.edu/publications/pm1969b.pdf>
- Heitor, C. [et al] (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*, 2º ed. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Jesus, É.H. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva no processo da decisão clínica de enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Porto: UP-ICBAS.
- Krueger, R., & Casey, M. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- ONDR (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011 - Desafios e oportunidades em tempos de crise* [Em linha]. [Consult. 23 Abr. 2012]. Disponível em http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf
- Quivy, R. & Campenhoudt (2005). *Manual de investigação em Ciências Sociais* (4.ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Rio-Roberts, M. D. (2011). How I Learned to Conduct Focus Groups. *The Qualitative Report*, Vol. 16, Nº 1 (Janeiro 2011) p. 312-315 .
- Serra, J. P. (2007). *Manual de Teoria da Comunicação*. Covilhã: Livros Labcom.
- Shaha, Maya (2011). Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse Researcher*, Vol. 18, Nº 2 (2011) p. 77-87.

A informação obtida permite perceber que os EEER que participaram no grupo focal observam, conhecem, decidem e executam diferentes intervenções que delimitam a sua competência para a ação. Daí resultam cuidados de saúde diferenciados, como a gestão dos processos de adaptação da pessoa portadora de doença crónica, logo incurável e geradora de alterações permanentes do seu estado de saúde.
